

**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**KAYIP SONRASI BÜYÜMEYİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER**

**DUYGU TİRYAKİ ŞEN**

**UZMANLIK TEZİ**

**KIRIKKALE  
2015**

**T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**KAYIP SONRASI BÜYÜMEYİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER**

**DUYGU TIRYAKI ŞEN**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Orhan Murat KOÇAK**

**KIRIKKALE  
2015**

**T.C.**  
**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Anabilim Dalı uzmanlık programı çerçevesinde yürütülmüş olan Araştırma Görevlisi Dr. Duygu Tiryaki Şen'in "*Kayıp Sonrası Büyümeyi Belirleyen Faktörler*" konulu tezi Tıp ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. Maddesinin 4. Fıkrası " jüri en geç bir ay içerisinde uzmanlık öğrencisinin tez savunmasını da alarak tezi inceler ve sonucunu yazılı ve gerekçeli olarak uzmanlık öğrencisi ile program yöneticisine bildirir." Hükmü gereğince Araştırma Görevlisi Duygu Tiryaki Şen uzmanlık eğitimi tezinde başarılı olmuştur.

Tez Savunma Tarihi: 28.05.2015

Doç. Dr. Orhan Murat KOÇAK  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Jüri başkanı

Yrd. Doç. Dr. Şadiye Visal BUTURAK  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Üye

Doç. Dr. Ayşe Gül Yılmaz ÖZPOLAT  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
Üye

## TEŞEKKÜR

Tezimin başlangıcından bitimine kadar bana inanan, güleryüzlülüğü ve iyi niyetiyle bana yardımcı olan, tecrübelerinden yararlanırken sabır ve hoşgörü gösteren saygıdeğer hocam, tez danışmanım Doç.Dr.Orhan Murat Koçak'a,

Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan, tezimin gerçekleşmesinde büyük katkısı olan, asistanlık süresince bilgisi ve deneyimlerini her zaman çok cömertçe bizlerle paylaşan değerli hocam Yrd.Doç.Dr.Şadiye Visal Buturak'a,

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve deneyimleriyle yetişmemde büyük katkısı olan değerli hocam Yrd.Doç.Dr.Hatice Özdemir Rezaki' ye,

Asistanlık gibi zorlu ve yorucu bir deneyimi daha dayanabilir kılan, onlarsız bir asistanlık dönemi düşünemediğim, asistanlığı bir tiyatro tadında yaşatan dostlarım Çiğdem Özdemir ve Şerif Bora Nazlı'ya,

Umutsuzluğa düştüğüm zamanlarda beni sürekli cesaretlendiren, her an desteğini hissettiğim ve hep yanımda olan değerli eşim, yol arkadaşım Mehmet Fatih Şen'e,

Bugünümün mimarları, daima bana inanan, tüm tıp eğitimim boyunca bir gün olsun fedakarlıktan kaçınmayan annem Semra Tiryaki, babam Yaşar Tiryaki, kardeşim Mert Tiryaki'ye teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**ŞEN, Duygu Tiryaki, Kayıp Sonrası Büyüme Belirleyen Faktörler, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale 2015**

Yas, en geniş anlamıyla, herhangi bir kaybın ardından gelişen duygusal, düşünsel ve davranışsal tüm tepkileri içinde barındıran süreçtir. Hemen tüm kuramcılar, yasin temel olarak bir yeniden toparlanma süreci olduğunu kabul ederler ve bu sürecin iyi işlememesinin patolojik yaşla sonuçlanabileceğine dair genel bir kabul vardır. Bu noktada, tersinden bir bakışla, yas yaşamının bir altyapı/kapasite gerektirdiği ve bu kapasitenin düzeyinin psikopatoloji geliştirme ihtimaliyle ters orantılı olduğu öne sürülebilir. Bu kapasitenin en önemli yansımalarından birisi psikolojik anlamda büyümedir. Yakın birisinin kaybını deneyimlemeden önce, bireyler kendi kişilik özellikleriyle ilişkili olarak, kendi dünyalarında çok sayıda farklı davranışlarda bulunabilirler. Bireyin öznel dünyasındaki inançları, çeşitli teoristler tarafından travma sonrası gelişiminin belirlenmesi için kilit unsur olarak düşünülmüştür. Özellikle travma sonrası büyüme üzerine geniş bir literatür mevcuttur. Eğer yas bir toparlanma süreciyse kaybın ardından bireyde gözlenen gelişim ve yaşamı olumlu anlamda yeniden değerlendirme yas yaşama kapasitesinin önemli bir yansıması olarak kabul edilebilir. Ve bu durumda, kaybı olan bireylerden psikopatoloji geliştirmiş olanlarda kayıp sonrası büyümenin olmayanlara göre daha düşük gözlenmesi beklenir. Bu çalışma bu hipotezi test etmeyi amaçlamıştır.

Çalışmaya 47 kronik böbrek yetmezliği nedeni ile dialize giren hasta ile 49 kayıp yaşamış major depresif bozukluğu olan hasta alınmıştır. Kontrol grubu ise 49 sağlıklı gönüllüden oluşmuştur. Çalışmaya katılanlara travma sonrası büyüme(TSB) ölçeği ve Problem Çözme Envanteri uygulanmıştır. Bu çalışmada TSB skoru bağımlı değişken, grup ve cinsiyet bağımsız değişken ve eğitim, yaş, kayıptan bugüne geçen süre (ay olarak) ve problem çözme becerileri skoru eş değişken (covariate) olarak ANCOVA'ya sokulmuştur. Burada karşılaştırılan tüm gruplardaki bireyler kayıp yaşamış bireylerdir. Gruplar arasında kayıp tipi farkı olmakla birlikte bu zaten grubu tanımladığından ek değişken olarak kayıp tipi katılmamıştır.

ANCOVA sonucunda gruplar arasında, PTB skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). En düşük PTB skoru major depresif bozukluk grubunda saptanmıştır. MDB grubu ile diğer iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Dializ ve kontrol grubu arasında PTB puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Kişinin bilişsel işleme tarzının gösteren Problem Çözme Envanteri (PÇE) puanlarının da neredeyse anlamlılığa yakın bir etkisi olduğu ( $p=0.079$ ) gözlenmiştir.

Bu sonuçlar yas ile ilişkili bireysel gelişim kapasitesinin psikopatoloji geliştirmiş bireylerde daha az olabileceğine işaret etmekle birlikte yas yaşama kapasitesi ile psikopatoloji ilişkisini gösteren daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bunu destekleyen çalışmalar ışığında yas yaşama kapasitesini ölçen bir ölçeğin geliştirilmesi psikopatolojiyi aydınlatmada katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Posttravmatik growth, grief,

## ABSTRACT

**ŞEN, Duygu Tiryaki, Factors Determining Growth After Loss, Kırıkkale University Medical Faculty Department of Psychiatry Dissertation, Kırıkkale 2015**

In the broadest sense of grief is the process, that contains emotional, intellectual and behavioral responses after any loss. Almost all theorists agree that grief is a recovery process and if not proceed properly it can be resulted with psychopathology. At this point, it can be argued that grieving is required a capacity and this capacity is inversely related to the development of psychopathology. One of the most important implications of this capacity is psychological growth. In literature, there has been a lot of study about the posttraumatic growth. Individual development and re-evaluation of the life positively that can be seen after the loss can be considered as an important reflection of the capacity of mourning viability. In this study, we hypothesized that growth after the loss is lower in subjects with psychopathology than without psychopathology.

47 patients with chronic renal failure on dialysis and 49 patients with major depressive disorder who experienced a loss were included to the study. The control group was consisted of 49 healthy volunteers. Posttraumatic growth and Problem Solving Inventory scales were applied to the participants involved to the study. The score of posttraumatic growth scale as dependent variable; groups and gender as independent variables and age, education, time from the loss (monthly) and the problem solving inventory scale score as covariate were analyzed with analysis of covariance (ANCOVA).

Statistically significant differences between the groups were found ( $p < 0,001$ ). The lowest posttraumatic growth scale score was found in the major depressive disorder group. Statistically significant differences between the Major depressive disorder group and two other groups were identified. Significant difference in posttraumatic growth scale scores between dialysis and control groups was not

detected. In addition, It has been observed that problem solving style may have an effect on the PTG score if the study group would be enhanced.

These results indicated that patients Who had a psychopathology may have a might show less individual growth however there is a needed for further studies that investigate the relationship between psychopathology and capacity of individual growth. In the light of studies have supported these results developing a scale that measure the capacity of living mourning may contribute to understand the psychopathology of mourning.

**Key words:** Posttravmatic growth, grief, mourning





## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VII
İÇİNDEKİLER.....	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	XI
TABLO LİSTESİ.....	XII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yas İle İlgili Kavramlar.....	4
2.2. Yas Kuramları.....	4
2.3. Devam Eden Bağlar Teorisi.....	17
2.4. Dual Process Model (Kayıp Yaşamının İkili Süreç Modeli).....	19
2.5. Kayıp Yaşamının İki Eksenli Modeli.....	20
2.6. Yas Teorilerinde Dönüşüm.....	21
2.7. Travma Sonrası Büyüme.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Katılımcılar.....	31
3.1.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri.....	31
3.1.2. Çalışmadan hariç tutma kriterleri.....	31
3.2. Çalışmada Kullanılan Araçlar:.....	32
3.2.1. Sosyo demografik bilgi formu:.....	32
3.2.2. Yas olgu anketi:.....	32
3.2.3. Travma sonrası büyüme envanteri (PTG):.....	32
3.2.4. Problem çözme envanteri (PÇE):.....	33
3.2.5. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ):.....	34
3.2.6. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D):.....	35
3.2.7. Hamilton anksiyete ölçeği (HAM-A):.....	35
3.3. İstatistiksel Yöntem:.....	35
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	45

<b>6. SONUÇ</b> .....	56
<b>KAYNAKLAR</b> .....	57
<b>EKLER</b> .....	75
<b>EK 1. Sosyo demografik bilgi formu</b> .....	75
<b>EK 2. Yas olgu anketi</b> .....	75
<b>EK 3. Travma sonrası büyüme envanteri (PTG)</b> .....	77
<b>EK 4. Problem çözme envanteri (PÇE)</b> .....	79
<b>EK 5. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ)</b> .....	82
<b>EK 6. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D)</b> .....	85
<b>EK 7. Hamilton anksiyete ölçeği (HAM-A)</b> .....	87



## SİMGELER ve KISALTMALAR

PTG	Travma Sonrası Büyüme Ölçeği
PÇE	Problem Çözme Becerileri Ölçeği
FTÖ	Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği
HAM-D	Hamilton Depresyon Ölçeği
HAM-A	Hamilton Anksiyete Ölçeği
HD	Hemodiyaliz
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
HGRC	Hogan Yas Reaksiyon Ölçeği
RA	Romatoid Artrit
HIV	İnsan İmmun Yetmezlik Virusü
AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu

## TABLO LİSTESİ

- Tablo1. Grupların cinsiyet dağılımları.
- Tablo2. Grupların medeni durumlarının karşılaştırması.
- Tablo3. İlk akla gelen kayıp tipleri.
- Tablo4. İki veya daha fazla kayıp tanımlayan katılımcıların tanımladıkları kayıplar.
- Tablo5. Birincil kayıptan çalışmaya katıldıkları zamana kadar geçen süre
- Tablo6. Kayıp öncesi psikiyatrik tedavinin gruplar arasında karşılaştırması.
- Tablo7. Kayıp sonrası psikiyatrik tedavinin gruplar arasında karşılaştırması.
- Tablo8. Grupların PTG, PÇE, FTÖ, HAM-A ve HAM-D puanları açısından karşılaştırılması.
- Tablo9. Kovaryans analizi (ANCOVA) tablosu.
- Tablo10. PÇE, yaş ve kayıttan sonra geçen süre düzeltilmiş ortalama PTB değerleri.

## 1. GİRİŞ

Her insan kaçınılmaz olarak, yaşamı boyunca baş etmesi gereken sayısız olayla ve sorunla karşılaşır. İnsanlar genellikle bu sorunların çoğunun üstesinden gelseler de bu olayların bir kısmı yaşamı belirgin biçimde etkiler.

Sevilen bir yakının, özellikle beklenmedik ölümü bu tip olaylardandır. Bu olaylar yaşamı yoğunlukla kesintiye uğratar ve yalnızlık, ekonomik sorunlar, bakım eksikliği, güvensizlik gibi ek stres kaynaklarını doğurur. Bu stres kaynakları ile birlikte birey, biyopsikososyal alanlarda çeşitli risklerle karşı karşıya kalır. Bir kaybın ardından ortaya çıkan duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanda değişimlerle belirlenen karmaşık yaşantıya yas adı verilir (1).

Kayıp yaşam döngüsünün her evresinde yaşanır. Her gelişimsel evrede ulaşılan kazançlarla birlikte belli kayıplar da yaşanır. Örneğin, bir çocuk yürümeye başladığı zaman, artık bir başkası tarafından taşınmanın rahatlığını kaybeder. Bağımsızlık kaybı, ilişki kaybı, sağlık kaybı, iş kaybı, evcil hayvan kaybı, organ kaybı, sevilen birinin kaybı, ve düşük yapma gibi insan hayatında pek çok kayıp söz konusudur. Her ayrılık ve kaybın ardından bir yas süreci yaşanır (2,3,4).

Yaşamın her döneminde bireyler, bir ayrılık ve kaybın ardından yas süreci ile yüz yüze kalır. Yas, kayıp yaşayan bireyin yaşamının her alanını ilgilendiren çok boyutlu zor bir süreçtir. Ancak, bir hastalık değildir. Kayba karşı gelişen doğal bir tepkidir. Bireyin yas tepkileri bir uzlaşmadan, ciddi kriz tepkisine kadar değişir. Yaşam döngüsünde her birey için yas farklı bir deneyimdir. Bu nedenle kayıp karşısında farklı yas tepkileri verilebilir. Örneğin, bütün kayıplar içinde, ölümün, bir sona eriş olması ve geri dönülmezliği nedeniyle bireyin yaşadığı en acı veren kayıp olduğunu söylemek mümkündür. Birey böyle bir kaybın ardından kendisini, güvensiz bağlanma kaynakları yok olmuş, terk edilmiş, suçluluk, öfke gibi karmaşık duygularla belirli bir anlamsızlık ve boşluk içinde yalnız ve çaresiz hissedebilir (4,5,6,7,8). Boşanma sırasında yaşanan yas işinin, ölümden sonra yaşanan yas işinden daha farklı bir gidişatı vardır. Çünkü, eski eşle etkileşim halen vardır ve yasal işlemler keder işinin esas kısmı haline gelir. Ölüm ve boşanma arasındaki temel fark, eski eşe dünya gözüyle bakabilmektir. Bu, hayal kurmayı ve ülküleştirilmeyi kısıtlar,

ayrılığın gerçek nedenlerinin göz önünde kalmasını sağlar. Aynı dinamikler göçmenlerin yaşadıkları keder de de gözlenir. İsteyerek memleketinden ayrılmak, boşanma yüzünden yaşanan kederle benzerdir. Kişi bir daha görmek için ana vatanına dönebilir. Bu türden geri dönüş ziyaretleri, hayal ve ülküleştirmeyi kontrol altında tutar. Sürgüne zorlamaya bağlı yaşanan keder ise tıpkı bir ölüm gibi yaşanır (9).

Yasın fenomenolojisi, değerlendirilmesi , komplikasyonları ve tedavisi hakkında söylenenlerin çoğu diğer kayıplara da uygulanabilir. Boşanmanın psikolojik etkileri üzerindeki büyük miktardaki literatür, boşanmayla ilişkili keder ve yas ile ilişkili keder arasındaki benzerliği doğrulamıştır. Bazı bireyler için bir evcil hayvanın kaybı da büyük bir keder tepkisi oluşturabilir. Gençlik, sağlık, bilişsel yetiler, duygusal yanıtlar, vücut parçaları, ilişkiler, roller, yetenekler ve potansiyellerin kaybı sıklıkla klinik dikkati gerektiren keder yanıtına neden olabilir. Mastektomi ile yüzleşen genç bir kadın, emekli olmak üzere olan bir erkek, görme duyusunu kaybeden yaşlı bir kadın hepsi büyük bir keder içinde olmaya eğilimlidir. Bu durumların herhangi birinde neyin normal sayıldığını ya da keder olarak kabul edildiğini gösteren belirli bir bilgi yoktur. İnsanlar bu kayıplarla çeşitli şekillerde baş ederler . İnsan davranışını anlamamanın önemli bir bileşeni de, çok sayıdaki günlük yaşam olaylarına karşı bireylerin keder tepkilerini yaşama potansiyelini tanımlama ve o tepkileri ifade etme yollarındaki çeşitliliği anlamaktır (10).

Kayıp kişinin yaşamını tümünden değiştirebilir. Kişi kendisini terkedilmiş hissedebilir, suçluluk ve öfke, baskın duygular haline gelebilir. Çoğunlukla üstesinden gelinmekte zorlanılan bir boşluk ve anlamsızlık duygusu vardır. Kayıp yaşantısıyla kişi kendi dokunulmazlık duygusunu kaybetmiş ve kendi ölümlülüğü ile de yüzleşmiştir. (11). Bu dönemde kişinin genel olarak yaşama bakışı, tutumları, duyguları, kurduğu ilişkileri, önceki yaşantıları ve dini inançları; ‘ölümü’, fiziksel olarak vücudun işlevlerini durdurmasından daha fazla bir şey olarak anlamlandırmasını sağlar. Bu süreç, yaşamı çoğunlukla kesintiye uğratar ve ortaya çıkardığı ek stresler nedeniyle de kişiyi biyopsikososyal alanlarda çeşitli risklerle karşı karşıya bırakır (12). Yası, kayıpla başlayan duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanlarda değişimlerle belirlenen karmaşık bir yaşantı olarak tanımlayan Lindemann başlangıçta bir rahatsızlık olmasa da doğurabileceği sonuçlar

açısından bu sürecin dikkatle izlenmesi ve ele alınması gereken bir süreç olduğunu belirtmiştir (13). Kaybedilene ait özellikler ve bunların kişi için taşıdığı önem ve anlam, geride kalanın daha önceki kayıp yaşantıları, kullandığı başa çıkma yolları, fiziksel ve ruhsal sağlığı, içinde bulunduğu gelişim evresi gibi özellikler yasın gidişini belirleyen temel öğelerdir (14).

Kaybedilen kişinin ardından yaşanan yas süreci ve buna ait acı yaşantısı, çoğunlukla iyileşmenin bir parçası olarak görülebilir ve normal olarak yaşanan böyle bir dönemin sonucunda kişi, yeni ilişkiler yoluyla yeni bağlar kurabilme, yaşamını düzene sokabilme ve yeni doyumlar bulabilme sürecine girebilir (15). Kaybedilen ilişkinin yerine, yeni yapıcı ilişkiler kurulamamış ve önceki ilişkiye benzer bir doyum sağlanamamışsa, yas süreci tamamlanmamış olarak kalabilir ve kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olabilir. Bazı yazarlar özellikle çocukluk çağında yaşanan anlamlı kayıpların, pek çok ruhsal rahatsızlığın ortaya çıkmasında ve yetişkin yaşamdaki uyum bozukluklarında önemli olduğunu belirtmektedir (16).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yas İle İlgili Kavramlar

Yas kavramı açıklanırken kullanılan bazı kavramları burada tanımlamakta fayda var. Grief (yas), bereavement (kayıp) ve mourning (matem) terimleri, zaman zaman birbirleri yerine kullanılsa da aralarında kavramsal farklar olduğu konusunda giderek yaygınlaşan bir fikir birliği vardır (5). Temel olarak, genel anlamda her çeşit kayıpla ilgili süreci betimleyen kavram yas 'grief' kavramıdır. Bireyin iç ve dış dünyasında süregiden bütün bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkileri kapsar (17).

Ölüm nedeniyle yaşanan kaybın karşılığı olarak ise kayıp 'bereavement' kavramı kullanılmaktadır. Bireyin "sevilen birini" yitirmiş olması nedeniyle içinde bulunduğu durumun nesnel ifadesidir (5). Ölümle kayıp sürecinin toplumsal ya da dışsal bileşenini yansıtır. Matem 'mourning' ise ölümden sonraki ritüalistik kültürden etkilenen uygulamaları barındıran her şey olarak tanımlanabilir (18). Birinin ölümünden dolayı üzüntüyü Matem, kaybın kültürel yanını temsil eder ve bilinçli ya da bilinçsiz kültürel tepkileri içerir. Matemde bireyin tepkileri, sakin bir kabulden, ciddi kriz tepkisine kadar değişebilir (19).

### 2.2. Yas Kuramları

Yas, kayba karşı verilen uyum tepkileri ve benliğin yeniden yapılanma süreci olarak da tanımlanabilir. Yas kavramını ilk kez Freud, 'Mourning and Melancholia' adlı makalesinde tanımlamıştır (20). Freud (1961) yası ölen kişiden bağlarını koparma, sonra yavaş yavaş bir başkasına yeniden bağlanma süreci olarak tanımlamıştır. Bu süreç, bireysel ve kendine özgü bir süreçtir. Freud'a göre, ölen kişiyle ilişkinin son bulduğunun fark edilmesi, ölen kişinin artık somut bir doyum kaynağı olarak işlev göremeyeceği gerçeğiyle birleştiğinde, eninde sonunda etki yaratacaktır. Dahası, sürecin başarıyla tamamlanması, kayıp yaşayan kişiyi ölmüş kişiyle bağlarından kurtaracak ve ilişkinin üstesinden geldiği anlamına gelecektir. Süreç tamamlandığında kayıp yaşayan kişi duygusal enerjisini yeni ilişkilere yatırım yapmak için kullanacaktır (21).



Kayıplar, yaşamın doğal bir parçasıdır. Ölüm ise son ve geri dönüşsüz kayıp yaşantısının prototipidir. Birey kaybın ardından biyopsikososyal bir değişim içine girer ve bu değişim Freud (1917), tarafından yas çalışması ‘yas işi’ olarak tanımlanmıştır. Yas, kayıp yaşantısına verilen yeniden yapılanma tepkisi olarak tarif edilebilir. Bu tepkiyle bireyin kaybedilenle olan ilişkisine yatırdığı enerjisi, kayıp dışındaki yaşama aktarılır. O halde yas tepkisi yaşanması gereken sancılı bir vazgeçştir. Freud (1917), bu doğal tepkiye müdahale etmemek gerektiğini öne sürmüştür (20).

Freud, Depresyon ya da kendi deyimiyle ‘melankolinin’, yasin patolojik bir biçimi olduğunu bildirmiştir. Kendine özgü belli karakteristik özelliklere sahip olmanın dışında ambivalan biçimde sevilmiş bir kişiye duyulan öfkeyi, kişinin kendine yöneltmesinin normal yas sürecine çok benzediğine işaret etmeye çalışmıştır (20). Yasin depresyona çok benzediği ve ileride depresyona yol açabileceğini öne sürmüştür.

Depresyon konusunda önemli bir araştırmacı olan Gerald Klerman’da depresyonların çoğunun kayıpların ya hemen ardından ya da ileri bir tarihte hastaya kayıp hatırlatıldığında oluştuğunu belirtmektedir (22). Dahası, depresyon yas tutmaya karşı bir savunma mekanizması olarak da hizmet edebilir. Kişi öfkeyi kendine yönelttiğinde öfke öleniden uzaklaşır ve ölen kişiyle ilgili ambivalan duygularla uğraşmak zorunluluğu ortadan kalkar (23).

Yas ve depresyon arasında başlıca farklar şunlardır; Hem depresyonda hem de yas tepkisinde uyku, iştah bozukluğu ve yoğun bir üzüntü vardır. Ancak yas tepkilerinde depresyonda görülen benlik saygısı yitimi olmaz. Yani birilerini yitirmiş kişiler, bu nedenle kendilerine daha az saygı duymazlar duysalar bile bu kısa sürelidir. Yas tepkisinde duyulan suçluluk duygusu kayba yönelik olaylarla ilgilidir ve genel bir suçluluk duygusu değildir (17).

Normal yas tepkilerini incelemek için ilk sistemli girişimi yapan Erich Lindemann olmuştur. 1942 de Boston bölgesinde geleneksel cumartesi maçı sonrasında galibiyeti kutlamak için gidilen Conconut Grove gece klubünde eğlence sırasında çıkan yangın sonrasında 500 kişi hayatını kaybeder. Bu olayın ardından bu yangında yakınlarını yitiren aile üyeleriyle bir çalışma yapan Lindemann ‘Akut yasin

semptomatolojisi ve tedavisi'ni yazmıştır (Lindemann,1944). Yasın normal gidişinde belirleyici olan bazı ortak özellikleri ve öğeleri betimlemiştir. Lindemann yas sürecinin en belirgin özelliklerinden birini, kayba verilen ilk tepki ya da kendi değimiyle 'akut yas' olarak belirlemiştir (25).

Freud gibi Lindemann da yası 'ölmüş kişiyle bağlarından ayrılmayı amaçlayan bir süreç olarak tanımlamıştır (26). Sevdikleri birinin ölümü nedeniyle kayıp yaşayan çok sayıda bireyde yaptığı çalışmaların sonucu olan 'Akut yasin semptomatolojisi ve tedavisi'ni adlı klasik makalesinde akut yasa eşlik eden belirtileri ele almış ve yitimin ardından klinik müdahale gerektiğini önermiştir. Ona göre, akut yas, ilk bakışta bir rahatsızlık olmasa da doğurabileceği sonuçlar açısından önemsenmesi ve ele alınması gereken bir durumdur. Bedensel ruhsal pek çok belirti ile seyredebilir. Bir krizle ortaya çıkabilir, gecikebilir, abartılabilir, çarpıtılabilir veya hiç ortaya çıkmayabilir. Böyle normal dışı seyir gösteren tablolar müdahaleyi gerektirir ve uygun tekniklerle normal yas reaksiyonuna çevrilebilir. Yine de bu döneme dikkat etmek gereklidir (25).

Lindemann, yasin daha somut bir anlamını sunmak için ( pek çoğu Boston'daki Conconut Grove yangınında travmatik bir şekilde ) kayıp yaşamış 101 bireyin yaşantılarını ve tepkilerini tanımlamıştır. Gözlemlerine ve klinik deneyimlerine dayanarak, kayba verilen ilk yanıtla eşlik eden bir tepkiler sendromu tanımlamıştır. Bu sendroma ait beş patognomatik özellik şunlardır:

- 1- Bedensel sıkıntılar
- 2- Ölene ait şeylerle uğraş
- 3- Suçluluk
- 4- Düşmanca tepkiler(öfke)
- 5- Sürüp giden davranış örüntülerinin değiştirilmesi (kayıptan önceki gibi işlev görememektir.)

Bu maddelere, patoloji sınırında olabilecek ancak bu maddeler kadar dikkat çekmesede tüm tabloyu renklendiren bir 6. belirti eklenebilir demiştir. Bu da ölenin bazı özelliklerinin veya ölümüne neden olan olay sırasındaki davranışlarının yastaki

kişide görülmesidir. Kişi ölen babası gibi yürüdüğünü, aynaya baktığında yüzünün onunki gibi görüldüğünü düşünebilir (25).

Lindemann'ın kayba verilen genel tepkiyi ve özellikle de akut yas adını verdiği aşamayı kişiler arası ilişkilerde zorluk, somatik belirtiler, ölmüş kişiyi zihinden uzaklaştıramama ve ölümün arkasından bireyi tanımlayan alanlarda genel bir işlev kaybı gibi konulara göndermede bulunan çok ayrıntılı bir şekilde betimlemiştir (21). Lindemann çalışmasında, kayıp yaşamış kişilerden bazılarında bu tepkilerin aşırı ve ezici olduğunu gözlemlemiştir.

Lindemann'a göre yas, kayıp yaşamış kişinin tek başına içinden geçtiği etkin bir süreçtir. Kayıp yaşayan kişilerin her biri, 'yas çalışmasını' soyutlanmış bir biçimde yapar. Bu çalışmanın içinde, kayıp yaşayan kişinin ölmüş kişiyle arasındaki gereğinden güçlü bağdan kurtulup serbest kalması, çevresine yeniden uyum sağlaması ve yeni kişiler arası ilişkiler kurması yer alır (27).

Lindemann'ın çalışmasının pek çok sınırlılıkları vardır. Parkes, bunlardan bazılarını özetlemiş ve Lindemann'ın tanımladığı sendromun görülme sıklığını gösteren verileri sunmadığını belirtmiştir. Ayrıca Lindemann hastalarla kaç görüşme yaptığını ve görüşmelerle kayıp tarihi arasında ne kadar zaman geçtiğini belirtmeyi ihmal etmiştir. (28). Yine de bu çalışma hala önemli ve çok atıfta bulunulan bir çalışmadır.

Kayıp yaşama, kayıp yaşama süreci ve sürecin sonucu konusundaki görüşler üzerinde çok büyük bir etkisi olmuş belli başlı kuramcılardan birisi Bowlby'dir. Bowlby bağlanma kuramını ortaya koymuştur ve çocuğun gelişiminde anneyle çocuk arasındaki bağın önemini betimlemiştir. Bu kuram hem iç ruhsal , hem de kişiler arasındaki ilişkileri vurgulayan geniş kapsamlı bir kuramdır. Buna göre, insanların kendileri için güvenli bir üs oluşturan ve sıkıntılarını azaltan , bağlanacakları önemli bir kişiye yakın olmaya doğal bir gereksinimleri vardır. Bu durum tehlike ya da stres anlarında kendini en açık biçimde göstermektedir (29) .

Bowlby, ilişkiler bir bireyin fiziksel ve psikolojik rahatı için nasıl önemliyse, önemli ilişkilere yönelik tehditlerin de aynı ölçüde önemli olduğunu iddia etmiştir. Çocuklukta, bakım veren kişiyle ilişkisine yönelik bir tehdit, örneğin çocuğun kendisine bakan kişiden bir süreliğine ayrı kalması, bir anksiyete kaynağıdır ki buna

genellikle ayrılık anksiyetesi denir. Birey, bağlandığı kişiye kavuşarak ya da yaklaşarak bunu azaltmaya çalışacaktır. Bowlby, bireylerin bağlarını kurma ve korumalarındaki farklarını tanımlamıştır. Bu farklar, önemli kişilerin ne kadar ulaşılabilir olarak algılandıklarıyla ilgilidir. Bağlanılan kişiler, gereksinim duyulduğunda ulaşılabilir olarak algılanırsa, bir güvenli bağlanma duygusu oluşur. Öte yandan bağlanılan kişiler ulaşamaz ya da işe yaramaz olarak algılandığında ise, güvenlik duygusu tehdit altında kalır ve bu da bireyin önem verdiği kişilerle ilişki kurma ve ilişkilerini sürdürme biçimini etkiler. Kaçınma ve anksiyete bağlanma ile ilişkili stratejilerdir. Kaçınma, 'kişinin ilişki kurduğu bireylerin iyi niyetine güvensiz yaklaştığını ve ilişki kurduğu kişilerden davranışsal olarak bağımsız ve duygusal açıdan uzak kalmak için uğraştığını yansıtır (30). Bağlanmayla ilişkili anksiyete ise, kişinin gerektiğinde eşine ulaşamamaktan duyduğu kaygıyı yansıtır. Belirlenen bağlanma biçimleri ilk ortaya konduğunda çocukların kendilerine bakmakla sorumlu birincil kişiden geçici olarak ayrı kaldığı durumlarla ilişkili olarak tanımlanmışlardır. Ancak bu bağlanma biçimleri, zamanla, tüm yaşam boyunca olası ya da gerçek bir ayrılık tehditi ile karşı karşıya kalındığında neler olduğunu da açıklayacak bir biçimde genişletilmiştir. Bağlanılan kişi yok olduğu zaman, artık güvenli bir üs de yoktur ve bu da yaşanan sıkıntıyı artırır. Bowlby bunu ayrılığa verilen evrensel bir tepki olarak tanımlamıştır. İnsanlar olgunlaştıkça, aynı bağlanma işlevi genellikle önem verilen diğer insanların içsel temsillerine bağlanılarak yerine getirilir. Bağlanma gereksinimi, bir bireyin ömrü boyunca gelişiminin ve işlev görmesinin merkezi ve ayrılmaz bir parçasıdır (31).

Bowlby Çocukların kendilerine bakan kişiden ayrı kalmaya verdikleri tepkilerle ilişkili gözlemlerine dayanarak, bu tepkileri bir dizi evre olarak kavramsallaştırmıştır. Bu evreler daha sonra yakın bir kişinin ölümünün ardından yaşanan kayıp durumuna uyarlanmıştır. Collin Murray Parkes ile birlikte Bowlby kayba tepkiyi, üç evre olarak kavramsallaştırmış, sonra bunlara bir dördüncü evre eklenmiştir (31,32,33).

Bu dört evre :

1- Duygusuzlaşma ve inanmama: acı ve zaman zaman da öfke patlamaları içeren bir evredir. Bu evre, birkaç saat ile bir hafta arasında bir zaman diliminde gözlenir.

2- Özlem ve ölmüş kişiyle ve onu anımsatan şeylerle yeniden bir araya gelme arayışı: Bu evreye, genellikle anksiyete eşlik eder. Bu dönem birkaç ay ya da birkaç yıl sürebilir.

3- Çözülme: Depresyonla ifade edilen umutsuzluk, kayıtsızlık yaşaması ve kişinin benliğinin ,ilişkisinin yıkılması.

4- İyileşme: Değişmiş gerçeklikle başa çıkmanın yeni yollarının evrilmesi sırasında ortaya çıkan bir yeniden düzenleme.

Birçok yazara göre yas, bireyin tamamlaması ve kayıp öncesi denge durumuna dönmesi gereken belli evreleri olan bir süreçtir (24, 31, 32). Kayıp yaşayan kişinin kayba tepkisinde büyük oranda farklılıklar vardır. Ancak evre kuramı kayba verilen uyum sağlama tepkisini ve bu tepkinin zaman içindeki dağılımını açıkça ortaya koymada faydalıdır. Bireylerin kayba verdikleri tepkideki değişkenliği bilmek ve insan davranışına ilişkin herhangi bir aşamalı kuramın bu davranışın ancak bir kısmını açıklayabileceğini akıldan çıkarmamak, hem kuramcılar hem de klinisyenler için önemlidir (34). Literatürde ilk başlarda, normal yas sürecinin evreler ile doğrusal bir biçimde ilerlediği kabul edilirdi. Günümüzde ise yasin kaotik ve dairesel bir süreç olduğu düşünülmektedir (31). Yani Evreler kesin çizgilerle ayrılmamıştır ve herhangi bir birey herhangi iki evre arasına ileri geri gidip gelebilir (31). Ancak, kayıp yaşayan kişi durumu değiştirmenin bir yolu olmadığını anladığı zaman, kaybı kavrayabilir. Bowlby'ye göre bu büyük yitimin ardından yaşamın yeniden düzenlenmesi de, ancak yitimin geri döndürülemez olduğu kabul edildiği zaman olanaklıdır (31). Sağlıklı matemi, kayıp yaşayan kişinin dış dünyada bir değişiklik olduğunu, içsel ve temsili dünyada da dış dünyadakine karşılık gelen değişikliklerin yapılması gerektiğini kabul etmesi olarak betimlemiş ve bunların olması içinde bağlanma davranışının yeniden düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir. ‘ Sonraki aylarda ve yıllarda kayıp yaşayan kişi , büyük bir olasılıkla yaşamını baştan düzenleyebilecek ve yitirilen kişinin süregiden ve koruyucu varlığını sürekli olarak

hissetmesi bu düzeni sağlamlaştıracaktır'(31). Bağlarını sürdürmenin, yaşanan kayba uyum sağlamadaki başarıyı temsil ettiği görüşü Bowlby tarafından şu şekilde dile getirilmiştir: 'Pek çok dul kadın ve erkek için, benlik duygularını korumalarını ve yaşamlarını kendilerine anlamlı gelen çizgilerde yeniden düzenleyebilmelerini sağlayan, tam olarak ölmüş eşleriyle bağlılık duygularının kalıcı olmasını istiyor olmalarıdır'(31). Bir başka deyişle yas, artık yeni gerçekliğin bir parçası olmayan ölmüş kişiyle bağlarının zihinsel şemasını yeniden düzenleme sürecidir (35).

Engel (1961) ise, yasin hastalık olup olmadığını sorgularken aslında bu sürecin beklenilenin dışında gelişmesinin bir bozukluğa yol açabileceğini öne sürmüştür. Engel yas sürecini üç bölüme ayırmıştır:

1-Şok ve inkar

2-Kayıp yaşantısının zaman içinde giderek kabul edilmesi

3-Yeniden yapılanma

Engel'e göre ciddi bir yaralanma ya da yanma fizyolojik olarak ne kadar travmatikse, sevilen birinin kaybıda psikolojik olarak o kadar travmatiktir. Yasın , sağlık ve iyilik durumundan ayrılmayı gösterdiğini ve fizyolojik olarak bedenin homeostatik dengesini sağlamak için nasıl bir iyileşme süreci gerekiyorsa, benzer biçimde yas yaşayan kişinin de denge durumuna dönmesi için belli bir süreye ihtiyacı olduğunu savunmaktadır. Bu yüzden, Engel yas sürecini yaranın iyileşme sürecine benzer görmektedir. Yara iyileşmesinde olduğu gibi işlevler tamamen ya da tama yakın geri dönebildiği gibi, bozuk ya da yetersiz iyileşme de görülebilir. Engel'e göre fizyolojik iyileşme sürecini tanımlarken kullanılan 'sağlıklı' ya da 'patolojik' terimleri yas sürecini tanımlarkende kullanılabilir. Yas sürecini de fonksiyonlar normale dönene kadar geçen süre olarak görmektedir. İşlevsel bozukluğun düzeyi ise bir derecelidir (36).

George Pollock, yas tutmanın akut ve kronik dönemlerini ayırmaktadır. Akut dönemi de üç alt evreye ayırmıştır (37): Şok tepkisi, duygusal tepkiler ve ayrılma tepkisi. Pollock'un kronik dönemi, Sigmund Freud'un (1917) klasik yas işi evresine benzemektedir. Volkan da Pollock'un modelini takip etmiştir (38). Ancak akut ve kronik terimlerini kullanmamıştır. Anlamsal zorluklardan kaçınmak için tüm yas tutma sürecini başlangıç dönemi ve yas tutma işi olmak üzere ikiye bölmüştür.

Ayrıca, Pollock (1961) ve Gregory Rochlin'in yaptığı gibi yası takip eden uyum sürecini de vurgulamıştır (39).

Normal yas sürecini Eisenberg ve Patterson dört evrede değerlendirmiştir (40, 41);

1- İnkâr Dönemi: Kaybın hemen arkasından yaşanan şok ve uyuşukluk dönemidir. İnkâr döneminde inanmama ve şok gözlemlenir. Bu uyuşukluk evresi birkaç dakika ile birkaç gün arası sürebilir.

2- Arama ve isyan Dönemi: Birey kaybının farkına varmaya başlamıştır. Kaybettiği kişi ve onun geri getirilmesi ile aşırı ilgilidir. Pazarlık halindedir. Suçluluk ve suçlama duyguları abartılı öfke ve isyan hali görülebilir. Aylarca sürebilen bir dönemdir.

3- Çökkünlük ve Onarma Çabaları Dönemi: Kişi kaybı ile yüzleşmiş bu kayıpla nasıl başa çıkacağını, yaşamını nasıl sürdürebileceğini araştırmaya yarıntılarını onarmaya çalıştığı bir dönemdir. İntihar düşünceleri ve riski diğer dönemlere göre daha fazla görülür.

4- Yeniden Bütünleştirme ve Yapılandırma Dönemi: Yas sürecindeki birey artık kaybı ile yaşamaya, yaşamını yeniden organize etmeye başlamış ve bu yeni duruma uyum sağlamıştır. Yarım bıraktığı işleri tamamlamaya ve yeni uğraşlar bulmaya başlar. Yavaş gelişen ve zaman alan bu evrede birey bazen duygusal geri dönüşler yaşayabilir.

Kübler-Ross (1969) yas sürecini inkar, öfke, pazarlık, kabullenme olmak üzere beş aşamada tanımlamıştır. Kübler Ross' un yas modeliyle çok daha düşük öneme sahip travmalar (ilişkinin bitmesi, sakatlık, yaralanma, zorla yer değiştirme, iflas etme) gibi yaşayan insanların reaksiyonları da açıklanabilir. Kübler Ross' un yas döngüsü aslında kişinin travmaya karşı, travmayı anlamasına ve buna karşı göstereceği reaksiyona yardım eden bir değişim modelidir. Bunun nedeni travma ve duygusal şokun insanlar üzerindeki etkilerinin göreceli olmasıdır (42).

Kübler-Ross'a göre insanlar yas çemberinin beş aşamasını da her zaman deneyimlemezler. Bazı aşamalara tekrar dönülebilir. Bazı aşamalar hiçbir zaman yaşanmayabilir. Aşamalar arası transfer bir ilerlemeden ziyade bir git-gel'e

benzetilebilir. Bu beş aşama lineer olmayıp, insanların kederleri ve duygusal travmalara reaksiyonları en az parmak izleri kadar kişiseldir.

Bu beş evre;

1- İnkâr: Bilinçli ve bilinçsiz olarak mevcut sıkıntılı durumla ilişkili gerçekliği, olayları veya açıklamaları kabul etmeme durumudur. Bu bir savunma mekanizması olup tamamen doğaldır. Bazı insanlar travmatik bir değişimle uğraşırken, bu aşamada kilitlenebilir.

2- Öfke: Farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Duygusal olarak üzgün olan insanlar kendilerine ve özellikle kendisine yakın olan insanlara karşı öfkeli olabilirler. Bunu bilmek bu kişiye karşı yargılayıcı olmamamızı sağlar.

3- Pazarlık: Geleneksel olarak ölümlüyle yüzleşmiş insanlar pazarlık aşamasında genelde inandığı Tanrıya karşı pazarlık yaparlar. Daha az şiddetli travmaya maruz kalmış insanlarda, pazarlık ile müzakere veya uzlaşmaya ulaşılabilir. Örneğin, bir ilişkiden ayrılma sürecinde hala arkadaş kalabiliriz denmesi gibi. Pazarlık, özellikle konu ölüm kalım meselesi ise nadiren sürdürülebilir bir çözüm sağlar.

4- Depresyon: Yasa, hazırlık olarak da bahsedilebilir. Bu dönemde korku, pişmanlık, üzüntü ve çaresizlik hissetmek oldukça doğaldır. Bu en azından kişinin gerçeği kabullenmeye başladığının göstergesidir.

5- Kabulleniş: Geniş manada duygusal önyargısızlık veya objektifliğin belirtisi olsa da bu aşama kişinin durumuna göre değişkenlik gösterir. Ölmekte olan insanlar bu aşamaya geride bırakacağı insanlardan çok daha önce girebilirler (42).

C. M. Sanders, yas sürecinin karmaşıklığını deneysel olarak ve nesnel bir biçimde değerlendirmek için yas yaşantısı envanterini geliştirmiştir (43). Sanders, kayıp yaşama sürecinde bireylerin geçtikleri beş ayrı evreyi belirlemiştir. Bu evreler, şok, kaybın farkına varma, koruyucu içine kapanma, iyileşme ve yenilenmedir. Her evreye eşlik eden belirtilerin doğası, psikolojik, fiziksel ve sosyaldir. Bir evre modelinin zayıf yönlerini ve evreler arasında örtüşme olduğunun farkında olan Sanders modelinin bir klavuz niteliğinde olduğunu belirtmiştir. Bütün insanların bu evrelerden çizgisel bir şekilde geçmediklerini ve kayıp yaşayan bütün insanlarda da her zaman aynı belirtilerin görülmediğini vurgulamıştır. Yas tutmak için gereken



sürenin bireyden bireye değiştiğini söylemiştir. Sanders'in katkısı her bir evredeki her bir öğeyi ayrıntılı ve duyarlı bir biçimde betimlemesi olmuştur (44).

Sanders evreler arasında ve içinde hareket ederken çeşitli yaşantı biçimlerini normalleştirerek, kayıp yaşayan kişilerde görülen tepkilerin çeşitliliğini, sürecin sonuçlarını vurgulamıştır.

Worden Yas Görevleri Modeli'nde, yas sürecini belirli evrelerden oluşan bir süreç olarak kavramlaştırmak yerine, bireyin yas sürecine uyum gösterebilmesi için yerine getirmesi gereken temel görevleri tanımlamıştır (45). Bu modelde, yas tutan birey süreç içinde aktif bir rol üstlenmiştir.

Yas sürecinin dört görevi aşağıda tanımlanmıştır:

1- Kayıp gerçeğini kabul etmek; Kayıp yaşayan bireyin, kaybedilen kişinin "öldüğü ve asla geri dönmeyeceği" gerçeğiyle tam anlamıyla yüzleşmesidir. Yas tutan birey, bilişsel olarak ölümün 'sona erme' ve 'geri dönülemezlik' olduğunu kavrayabilmelidir. Ancak, duygusal anlamda tam olarak kabullenme ve içselleştirme zaman alan bir süreçtir.

Kayıp gerçeği kabul edilmediğinde bir tür inkar ile yadsınır. Bazı kişiler ölümün gerçek olduğuna inanmayı reddedip yas tutma sürecinin birinci aşamasına takılırlar. İnkâr birkaç düzeyde yaşanabilir ve çeşitli şekillerde görülebilir. En sık kayıpla ilgili gerçekler, kaybın anlamı ya da geri dönölmezliği konusunda inkar yaşanır (46).

Kayıp gerçeğinin kabul edilmemesi hafif çarpıtmalardan sanrı düzeylerine kadar değişebilir. Ölen kişinin cesedinin kimseye haber verilmeden bir süre evde tutulması sanrı düzeyindeki bir inkara örnek olabilir (47).

Bazı kişiler ölen kişi geri döndüğünde eşyalarını aynı şekilde bulsun diye mumyalaştırarak korurlar. Buna mumyalaştırma denilmiştir. Bu durum ölümden sonraki ilk günlerde sık görülür. Ancak yıllar boyu sürerse inkar halini alır (48).

İnsanların kayıp gerçeğinden kendilerini korumalarının bir yolu da kaybın anlamını yadsımdır. Bu yolla kayıp, gerçekte olduğundan daha az önemli görülebilir. 'O iyi bir baba değildi', 'aramız iyi değildi', ya da 'onu özlemiyorum' gibi ifadeler kullanılabilir.

Kayıp gerçeğini kabullenmek yalnızca entellektüel değil, duygusal bir kabullenmeyi de gerektirdiği için zaman alır. Kişi duygusal olarak kaybı kabullenmeden çok daha önce entellektüel olarak kaybı kabullenmiştir. Sevilen kişinin bir yolculuğa çıktığına ya da hastanede olduğuna inanmak daha kolaydır. Çocuğunu kaybetmiş bir kişinin ‘çocuğum öldü, ve onu bir daha asla göremeyeceğim’ demesi aylar alacaktır. Bu aşamanın bütünüyle tamamlanması zaman almakla birlikte, cenaze töreni gibi ritüeller kaybın kabullenilmesine doğru önemli yol kat ettirirler (45).

2- Yasın acısı üzerine çalışmak; Sevilen birinin kaybı sonucu oluşan acı, hem fiziksel hem de duygusal bir acıdır. Bu acıyı kabullenmek ve yaşamak önemli bir görevdir. Bireyin kayba bağlı acısını bastıran ya da engelleyen her şey yas sürecinin uzamasına neden olur. Sonuçta, bedensel belirtiler ya da anormal davranışlar kendini gösterir ve bireyin yaşam kalitesi bozulur.

Duygusal olarak yas acısı kendini derin üzüntü, ağlama, kaygı, öfke, bitkinlik ve güçsüzlük şeklinde gösterir. Bu acının yaşanması, sonrasında bir iç rahatlığının ortaya çıkması bakımından oldukça önemlidir. Yasın ve ortaya çıkan acının gizlenmesi ya da bastırılması, bireyde geçici bir rahatlık ve sürekli bir acının yaşanmasına neden olur (49).

Parkes, ‘yas işinin tamamlanabilmesi için bu acının yaşanması gerekiyorsa, kişinin acısını bastıran ya da engelleyen her şey yas sürecinin uzamasına neden olur’ diyerek bunu doğrulamaktadır (28). Herkes acıyı aynı yoğunlukta ve aynı şekilde yaşamayacaktır ancak derinden bağlı olduğunuz bir kişi kaybedildiğinde acı duymamak imkansızdır. Bu aşamanın yani yasın acısı üzerine çalışmanın tam tersi, bir şey hissetmemektir. İnsanlar yasın ikinci aşamasında kestirme yollardan geçebilirler; bunun en belirgin yolu duygulardan soyutlanıp var olan acıyı inkar etmektir. Bazen insanlar acı veren düşüncelerden kaçınarak bu süreci engellerler. Bazı kişiler ölenle ilgili anıların yalnızca hoş yanlarını hatırlayarak kendilerini sıkıntı veren düşüncelerden korurlar. Ölen kişiyi idealize etmek, onu anımsatan şeylerden uzak durmak, alkol ya da ilaç kullanmak da insanların ikinci aşamayı tamamlamalarını engelleyen yollardır.

3- Kaybedilen kişinin bulunmadığı bir ortama uyum sağlamak; Kayıp yaşayan bireyler, kaybın üzerinden belli bir zaman geçene kadar ölenin kendi yaşamlarındaki rollerinin farkında değildir. Bu nedenle; yas tutan bireyin, ölenin hayatında üstlendiği rollerin kaybına ve bunun kendi benlik duygusunda yarattığı değişikliğe de uyum sağlaması gerekir. Bireyin bu temel görevi nasıl başardığı yas sürecinin sonucunu belirleyecektir. Bu süreç bireyin yaşamındaki değişiklikleri anlamlandırması ve yaşamın amacını yeniden belirlemeye yönelik bir ilerleme ya da çözemediği bir ikilemin içinde mahkum olduğu ve büyümenin durduğu bir duraklama şeklinde gözlenebilir. Bu süreçte birey, kayıp sonrası oluşan acı ile uğraşmak kadar, ekonomik ve yasal konular gibi bir çok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmek durumunda kalmaktadır (49).

Yas tutan kişi, ölenin daha önce onun hayatında oynadığı rolün kaybına uyum sağlamalıdır. Bunun yanında kendi benlik duygusundaki değişime de uyum sağlamalıdır. Yapılan çalışmalara göre; kimliklerini, ilişkileri ve diğerleriyle ilişkileri çerçevesinde tanımlayan kadınlar için kayıp, yalnızca sevdiği bir kişiyi yitirmek değil, aynı zamanda bir benlik yitimi de demektir (50).

Kayıp , kişinin kendini çaresiz, yetersiz beceriksiz gibi ya da yıkılmış olarak hissetmesine ve yoğun bir regresyona sebep olabilir (51). Ölenin oynadığı rolleri oynama çabası başarısızlıkla sonuçlanabilir ve bu benlik saygınsının daha da azalmasına neden olabilir. Böylelikle kişinin yeterlilik duygusu darbe alır ve kişiler yaşamlarında olan herhangi bir değişimi kendi yeteneklerine bağlamak yerine şans ve kadere bağlama eğilimi gösterirler (52). Uyum gerektiren diğer bir durum ise kişinin dünya görüşüdür. Ölümün neden olduğu kayıp, kişinin yaşama ait değerlerini ve yaşam felsefesini etkileyebilir. Bu kişiler yaşamdaki amaçlarını, ya da hayattaki yollarını kaybettiklerini hissedebilirler. Yas tutan kişi hayatı üzerinde yeniden hakimiyet kurmak ve durumu bir algılayabilmek kaybın neden olduğu yaşam değişikliklerine anlam vermeye çalışır. Özellikle ani ölümlerde bu sıktır. Zamanla yaşamın kırılabilirliği ve kontrolün sınırlarını yansıtan yeni inançlar geliştirilebilir, ya da eski inançlar tekrar ele alınır (52). Üçüncü aşamanın başarısız olması kayba uyum sağlayamama anlamına gelir.

4- Öleni duygusal olarak yeni bir yere yerleştirerek yaşama devam etme; Worden matem tutmanın dördüncü görevini ölen kişiye bir yer bulmak olduğunu bildirmiştir. Bu öyle bir yer olmalıdır ki kişinin ölen kişiye bağlı kalmasını sağlamalı fakat bu bağlılık onun yaşamına devam etmesini engellememelidir. Ölmüş olan sevdiklerimizi anımsallaştırmanın ve anımsayarak onları yanımızda tutarken yaşamımızı sürdürmenin yollarını da bulmalıyız demiştir. Bu aşama yasın tamamlanmasında en zorlanılan görevdir (53).

Geride kalan eşin yeni ilişkilere girmeye hazır olması, ölen eşinden vazgeçtiği anlamına gelmemektedir. Bu, yas tutan kişinin ölen eşi için psikolojik dünyasında uygun bir yer, önemli ama diğerlerine de boş yer bırakan bir yer bulunduğunu gösterir (52).

Dördüncü aşamanın tamamlanmasını engelleyen genellikle yeni bağlar kuramamak değil eski bağı bırakamamaktır. Bazı kişiler için kayıp o kadar acı vericidir ki, bir daha asla kimseye bağlanmamak içi kendi kendilerine söz verirler. Bir çok kişi için 4. görev, yasın başarılması yas sürecinin en zor kısmıdır. Kişiler yas tutarken bu aşamada takılırlar ve yaşamlarının kaybın olduğu zamanda sanki durakladığını daha sonra fark ederler. Fakat 4. Görev aşaması başarılı bir şekilde tamamlanabilir.

Worden'in görevler modeli, yas tutma sürecini, sürecin sonucuna yaklaşımdaki değişimleri ve gelişmeleri özetlemiştir. Ölen kişiyle bağlarını koparmak yerine bağlarını korumaya kavramsal bir geçiş sağlamıştır.

Rando ise yas sürecini kaçınma (kayıbı fark etme), yüzleşme (kayba tepki verme), ölen kişi ile ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi ve unutmadan yeni ortama alışma, (duygusal enerjinin yeniden kazanılması) olarak üç temel boyutta ve altı aşamada değerlendirmiştir (54).

Horowitz ve ark. ise, normal yas sürecinde, kaybın hemen arkasından yaşanan yoğun duygusal reaksiyoları bir inkar evresinin takip ettiğini, bunun ardından da sürekli kayıpla ilişkili düşüncelerin zihne geldiği ve kayıpla ilgili zihinsel yaşantının çok yoğunlaştığı bir intruziv dönem olduğunu belirtmişlerdir. Bu evreden sonra bireylerin, neler olup bittiğinin farkına varmaya ve kayıp yaşantısını daha gerçekçi

biçimde sorgulamaya başladıkları öne sürülmüştür. En son olarak da yasın tamamlanması sürecinin görüldüğünü vurgulamışlardır (55).

Evre yaklaşımının zorluklarından biri insanların bu evreleri sırayla yaşamamalarıdır. Örneğin Dr. Elizabeth Kübler Ross'un 'ölüm ve ölmek üzerine' adlı kitabında bu evrelerden bahsedilmiştir. Dönem yaklaşımı ise Parkes, Bowlby, Sanders ve diğerlerinin evre yaklaşımına alternatif olarak geliştirdikleri bir yaklaşımdır. Çalışma ve ilgi alanları olarak Parkes'la ortak yanları bulunan Bowlby de dönem yaklaşımını benimsemiş ve yas tutan kişinin yasının çözümlenmeden önce bazı dönemlerden geçmesi gerektiğini belirtmiştir. Evrelerde olduğu gibi dönemler arasında da çakışmalar bulunur ve sırayla ayrı ayrı yaşanır (45).

Worden' a göre dönem yaklaşımı yas tutan kişinin geçirmesi gereken, pasif bir durumu ifade etmektedir. Fakat görev kavramı Freud'un 'yas tutma işi' kavramına daha uygundur. Aynı zamanda bu kavram yaşlı kişinin harekete geçmesi gerektiğini ve bir şeyler yapabileceğini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım yas tutmanın dış müdahalelerden etkilenebilecek bir durum olduğunu da vurgulamaktadır. Bir başka deyişle, görev yaklaşımı yas tutan kişiye kendisinin de bir şeyler yapabileceğini gösteren bir dayanak noktası olurken, dönem kavramı kendi kendine düzelecek bir duruma işaret etmektedir (45).

Sonuç olarak yası bir süreç modeli olarak açıklayan kuramlar yası kaybı kabullenme, bununla hayatın içinde yeniden organize olma ve kayıplı birey olarak hayatı sürdürme süreci olarak görmektedirler.

### **2.3. Devam Eden Bağlar Teorisi**

Hogan ve Desantis kardeşlerini kaybetmiş 186 ergen üzerinde yaptıkları araştırmada, bu ergenlerin kaybettikleri kardeşleriyle bağlarından kurtulmak yerine bu bağlarını devam ettirdikleri saptanmıştır. Kardeşlerinin ölümünden bu zamana kadar geçen zaman ne olursa olsun kayıp yaşayan kardeşler ölen kardeşlerle olan bağlarını muhafaza etmişlerdir (56).

Silverman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailelerini kaybetmiş çocuk ve ergenlerin, aileleriyle tekrar irtibat kurmak için çabaladıkları ve ilgilerini geçiş nesnelere aktardıkları gösterilmiştir (57).

Bu veriler daha önceki kuramdan uzaklaşıldığını göstermektedir (57).

İlk modellerde, evrelerin çizgisel ve sıralı işleyişi eleştiri görmüştür. Giderek artan veriler, Freud'un yas çalışmasındaki belirli aşamaları olan, ölen kişiyle bağlarını koparmaya doğru giden bir süreç görüşünü desteklememiştir. Uyum düzeyini belirleyen düzenli, sıralı ve aşamalı gidiş değildir. Tepkilerin yoğunluğunun, evreler arasındaki gidiş gelişlerin veya duyguların sarmalı andıran bir süreç (dinamik bir süreç) olmasının asıl uyum düzeyini belirleyen faktörler olduğu saptanmıştır (59).

Wortman ve Silver (1989) pek çok kuramcı ve araştırmacı tarafından uygulanan geleneksel aşama modellerinin geçerliliğini sorgulayan bir araştırma yapmışlardır. Çalışmalarında kayıp yaşama sürecinin gözden geçirilmesini ve yeniden düzenlenmesini önermişlerdir (60). Kayba verilen tepki ve uyum açısından bireyler arasında değişkenlik saptamışlardır; bu bulgu, kayıp yaşayan kişilerin düzenli bir biçimde bir evreden diğerine geçerek ölmüş kişiden vazgeçmeyle ilgili veriyle terstir. Kayıp yaşayan bazı kişiler kaybın hemen arkasından olumsuz tepki vermemişlerdir. Kayıp yaşayan kişilerin yaşadıkları kayba ve kaybın ardından yaşamlarına anlam yükleme biçimleri değişiklik göstermiştir. Yas, kişinin kayıp olayını yaşamının içine yedirmeye çalıştığı bireysel bir süreç olarak tanımlanmıştır(60).

Bonanno ve Bonanno, Wortman ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmalar tedaviyi ve araştırma eğilimlerini etkileyen bazı özelliklere dikkat çeker:

Yas çalışması yapmayanların komplikasyonlardan ya da patolojiden etkileneceklerini gösteren bir gösterge yoktur, aksine yas çalışmasından geçmiş ve derin depresyon yaşamış matemli kişilerle karşılaştırıldığında, kayıp yaşama süreciyle daha iyi başa çıkan kişiler vardır, matem sürecinin başında derin depresyon yaşamış grupta komplikasyonlu yas yaşantılarının olması olasılığı daha güçlüdür (61).

Yapılan çalışmalara göre, matemdeki kişilerin yüzde 10-20'sini kapsayan yüksek risk altındaki grupta yer alanların çoğunda, varsayımsal dünyayı etkileyen ve

sürecin sonucunu belirleyen etkenlerin (örneğin, ölümün nedeni ve koşulları, ölen kişiyle yakınlık, desteğin ulaşılabilirliği, kişilik etkenleri ve sosyodemografik etkenler) bir birleşimi görülür. Tepkiye gereğinden fazla ya da gereğinden az tepki verilmesi , kendi başına sürecin sonucunu belirlemez. Süreci ve sonucunu belirleyen ve biçimlendiren , matemdeki kişinin olaya ilişkin değerlendirmesidir (62).

Kayıp yaşama alanındaki bir takım araştırmacılar birkaç kuramsal yaklaşımın bir birleşimini önermeye başlamışlardır. Bunlar arasında en dikkat çekici olanı, birleşik bir kayıp yaşama modeli (dual process model ve kayıp yaşamının iki eksenli modeli) oluşturan stres modelleriyle bağlanma modellerinin birleşimidir. Bu birleşik modellerde ilişki ögesi merkeze yerleştirilmekte, aynı zamanda yasa alışımla ilgili bilişsel süreçlere de vurgu yapılmaktadır (63,64).

#### **2.4. Dual Process Model (Kayıp Yaşamının İkili Süreç Modeli)**

İkili süreç modeli yası dalgalanan bir süreç olarak tanımlar. Yas ile zaman zaman yüzleşildiği zaman zaman ise kaçınıldığı fikri ikili süreç modelinin temelini oluşturur. İkili süreç modelini ortaya atan iki araştırmacı Stroebe ve Schut'tır. Bu araştırmacılar, yası evrelerden, fazlardan ve görevlerden oluşan bir dizi olarak sunan önceki modellerin sınırlı alanlarını tesbit etmişlerdir. İkili süreç modeli, kayıp yaşamayı iki yönelimin bir birleşimi olarak görür: Bunlar , kayıp yönelimi ve onarım yönelimidir.

Kayıp yönelimi, kayıp yaşantısının işlenmesini (yas çalışması, bağlarını koparma, inkar ya da onarıcı değişikliklerden kaçınma yani yasin dışı vurumu) anlatır. Onarım yönelimi ise ikincil stres kaynaklarını (yaşamdaki değişikliklere katılma, yeni şeyler yapma , yeni roller ve kimlikler bulma, mali sıkıntılar gibi ikincil kayıpların idrakına varılması ile bunlarla başa çıkmak için yeni yöntemler bulunması) gösterir (63).

Stroebe ve Schut onarım yönelimine geçmenin kayıp yaşayan bireyin akıl sağlığını korumak için faydalı olduğunu söylemektedir. Çünkü bu durum noktasında kişinin çektiği acının dozunda bir rahatlama sağlamaktadır.

Stroebe & Schut'a göre, 'kayıp yönelimi' yitirilen ilişkiye ve kaybın üstesinden gelmek için yaşanması gereken yasa odaklanılması bakımından bağlanma kuramıyla tutarlı bir ilişki içindedir. Worden'in bilişsel stres kuramının bilişsel yönlerini benimsemiştir ve bu, onarım yönelimlidir. Çünkü ölen kişinin içinde olmadığı yaşama geçmekle ilgili stres yaratan etkenleri ilgilendirir. Kayıp yaşamış kişinin aklının dağıldığı ya da kaybı unuttuğu zamanlar olmaktadır. Fakat daha başka bir zamanda da aynı kişi yaşadığı kaybın içinde kaybolabilir (63).

Kayıp yönelimi değişime karşı direnç olsa da kayıpla yüzleşmeyi ve duygusal tepkileri içerir. Onarım yönelimi ise, günlük yaşamdaki değişikliklerle başa çıkmak, yeni rol arayışı, öğrenme ve uyum sağlama üzerinde durur. Bağlanma ve stres kuramlarının birleştirilmesi, başa çıkmanın, her iki yönelim arasında bir gidip gelme süreci olduğunu düşündürür.

Stroebe ve Schut yas tutan kişilerin kaybın acısıyla bu iki uç nokta arasında salınım yaparak bireylerin acısıyla başa çıktıklarını söylemişlerdir. Kişi kaybın çeşitli yönleriyle zaman zaman yüzleşir. Zaman zaman kaçınır. Bazen, yasin bırakıldığı 'mola' süreleri de olacaktır (63).

Bu gidip gelme (osilasyon), hem kayıp ve onarım yönelimleri arasındaki çok boyutlu bir süreç olarak hem de kayıpla başa çıkmanın ve kaybı kabullenmenin önemli bir parçası olarak her bir yöne ilişkin olumlu ve olumsuz yeniden değerlendirmeler arasında bir dalgalanma olarak sunulmaktadır. Model, bilişsel – duygusal süreçlerin bakış açısını dinamik bir bakış açısı olarak sunmaktadır (63).

## **2.5. Kayıp Yaşamının İki Eksenli Modeli**

Kayıp yaşamının iki eksenli modelinde kaybın içsel ve kişiler arası yönleri bir sürecin parçası olarak görülür. Model, stres ve bağlanma kuramlarını, ikili süreç modelinden farklı bir şekilde birleştirir. İki eksenli modele göre, yas süreci iki eksenden oluşur, bunlar, işlevsellik ve ölmüş kişiyle ilişki eksenleridir (64).

Bu modellerin ortak yönü, kayıp yaşama sürecini bir yandan ölüm olayının yarattığı stresle, diğer yandan da kayıp yaşayan kişinin ölmüş kişiyle arasında süregiden ilişkiyle başa çıkmayı içeren bir süreç olarak görmeleridir. İki model de de



yasın önceden bilinen bir yolu olmadığını vurgulamaktadır ve bireye özgü bir süreç olduğunu savunmaktadır (65).

## **2.6. Yas Teorilerinde Dönüşüm**

İlk yas teorilerinde kayıp yaşayan kişinin yasının zamanla azalacağı, eninde sonunda biteceği ve normale döneceği savunulmaktadır. Ancak son dönem yas araştırmacıları, yakını kaybetmiş gençler ve yetişkinlerin kayıptan sonra öncesine göre nitelik ve nicelik olarak değiştiklerini göstermişlerdir. Çocuklar ve ergenlerle yapılan bir çalışmada bu durum gösterilmiştir. (66).

Kardeşini kaybetmiş çocuk ve ergenlerde yapılan araştırma sonucu elde edilen veriler yasın doğasının anlaşılmasına yardımcı olmuş, çocuk ve ergenlerin kayıptan sonra kişisel olarak büyüdükleri gösterilmiştir (67).Yasla ilgili kişisel gelişim teorisi geliştirilmeden önce yas kuramcıları, yas sürecini kayba adaptasyon ve kayıp nedeniyle çekilen acıyla başa çıkma yolunun bulunması olarak sonuçlanan bir süreç olarak tanımlamışlardır. Ancak Hogan'ın ölüm ve envanteriyle ilgili çalışmada, kişisel gelişim ile ilgili bulgular yakını kaybetmiş ergenlerin önceliklerinin değiştiğini arkadaşlarına göre daha çabuk olgunlaştıklarını, daha anlayışlı olduklarını kendilerine ve başkalarına karşı daha toleranslı olduklarını, aileleriyle çok daha fazla ilgilendiklerini göstermiştir. Ergenler eskiye göre daha güçlü olduklarına inanmakta olup, kardeşlerinin ölümleriyle başa çıkabilmenin onlara öğrettiklerini belirtmişlerdir (66).

Yas ile ilgili bir sonraki çalışma ise deneysel yas teorisinin üretilmesiyle sonuçlanmıştır. Teori 2 komponentten oluşmaktadır. 1. si sevilen bir insanın bir hastalığın teşhisi ve hastalık nedeniyle ölümüne kadar olan süreçte geride kalanın tanık olduğu süreç. 2. Komponentte yas sürecinin kaybın yaşandığı zamandan acı çekmeye ve acı çekmenin yağunluğu ve sonuç olarak kayba rağmen anlamlı bir hayata olan umut olarak kanıtlanmış, kişisel gelişim olarak tanımlanmıştır (68).

Ölüm ister hastalıktan , kazadan intahardan ya da cinayetten her ne şekilde olursa olsun , yakını kaybeden erişkinler umutsuzluğa kapılıp diğer insanlardan uzaklaşır ve sevdikleri olmadan ne yapacakları hakkında çelişkiye düşerler. Bunun

sonucunda çektikleri büyük acı kiŖisel dnŖmleri ve geliŖimleriyle sonuçlanır. Bu bulgu, kiŖisel geliŖimde yas teorisinin temelini oluŖturmaktadır (69).

Sosyal destekler, kayıp yaŖayanın hayatın anlamını bulmasına ve yeni bir amaç edinmesine yardımcı olarak yararlı bulunmuŖtur. Bu yol, acı çekenin eski kötü günlerinin ardından kiŖisel olarak kendini geliŖtirdiđi, geleceğe karŖı daha umutlu olduğu, daha affedici, merhametli ve toleranslı olduğu noktada son bulur. Matemin baŖlangıcında umut kaybolmuŖtur. Fakat kendisiyle ilgilenen doktor hemŖire ve diğer insanların yargılamayan destekleri ile umut tekrar yeŖerir. Teori, bazı acı çeken insanların kedere saplı kaldığını, diğer geliŖmeleri göstermediğini de tesbit etmiŖtir (70).

On yıllardır yas danıŖmanları ve sağlık alıŖanları iyileŖmenin gerekleŖebilmesi için kayıp yaŖayan kiŖinin lenle olan bağlarını koparabilmesi gerektiğini savunmuŖlardır. Bugün ise ilerleyen günlerde ölen kiŖiyle olan iliŖkinin devam etmesi bireyin kiŖisel geliŖimini teŖvik edici bile olabileceği anlaŖılmıŖtır (70).

Bir kiŖinin ölümü sadece kaybı yaŖayan aile üyelerinin kiŖisel geliŖimine katkıda bulunmaz. Bir alıŖmada hastasını kaybetmiŖ hemŖirelerde de bu duruma rastlanmıŖtır. Yazarlar bu durumu iŖlerinin duygusal bir bedeli olarak yorumlamıŖlardır (71).Yas, kayıptan sonraki onarım süreci ve bireyin kiŖisel geliŖimine katkıda bulunan bir süreç olduğu kabul edildiğinde bir bireyin kiŖisel geliŖiminin yeterli olmaması, psikopatolojiyle iliŖkili olabilir. Burada psikopatolojiden kasıt, yası hakkıyla yaŖayamayan bireyin genel anlamda psikopatoloji geliŖtirmeye daha yatkın olabileceği ya da tersinden psikopatoloji geliŖtirmiŖ bireylerin yastan sonra daha yetersiz bir geliŖim göstermeye eğilimli olduklarıdır. Çünkü stres seviyesi yüksek olduğu zaman bir takım hoŖ olmayan fiziksel tepkiler de yaŖanabilir. Bunlar, bireyden bireye deđiŖkenlik gösterir. rnek olarak, vcttaki sistemlerinin uzun süre aktivasyonu sonrasında kas gerginliği, yorgunluk, kas ağrıları, sindirim sistemi belirtileri ve genel fiziksel rahatsızlık hissi gözlenebilir. Sonuç olarak, hayatının en travmatik olayıyla yüz yüze kalan her insanda psikiyatrik bozukluk geliŖmez. Ancak önemli yaŖam krizleri psikiyatrik rahatsızlık riskini arttırır (74). Travmanın olumsuz etkileriyle ilgili alıŖma sayısı çok olmakla birlikte travmatik olaydan sonra yaŖanan acı ile baŖaıkmaya alıŖırken

ortaya çıkan bazı olumlu etkileri inceleyen çalışma sayısı nispeten azdır (72). Dolayısıyla yasin psikopatoloji yerine gelişim yönüne gidişi ile ilişkili bilgi birikimini artırmak önemlidir. Burada bunu sınamak da travma sonrası büyüme ile ilgili bilginin artmasına yardımcı olabilir.

## 2.7. Travma Sonrası Büyüme

Travma sonrası büyüme terimi son derece zorlu hayat şartları ile mücadele sonucu olarak ortaya çıkan olumlu psikolojik değişimi ifade eder (73). Yaşanan travmalardan sonra, kişinin büyümesini, kişisel gelişimini değerlendiren travma sonrası büyüme, kayıptan sonraki yas sürecinin kişisel gelişimdeki etkisini değerlendirmek açısından yas için de kullanılabilir bir kavramdır. Zaten, literatürde yasin geliştirici etkisini ölçmeye çalışan az sayıda çalışma ölçüm aracı eksikliğini travma sonrası büyümeyi değerlendirerek kapatmaya çalışmışlardır (73).

Yakın zamanda, travma sonrası büyüme ile ilgili farklı sistematik çalışmalar mevcuttur. Bunlardan birisi, travma sonrası büyüme ve bu büyümeyi değerlendiren araçların geliştirilmesi ile ilgilidir (90).

Travma sonrası büyüme, yüksek seviyelerde psikolojik stres sonrasında gelişen olumsuzluklara karşı adaptasyon sırasında ortaya çıkar. Bununla birlikte insanların bir kısmında önemli hayat krizleri psikiyatrik bozuklukların gelişmesi ya da alevlenmesi için bir katalizör görevi görebilir. Psikolojinin ve tıpla ilişkili disiplinlerin odaklandığı ortak konu hangi travmatik olayların yüksek strese neden olabileceği ve bazen de hangi ciddi psikolojik ve fiziksel problemlerin habercisi olabileceğidir (73). Özet olarak söylemek gerekirse yaygın varsayım olan ‘travmaların genel olarak bir bozuklukla sonuçlanacağı’ görüşü ‘büyümeyle sonuçlanabileceği görüşü ile yer değiştirmelidir (75). Büyüme genellikle devam eden sıkıntılarla beraber görülür (75).

Çok eski İbrani yazılarında, Hinduizm, Budizm, İslam felsefelerinde acının potansiyel dönüştürücü gücünden, acı ve sıkıntının pozitif değişimin kaynağı olduğundan bahsedilmiştir (76). 20. yy da bazı klinisyenler ve bilim adamları psikolojinin genel etki alanı ile ilgili yazılar yazmışlar ve kritik hayat krizlerinin olası olumlu kişisel değişikliklere yol açabileceğine işaret etmişlerdir (77).

Yeni çalışmalar, travma sonrası büyüme üzerinde durmaktadır. Travma sonrası büyümenin bildirildiği çalışmalarda en azından bir çeşit travma bulunmaktadır. Travma sonrası büyüme kavramı çok çeşitli travmatik olaylar karşısında ve çok geniş aralıklı bir insan gurubunda tespit edilmiştir. 1996 yılında kolej öğrencilerinin yaşadığı olumsuz olaylara bakılan bir çalışmada (78), 1992'de RA (80), 1995'te HIV enfeksiyonu (81,79), 1990' da kanser hastalığı teşhisi konan (82), kemik iliği transplantasyonu yaşayan (83) ve kalp krizi geçiren hastalarda (84), ayrıca cinsel istismara uğrayan kişilerde yapılan çalışmalarda (85) travma sonrası büyüme tespit edilmiştir.

Travma sonrası büyüme ile iyimserlik, dayanıklılık, esneklik kavramları arasında ayrımlar yapılmaktadır. Tüm bu kavramlar, insanların sıkıntıyı yönetmek için gösterdikleri kişisel özellikleri göstermektedir. Örneğin esneklik, daha çok sıkıntı sırasında ya da sonrasında ilerleyen süreçte gösterilen kabiliyettir. Bununla ilgili zor durumlar karşısında sağlıklı kalmayı başaran çocuklarda çalışma yapılmıştır (86). Dayanıklılık, hayat olaylarına karşı meydan okumadır. Yüksek dayanıklılığı olan insanlar meraklıdır ve aktiftir ve bu insanlar olayları etkileyebileceklerine inanırlar (87).

Optimizm, olaylara karşı olumlu düşünceleri içerir. Tutarlılık, stres karşısında stresi yönetmek için en iyi durumda olan insanlar için tanımlanmıştır. Çünkü bu insanlar olayları anlayabilir, idrak edebilir ve olayların anlamlarını bulabilirler. Bu da tutarlılığın bir göstergesidir (88). Buna karşılık travma sonrası büyüme kavramı yoğun stresli koşullardan zarar görmeme ve bu koşullara direnme yeteneği olarak insanlardaki değişime verilen addır (73).

Genç insanlarda yaşlılara oranla daha fazla büyüme görülmesi beklenmektedir. Çünkü gençler öğrenmeye daha açıklardır ve kendi hayat dersini almış bir yetişkine göre değişim sürecinin daha fazla olması beklenir. Bu görüş bir çalışmada da gösterilmiştir (89). Büyüme direkt travmanın bir sonucu olarak ortaya çıkmaz. Travma sonrasında gelişen yeni bir gerçeklikle bireyin mücadele etmesi sonucu ortaya çıkar (75). Ciddi travmalar geçiren insanların karşılaştırıldığı bir araştırmada yüksek seviyede travma sonrası büyüme bildirilmiştir (90).

Travma sonrası büyüme ölçeğinin maddeleri literatürde son derece stresli olaylara yanıt verenler, eş kaybı yaşayanlar, fiziksel engelliler ve diğer yaşam krizlerini yaşamış kişilerle yapılan görüşmeler temel alınarak geliştirilmiştir (73).

Tedeshi ve Calhoun yaşanan travmalardan sonra algılanan bazı olumlu değişiklikleri üç genel kategoride tanımlamışlardır: Kendilik algısında değişiklik, kişiler arasındaki ilişkilerde değişiklik ve yaşama dair felsefede değişiklik (76). Bu değişikliklerin ölçümü ile ilgili, travma sonrası büyüme ölçeği geliştirilmiştir. 34 maddeyle başlanmıştır. Toplam varyansın %62 sini açıklayan 21 maddeye indirgenmiştir. Maddeler arasında Pearson korelasyon katsayısı %98 ve cronbah alfa katsayısı 0.90 bulunmuştur. Ölçekle ilgili faktör analizi çalışması beş faktörde toplanmıştır. Bu faktörler; kendilik algısı, diğer insanlarla olan ilişkiler, yeni tecrübeler geliştirilmesi, yaşamı takdir etme ve hayatın değerini kavrama, varoluşsal değişikliklerdir (spirütüel değişiklik) (76).

Travma sonrası büyüme bu beş farklı alanda gözlenmiş değişimlerdir. Bunlardan birisi de kendilik algısıdır (91). Kendilik algısındaki değişim, gelişimi, daha savunmasız, daha güçlü şeklinde biraz paradoksal olarak açıklar. Kayıp deneyimi, birçok insanın kendisini daha güçlü ve daha kendine güvenli hissetmesine yardımcı olabilir. Bu alandaki büyüme, kötü şeylerin ne olduğu ve bunlar karşısında ne yapılabileceğinin keşfedilmesiyle ve eğer bununla baş edilebilirse herhangi bir şeyle baş edilebilir şeklinde deneyimlenir (96, 92).

Travma sonrası büyümenin başka bir etki alanı ise kişinin diğer insanlarla olan ilişkileri üzerindeki değişimlerdir. Elbette büyümenin herhangi bir etkisi gibi krizler ve kayıplarda ilişkiler üzerinde negatif değişimler yaratabilir. Ancak birçok yaşlı insan başka insanlarla olan ilişkilerinde pozitif değişimler yaşadıklarını tanımlamışlardır. Travma sonrası büyüme envanterinin öğelerinden birisi başkalarıyla yakınlık hissini artırır. Bu yakınlık artışı, genellikle yakın arkadaş veya aile bireylerinde gözlenir. Bazen bir insan öldüğünde yas tutan kişinin onun sorumluluklarını ve kişisel bağlantılarını devralması gerekebilir. Bu genel olarak eş kayıplarında görülen bir durumdur (93). Her ne kadar bu yeni roller külfetli olabilese de daha önce çok az veya hiç tecrübesi bulunmayan bir konuda yeni tecrübeler geliştirilmesini sağlar. Bu da büyümenin üçüncü alanıdır. Kayıp ayrıca yeni ilişki

kurma olanakları da sağlar. Tabii ki de ölen kişinin yeri bu şekilde direkt olarak doldurulamaz ve yaşlı insanlar nadiren bunu isterler. Ancak kayıp yaşayan kişilerin içindeki boşluk yeni insanların girmesine izin verir (93).

Bir ölüm gerçekleştiğinde; insanlar, sonun kendi düşündüklerinden çok daha yakın olabileceği gerçeğiyle ve zamanları varken yapabileceklerinin en iyisini yapmaları gerektiğiyle yüzleşirler. Bu durum; yaşamı takdir etme, daha canlı yaşama, bazı insanlar için sürdürülmesi zor olsa da rutine göre daha bilinçli alışkanlıklara sahip olma şeklinde gözlenebilir. Bu travma sonrası büyümenin dördüncü alanıdır (93).

Travma sonrası büyümenin beşinci genel alanı varoluşsal unsurlar içerir. Pek çok kişide bu alan özellikle coğrafi ve kültürel aynı zamanda manevi ve dini unsurları içerir. İyileşmenin bu boyutu yaşlı bireyleri içeren birçok çalışmada bildirilmiştir (94, 95). Yastaki insanların bir kısmı, spesifik tinsel veya dinsel inançları hesaba katmadan varoluşu sorgulayarak bu travma sonrası büyümeyi tecrübe edebilirler. Ancak, birçokları için özellikle Amerika Birleşik Devletleri gibi bölgelerde, varoluşsal gelişme tinsel veya dinsel öğeleri içerir. Ancak bu durum Avrupa ve Avustralya gibi yerleşmiş din kültürünün fazla bulunmadığı bölgelerde geçerli değildir.

Din/Tinsellik, gelişim için kader kavramının kabullenilmesini desteklediği gibi anlam ve amaç anlayışının artışını da destekleyen bir sistemi sunabilir (97). Birinin ölümünü takiben yaşamın anlamını bulma, yasin bir sonucu olarak meydana gelen tinsel değişikliği temsil edebilir. Sevdiği birini kaybedenlerin, hayatın anlamını kavramadaki zorlanmasının nedeni gelen dünyaya ilişkin varsayımların önemli bileşenlerini yeniden değerlendirme süreci sırasında zorluklarla karşılaşma olabilir (98).

Yakın birisinin kaybını deneyimlemeden önce, bireyler kendi kişilik özellikleriyle ilişkili olarak, kendi dünyalarında çok sayıda farklı davranışlarda bulunabilirler. Bireyin öznel dünyasındaki inançları, çeşitli teorisyenler tarafından travma sonrası büyümenin belirlenmesi için kilit unsur olarak düşünülmüştür (99, 100, 76). Bu karakteristik durumun ışığında, bireylerin inançlar bütünü, dünyada yaşanan olayların nasıl açığa çıkarılacağı ve olayları nasıl etkileyebildikleri hakkında

bireylere yardımcı olmaktadır. Bu bütün, bireylere plan yapmalarına ve dünyayı tahmin edilebilir, anlaşılabilir ve anlamlı olarak tecrübe edebilmelerine olanak verir. (102).

Yakın birisinin vefatı, çeşitli duygusal ızdıraplar yaşanılmasını da beraberinde getirir. Ölümün hangi şartlar altında meydana geldiğinden bağımsız olarak, kayıp ve acı hissinin oluşması olasıdır. Ölümün uzun dönem etkisi, birçok faktörle bağlantılıdır. Örnek olarak, Bonanno dayanıklılıktaki farklılıkların genellikle yas ile birlikte değişen uzun dönem adaptasyon sorunları ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Dayanıklılık, bireylerin başlangıçtaki acıyla baş etmelerini ve daha sonra kederden kurtulma için daha az bir çaba göstermelerini sağlar iken, daha az dayanıklı olan bireylerde bu acı ile baş edilmesi için gereken süre artmaktadır (103).

Bireyin dünyaya bakış açısının önemliliğini destekleyen bir kanıt olarak, bazı ölümlerin diğerlerinden, “başa çıkma” adına daha zorluk yarattığı söylenebilir. Uzun bir yaşam sürecinin sonunda meydana gelen “doğal bir ölüm” ün kabullenilmesi ve anlaşılabilirliği daha nettir (104). Diğer taraftan, genç bir çocuğun vefatı gibi beklenilmeyen ve “doğal ölüm” kategorisine daha az alınan ölümlerin bireylerin kendi iç dünyalarında daha çok stress yarattığı ve gelişim/büyüme sürecine bireylerin daha çok ihtiyaç hissettikleri söylenebilir (105). Varsayılan inançlarla olan mücadele ne olursa olsun, acı beklenen bir şeydir, ancak eğer ölüm, bireylerin kendi inançlarına daha “uygun” bir ölüm sınıfındaysa, bilişsel süreçler bu durumun atlatılması için görece olarak daha “az” gereklidir. Bonanno’ya göre dayanıklı birey, kayıplarını göğüsleyebilen, acısıyla başa çıkabilen ve eski refahına geri dönebilen birey olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, inançları ciddi anlamda sınanan bireyler, kolaylıkla hayatlarına devam edemezler. Ölüm bazı varsayımları yerinden edebilir, bu da tıpkı tecrübe edilen ölümün acısını ortadan kaldırabilmek için çaba gösterilmesi gibi dikkat isteyen bir durumdur (103).

Travma sonrası büyüme sürecinin başında bireyler tipik olarak, duygularının üstesinden gelmek, duygularını yönetmek için ihtiyaç duydukları tepkilerle uğraşırlar. Fakat bilişsel süreçte zorlayıcı durumlar ortaya çıkabilir. Kişinin kriz sonrasında hangi derecede bilişsel çabasının olacağı, travma sonrası büyüme sürecinin merkezini oluşturur (103). Yüksek büyüme seviyelerinin düşük psikolojik

stres düzeyi ile ilişki içerisinde olduğu yayınlanan araştırmalarda gösterilmiştir (101). Ancak diğer araştırmalarda travma sonrası büyüme ile stres arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (106, 107). 2001 yılında Cordova ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, sağlıklı kontrollerle meme kanseri hastaları karşılaştırılmış, kanserden kurtulanlarla kontroller arasında depresif belirtiler açısından fark olmadığı görülmüştür. Ancak kanserden kurtulanlarda daha fazla travma sonrası büyüme saptanmıştır (107). Depresyon, intruziv/müdahaleci düşünceler ve genel kişinin kendini iyi hissetme durumunu travma sonrası büyüme ile ilişkisiz bulmuşlardır. Bunun yerine kanser deneyimiyle algılanan tehdidi ve bu konuda başkalarıyla konuşmayı travma sonrası büyüme ile ilişkili bulmuşlardır. Şaşırtıcı bir şekilde travma sonrası büyüme ile iyimserlik, düşük depresyon düzeyi ve düşük nevrozizm gibi değişkenler arasında daha az ilişkili bulunmuştur (107).

Kanser hastası olan yetişkinlerin çocuklarından oluşan küçük bir grupta yapılan araştırmada, bu çocukların travma sonrası stres, anksiyete ve depresyon yaşadıkları görülmüştür. Az sayıda çocuğun, ebeveynlerinde var olan kanser hastalığının etkileriyle baş ederken bu olayla ilgili bazı olumlu çıkarımlarda buldukları gösterilmiştir. Bu çocuklar, olumsuz olaylarla baş etme yetilerini ve ilişkilerinin anlamını fark etmişlerdir. Buna fayda bulma (benefit finding) denilmektedir. Bu durum sadece bir başa çıkma yolu olarak değil aynı zamanda o yaşantının sonucu olarak algılanan bir değişim olarak da tanımlanabilir (108). Daha da önemlisi fayda bulma (benefit finding), kişinin öncesine göre kendini geliştirmesi olarak da tanımlanır. Yani, bu sadece olayla başa çıkmak değil yaşanan deneyimin sonucu olarak kişide meydana gelen faydalı değişimlerin bireyi büyütmesidir. Kavramsal olarak travma sonrası büyüme, fayda bulmayı da içerir(109).

Bu tür teoriler, travmatik olayların bireyin temel psikolojik şemalarını zorladığı ve bireyin bilişsel sürecinde olumlu değişiklikler yaratacağını öne sürer (110, 111, 112). Kanser hastaları genellikle travma sonrası büyüme veya fayda bulmayı (benefit finding) deneyimlerinden kaynaklanan bir sonuç olarak gördüklerini söylemişlerdir (113, 107, 114).

Travma sonrası büyümenin varlığı eşleri kanser olan kadın ve erkekler üzerinde yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (115, 116). Eşler tarafından bildirilen



kazançlar, şefkat artışı, eşe bağlılığın artması, kişisel güç, hayata değer verme ve hayat içerisindeki önceliklerin yeniden değerlendirilmesi olarak tanımlanmıştır (117, 118, 119).

Başka çalışmalarda da, aileleri kanser olan yetişkin çocuklarda gözlemlenen aile içi ilişkiler, iletişim ve kişisel gücü kapsayan pozitif değişimlerin fayda bulma (benefit finding) olduğunu söylenmiştir (120, 121).

Travma sonrası büyüme geliştiren insanlarda gözlenen yaşam olaylarından biri de matemdir. Matem sıkıntı takip etmesine rağmen matemdeki insanlar yeniden büyüme, hayatı yeniden anlamlandırma, mantık kurma gibi temalar bildirmişlerdir (122, 123). Travma sonrası büyüme, kariyer değişikliği, kişiler arasındaki ilişkilerde güçlenme, empati yapmada artma gibi hayat içindeki yeni olasılıkları da barındırır. Kişinin kendisini nasıl hissettiğine dair algısını, hayat felsefesini değiştirir ve ruhsal ya da varoluşsal bir değişikliğe neden olur (124).

Travma sonrası büyümenin yasa karşı verilen çok boyutlu yanıtlardan biri olduğu düşünülmektedir (125). Cadell, yakını AIDS nedeniyle kaybeden 15 kişide pozitif ve negatif değişiklikleri kaydetmiştir. Sonuç olarak bu kişilerin yası takiben kişisel, mizah, maneviyat ve varoluşsal konularda geliştikleri saptanmıştır (126). Bireyin sevdiği birisinin kaybı, yıkıcı bir tecrübe olmasına rağmen, çoğu kişi bu tecrübe sonrasında, daha iyi huylu, daha insancıl birisi olduğunu fark etmiştir (127).

2 ila 6 sene önce prematür bebek kaybı yaşayan ailelerde, yas ve travma sonrası büyümenin değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışmada, bu ebeveynlerin yas ve anksiyete yaşadıkları gözlenmiştir. Ancak bebeğin ölümünü takiben annelerde daha belirgin olmak üzere travma sonrası büyüme göstermişlerdir. Yine annelerin %78'i ve babaların %44'ü hayatta neyin önemli olduğuna dair yeni önceliklere sahip olduklarını bildirmişlerdir (128). Bu sonuçlar, eşin veya yakın bir akrabanın ölümünden 13 ay sonra yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmanın sonucuyla tutarlılık göstermektedir (108). Doğumdan hemen sonra veya yenidoğan döneminde bebeğini kaybeden anneler üzerinde yapılan bir çalışmada, bu olayın % 69 annenin hayatına olumlu bir katkı sağladığı bildirilmiştir (130). Bireylerin kendilerine ve başkalarına bakış açılarında gözlemlenen değişiklikler annelerin yarısından fazlasında görülürken, babaların %30-40'ında görülmüştür. Bu ise anne ve babaların yaklaşık

1/3'ünün çocuklarının ölümlerinden sonra hayatlarında yeni bir bakış açısına sahip oldukları anlamına gelmektedir.

Travma sonrası büyümenin klinik etkileri ve anlamı hakkında uzun zamandır devam eden bir tartışma mevcuttur. Yol kazasından sonra yas, tecavüz veya ciddi hastalık gibi bireylerin ciddi travmaya maruz kaldıkları bir çok travmatik olayın yer aldığı çok sayıda çalışmada, travmanın büyüme de beraberinde getirdiği görülmektedir (90,131). Tedeschi ve Calhoun, travmatik olayların olumlu ve olumsuz etkisinin aynı bireyde meydana geldiğini ve bireylerin zorlukları inkar eder izlenimi vererek travma sonrası büyüdüklerini öne sürmüşlerdir (90).

Tüm bu literatür çerçevesinde, psikopatoloji gelişmesinin kayıptan sonra yas işini hakkıyla yaşayamamak ile bir ilişkisi var ise kaybı olan insanlar arasında psikopatoloji geliştirmiş bireylerle geliştirmemiş olanlar arasında travma sonrası büyüme açısından farklılık beklenir. Travma sonrası büyüme PTB ölçeği ile değerlendirirsek, psikopatoloji geliştirmemiş kayıplı bireylerin psikopatoloji geliştirmiş kayıplı bireylere göre daha yüksek puanlara sahip olacağı hipotez edilebilir. Eğer, bu hipotez çerçevesinde, bir birey kayıp yaşamış ve bu kaybın ardından travma sonrası büyümesi yeterli olmuş ise bu bireylerde psikopatolojinin az olacağını hipotez ettiğimizde bunu sınamak için ciddi kaybı olan ve depresyon geliştirmemiş bir grup ile yine kaybı olan depresyon geliştirmiş bireyleri karşılaştırmak hipotezimizi sınamayı mümkün kılacaktır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Katılımcılar

Çalışmaya Kırıkkale ilinde bulunan özel ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp fakültesi diyaliz merkezlerinde kronik böbrek yetmezliği nedeni ile diyalize giren 47 hasta ile Kırıkkale üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri anabilimdalı polikliniğine başvurup major depressive bozukluk tanısı almış ve kayıp yaşamış olan 49 hasta alınmıştır. Kontrol grubu olarak 49 sağlıklı gönüllü (bilinen bir psikiyatrik hastalığı olmayan) dahil edilmiştir.

#### 3.1.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

Major depresyon grubu için

- 1- 16-85 yaş arasında olmak
- 2- Gönüllü olur formunu imzalamış olmak
- 3- Major depresyon tanısını almış olmak

Diyaliz grubu için

- 1- 16-85 yaş arasında olmak
- 2- Gönüllü olur formunu imzalamış olmak
- 3- Hemodiyaliz hastası olmak

Kontrol grubu için

- 1- 16-85 yaş arasında olmak
- 2- Gönüllü olur formunu imzalamış olmak

#### 3.1.2. Çalışmadan hariç tutma kriterleri

Major depresyon grubu için

- 1- Major depresyon tanısı dışında psikiyatrik tanı almış olmak
- 2- Başka bir kronik tıbbi ya da nörolojik hastalığının olması

Diyaliz grubu için

- 1- Herhangi bir majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hariç DSM-IV tanısı olmaması

Kontrol grubu için

1- Herhangi bir psikiyatrik nörolojik ya da tıbbi bir rahatsızlığının olması.

Deneklere araştırma hakkında bilgi verilerek kendilerinden yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya alınan deneklerin sosyodemografik özellikleri kaydedilmiştir. Daha sonra bireylere ne tip kayıplar yaşadığı ve bundan nasıl etkilendiğine dair bilgi veren yas olgu anketi uygulanmıştır. Sonrasında bireylere sırasıyla travma sonrası gelişme ölçeği, problem çözme envanteri, fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği, hamilton depresyon ve hamilton anksiyete ölçeği uygulanmıştır.

### **3.2. Çalışmada Kullanılan Araçlar:**

#### **3.2.1. Sosyo demografik bilgi formu:**

Sosyodemografik bilgi formu tarafımızca hazırlanmıştır.

Sosyodemografik bilgi formu, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi soruları kapsamaktadır.

#### **3.2.2. Yas olgu anketi:**

Tarafımızca hazırlanan anket bireyin ne tip kayıplar yaşadığını , ne kadar etkilendiğini, kayıp yaşadığı sırada neler hissettiğini bunların 10 üzerinden derecesini, bu hislerinin ne kadar sürdüğünü, sonrasında ve kayıp yaşamadan önce yardım alıp almadığını, aldıysa ne tip bir yardım aldığını,kayıptan sonra neler yaşadığını ve hangi tutumları takındığını kaydetmeye olanak veren bir ölçektir.

#### **3.2.3. Travma sonrası büyüme envanteri (PTG):**

Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilen Travma Sonrası Büyüme Ölçeği, 6'lı (0=bu değişikliği yaşamadım; 6=bu değişikliği çok fazla yaşadım) Likert tipi, 21 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ranjı 0- 105'tir. Alınan yüksek puan, kişinin travmatik yaşantı sonrasında yüksek düzeyde bir büyüme yaşadığını göstermektedir (90).

Ölçeğin orijinalinin geliştirildiği çalışmada iç tutarlılığının  $\alpha=.90$  düzeyinde olduğu belirtilmektedir. Alt testlerinin iç tutarlılığı da  $\alpha=.67$  ve  $\alpha=.85$  arasında

değişmektedir(90). Test-tekrar test güvenilirliği için yapılan çalışmada ise, korelasyon katsayısı .71 olarak bildirilmektedir. Ölçeğin, iyimserlik, dinsel katılım, dışadönüklük, deneyimlere açıklık, uyumluluk ve vicdanlılık gibi değişkenlerle pozitif korelasyonu olduğu belirtilmektedir. Yapılan faktör analizinde, kişilerarası ilişkilerde olumlu, kendiliğin algılanmasında değişiklikler, yaşamın değerini anlama, yeni seçeneklerin fark edilmesi, inanç sistemindeki gelişim olmak üzere beş alt boyut saptanmıştır (90).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Dürü (2006) tarafından gerçekleştirilmiştir (132).

Travma Sonrası Büyüme Ölçeği'nin güvenilirliğine Cronbach Alpha yöntemi ile bakılmıştır. İç tutarlık katsayısı  $\alpha=.93$  olarak hesaplanmıştır. Travma Sonrası Büyüme Ölçeği'nin, Travma Sonrası Disosiyatif Yaşantı Ölçeği, Olay Etkisi Ölçeği (Impact of Event Scale) ve Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği korelasyonu sırasıyla .23, .26 ve .21 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğine faktör analizi yöntemi ile bakılmıştır. Çeşitli çözümler arasında en uygun olduğuna karar verilen beş faktörlü çözümde, 21 maddeden 15'i, özgün ölçekte belirtilen faktörlere yüklenmişlerdir. Beş faktörlü bu çözüm, varyansın % 67.84'ünü açıklamıştır (Dürü, 2006). Dürü (2006) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış olan Travma Sonrası Büyüme Ölçeği'nin iç tutarlık katsayısı ise Cronbach  $\alpha= .93$  (N=349) olarak bulunmuştur (132).

#### **3.2.4. Problem çözme envanteri (PÇE):**

Problem çözme envanteri bireyin problem çözmeye kendisine güvenini, bireysel kontrol duygusunu ve yaklaşım biçimini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Üniversite öğrencilerinin problem çözme becerilerini nasıl algıladıklarını belirlemek için, Heppner ve Petersen tarafından geliştirilen ve Sahin, Sahin ve Heppner tarafından 1993 yılında Türkçe'ye uyarlanan Problem Çözme Envanteri kullanılmıştır (133). PÇE 35 maddeden oluşmaktadır. Maddeleri 1-6 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Puanlama sırasında 9, 22 ve 29. maddeler puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan ise 192'dir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği ise bireylerin kendilerini problem çözme becerileri konusunda yetersiz olarak algıladıklarını

göstermektedir. Ölçeğin yurt dışındaki geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, “problem çözme yeteneğine güven”, “yaklaşma-kaçınma” ve “kisisel kontrol” olmak üzere üç faktör, yurt içindeki çalışmalar da ise “aceleci yaklaşım”, “düşünen yaklaşım”, “kaçıngan yaklaşım”, “değerlendirici yaklaşım”, “kendine güvenli yaklaşım” ve “planlı yaklaşım” olmak üzere 6 faktör belirlenmiştir. Alt ölçeklerden elde edilen puanların yanı sıra ölçekten alınan toplam puan da kullanılabilir. Bu araştırmada da Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından Türkiye’ye uyarlanmış olan ölçek kullanılmış, toplam puan değerlendirmeye alınmıştır (133).

Ölçeğin güvenilirlik çalışması 244 üniversite öğrencisiyle gerçekleştirilmiş, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yarıya bölme güvenilirliği tekniği ile elde edilen güvenilirlik katsayısı ise .81’dir (133). Ölçeğin geçerlik çalışması ölçüt bağıntılı geçerlikle gerçekleştirilmiş, ölçeğin toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri arasındaki korelasyon katsayısı .33 ve STAI-T toplam puanı arasındaki korelasyon katsayısı ise .45 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, PÇE’ nin Beck Depresyon Envanteri ve STAI-T’ den alınan puanlara göre oluşturulan grupları anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmiştir. Yapılan diskriminant analizi sonucunda ise ölçeğin disforik ve disforik olmayan grupları %94 ve %55 oranlarında; kaygılı ve kaygılı olmayan grupları ise %90 ve %80 oranlarında doğru olarak sınıflandırabildiği ortaya konmuştur (133).

### **3.2.5. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ):**

Bu ölçek akılcı olmayan inançlarının altında yatan fonksiyonel olmayan tutumlarını belirlemek amacıyla, Weisman (1979) tarafından geliştirilmiş (134). Şahin ve Şahin (1991) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (135). Ölçek mükemmelliyetçi tutum, onaylanma ihtiyacı, bağımsız tutum ve değişken tutum olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 40 madde yer almakta olup, her bir madde yedili Likert tipi bir derecelendirme ölçeği üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40 iken, en yüksek puan 280’dir. Ölçekten alınan yüksek puan bireylerin yüksek düzeyde fonksiyonel olmayan tutumlara sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Şahin (1991) tarafından yapılmıştır (135). Ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ile

korelasyonu .19 Otomatik Düşünceler Ölçeği ile korelasyonu ise .29'dur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .79 olarak hesaplanmıştır.

### **3.2.6. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D):**

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Hamilton ve onun gözetiminde yapılandırılmış hale Williams (1978) tarafından dönüştürülmüştür (136). Depresif belirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanır. Ölçek, 17 maddelik olarak 0-4 arasında puanlanır ve en yüksek 53 puan alınır. HAM-D düzeylerine göre depresyon şiddeti derecelendirildiğinde, 8-13 arası düşük, 14-18 arası orta, 19 ve üstü şiddetli olarak değerlendirilir (137). Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (138).

### **3.2.7. Hamilton anksiyete ölçeği (HAM-A):**

Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek uygulanan bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmış 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Toplam puanlar her bir soru için 0-4 arası bir değer verilerek elde edilir. Toplam puanlar hesaplanmakta, 0-5 puan anksiyetenin olmadığını, 6- 14 puan minör anksiyete (hafif-orta) 15 puan ve üstü majör anksiyeteyi (ağır) göstermektedir (139). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (140).

### **3.3. İstatistiksel Yöntem:**

Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Program for Social Sciences) 16.0 paket programı kullanılmıştır. Bu çalışmada TSB skoru bağımlı değişken, grup ve cinsiyet bağımsız değişken ve eğitim, yaş, kayıptan bugüne geçen süre (ay olarak) ve problem çözme becerileri skoru eşdeğişken (covariate) olarak ANCOVA'ya sokulmuştur.

Biz kesitsel olarak yaşamın herhangi bir döneminde kayıp yaşamış fakat şu anda major depresyonda olan bireylerin şu an major depresyon yaşamalarını

biçimlendiren faktörlerden birinin kayıptan sonra kişisel büyümeyi biçimlendirecek, kişisel gelişimini sağlayacak yas işini gerçekleştirme becerisinin olmayışı olduğunu düşünüyoruz. Dolayısıyla doğrudan ilişkilerden konuşmamız mümkün değil, ancak istatistiki anlamda bir çıkarım yapmamızda mümkün. Eğer şu anda major depresif bozukluğu olan yaşamın herhangi bir yerinde kayıp yaşamış bireyler ve yaşamın herhangi bir yerinde kayıp yaşamış ama major depresyonda olmayan bireylerden posttravmatik growth puanı açısından düşüklük gösteriyorlarsa ve biz bunu etkileyebilecek diğer faktörleri kontrol ettiğimizde bu durum hala devam ediyorsa hipotezimizin doğrulandığını söyleyebiliriz.





#### 4. BULGULAR

Çalışmaya diyaliz merkezlerinde kronik böbrek yetmezliği nedeni ile diyalize giren 47 hasta ile (yaş ort 54.17+-13.66) kayıp yaşamış, Kırıkkale üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri anabilimdalı polikliniğine başvurup major depressive bozukluk tanısı almış olan 49 hasta (yaş ort 37.88+-12.78) , kontrol grubu olarak 49 sağlıklı gönüllü (yaş ort47.37+-15.40) dahil edilmiştir.

Depresyon grubu 8 erkek 41 kadın, kontrol grubu 21 erkek 28 kadın, diyaliz grubu 25 erkek 22 kadından oluşuyordu. Grupların cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırılması ki kare testi ile yapıldı. Buna göre cinsiyet dağılımı açısından fark vardı. Fark depresyon grubundan kaynaklanıyordu (Ki-kare= 14.948, p=0.001). Grupların cinsiyet dağılımları tablo 1’de verilmiştir.

Tablo1. Grupların cinsiyet dağılımları

	Diyaliz	Depresyon	Kontrol
ERKEK	25	8	21
KADIN	22	41	28
TOPLAM	47	49	49

Grupların yaş açısından karşılaştırması tek yönlü ANOVA ile yapılmıştır.

Gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $F(2,142)=17.27$  , $p<0.001$ ). Görüldüğü gibi %85 güven aralığı değerlerinde fark dializ hastalarından kaynaklanmaktadır. Dializ grubu diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yaşlıdır.

Katılımcıların medeni durumları evli, bekar, dul ve boşanmış olmak üzere 4 kategoride değerlendirilmiştir. Buna göre grupların medeni durum dağılımları tablo 2’de verilmiştir. Tablo 2’de görüldüğü gibi verinin dağılımının Ki-kare testine uygun olmaması nedeni ile evli olanlar ve evli olmayanlar olarak ikiye ayrılmıştır. Bu

durumda medeni durum dağılımında gruplar arasında evli olmak ya da olmamak dağılımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. (Ki-kare=0.710 p=0.701).

Tablo 2. Grupların medeni durumlarının karşılaştırması

	Diyaliz	Depresyon	Kontrol
Evli	30	32	35
Bekar	3	11	10
Dul	10	1	2
Boşanmış	4	5	2
Toplam	47	49	49

Katılımcıların eğitimleri eğitimlerini tamamladıkları yıl olarak kayıt edilmiştir.

Dializ grubunun median=5

Depresyon grubunun median=11

Dializ grubunun median=13

Kruskal-Wallis testine göre,

Üç grup farklı p<0.001

1. Grupla 2. Grup arasındaki fark (dializ ve depresyon) p<0.001.

2. Grup ile 3. Grup arasındaki fark (depresyon ve kontrol) p=0.019'dur.

Buna göre 3 grupta eğitim olarak birbirinden farklıdır.

Çalışmada katılımcıların kayıplarının ne olduğu tek tek kayıt edilmiştir. Çalışmaya alınan tüm bireyler kayıplı bireylerdir ancak çalışmaya katılan kişilerin dializ grubunda 24, depresyon grubunda 15 ve kontrol grubunda 19 olmak üzere toplam 58 kişi en az bir 2. Kayıp daha belirtmiştir. Bundan dolayı 2 veya daha fazla kayıp tanımlayan kişilerde hangi kaybın daha ağır, kendisini daha çok zorlayan ve bugün kaybınız var mı sorusuna ilk akla gelen kayıp cevabı olmuştur. Tüm

katılımcıların (ister tek kayıp tanımlasın, ister birden fazla kayıp tanımlasın) ilk akla gelen kayıplarının dağılımı tablo 3 'te verilmiştir. Burada görüldüğü gibi katılımcıların kayıpları, ölümle kayıp, maddi kayıp (işten ayrılma, iflas, büyük miktarda nakdi karşılığı olan kayıp vs.), ayrılık (eşten boşanma, dost sevgili kaybı vs.) sağlık (her çeşit kronik kalıcı hastalık, kişinin etiketleyici algıladığı herhangi bir sağlık problemi) olarak 4 kategoriye ayrılmıştır. Tablodan da anlaşılacağı gibi dializ grubunda temel kayıp sağlık kaybıdır. Bunun dışında 10 dializ hastası, kendilerini daha zorlayıcı kayıp olarak yakın ölümünü tanımlamışlardır. Oysa kontrol ve depresyon grubunda sağlık kaybı neredeyse hiç yoktur (sadece depresyon grubunda 1 kişi). Buradaki asimetri bu çalışmanın deseni oluşturulurken beklenen araştırmada amaçlanan hipotezi sınamak adına gerekli asimetri dir. Aslında yaşın kişisel gelişim üzerine etkisini sınamak adına grup ana etkisini oluşturan temel factor olduğu da söylenebilir.

Tablo3.İlk akla gelen kayıp tipleri

		Diyaliz	Depresyon	Kontrol
Kayıp1Ne	Ölüm	10	36	43
	Maddi	0	1	3
	Ayrılık	0	11	3
	Hastalık	37	1	0
Total		47	49	49

Tablo4. İki veya daha fazla kayıp tanımlayan katılımcıların tanımladıkları kayıplar

		Diyaliz	Depresyon	Kontrol
Kayıp2Ne	Ölüm	12	6	15
	Maddi	0	1	2
	Ayrılık	2	8	0
	Hastalık	10	0	2
Total		24	15	19

2 veya daha fazla kayıp tanımlayan katılımcıların tanımladıkları kayıpların gruplara göre dağılımı tablo 4’te görülmektedir. Burada da gruplar arasında kayıp tipi açısından anlamlı farklılık vardır (Ki-kare=29.81 p<0.001).

Tüm katılımcıların birincil kayıplarından çalışmaya katıldıkları zamana kadar geçen süre ay olarak tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda gruplar arasında geçen süre açısından fark olmadığı saptanmıştır. (Tablo5)

Tablo5. Birincil kayıptan çalışmaya katıldıkları zamana kadar geçen süre

Grup	N	Ortalama	SS	Alt %95 GA	Üst %95 GA
Diyaliz	47	105,23	97,06	76,74	133,73
Depresyon	49	107,71	116,76	74,19	141,24
Kontrol	49	142,06	117,27	108,38	175,75

\*GA: güven aralığı

Çalışmada temel olarak hipotez edilen depresyon geliştirmiş kayıplı bireylerle depresyon geliştirmemiş kayıplı bireylerin kayıptan sonra kişisel gelişimin yansıması sayılabilecek travma sonrası büyüme puanlarının farklılık göstereceğidir. Bu

bağlamda, şu anda depresyonu olmasada daha önceden psikiyatrik yardım almış olanları belirlemek bu hipotezin sınanması açısından önemlidir.

Kronik böbrek yetmezliği nedeni ile dializ endikasyonu konulan hastalarda transplantasyon açısından psikiyatri konsültasyonu gerekli olduğundan 17 dializ hastasının daha önceden psikiyatrist tarafından değerlendirildiği anlaşılmıştır. dializden öncesinde psikiyatriste giden dializ hasta sayısı 2'dir. Ancak bu hastalar tanılarını ve tedavilerini iyi tanımlıyamamışlardır. Kontrol grubunda da 2 kişi psikiyatrik yardım aldığını vurgulamıştır. Bunun dışında psikiyatrik yardım alan yoktur.

Tablo 6. Kayıp öncesi psikiyatrik tedavinin gruplar arasında karşılaştırması.

		Diyaliz	Depresyon	Kontrol
Kayıp Öncesi Psikiyatrik Tedavi	Evet	2	7	5
	Hayır	45	42	44
Total		47	49	49

Tablo 7. kayıp sonrası psikiyatrik tedavinin gruplar arasında karşılaştırması.

		Diyaliz	Depresyon	Kontrol
Kayıp Sonrası Psikiyatrik Tedavi	Evet	17	17	2
	Hayır	30	32	47
Total		47	49	49

Grupların PTG, PÇE, FTÖ, HAM-A ve HAM-D puanları açısından karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. Bütün ölçek puanlarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 8. Grupların PTG, PÇE, FTÖ, HAM-A ve HAM-D puanları açısından karşılaştırılması.

	grup	N	mean	SS	
PTG	Diyaliz	47	35,32	9,11	p<0.001
	Depresyon	49	22,08	10,19	
	Kontrol	49	32,31	10,39	
PÇE	Diyaliz	47	91,02	21,46	p<0.001
	Depresyon	49	103,88	23,71	
	Kontrol	49	80,37	19,21	
FOTONEW	Diyaliz	47	168,74	34,06	p<0.001
	Depresyon	49	158,94	41,83	
	Kontrol	49	130,08	31,69	
HAMA	Diyaliz	47	13,62	8,45	p<0.001
	Depresyon	49	28,80	8,53	
	Kontrol	49	6,61	4,56	
HAMD	Diyaliz	47	8,70	5,83	p<0.001
	Depresyon	49	20,47	4,12	
	Kontrol	49	3,76	2,90	

Kayıptan sonra yaşanan yas sürecinin büyüme üzerine etkisi ve psikopatoloji ilişkisine varyans analizi (ANOVA) ile bakılmıştır. ANOVA'ya travma sonrası büyüme ölçeği puanı bağımlı değişken olarak sokulmuştur. Yukarıda belirtilen

analizlerde de görüldüğü gibi cinsiyet dağılımı ve eğitim açısından gruplar farklılık göstermektedir. Bundan dolayı eğitim (bağımsız değişken) ve yaş (eş değişken) bağımlı değişken üzerine etki edebilecek birer factor olarak analize sokulmuştur. Yaşanan bir kaybın ardından geçen zamanın etkisi, hayatın içinde yaşanan tüm olaylarda olduğu gibi, kayıp için yadsınamaz, dolayısıyla çalışmaya katılan kişilerin tanımladıkları birincil (öncelikli) kayıptan sonra geçen zaman da yine eş değişken olarak ANOVA'ya katılmıştır. Son olarak yas yaşamakla ilgili Hogan ve Sibling ölüm envanterindeki kişisel gelişim ile ilgili bulgular yakınıni kaybetmiş ergenlerin önceliklerinin değiştiğini arkadaşlarına göre daha çabuk olgunlaştıklarını, daha anlayışlı olduklarını kendilerine ve başkalarına karşı daha toleranslı olduklarını, aileleriyle çok daha fazla ilgilendiklerini göstermiştir. Ergenler eskiye göre daha güçlü olduklarına inanmakta olup, kardeşlerinin ölümleriyle başa çıkabilmenin onlara öğrettiklerini belirtmişlerdir. yas ta kayıptan sonra büyüme kavramının karşılığı olan zihinsel süreçlerin kişinin işleme tarzıyla ilişkili olduğu düşüncesinden hareketle problem çözme envanteride eş değişken olarak ANOVA 'ya sokuldu. Bu sayede bireyin iyi oluş, kendini iyi hissetmesi adına işlev gören bilişsel tarzının yas!a etkisine bakma olanağı bulunmuştur ve eğer psikopatolojiyle bir ilişki gösteriyorsa burada problem çözme becerisi puanlarının da bir etki göstermesi beklenir. ANOVA'nın sonuçları ( tablo enson da) görülmektedir.tablodan da görüldüğü gibi covaryans analizi ( ANCOVA) 'da temel etki grupta görülmüştür. ANOVA'da sadece anlamlı grup ana etkisi gözlenmiştir.  $p < 0.001$ . bunun dışında problem çözme envanterinin anlamlılığa yakın (0.079) bir etkisi olduğu da saptanmıştır.

ANCOVA'ya PTG bağımlı değişken, cinsiyet, grup bağımsız değişken ve PÇE, yaş, Eğitim ve kayıptan geçen zaman eş değişken olarak sunulmuştur. Tabloda ana etkiler dışında grup X cinsiyet etkileşiminin F ve p değeri de mevcuttur.

Tablo 9. Kovaryans analizi (ANCOVA) tablosu.

	SD	F	p
Yas	1,135	0.012	0.914
Egitim	1,135	0.016	0.9
PCE	1,135	3.141	0.079
Kayıp1Zamani	1,135	2.185	0.142
Grup	2,135	14.131	<0.001
Cinsiyet	1,135	2.157	0.144
Grup * Cinsiyet	2,135	0.174	0.84

Tablo 10. PÇE, yaş ve kayıttan sonra geçen süre düzeltilmiş ortalama PTB değerleri

Grup	Ortalama*	SH	Alt %95 GA	Üst %95 GA
Diyaliz	35,52	1,65	32,26	38,78
Depresyon	21,51	1,99	17,57	25,44
Kontrol	31,03	1,63	27,80	34,27

\*PÇE, yaş ve kayıttan sonra geçen süre düzeltilmiş ortalama PTB değerleri

Bu çalışmada amaç doğrultusunda elde edilen bulgulardan temel olarak tartışılması gerekenler ANCOVA’da gözlenen grup ana etkisi ve tek yönlü ANOVA bulgularıdır.

ANCOVA’da elde edilen grup ana etkisine göre depresyon grubunun kayıttan sonra gösterdiği kişisel gelişim diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha azdır.



## 5. TARTIŞMA

Literatürde sağlıklı bir yas sürecinin kişisel gelişime olumlu bir etki oluşturmasıyla ilgili görüşün gözlemlerden öte bilimsel yöntemler ile araştırılmasına ihtiyaç vardır. Dahası, bu gelişimin olmamasının psikopatoloji ile bir ilişkisinin olup olmadığını araştırmak yasin anlaşılmasını kolaylaştırır. TSB denildiğinde daha çok travmatik olayla başa çıkma sürecinin sonuçlarından bahsedildiği söylenebilir. Kaybın travmatik yönleri olduğu yadsınamaz. Dolayısıyla yastan sonraki büyüme ve travma sonrası büyüme paralel kavramlar olarak yorumlanabilir. Yas işine, kayıptan sonra yaşanan tüm deneyimlerin olumsuz yönleriyle başa çıkma stratejisi olarak ele alınır ise aslında bunun kayıptan önce varolan bir kapasiteyle ilişkili olabileceği söylenebilir. Yani kayıpta kullanılan baş etme stratejilerinin kayıptan önce cebimizde var olan stratejiler olduğu söylenebilir. Eğer böyleyse psikopatoloji gelişimine alt yapı oluşturan durumun baş etme stratejilerindeki yetersizlik olabileceğini söylemek makul görünmektedir. Yani herkes benzer yas sürecini yaşayamıyor ve sağlıklı bir yas süreci olmadığında psikopatoloji biçimleniyorsa yasin insanı geliştirebilmesi için bir kapasite ve herkeste farklılık gösteren bir alt yapının olması beklenebilir. Yasin kişisel gelişime etkisini travma sonrası büyümeyle benzeştirdiğimizde psikopatoloji geliştirme riski taşıyan bireylerin kayıp yaşadıklarında, PTB düzeyinin psikopatoloji geliştirme riski barındırmayanlara göre daha yetersiz kalacağı hipotez edilebilir. Biz bu çalışmada, bu hipotetik farkı ortaya koymaya çalıştık.

Yas yaşantısının kişisel büyümeyi de içinde barındırdığı düşüncesi yeni bir düşünce olmasa da yas süreci ile ilişkili çoğu araştırma bu durumu ele almaktan uzak kalmıştır. Fakat mevcut literatür ölüm ve kayıp da dahil olmak üzere büyük güçlüklerle maruz kalan insanlarda travma sonrası büyümenin azımsanmayacağını belirtmektedir.

Yası, kayıptan sonraki bir onarım süreci olarak ele alabiliriz. Bu sürecin bireyin kişisel gelişimine katkıda bulunduğu söylenebilir, bir bireyin gelişimin yetersiz olması psikopatolojiyle ilişkilendirilebilir. Burada tanımlanan psikopatoloji kavramı, yası normal yaşayamayan bireyin genel anlamda psikopatoloji geliştirmeye daha yatkın olabileceği veya, psikopatoloji geliştirmiş bireylerin, yastan sonra daha

yetersiz bir büyüme göstermeye eğilimli oldukları şeklinde düşünülebilir. Yaşanan travmalardan sonra kişinin büyümesini ve kişisel gelişimini değerlendiren travma sonrası büyüme, kayıptan sonraki yas sürecinin kişisel gelişimdeki etkisini değerlendirmek açısından yas durumunda da kullanılabilir bir kavramdır.

Literatürde sağlıklı bir yas sürecinin kişisel gelişime olumlu bir etki oluşturduğu, kişiyi geliştirdiği gösterilmiştir. Yas tutan bireylerin çoğunda akılcı düşünme, olgunlaşma, dinsel inanışlarda artış, hayata bakıştaki değişiklikleri tecrübe etme, artmış merhamet, aile veya evlilik ilişkilerinde artış, gibi bazı yeni bakış açıları oluşabilir (141). Araştırmacılar tarafından kişisel gelişimin ve psikolojik büyümenin hayatta karşılaşılan büyük krizler veya kayıplarla ortaya çıkma ihtimali klinik çalışmalarda araştırılmıştır (142). Hayatlarında büyük yaşam krizleri yaşamış insanların bir çoğunun bu zorluklar ve kayıplarla mücadeleleri nedeniyle önemli, olumlu değişiklikler gösterdikleri bildirilmiştir (83). Klinisyenleri ve araştırmacıları travma sonrası büyüme ile ilgili araştırmaya teşvik eden bir çok faktör olmuştur. Örneğin; Schafer ve Moss 1992’de kriz ve kişisel gelişim isimli bir bölüm yazmışlardır (144). O’Leary ve Ickovicks ‘Zorluğa karşı esnek ve gelişen cevap’ isimli bir çalışma yayınlamışlardır (145). Tedeshi ve Cahoun’da 1995’te yas tutma işi gibi önemli yaşam krizleri yaşayanlarda olumlu değişiklikleri inceleyen ilk kitaplarını ilk kitaplarını yayınlamışlardır (76). Sonrasında büyüme belirleyen nicel yöntemler bulunmuştur. Park ve arkadaşları 1996’da bulgularını yayınlamışlardır (78). Tedeshi ve Calhoun 1996’da kendi ölçeklerini ( Travma sonrası büyüme ölçeğini ) geliştirmişlerdir (90). Bu ölçek önemli yaşam krizleriyle mücadelenin sonucu olarak yaşanan olumlu değişiklikleri göstermektedir. Yas tecrübesinin kişisel gelişime neden olabileceğinin gözlemlenmesi her ne kadar yeni bir görüş olmasa da (143) yas süreciyle ilgili bir çok araştırmada bu durum kanıtlanamamıştır (146). Mevcut araştırmalar göstermektedir ki ölüm dahil olmak üzere önemli zorluklarla karşı karşıya kalma sonucu travma sonrası büyüme sık görülür (147).

Ancak bu durumun doğruluğunun sınanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu durum büyümenin kayıp sonrasında meydana gelen olumsuz yanıtları azalttığına dair bir varsayım çok büyük bir yanlış anlaşılmaya neden olur. Yine de kişisel gelişim yaşanmasının, psikolojik stresi gelişimle orantılı bir şekilde azalttığı veya

azaltması gerektiği varsayımı kabul edilme eğilimindedir. Psikolojik stres genel ölçüleriyle büyüme ölçümleri arasındaki veriler biraz tutarsızdır (148). Fakat bazı araştırmalarda kişisel gelişim ile travma sonrası kayıp deneyimleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak bağımsızdır (149).

Ayrıca unutmamak gerekir ki yas ve kişisel gelişim deneyimleri sırasında insanların hepsi major stresörlerle karşı karşıya kalmamaktadır. Travma sonrası büyüme ve kişisel gelişimin olmasındaki tek etken kayıp veya travmayla karşı karşıya kalınmasıdır (147).

Yasın sağlıklı işlemediğinde kronikleştiği belirtilmektedir. Önceden psikopatolojinin kronik yas reaksiyonları için önemli bir belirteç olduğu düşünülmekte iken daha önceden oluşan kronik depresyonu kronik yas reaksiyonlarından ayıran herhangi bir çalışma mevcut değildir (150). Yas teorisyenleri, stres yaşamamanın inkar veya yas inhibisyonunun bir formu olarak (151) veya bunun eşe bağımlığın olmamasından kaynaklandığını düşünmüşlerdir. (152). Kişiyi yakın birisinin kaybını takiben stres yaşanmamasının başa çıkmanın bir göstergesi olabileceğine dair düşünceler daha az akla getirilmiştir (153). Halen, azımsanmayacak sayıda bireyin, kendisine yakın birisinin kaybını takiben strese az ya da hiç maruz kalmadığına dair iyi tanımlanmış çalışmalar mevcuttur(154). Kaybın sonrasında stabil düşük stresli bireyleri veya grupları tanımlamaya yönelik, ya da bu bireylerin yas öncesi özelliklerini irdeleyen hiçbir çalışma mevcut değildir. Yas sırasında başa çıkma göstergesinin stres yokluğunun kanıtı olduğu, yakın zamanda başa çıkma ile ilgili hem erken ve geç birey gelişimi ile ilgili, hem de yaşam stresinin çeşitli tiplerine verilen cevabı irdeleyen çalışmalarla araştırılmıştır (155).

Yas işinin sağlıklı yürütülememesinin psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu da vurgulanmıştır. Ancak yas işinin “kalitesi” ile psikopatoloji arasındaki ilişkinin de sınanmayı ihtiyacı vardır. Çoğu yas çalışmasında acıya dayanma veya kronik depresyon ve stresin yüzdesi çalışmalarda %10-20 arasında değişmektedir (154). Ancak bu çalışmalardaki yas öncesi veri eksikliği kronik yasin doğasını anlamak için sorulan pek çok soruyu cevapsız bırakmıştır. Daha önceden de belirtildiği gibi, kronik yas ile olay oluşmasından önceki psikopatoloji arasındaki ilişkiyi irdeleyen soru halen cevap beklemektedir (156,52). Eğer bir birey eş kaybını takiben uzun süre

aşırı derecede depresyon eğilimi gösteriyorsa bunun gerçekten uzamış ve yoğun bir yas reaksiyonu mu, yoksa daha önceden var olan psikopatolojinin bir sonucu mu olduğunu nasıl bileceğiz? Yas reaksiyonundaki duygusal zorlukların olası rolü çoğu çalışmada belli belirsiz değinilmiş iken, kayıp öncesi depresyonun yas sırasında etkisinin görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur (156,52). Depresyondaki bireylerde kayıp öncesi ve sonrası depresyon belirtilerinin hem yoğunluğu hem de sayısı ilişki iyi tanımlanmıştır (157,158).

Bireyin, eşinin kaybından hem önce hem de sonraki depresyonunu irdeleyen çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların hepsinde olmasa da (159) çoğunda (160) yas öncesi ve sonrasındaki depresyon arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (161). Hepsi birlikte değerlendirildiğinde, bu bulgular, kronik depresyonu kronik yas reaksiyonundan ayırmanın ciddi bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Bu durumda bu farklılığın değerlendirilmesinde yas sırasında toplanan verilerden ziyade kayıp öncesi verilerin değerlendirilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Yas işinin kişiyi geliştirecek biçimde sürmesi ile psikopatoloji arasındaki ilişki, bir sebep sonuç ilişkisi gibi düşünülebilir. Yani psikopatoloji varlığı yas işinin sağlıklı gelişimini bozabilir. Bunun üzerinden yas işi psikopatoloji ilişkisinin psikopatoloji geliştirme geliştirmeme ya da sağlıklı yas yürütebilme yürütememenin ortak bir zemin üzerine oturduğu söylenebilir. Eğer psikopatolojiyi belirleyecek bir altyapı varsa aynı altyapının yas işinin yapısını da belirlemesi beklenir. Geçmişte, yas teorisyenleri, kaybın oluşturduğu duygusal acı üzerine çalışmış olup, yas yokluğunun patolojik olduğunu öne sürmüşlerdir (31,45,162).

Yas araştırmacıları ve uzman klinisyenler üzerine yapılan bir ankette bu kişilerin çoğu (%65) yas yaşanmamasının, genellikle inkar veya inhibisyondan kaynaklandığını ve aynı zamanda bu durumun genellikle uzun vadede uyumsuz davranışlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (163). İlginç olarak diğer araştırmacılar, bazı insanların beklenen kaybı takiben hızlı bir adaptasyon süreciyle stresin belirtilerini göstermediklerini ve kişilik özelliklerinin kayba karşı çıkmada etkili olduğuna dair karşı varsayımları ortaya koymuşlardır (164,65). Yakın zamandaki çalışmalarda ise eşini kaybeden çoğu bireyin orta derecede disforiyi bile göstermeden yoksun olduklarını göstermektedir (165, 162). Bu reaksiyonun patolojik

olduğuna dair varsayımlar hakkında sorular akla gelmekle birlikte yas sırasında yüksek başa çıkma seviyesi ile ilgili soruların araştırılmasının önemli olduğu da akılda tutulmalıdır.

Yasın kişisel gelişim üzerine etkisinin esasında var olan potansiyelin yansımaları olduğuna dair bulgu ve görüşler vardır. Bağlılık ile ilgili kişisel özellikler, bağlanma tarzı açısından yas araştırmacılarının ilgisini çekmiştir (63). Shaver ve arkadaşları, anksiyete/ambivalan veya dalgın/endişeli kişilik özelliklerine sahip olan bireylerin sevdikleri birinin kaybından sonra yası diğer bireylere göre çok daha derin ve uzun süreli yaşadıklarını ne sürmüşlerdir (152). Yazarlar, aynı zamanda anksiyete/ambivalan kişiliğe sahip bireylerin kayıp sonrası çok daha endişeli olduklarını da bildirmişlerdir (152).

Bağlanma tarzı aynı zamanda yas yaşanmamasını açıklayan faktörlerden birisi olarak görülmektedir. Çeşitli araştırmacılar, yas reaksiyonları göstermeyen bireylerin, eşlerine genellikle yüzeysel bir bağ ile bağlı olduklarını ne sürmüşlerdir (152, 31,54). Bununla birlikte, daha az yas reaksiyonu gösteren bireylerin duygusal açıdan daha mesafeli bireyler olduğu düşünülmektedir (31,54). Bu sav ile ilişkili olarak Shaver ve Tancredy (2001), kaçınmalı bağlanma tarzına sahip olan insanların eşlerine duygusal olarak daha sınırlı biçimde bağlandıklarını, bundan dolayı ilişki bittiğinde de bu kişilerin görece daha düşük düzeyde stres yaşadıklarını dile getirmişlerdir (152). Bu verilerle tutarlı olarak, kaçınmacı bağlanma biçimine sahip bireylerin romantik bir ilişkinin bitmesinin ardından diğer bireylere göre daha az etkilendikleri bildirilmiştir (166). Stresle başa çıkma yöntemi, bireyin kendisine yakın birisini kaybı gibi stresli yaşam olaylarını dengelemede kritik bir rol oynar. (154). Kişilik zellikleri gibi başa çıkma yardımcı kaynaklar, stresle başa çıkmayı etkilerler (167, 168). Örneğin, duygusal stabilite (düşük nevroitiklik) durumu; bireyi, kendisine yakın olan birisinin kaybı neticesinde içine düşebileceği olumsuz durumdan uzaklaştıran bir faktör olarak görülebilir (146). Kayıp sonrası yaşanabilen yıkıma karşı tampon görevi gören yetiler arasında, dürüstlük, uygunluk, yeniliğe açık olma, i gözlem yapabilme ve başa çıkma için algılanan güven sayılabilir. Başa çıkmayı kolaylaştıran bir diğer faktör de dini inanç ve dinsel düşüncelerin varlığıdır. Dini inanç, kişilerin sabit paylaşımcı bir inanç sistemine sahip olmalarını ve bağlı

oldukları camianın sosyal desteğini hissetmelerini sağlayarak bireyin daha sağlam biçimde yas ile başa çıkmasını sağlar (164,165,168).

Aslında yas sürecinde gözlenen büyüme bir potansiyel ile ilişkili ise, yasin kişisel büyüme üzerindeki etkisinin psikopatoloji geliştirenlerle geliştirmeyenlerde farklılık göstermesi (psikopatolojide kişisel gelişimin azlığının saptanması) bize bu potansiyel hakkında fikir verebilir.

Yas ile ilgilenen çok sayıda araştırmacı yaşamın anlamını bulmanın yas sürecinin çekirdek bir özelliği olduğunu düşünmüşlerdir (108,58,156). Ancak, yas tutan insanların belirgin bir kısmı da kayıpta bir anlam aradıklarını ancak bulamadıklarını bildirmişlerdir (108). Yine bu bireylerin, diğer katılımcılara göre daha uzun süren yas reaksiyonlarına sahip oldukları da gösterilmiştir (60). Kronik yasin dünyayı adaletsiz, kontrol edilemeyen ve anlamsız olarak gören bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (110). Bütün bu bilgiler beraber değerlendirildiğinde, eşin vefatının bireyin inanç sisteminde değişikliklere neden olabileceği ve yas sürecini uzatabileceğine dair sosyal-bilişsel modellerle tutarlılık gösterdiği görülmektedir (110,32). Buna zıt olarak, kayıp sonrası hayatın anlamını aramayan bireylerin olduğu geniş bir örnekleme, bu bireylerin travma veya kayıp sonrasına iyi adapte olduğu gösterilmiştir (60,169). Bu durumu en çok açıklayan faktör birisi, bu bireylerin kendileri hakkında öncül inançlarının varlığı ve bu inançlarının kişilerin kayıp sonrası duruma daha hazır olmalarına olanak vermesidir. Sonuç olarak bu kişilerde kayıp sonrası hayatın anlamını arama minimize olur. Dünya görüşleri ölümü daha çok kabullenmelerine olanak sağlayan bireylerin, eşlerinin ölümlerini, ölümden korkan bireylere göre daha rahat karşıladıkları örnek olarak verilebilir. Benzer olarak, dünyayı adil bir yer olarak gören bireylerin eşlerinin ölümlerini daha kolay kabullendikleri ve bu durumun da kayıpla başa çıkmalarında onlara daha çok rahatlık sağladığı gösterilmiştir. Aynı zamanda dünya ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olan bireylerin kayıptan sonra daha çok tepki verdikleri bildirilmiştir. Bu bireyler için bu kayıpların, dünya ile ilgili negatif düşüncelerine katkıda buldukları da söylenebilir (169).

Bu çalışmada; insanların yastan büyüyerek çıkmalarını sağlayan potansiyelin psikopatoloji geliştirme riskiyle ters orantılı olup olmadığının sınanması amaçlanmıştır.

Çalışmada temel olarak hipotez edilen, depresyon geliştirmiş kayıplı bireylerle depresyon geliştirmemiş kayıplı bireylerin kayıptan sonra kişisel gelişimin yansımaları olarak sayılabilecek travma sonrası büyüme puanlarının farklılık göstereceğidir.

Bu amaçla çalışmaya diyaliz ve major depresif bozukluk hastaları ile gönüllü sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Burada karşılaştırılan tüm gruplardaki bireyler kayıp yaşamış bireylerdir. Tüm katılımcılara sırasıyla travma sonrası büyüme ölçeği, problem çözme envanteri, fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği, hamilton depresyon ve hamilton anksiyete ölçeği uygulanmıştır. TSB bağımlı değişken, yaş, eğitim, PÇE ve kayıp zamanı eş değişken, grup ve cinsiyet bağımsız değişken olarak ANOVA'ya sokulmuştur.

ANOVA'ya göre anlamlı tek etki grup ana etkisidir. Buna göre TSB skoru puanı en kötü olanlar depresyon, en iyi olanlarda diyaliz grubu olarak saptanmıştır ve 3 grubunda birbirinden anlamlı farklılık gösterdiği ortaya konulmuştur. Bunun dışında PÇE puanıyla PTG arasında anlamlılığa yakın bir ilişki olduğu da gözlenmiştir. Yaş, eğitim, cinsiyet ve kayıptan sonra geçen sürenin TSB puanlarına etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Grupların TSB puanına göre farklı olması ve en kötü puanın depresyon grubunda gözlenmesi bu çalışmanın ana hipotezini destekleyen bir bulgudur. Psikopatoloji geliştirme potansiyeli olan bireylerde yasın, büyümeye dönük etkisi varsa büyümenin daha az gözleneceği hipotezini desteklemektedir.

Yasın büyütücü bir potansiyeli varsa, bu potansiyeli psikopatoloji ile ters düştüğü ve negatif bir ilişki gösterdiği hipotezini destekleyecek bir biçimde çok ciddi kaybı olan depresyon geliştirmemiş diyaliz hastalarında TSB en yüksek çıkmıştır. Bu araştırmanın sonuçları kayıp dağılımı açısından grupların birbirinden farklı olduğunu ortaya koymuştur. Depresyonu olmayan diyaliz grubunun aslında bu çalışmaya katılmasının temel mantığı da budur. Kontrol ve depresyon grubundaki kişilere göre tutarlı ağır bir kaybı olan bireylerin olduğu bir grup oluşturmak amaç edinildiğinden

diyaliz hastaları bu çalışmaya katılmıştır. Bu noktada kronik böbrek hastası olmak, diyalize girecek bir durum yaşamış olmanın gerçekten ağır olduğunu ortaya koyan yayınlar mevcuttur. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalar, kendilerini algılama yeteneklerinde, psikososyal rahatlıklarında, aile içindeki itibarlarında negatif değişiklikleri tecrübe ettiklerini bildirmişlerdir. Hastalar maddi sıkıntılar, yaklaşan diyaliz ve onun aile yaşamındaki etkisiyle ilgili korkular yaşadıklarını söylemişlerdir (170). Diyalizin yaşamı ciddi derecede kısıtlayıcı bir etkisi vardır (171,172,173). Diyaliz makinasının kendisi kişinin, hem hayatını idame ettirmesi için gerekli bir materyal hem de kişinin bir nevi prangasıdır (174,170,175). HD (hemodiyaliz) tedavisi alan kişilerde yorgunluk ve fonksiyonel kapasitede sıklıkla azalma görülmektedir (176,177). Bu bozulma bireylerin depresyon, belirsizlik, keder, bazen de umutsuzluk hissine kapılmalarına yol açmaktadır (178,179). HD'e giren bireyler, ailenin desteği ve sevgisi ile Tanrı inancıyla bu sınırlayıcı durumlarla başa çıkmaktadırlar (176, 173). Bir diğer başa çıkma yolu ise, kişisel bağımsızlıklarını sınırlayan durumlar için yeni yollar geliştirmeleridir (180). Olumsuz etkiler HD ve kronik bir hastalığı olan bireylere sağlık hizmeti veren kişilerde de görülebilir (181,182). Bu bağlamda diyaliz hastası olmanın hayatın içinde ciddi bir kayıp olduğunu ve böyle bir kayba rağmen en yüksek TSB puanına sahip olmanın kaybın ağırlığı ya da hafifliğiyle açıklanamayacağını belirtmek mümkündür.

Bizim bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, az sayıda yas hastasında yasın kişiyi geliştirip geliştirmediği ve bir gelişim sağlıyorsa psikopatolojiyle ilişkisini araştıran ilk çalışmadır. Kayıptan sonra TSB'yi değerlendiren az sayıdaki çalışmalardan birtaneside Cadell'in yaptığı çalışmadır. Cadell 15 AIDS nedeniyle kaybedilen kişilerin yakınlarında pozitif ve negatif değişiklikler olduğunu bildirmiştir. Sonuç olarak yası takiben bu kişilerin kişisel gelişim , mizah, maneviyat ve varoluşsal açıdan geliştiklerini saptamıştır (126). Bireyin sevdiği birisinin kaybı, yıkıcı bir tecrübe olmasına rağmen, çoğu kişi bu tecrübe sonrasında, daha iyi huylu, daha insancıl olduklarını fark etmişlerdir (127). Bu çalışma yasın büyütücü etkisini ortaya koyan bir çalışma olmakla birlikte psikopatoloji ile yas arasında TSB açısından nasıl bir ilişki olduğunu değerlendirmemiştir.



Bir diğer çalışmada ise, 2 - 6 sene önce prematür bebek kaybı (24-26. Gestasyon haftası) yaşayan ailelerde, yas ve travma sonrası büyüme değerlendirilmiştir. 54 hastanın hastaneye yatış sırasındaki tecrübeleri, ve yas , travma sonrası gelişme, afektif bulgular ve bebeğin görsel temsili ve ailelerin bu kişilere bakış açıları değerlendirilmiştir. prematür bebeğin kaybının üzerinden 2 - 6 sene geçmiş olmasına rağmen, ailelerin halen kayıplarıyla ilgili ciddi bir acı çektikleri saptanmıştır. Her iki ebeveyn tarafından yas ve anksiyete yaşanmasına rağmen, bebeğin ölümünü takiben travma sonrası büyüme özellikle annelerde daha belirgin olduğu görülmüştür. Annelerin %78'i ve babaların %44'ü hayatta neyin önemli olduğuna dair yeni önceliklere sahip olduklarını bildirmişlerdir (128). Bu sonuç eş veya yakın bir akraba kaybindan 13 ay sonra yaslı bireylerde yapılan bir çalışmanın sonucuyla tutarlılık göstermektedir, bu yaslı bireylerin %80'i yas sonucunda pozitif değişim belirtmişlerdir (108). Doğumdan hemen sonra veya yenidoğan döneminde bebeğini kaybeden anneler üzerinde yapılan bir çalışmada, annelerin %69 unun pozitif deneyimler yaşadığı dile getirilmiştir (130). Bireylerin kendilerine ve başkalarına bakış açılarındaki değişiklikler annelerin yarısından fazlasında görülürken, babaların %30-40'ında görülmüştür. Bu durum çoğu anne ve babaların yaklaşık 1/3'ünün çocuklarının ölümlerinden sonra hayatlarında yeni bir bakış açısına sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bizim çalışmamızda da kayıp deneyiminin büyütücü etkisi ortaya konmuştur.

Bu çalışmada, cinsiyet ve kayıptan sonra geçen zamanın TSB puanı üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Bu çalışmaya zıt bir şekilde ,prematür bebek kaybı (24-26. Gestasyon haftası) yaşayan ailelerde, yas ve travma sonrası büyümenin değerlendirildiği bir çalışmada cinsiyet farkı gözlenmiştir (128). Anneler babalara göre daha fazla travma sonrası büyüme göstermişlerdir. Bu çalışmada aynı kayıba (evlat kaybı) anne ve babanın yas tepkisini karşılaştırmak amaçlamıştır. Burada gözlenen cinsiyet farkı yani spesifik bir soruya yanıt vermek ve aynı kayba iki ebeveynin tepkilerini gözlenmek için düzenlenmiş bir çalışma sonucu olarak değerlendirilebilir. Oysa bizim çalışmamız çok farklı değişkenin barındığı bir çalışmadır. Burada cinsiyet etkisi yeterince gözlenememiş olabilir. Yine birçok çalışmada bildirildiğine göre eşlerini kaybetmelerinin ardından hayatta kalan taraflarda; kendilerine güvende aşırı artış, yeni şeyleri deneme eğiliminde artış ve

güçlü taraflarının farkına varma gibi değişimler ortaya çıkmıştır. Bu bulguların özellikle ilginç bir yönü ise cinsiyetten oldukça güçlü bir şekilde etkilenmesidir. Bayanlar erkeklerden çok daha belirgin ölçüde kişisel büyüme göstermişlerdir. Örneğin yaklaşık olarak 800 dul bayan ve erkeğin dahil edildiği ulusal bir çalışmada (eşlerini herhangi bir yerde 3-60 ay arasında kaybetmiş olanlar) bayanlar eşlerini kaybetmeyi kabullenme konusunda daha güçlü birer kişilik sergilemişlerdir (183). Eşlerini kaybeden yaşlı insanların da psikolojik büyümeleri olduğuna dair kanıtlar vardır. Hala evli kontrol gruplarıyla herhangi bir zamanda görüşülmüştür. Sonuçlar göstermiş ki dul erkeklerinin özgüvenleri hala evli olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür ancak dul bayanların özgüvenleri ise evli olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Dulluk erkekler için bayanlara göre daha zor bir geçiştir. Dul erkekler bayanlardan farklı olarak evlilerle kıyaslandığında kaza veya ölümle karşılaştıklarında evlilerden daha fazla depresyona yatkın oldukları görülmüştür (61). Bir başka çalışmada eş kaybı yaşayan kişilerde, daha önceden yapmadığı şeyleri yapmanın bir sonucu olarak kadınlar olaylarla başa çıkış ve kendi güçlerinin farkında olma gibi yeni beceriler geliştirmişlerdir, erkekler daha az büyüme göstermişlerdir çünkü eşlerini kaybetmelerinin ardından kendilerinden beklenen ev işleri gibi konularda pek yeterli, efektif ve bireysel olarak güçlü hissetme konusunda daha az başarılı olmuşlardır (184).

Dullarla yapılan çalışmada gözlenen cinsiyet etkisi, literatürle uyumlu gözükmektedir. Bizim çalışmamızda da boşanma, ayrılık, ilişki bozulması, bir kayıp tipi olarak kabul edilmiştir. Ancak, ölüm, maddi kayıp ya da sağlık kaybı gibi maddelerle birlikte yer aldığından bu çalışmada, diğer çalışmalardaki spesifik kayıp tiplerine ait gözlenen etki gözlenememiştir. Ancak yine de yas sürecinin cinsiyetler arasında işleyişi açısından farklılık gösterip göstermediği literatür için önemli bir soru olmaya devam etmektedir.

Bu çalışmada beklenenin tersine kayıptan sonra geçen zamanın etkisi de gözlenememiştir. Temel olarak böyle bir etkinin var olması beklenebilir. Literatürde yas ve zaman ilişkisine PTG bağlamında yapılan bir çalışma tsunami yaşayanlarda PTG stres ve depresyonun yaşam kalitesiyle ilişkisini araştıran bir çalışmadır. Bu çalışmada PTG ve post travmatik stress arasındaki ilişki T1(2yıl)'de belirsizken

T2(6yıl)'de hayli belirgin bulunmuştur.Yani PTG nin psikolojik değişimlere neden olabilmesi zaman almaktadır.Bunun için 2 yıl yeterli olmamaktadır (185). Bu makale zamanın PTG üzerine etkisi olduğunu belirtmektedir. Bir diğer çalışma, meme kanserini takiben gerçekleşen travma sonrası gelişmenin araştırıldığı bir kontrollü karşılaştırma çalışmasıdır. Bu alışma sonucuna gore kanser hakkında konuşma ve tanıdan sonra geçen zaman ile travma sonrası gelişme arasında pozitif bir orantı bulunmuştur. Bu da kişisel gelişmeyi etkileyen bilişsel, afektif ve bireyler arası işlevler ile kanser tecrubesi arasındaki ilişkinin gulenmesine katkıda bulunmaktadır (107). Muhtemelen yas işinin suresi ile PTG arasındaki olası ilişki daha çok buymenin sureyi kısaltmasıyla ilişkili olabilir.

Bu çalışmada değerlendirme kesitseldir. Depresyon, dializ ve kontrol grubu olmak üzere çalışmada 3 farklı grup vardır. Yukarıda belirtilen çalışmalarda ise tekrar değerlendirmeler mevcuttur. Bu çalışmada da bir izlem sonrası değerlendirme farklı bir sonuç ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu daha sonra sınanacak bir soru olarak beklemektedir. Gozlemsel olarak dializ hastaları ile yapılan grüşmeler zamanın en azından bu grupta PTG açısından olumlu bir etki oluşturabileceğini telkin etmektedir. Depresyon hastalarının depresyonları ozldkten sonra değerlendirme, yine sonuçları farklı kılabilir.

#### Çalışmanın sınırlılıkları;

Bu çalışmanın birinci sınırlılığı yas işinin kişisel gelişim üzerine etkisini değerlendirmekte PTG leğinin kullanılmasıdır. PTG yas çalışmalarında da kullanılıyor olsa da (126,127,128) daha doğrudan yasin büyütücü etkisiyle ilişkili bir leek kullanmak çalışmayı daha gucl kılardı. Literatürde (HGRC) Hogan yas reaksiyon leğinin kendisinin (129), böyle bir becerisi olduğu bilinmekteyse de bu ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği bizim bildiğimiz kadarıyla yapılamadığından kullanılamamıştır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliğinin yapılması yas literatürüne katkıda bulunacaktır.

Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı, grupların heterojenliğidir. Daha büyük gruplarla kayıp, yaş cinsiyet gibi faktörleri eşileştirerek yapılmış bir çalışmaya ihtiyaç vardır.

## 6. SONUÇ

Bu çalışma, bizim bildiğimiz kadarıyla, kayıptan sonra gözlenen yas işinin büyüme ile bir ilişki gösterdiğini ve dahası büyüme kapasitesinin psikopatoloji ile ters ilişki gösterdiğini destekleyen ilk çalışmadır. Bu haliyle, bu çalışmanın sonuçları, “yas yaşama kapasitesi” olarak tanımlanabilecek bir kavramın mevcut olabileceğini telkin etmektedir. Bu kapasite kişinin bir kayba daha olgun, daha gelişmeye açık bir şekilde yanıt vermeye yatkınlığı ya da “becerisi” olarak tanımlanabilir. Bu çalışmada kişisel gelişim PTG ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda öncelikle “yas yaşama kapasitesinin” varlığı ya da yokluğuna dair destekleyici bulguların hedeflenmesi literatürü zenginleştirecektir. Daha sonra da, bu kapasitenin varlığı desteklenirse, “yas yaşama kapasitesini” değerlendiren bir ölçeğin geliştirilmesi yas, psikopatoloji ilişkisini aydınlatmakta büyük katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

(1) Oğuz E. Berksun. Yas ve Ölüm. Psikososyal ve Medikal Yönleriyle Kayıp. Kriz Dergisi 3 (1-2) 68-69.

(2) Short-Tomlinson P. Loss, death, and grief. In: Hill PM, Humphrey P. editors. Human growth and development throughout life: a nursing perspective. New York: A Wiley Medical Publication; 1982. p. 439-56.,

(3) Brown-Saltzman K. Transforming the grief experience In: Carroll-Johnson RM, Gorman LM, Bush NJ, editors. Psychosocial nursing care along the cancer continuum. 2nd. ed., Pittsburgh, Pa.: Oncology Nursing Society; 2006. p. 293-312.,

(4) Tomarken A, Holland J, Schachter Vanderwerker L, Zuckerman E, Nelson C, et al. Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. Psychooncology 2008;17(2):105-11.

(5) Malkinson R. Bilişsel Yas Terapisi. Bir yakını kaybettikten sonra yaşamın anlamını yeniden yapılandırma. (Çeviri: Akbaş SN). Boylam Psikiyatri Enstitüsü, Ankara: HYB Basım Yayın; 2009.

(6) Gizir CA. Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;2(2):195-213.

(7) Short-Tomlinson P. Loss, Death, and Grief. In: Hill PM, Humphrey P (eds). Human growth and development throughout life: A nursing perspective. New York: A Wiley Medical Publication 1982:439-56.

(8) Brown-Saltzman K. Transforming the grief experience. In: Carroll-Johnson RM, Gorman LM, Bush NJ (eds). Psychosocial nursing care along the cancer continuum. 2nd ed. Pittsburgh, Pa: Oncology Nursing Society 2006:293-312

(9) Vamık D. Volkan-Elizabeth Zintl. Gidenin ardından(life after loss:the lessons of grief) 2010

(10) Bonanno GA, Kaltman S: The varieties of grief experience. Clin Psychol Rev. 2001; 21:705

- (11) Attig, T. (1996). How We Grive. New York: Oxford Press
- (12) Berksun O. E. ve ark. (1993) Krize Müdahale ve yaş: Olgu Sunusu. Kriz Dergisi 1(2):45-50
- (13)Lidemann E. (1944) Akut Yas'ın Semptomatolojisi ve Yaklaşımı. (Çev.R.Uslu). Kriz Dergisi1(2):104-109
- (14) Hafen B.Q. Peterson B.(1982) The Crisis Intervention Handbook .New Jersey: Prentice-Hall.35-44
- (15) Raphael B. (1983) The anatomy of Bereavement.New York:Basic
- (16) Soykan A., Soykan Ç. (1999) Psikolojik Deprem. Cogito Düşünce Dergisi 20;215-214
- (17) Worden JW. Grief counseling and grief therapy: a handbook for thmental health practitioner. 4th. ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.
- (18) Sadock B, Sadock V (2000) Comprehensive textbook of Psychiatry, 7 Baskı, USA, VVilliams & VVilkins, s 1974-1980
- (19) Benkel I, Wijk H, Molander U. Family and friends provide most social support for the bereaved. Palliat Med 2009;23(2):141-9.
- (20) Freud S. Yas ve melankoli. Çev. Uslu R, Berksun OE (1997). Kriz Derg 1997;1(2):98-103.
- (21) Malkinson, Rubin, s.&Witztum, E.(Eds.)(2000). Traumatic and non-traumatic loss and breavement. Clinical theory and practice. Madison, CT: psychosocial Press
- (22) Klerman, G( 1981).personal communication
- (23) Dorpat,T.L(1973).Suicide, Loss, and mourning. Life – Threatening Behaviour, 3, 213-224
- (24) Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiatr 1994;101:141-148. Bowlby J. Seperation. New York: Basic Books; 1973.

- (25) Lindemann, E (1944). symptomatology and Management of Acute Grief. American Journal of Psychotherapy 141-148
- (26) Lindemann, E.(1979).Beyond grief:studies in crisis intervention.(s. 234) New York:Jason Aronson
- (27) Malkinson R.(2007) Cognitive Grief Theraphy
- (28) Parkes, C.M.(1972).Breavement: studies of Grief in adult life. New York . International Universities Press
- (29) Bowlby , J.(1969) Attachment and Loss. Volume1.Lodon : hogarth
- (30) Bowlby J.(1973)Attachment and Loss. Volume 2. Seperation anxiety and anger. New York. Basic Books
- (31) Bowlby J.(1980). Attachment and Loss. Volume 3. Loss , sadness and depression. Lodon : hogarth.
- (32) Parkes, C. M.(1970).the first year of breavement. A longitudinal study of the reaction to loss of London Windows to the death of their husbands. Psychiatry,33,442-467
- (33) Parkes, C, M.(1975). Determinants of outcomes following bereavement. Omega ,6, 303-323.], Parkes, C, M.(1985)Bereavement. British Journal of Psychiatry.146,11-17
- (34) Rubin,S.S.(2000). Psychodynamic perspective on treatmentwith bereaved: modification of the psychotherapeutic-transference paradigm. In R. Malkinson, S.S.Rubin, & E.Witztum(Eds.), Traumatic and nontraumatic loss andbereavement: clinical theory and practice ( pp.117-141). Madison , CT: psychosocial Press.
- (35) Field, N. P. Gao, B,&Paderna, L.(2005). Continuing bonds in bereavement. An attachment theory based perspective . death studies, 29, 1-23
- (36) Engel, G.L.(1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. Psyhosomatic Medicine, 23, 18-22
- (37) Pollock, George H.(1961.) Mourning and Adaptation. International Journal of Psycho-Analysis, 42:341-361

(38) Volkan, Vamık D.(1981)linking objects and Linking Phenomena: a Study of the Forms, Symptoms, Metapsychology and Therapy of Complicated Mourning. New York: international Universities Press

(39) Rochlin, Gregory (1965) Griefs and Discontents: the Forces of Change. Boston . Little, Brown& Co

(40) Eisenberg S, Patterson LE (1979) Helping Clients with Special Concers Bostons: Houghton Mifflin Company, p.: 218-234

(41) Soykan Ç (2000) Krize Müdahale ilkeleri Çerçevesinde Yas ve Yas Müdahale. Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. No. 6, s. 123-135

(42) Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: Tavistock.

(43) Sanders, C. M.,Mauger, P.A.,& Strong, P.A.(1991). A manualfor the grief experience inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press/ Charlotte, NC: Center fort he Study of Seperation and Loss.( Original work published 1985

(44) Sanders, C. M. ( 1989) . Grief : The mourning after. New York : Wiley

(45) Worden W. Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Brunner-Routlege; 2001

(46) Dorpat, T.L.(1973).Suicide, loss, and mourning. Life-Threatening Behavior, 3,213-224

(47) Gardiner,A.,ve Pritchard, M.(1977). Mourning, mummification, and living with the dead. British Journal of Psychiatry, 130,23-28

(48) Gorer,G.D.(1965).Death, grief and mourning. New York: Longmans

(49) Rich, S. (2002). Caregiver grief: taking care of ourselves and our patients. International Journal of Trauma Nursing, 8(1), 24-28.

(50) Zaiger, N. (1985-86). Women and bereavement. Women and Therapy,4, 33-43.



(51) Horowitz, M.J., Wilner, N., Marmar, C., Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137,1157-1162

(52) Schuhter, S.R., ve Zisook, S.(1986). Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach. *Psychiatric Annals*, 16, 295-305

(53) Worden, J.W.(2003). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*.(3rd ed.). New York: brunner – Routledge. ( Original work published 1982).

(54) Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL:Research Press.

(55)Horowitz MJ, Bonanno GA, Holen A. Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosom med* 1993;55:260-73.]

(56)Hogan NS, DeSantis L. Adolescent sibling bereavement: anongoing attachment. *Qual Health Res*. 1992;2(2):159-177

(57)Silverman PR, Nickman SL, Worden JW. Detachment revisited: the child's reconstruction of a dead parent. *Am J Orthopsychiatry*. 1992;62(4):494-503

(58)Neimeyer, R. A.,& Hogan , N.(2001). Quantitative or qualitative. Measurement issues in the study of grief. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Sroebe,& H. Shut (eds.), *Handbook of bereavement and research: Consequences coping and caring*(pp. 89-118). Washington, DC: American Association of Psychology

(59)kleber , R. J., Brom, D.,& Defares, P. B.(1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam: Sweft & Zeitlinger Publishers

(60)Wortman, C. M.,& Silver, R. (1989). The myth of coping with loss. *Journal of Consulting& Clinical Psychology*,57, 349-359

(61)Bonanno , G. A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G.,Haring, M.,Sonnega, j.,et al(2002). Reselience to loss and choronic grief: A prospective study from preloss to 18 months postloss.*journal of personality ond social psychology*, 83(5),1150-1164

(62)Bonanno, G. A., & Wortman, C. B.,& Nesse, R. M.(2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology of Aging* 260-271

(63)Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping withbereavement: rationale and description. *Death Stud.* 1999;23(3): 197-224

(64)Rubin ,S. S.(1981). A two –track model of bereavement: theory and application in research. *American Journal of orthopsychiatry*, 51,101-109

(65)Neimeyer, R.A,(1999). *Lessons of loss: A guide to coping*. New Y ork: McGraw- Hill- Neimeyer, R.A,(2005a). *Re- storying loss: fostering growth in posttraumatic narrative*. In Callhoun & R.T. Tedeschi(eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Earlbaum

(66)Hogan NS. *An Investigation of the Adolescent Bereavement Process and Adaptation [dissertation]*. Chicago, IL: Loyola University Chicago; 1987.]

(67)Hogan NS, DeSantis L. Basic constructs of a theory of adolescentsibling bereavement. In: Klass D, Silverman P, Nickman S, eds.*Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1996:235-254

(68) Hogan NS, Morse JM, Tason MC. Toward an experiential theory of bereavement. *Omega.* 1996;33(1):43-65

(69)Hogan NS, Schmidt LA. Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Stud.* 2002;26: 615-634.- Hogan NS, Greenfield DB, Schmidt LA. Development andvalidation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Stud.*2001;25:1-32

(70)Hogan NS, Schmidt LA. Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Stud.* 2002;26: 615-634

(71)Kaunonen M, Tarkka M-T, Hautamaki K, Paunonen M. Thestaff's experience of the death of a child and of supporting thefamily. *Int Nurs Rev.* 2000;47:46-52

(72)burt .M. R.& Katz , B. L (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of interpersonalviolence*, 2,57-81- Veronen,

L.J.& Kilpatrick, D.G.(1983). Rape:A precursor of change. In E.J. Callohan& k.a.Mc Cluskey (Eds.), life-span developmental psychology. Nonnormative life events (pp. 167-191)]

(73) Tedesehi. R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*. 4. 319-341

(74) Rubonis. A. V.. & Biekman. L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*. 109. 384-399

(75) Calhoun. L.G.. & Tcdesehi. R.G. < 1998). Posttraumatic growth: Future directions. In R. G. Tcdesehi. C. L. Park. & L. G. Calhoun (Hds.).Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis (pp, 215-258). Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Inc.

(76) Tedesehi. R G.. & Calhoun. L. G. (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage

(77) Caplan. G (1964). Principles of preventive psychiatry New York Basic Books

(78) Park. C. L.. Cohen. L.. & Murch. R (1996) Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*. 64. 71-105

(79) Schwaruberg, S. S. (1993). Struggling for meaning: How HIV-positive gay men make sense of AIDS. *Professional Psychology: Research A Practice*. 24. 483—490.

(80)Tennen, H . Affleck. G.. Urrows, S.. Higgins. P.. & Mendola. R.(1992). Perceiving control, construing benefits, and daily processes in rheumatoid arthritis. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 24. 186-203.

(81)Bower, J. E.. Kemeny. M E.. Taylor, S E..& Fahey. J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning. CD 4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66. 979-986

(82)Collins. R. L... Taylor. S. H.. & Skokan. L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 18, 265-285

(83)Andrykowski. M. A., Brady. M. G.. & Hunt. J. W. (1993). Positive psychological adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition *Psycho-Oncology*. 2. 261-276

(84)Affleck. G.Tennen. H.. Croog. S., & Levine. S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity following a heart attack: An eight-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55. 29-35

(85)Burl. M. R . & Kai/. B L. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*. 2. 57-81

(86)Rutter. M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 57. 316-331

(87)Kohasa. S. C (1979). Stressful life events, personality, and health An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 37. 1-11

(88)Antonovsky. A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.]

(89)Tedeschi. R. G.. Calhoun. L. G.. & Cooper. L. (2000. August). Rumination and posttraumatic growth in older adults. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Washington. DC.]

(90)Tedeschi. R G.. & Calhoun. L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9. 455-471

(91)Morris, B.A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 575-585

(92)Carneley, K.B., Wortman, C.B., Bolger, N., & Burke, C.T. (2006). The time course of grief reaction to spousal loss: Evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 476-492

- (93) Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- (94) Balk, D. (1999). Bereavement and spiritual change. *Death Studies*, 23, 485-493
- (95) Rosenblatt, P.C. (2000). *Parent grief: Narratives of loss and relationship*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel
- (96) Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (1989-90). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*, 20, 265-272
- (97) Rogers, C.H., Floyd, F.J., Seltzer, M.M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-term effect of the death of a child on parent's adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology*, 22, 203-211.
- (98) Batten, M., & Oltjenbruns, K.A. (1999). Adolescent sibling bereavement as a catalyst for spiritual development: A model for understanding. *Death Studies*, 23, 529-546.
- (99) Beder, J. (2004-2005). Loss of the assumptive world – How we deal with death and loss. *Omega*, 50, 255-265.
- (100) Gillies, J., & Neimeyer, R.A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65
- (101) Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-1055
- (102) Parkes, C.M. (1971). *Psycho-social transitions: A field study*. *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.]
- (103) Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.]

- (104) Lehman, D.R., Wortman, C.B., & Williams, A.F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 218-231
- (105) Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2006). Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. *Omega*, 53, 105-116
- (106) Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 71-83
- (107) Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185
- (108) Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.]
- (109) Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Posttraumatic growth in people living with a serious medical condition and its relation to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31, 1709-1733.]
- (110) Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- (111) Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.-
- (112) Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.
- (113) Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25, 47-56
- (114) Schulz, U., & Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: Benefit finding after cancer surgery. *Social Science & Medicine*, 59, 653-662.

(115) Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442–454

(116) Thornton, A. A., & Perez, M. A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology*, 15, 285–296.

(117) [ Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., M<sup>^</sup>asse, B., Falafdeau, M., Robidoux, A., . . . Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: Frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3588–3596.

(118) Germino, B. B., Fife, B. L., & Funk, S. G. (1995). Cancer and the partner relationship: What is its meaning? *Seminars in Oncology Nursing*, 11, 43–50.

(119) Gray, R. E., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M., & Fergus, K. (2000). Managing the impact of illness: The experiences of men with prostate cancer and their spouses. *Journal of Health Psychology*, 5, 531–548.

(120) Leedham, B., & Meyerowitz, B. E. (1999). Responses to parental cancer: A clinical perspective. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 441–461.

(121) Wong, W. K. T., Ussher, J., & Perez, J. (2009). Strength through adversity: Bereaved cancer carers' accounts of rewards and personal growth from caring. *Palliative and Supportive Care*, 7, 187–196.

(122) S. Cadell and R. Sullivan, "Posttraumatic Growth and HIV Bereavement: Where Does It Start and When Does It End?" *Traumatology*, Vol. 12, No. 1, 2006, pp. 45-59.

(123) N. J. Keesee, J. M. Currier and R. A. Neimeyer, "Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning," *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 64, No. 10, 2008, pp. 1145-1163.

(124) R. G. Tedeschi and L. G. Calhoun, "Beyond the Concept of Recovery: Growth and the Experience of Loss [Comment on Balk, 2004, Vol. 28, No. 4]," *Death Studies*, Vol. 32, No. 1, 2008, pp. 27-39.

(125) S. Cadell, C. Regehr and D. Hemsworth, "Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Proposed Structural Equation Model," *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 73, No. 3, 2003, pp. 279-287.

(126) S. Cadell, "The Sun Always Comes Out after It Rains: Understanding Posttraumatic Growth in HIV Caregivers," *Health and Social Work*, Vol. 32, No. 3, 2007, pp. 169- 176.

(127) Uren TH, Wastell CA: Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *DeathStud* 2002; 26: 279–308.

(128) Grief and post-traumatic growth in parents 2-6 years after the death of their extremely premature baby. Büchi S1, Mörgeli H, Schnyder U, Jenewein J, Hepp U, Jina E, Neuhaus R, Fauchère JC, Bucher HU, Sensky T *Psychother Psychosom.* 2007;76(2):106-14.

(129) N. S. Hogan, D. B. Greenfield and L. A. Schmidt, "Development and Validation of the Hogan Grief Reaction Checklist," *Death Studies*, Vol. 25, No. 1, 2001, pp. 1-32.

(130) Uren TH, Wastell CA: Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *DeathStud* 2002; 26: 279–308.

(131) Maercker A, Zoellner T: The Janus face of selfperceived growth: toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychol Inquiry* 2004; 15: 41–48.

(132) Dürü, Ç. (2006). Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

(133) Savasır, Isık ve Nesrin H. Sahin. *Bilissel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ed.: Isık Savasır ve Nesrin H. Sahin. Ankara: Türk Psikologlar Derneği, 1997.

(134) Weissman, A. N. (1979). The dysfunctional attitude scale: A validation study. Unpublished doctoral dissertation, University of Pennsylvania (Dissertation Abstracts International, 40, 1389-1390B).



(135) Şahin, N. H. ve Şahin, N. (1991). Bir kültürde fonksiyonel olan tutumlar bir başka kültürde de öyle midir? Psikoloji Dergisi, 7, 30-40

(136) Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatr, 45:742-747.

(137) Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ ve ark. (1982) A comparison of depression rating scales. Br J Psychiatry, 141:45-49.- Endicott J, Cohen J, Nee J ve ark. (1981) Hamilton Depression Rating Scale: Extracted from regular and change versions of the schedule for affective disorders and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 38:98-103.

(138) Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 4:251-259.

(139) Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatr, 45:742-747.

(140) Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 9:114-117.

(141) Shanfield, S. B., & Swain, B. J. (1984). Death of adult children in traffic accidents. Journal of Nervous and Mental Disease, 172, 533,538.

(142) Aldwin, C.M. (1994). Stress, coping, and development. New York: Guilford Press.- Park, C.L., Cohen, L., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stressrelated growth. Journal of Personality, 64, 645-658.- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1995). Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage.

(143) Nadeau, J.W. (2008). Meaning-making in bereaved families: Assessment, intervention, and future research. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention (511-530). Washington, DC: American Psychological Association.

(144) Schaefer, J.A., & Moos, R.H. (1992). Life crisis and personal growth. In B.N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 149-170). Westport, CT: Praeger.

(145) O'Leary, V.E., & Ickovics, J.R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.

(146) Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008a). *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.- Stroebe, M.S., Hansson,, R.O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008b). Bereavement research: 21st-century prospects. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 577-603). Washington, DC: American Psychological Association.

(147) POSITIVE OUTCOMES FOLLOWING BEREAVEMENT: PATHS TO POSTTRAUMATIC GROWTH Lawrence G. CALHOUN, Richard G. TEDESCHI, Arnie CANN, & Emily A. HANKS University of North Carolina, Charlotte, USA. *Psychologica Belgica* 2010, 50-1&2, 125-143.

(148) Helgeson, V.S., Reynolds, K.A., & Tomich, P.L. (2006). Benefit-finding: A metaanalytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-815.

(149) Baker, J.M., Kelly, C., Calhoun, L.G., Cann, A., & Tedeschi, R.G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 450-465.

(150) Zisook, S., & Shuchter, S. R. (2001). Treatment of depressions of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 782-798.

(151) Middleton, W., Moylan, A., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1993). An international perspective on bereavement related concepts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 457-463.

(152) Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement: Bowlby's theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of

detachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research: Theory, research, and clinical applications* (pp. 735–759). New York: Guilford Press.

(153) Bonanno, G. A., Papa, A., & O’Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventative Psychology*, 10, 193–206.

(154) Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 20, 1–30.

(155) Bonanno, G. A., & Field, N. P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across five years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 798–806.

(156) Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books

(157) Schrader, G., Davis, A., Stefanovic, S., & Christie, P. (1990). The recollection of affect. *Psychological Medicine*, 20, 105–109.

(158) Zimmerman, M., & Coryell, W. (1986). Reliability of follow-up assessments of depressed inpatients. *Archives of General Psychology*, 43, 468–470.

(159) Folkman, S., Chesney, M., Collette, L., Bocellari, A., & Cooke, M. (1996). Postbereavement depressive mood and its prebereavement predictors in HIV\_ and HIV\_ gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 336–348.

(160) Bass, D. M., Bowman, K., & Noelker, L. S. (1991). The influence of caregiving and bereavement support on adjusting to an older relative’s death. *Gerontologist*, 31, 32–42.- Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1990). Social support, life events, and stress as modifiers to bereavement by older adults. *Psychology of Aging*, 5, 429–436.

(161) Norris, F. N., & Murrell, S. A. (1990). Social support, life events, and stress as modifiers of adjustment to bereavement in older adults. *Psychology and Aging*, 5, 429–436.

(162) Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press-Rando, T. A. (1993).

(163) Middleton, W., Moylan, A., Raphael, B., Burnett, P., & Martinek, N. (1993). An international perspective on bereavement related concepts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 457–463.

(164) Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 208– 226). New York: Cambridge University Press

(165) Zisook, S., & Shuchter, S. R. (2001). Treatment of depressions of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 782–798.

(166) Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971–980.

(167) Horowitz, M. J. (1990). A model of mourning: Change in schemas of self and other. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 297–324

(168) Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17, ]116–124.

(169) Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R., & Silver, R. C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497–540.

(170) Bayhakki & Hatthakit U (2012) Lived experience of patients on haemodialysis: a meta-synthesis. *Nephrology Nursing Journal* 39, 295–304.

(171) McCann K & Boore JRP (2000) Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing* 32, 1132–1142.

(172) Hagren B, Pettersen I-M, Severinsson E, Lutzen K & Clyne N (2005) Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *Journal of Advanced Nursing* 14, 294–300.

(173) Clarkson KA & Robinson K (2010) Life of dialysis: a lived-experience. *Nephrology Nursing Journal* 37, 29–35.

(174) Polaschek N (2003) Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. *Journal of Advanced Nursing* 47, 44– 52.

(175) Sadala ML & Lorenc\_on M (2006) Living with a haemodialysis machine. *EDTNA/ ERCA Journal* 3, 137–141.

(176) Al-Arabi S (2006) Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal* 33, 285–293.

(177) Krueger L (2009) Experiences of Hmong patients on haemodialysis and the nurses working with them. *Nephrology Nursing Journal* 36, 379–387.

(178) Kaba E, Bellou P, Iordanou P, Andrea S, Kyritsi E, Gerogianni G, Zetta S & Swigart V (2007) Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. *British Journal of Nursing* 16, 868–872.

(179) Chan R, Brooks R, Erlich J, Chow J & Suranyi M (2008) The effects of kidney- disease related loss on long-term dialysis patients' depression and quality of life: positive affect as a mediator. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 4, 160–167.

(180) McCarley P (2009) Patient empowerment and motivational interviewing: engaging patients to self-manage their own care. *Nephrology Nursing Journal* 36, 409–413.

(181) Khalid T & Kauser R (2008) Depression and quality of life among caregivers of people affected by stroke. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal* 19, 103–110

(182) Gullick JG & Stainton MC (2012) The Ties that bind us: how existing relationships and gender shape the caring experience of family members in COPD. *Nursing Reports* 2, 31–38.

(183) Wortman, C. B., Silver, R. C., & Kessler, R. C. (1993). The meaning of loss and adjustment to bereavement. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson

(Eds.), *Bereavement :A sourcebook of research and interventions* (pp. 349–366). London: Cambridge University Press.

(184) Carr, D. (2002, November). Life after death: Gender differences in resilience among the elderly widowed. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, Boston.

(185) Siqveland, Johan; Hussain, Ajmal; Nygaard, Egil; Tedeschi, Richard G. & Heir, Trond (2015). Posttraumatic growth, depression and posttraumatic stress in relation to quality of life in tsunami survivors: A longitudinal study.



## EKLER

### EK 1. Sosyo demografik bilgi formu

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni Durum:

Eğitim:

### EK 2. Yas olgu anketi

- 1- Hiç kayıp yaşadınız mı?
- 2- Evet ise ne zaman?
- 3- Yaşadığınız büyük kayıp, kayıplar ( ölüm yoluyla kayıp, iş kaybı, boşanma, sevgiliden ayrılma, yaşadığınız şehirden ayrılmak zorunda kalma, para kaybı gibi) nelerdir?
- 4- Yaşadığınız kayıp/kayıpları belirtir misiniz?
- 5- Yaşadığınız kayıp bir ölüm ise bunu açar mısınız? Yakınlık derecesi nedir?
- 6- Bu kayıp sonrasında hiç psikolojik yardım aldınız mı? (Burada ek1'e gidiniz. Her kayıp için ayrı bir ek1 açınız)
- 7- Yaşadığınız ilk kayıptan önce psikiyatrik tedavi görüyor muydunuz? (Evet ise ek 1'deki haliyle değerlendiriniz)

**Bir sıkıntı için kaç kez yardım aldı?**

1 2 3 ..



## 1. yardım aldığı zaman

**Kimden/kimlerden**

**Ne zaman**

**Nasıl (psikoterapi / medikasyon / grup tedavisi / diğer**

**Ne süreyle**

**Kaç görüşme**

**Sonuç**

**Söz konusu sıkıntı bir kayıp mıydı.**

## DİALİZ HASTALARI İÇİN

İlk ne zaman dializ tedavisi almaya başladınız?

Kaç senedir dializ tedavisi alıyorsunuz?

Dialize girerken yaşadığınız zorluklar nelerdir?

Dialize girmeye kiminle birlikte gidiyorsunuz?(eş , çocuk, anne, baba, yalnız)

Böbreklerinizin çalışmadığını ve dialize girmek zorunda olduğunuzu ilk ne zaman öğrendiniz?

Hangi hastalık sonrası böbrek yetmezliği gelişti?

Böbrek transplantasyonu (nakli) konusunda ne düşünüyorsunuz?

Böbrek transplantasyonu (nakli) için başvurduğunuz mu?

Dialize girmek bulunduğunuz şehirden ayrılmanıza engel teşkil ediyor mu?

Dializ aldığınız merkez evinize yakın mı?

Ailede böbrek yetmezliği gelişen ve dializ tedavisi alan başka bireyler var mı?

Dialize girmek yaşamınıza bazı kısıtlamalar getiriyor mu?



### EK 3. Travma sonrası büyüme envanteri (PTG)

Aşağıda kayıp sonrasında insanların düşünce ve duygularında görülebilecek bazı değişikliklerle ilgili cümleler bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyup **yaşadığınız kayıp öncesine oranla** o konuda değişiklik hissediyorsanız uygun sütunu işaretleyiniz. O konuda değişiklik yoksa **uygun değil**, biraz varsa **biraz**, epeyce veya oldukça fazla varsa **oldukça**, çok fazla değişiklik varsa **çok** sütununa çarpı koyunuz. Teşekkür ederiz.

	UYGUN DEĞİL	BİRAZ	OLDUKÇA	ÇOK
1. Hayatımın değerini anladım				
2. Yeni ilgi alanlarım doğdu				
3. Kendi başımın çaresine bakabileceğimi anladım				
4. Manevi konulara daha fazla önem vermeye başladım				
5. Zor anlarda başka insanlara güvенеbileceğimi anladım				
6. Hayatıma yeni bir yön çizdim				
7. Başka insanlara yakınlaştım.				
8. Duygularımı daha kolay ifade edebiliyorum				
9. Zorlukları altedebileceğimi öğrendim.				
10. Hayatta daha iyi şeyler yapabileceğimi anladım.				
11. Olayların akışını kabullenmeyi öğrendim.				
12. Yaşadığım her günün değerini biliyorum.				
13. kayıptan sonra benim için				

yeni imkanlar doğdu.				
14. Başkalarına karşı şefkat hisleri uyandı.				
15. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret gösteriyorum.				
16. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayretliyim.				
17. Dini duygularım güçlendi.				
18. Sandığımdan daha güçlü olduğumu anladım.				
19. İnsanların ne kadar iyi olduğunu öğrendim.				
20. Başkalarına ihtiyaç duymayı kabullenebildim.				

## EK 4. Problem çözüme envanteri (PÇE)

### PÇE

Bu envanterin amacı,günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza)genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır.Sözünü ettiğimiz bu problemler,matematik yada fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır.Bunlar,kendini karamsar hissetme ,arkadaşlarla geçinememe bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler yada boşanıp boşanmam gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır.Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın.Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil,böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir.Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun:'Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?'

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- 1-Her zaman böyle davranırım.
- 2-Çoğunlukla böyle davranırım.
- 3-Sık sık böyle davranırım.

- 4-Arada sırada böyle davranırım.
- 5-Ender olarak böyle davranırım.
- 6-Hiçbir zaman böyle davranmam.

Ne kadar sıklıkla  
böyle davranırsınız?

**Her zaman      Hiçbir zaman**

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>1-Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam</b>                           | <b>(1) (2) (3) (4) (5) (6)</b> |
| 2-Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.                     | (1) (2) (3) (4) (5) (6)        |
| <b>3-Sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.</b>                        | <b>(1) (2) (3) (4) (5) (6)</b> |
| 4-Bir sorunumu çözümden sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını,neyin işe yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.                          | (1) (2) (3) (4) (5) (6)        |
| <b>5-Sorunlarımı çözüme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.</b>   | <b>(1) (2) (3) (4) (5) (6)</b> |
| 6-Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım. | (1) (2) (3) (4) (5) (6)        |
| <b>7-Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.</b>  | <b>(1) (2) (3) (4) (5) (6)</b> |

- 8-Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 9-Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 10-Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çözmeye yeteneğim vardır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 11-Karşılaştığım sorunların çoğu,çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 12-Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 13-Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 14-Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine geliş - güzel sürüklenip giderim. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 15-Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 16-Bir sorunla karşılaştığımda,başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 17-Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 18-Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar,birbirleri ile karşılaştırır,sonra karar veririm. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 19-Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 20-Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 21-Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.** (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 22-Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.(1) (2) (3) (4) (5) (6)

- 23-Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 24-Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 25-Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde,bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 26-Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 27-Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 28-Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 29-Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 30-Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 31-Bir konuyla karşılaştığımda,ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 32-Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 33-Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 34-Bir sorunla karşılaştığımda,o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir. (1) (2) (3) (4) (5) (6)
- 35-Bir sorunun farkına vardığımda,ilk yaptığım şeylerden biri,sorunun tam olarak ne olduğu anlamaya çalışmaktır. (1) (2) (3) (4) (5) (6)

## EK 5. Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ)

### FOTÖ\*

Bu ölçek insanların zaman zaman savunduğu ya da inandığı tutumların bir listesini içermektedir. Lütfen HER CÜMLEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, bunlara ne kadar katıldığınızı belirleyin.

Her tutuma ilişkin kendi katılma derecenizi, yandaki cevap bölümündeki sayılardan birinin üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz. Her tutum için sadece BİR işaret koymaya özen gösterin. İnsanların hepsinin kendine özgü düşünceleri olduğundan, burada doğru ya da yanlış diye bir yanıt söz konusu değildir.

Lütfen seçimlerinizin SİZİN GENEL OLARAK nasıl düşündüğünüzü yansıtmasına özen gösteriniz.

- |                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Tümüyle katılıyorum    | 5. Ender olarak katılıyorum |
| 2. Genellikle katılıyorum | 6. Çok az katılıyorum       |
| 3. Oldukça katılıyorum    | 7. Hiç katılmıyorum         |
| 4. Biraz katılıyorum      |                             |

	Ne kadar katılıyorsunuz?						
	Tümüyle			Hiç			
1. Bir insanın mutlu olabilmesi için mutlaka ya çok güzel (yakışıklı), ya çok zengin, ya çok zeki, ya da çok yaratıcı olması gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. Mutlu olabilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşüncelerinden çok benim kendimle ilgili duygu ve düşüncelerim önemlidir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. İnsanların bana değer vermesi için hiç hata yapmamam gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. İnsanların bana saygı göstermeleri için her zaman başarılı olmam gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. Risk almak hiç bir zaman doğru bir şey değildir. Çünkü kaybetmek bir felaket olabilir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. İnsanın herhangi bir alanda özel bir yeteneği olmasa da başkalarının saygısını kazanması mümkündür.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. Mutlu olabilmem için tanıdığım insanların çoğunun hayranlığımı kazanmalıyım.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. Bir başka kişiden yardım istemek aslında zayıflık işaretidir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

\* ©Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978).

Uyarlayanlar: Şahin, N. H. ve Şahin, N. (1992).

	Ne kadar katılıyorsunuz?						
	Tümüyle						Hiç
9. Bir insan olarak yeterli olmam için, başkaları kadar başarılı olmam gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10. İnsan bir işi iyi yapamıyorsa hiç yapmasın daha iyi.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11. Bir insan olarak başarılı sayılabilmem için yaptığım işlerde başarılı olmam gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12. Hatalarımdan da bir şeyler öğrenebildiğim sürece, hata yapmamda bir sakınca yoktur.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13. Beni seven bir insanın benimle aynı fikirde olması gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14. Bir işte tümüyle başarısız olmak ile yarı yarıya başarısız olmak arasında pek fark yoktur.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15. İnsanların bana verdiği önemi yitirmemem için kendimi açmamalıyım.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16. Sevdiğim insan beni sevmediği sürece bir hiç sayılırım.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
17. Sonucu başarısızlık da olsa insan yaptığı işten zevk alabilir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18. İnsanın başarılı olacağına ilişkin biraz olsun inancı yoksa, herhangi bir işe girişmemelidir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19. Başkalarının benim hakkındaki düşünceleri bir insan olarak değerimi büyük ölçüde belirler.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20. İkinci sınıf bir insan durumuna düşmemem için kendime koyduğum standartların en yüksek olması gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
21. En azından bir yönümle başarılı değilsem, değerli bir insan sayılmam.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
22. İnsanın değerli biri sayılması için iyi fikirleri olması gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
23. Bir hata yaptığım zaman bundan rahatsızlık duymam gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
24. Benim için önemli olan başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerinden çok, benim kendimle ilgili düşüncelerimdir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
25. İhtiyacı olan herkese yardım etmediğim takdirde iyi bir insan sayılmam.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
26. Yenilmiş, kaybetmiş duruma düşmemek için soru sormamalıyım.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
27. İnsanın kendisi için önerili olan kişiler tarafından onaylanmaması çok kötüdür.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

	Ne kadar katılıyorsunuz?						
	Tümüyle						Hiç
28. İnsanın mutlu olabilmesi için dayanabileceği, güvenebileceği başka insanların olması gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
29. Önemli amaçlarıma ulaşabilmem için kendimi çok fazla zorlamam gerekmez.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
30. İnsan biri tarafından azarlansa da buna üzülmemesi gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
31. Bana zarar verebileceklerini düşündüğümde diğer insanlara güvenmem.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
32. Diğer insanlar tarafından sevilmedikçe mutlu olamazsın.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
33. İnsanın, başkalarını mutlu etmek için kendi ihtiyaçlarından kaçması gerekiyorsa, bunu yapması gerekir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
34. Mutluluğum kendimden çok diğer insanlara bağlıdır.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
35. Mutlu olmam için diğer insanların beni ve yaptıklarını onaylaması gerekmez.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
36. İnsan, sorunlarından uzak durabildiği sürece sorunlar da ortadan kalkar.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
37. Hayatın güzelliklerinin çoğundan (zenginlik, güzellik, başarı...) nasibimi almasam da mutlu olabilirim.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
38. Başka insanların benim hakkımda ne düşündükleri benim için önemlidir.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
39. Başkalarından ayrı olmak eninde sonunda mutsuzluğa yol açar.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
40. Bir başka insan tarafından sevilmesem de mutlu olabilirim.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦



## EK 6. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D)

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)	0• Yok 1• Yalnızca sorulan cevaplarken anlaşıyor. 2• Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor. 3• Hasta bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor. 4• Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları	0• Yok 1• Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor. 2• Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor. 3• Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları. 4• Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işliyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.
3. İhtihar	0• Yok 1• Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2• Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor. 3• İhtiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor. 4• İhtihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)
4. Uykuya dalamamak	0• Bu konuda zorluk çekmiyor. 1• Bazen gece yatışında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi. 2• Gece boyu gözünü bile kırmadığından şikayet ediyor.
5. Gece yansı uyanmak	0• Herhangi bir sorunu yok. 1• Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi. 2• Gece yansı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)
6. Sabah erken uyanmak	0• Herhangi bir sorunu yok. 1• Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor. 2• Sabah erkenden uyanıp sonra tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler	0• Herhangi bir sorunu yok. 1• Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor. 2• Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.) 3• Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. 4• Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)	0• Düşünceleri ve konuşması normal. 1• Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2• Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3• Görüşmeyi yapabilmek çok zor. 4• Tam stuporda.

9. Ajitasyon	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Yok</li> <li>1• Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.</li> <li>2• Elini ovuşturuyor, tımak yiyor, dudaklarını ısırıyor.</li> </ul>	
10. Psikik anksiyete	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Herhangi bir sorun yok.</li> <li>1• Subjektif gerilim ve iritabilite</li> <li>2• Küçük şeylere üzülüyor.</li> <li>3• Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.</li> <li>4• Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.</li> </ul>	
11. Somatik anksiyete	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Yok</li> <li>1• Hafif</li> <li>2• İlimli</li> <li>3• Şiddetli</li> <li>4• Çok şiddetli</li> </ul>	<p>Anksiyeteye eşik eden fizyolojik sorunlar:  Gastrointestinal: Ağız kurması, yellenme  sindirim bozukluğu, kramp, geğirme  Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı  Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme,  sık idrara çıkma, terleme</p>
12. Somatik semptomlar Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Yok</li> <li>1• İhtahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.</li> <li>2• Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.</li> </ul>	
13. Somatik semptomlar Genel	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Yok</li> <li>1• Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sirt ağrılan, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.</li> <li>2• Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.</li> </ul>	
14. Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Yok</li> <li>1• Hafif</li> <li>2• Şiddetli</li> <li>3• Anlaşılmadı</li> </ul>	
15. Hipokondriyaklık	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Yok</li> <li>1• Kuruntulu</li> <li>2• Akını sağlık konularına takmış durumda</li> <li>3• Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.</li> <li>4• Hipokondriyaklık delüzyonları</li> </ul>	
16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)	<p>A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0• Kilo kaybı yok</li> <li>1• Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama</li> <li>2• Kesin (hastaya göre) kilo kaybı</li> </ul>	<p>B.Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0• Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama</li> <li>1• Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama</li> </ul>
17. Durumu hakkında görüşü	<ul style="list-style-type: none"> <li>0• Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde</li> <li>1• Hastalığını biliyor ama bunu ikime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.</li> <li>2• Hasta olduğunu kabul etmiyor.</li> </ul>	
<p>Hastanın Adı/Soyadı → .....</p>		<p>Görüşme Tarihi → ...../...../.....</p>
<p>Değerlendiren Dr. → .....</p>		

## EK 7. Hamilton anksiyete ölçeği (HAM-A)

### Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hastanın adı - soyadı : \_\_\_\_\_

Görüşme tarihi (gün-ay-yıl) : \_\_\_\_\_

Görüşmeyi yapan hekim : \_\_\_\_\_

Aşağıdaki her bir maddeye ilişkin sorulardan herhangi birine EVET cevabını alırsanız, belirtinin şiddetini 1-4 arasında değerlendiriniz. Cevap HAYIR ise, 0 puan (yok) veriniz. Her bir maddede, verilen cevaplar arasında en yüksek şiddet puanını, o maddenin puanı olarak kabul ediniz.

#### 1. ANKSİYETELİ DUYGUDURUM

- Geçtiğimiz hafta içinde ruh haliniz nasıldı? \_\_\_\_\_
- Kendinizi endişeli hissettiniz mi? \_\_\_\_\_
- Kötü bir şey olacak beklentisi oldu mu? \_\_\_\_\_
- Korkulacak bir şey olacak hissine kapıldığınız veya çabuk parladığınız oluyor mu? \_\_\_\_\_

Puan

- Uykuya dalmanız her zamankine göre nasıl, bazı geceler huzursuz, rahatsız uyuduğunuzu veya dinlenemediğinizi farkettiler mi, uykularınız bölündü mü? Sabah uyandırdığınızda kendinizi yorgun veya halsiz hissettiniz mi? Hiç kötü rüya veya kâbus gördünüz mü? \_\_\_\_\_

Puan

#### 2. GERGİNLİK

- Geçen hafta içinde gergin olduğunuz veya kolayca yorulduğunuz oldu mu? \_\_\_\_\_
- Sık sık irkildiniz mi? \_\_\_\_\_
- Kolayca ağlamaklı oldunuz mu? \_\_\_\_\_
- Titremeler oldu mu, yerinizde duramadığınızı veya bir türlü gevşeyemediğinizi hissettiniz mi? \_\_\_\_\_

Puan

#### 5. ZİHİNSEL (bilişsel)

- Geçen hafta dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi? (örn: kitap veya dergi okurken, televizyon seyrederken, biriyle konuşurken, araba kullanırken) Hatırlamakta zorlandığınız şeyler oldu mu? \_\_\_\_\_
- Her zamankine göre (sıkıntılıların başlamasından önceki halinize göre) hafızanızda bir değişiklik var mı? \_\_\_\_\_

Puan

#### 3. KORKULAR

- Geçen hafta içinde karanlıktan korktunuz mu? \_\_\_\_\_
- Tanımadığınız insanlardan korktunuz mu? \_\_\_\_\_
- Yalnız kalmaktan çekindiniz mi, hayvanlardan, trafikten, kalabalıktan korktunuz mu? \_\_\_\_\_

Puan

#### 6. ÇÖKKÜN DUYGUDURUM

- Geçtiğimiz hafta kendinizi çökkün (örn: üzüntülü, ümitsiz, ağlamaklı) hissettiniz mi? \_\_\_\_\_
- Her zaman ilgilendiğiniz şeylere karşı ilgisizlik veya zevk alamama durumu var mı? Hiç sabahları erken uyandınız mı? \_\_\_\_\_
- Günün belli saatlerinde, örn., sabahları veya akşamları kendinizi daha iyi veya daha kötü hissediyor musunuz? \_\_\_\_\_
- Sabahları veya öğleden sonra kendinizi ne kadar daha kötü hissettiniz? \_\_\_\_\_

Puan

#### 4. UYKUSUZLUK

- Geçtiğimiz hafta içinde uykunuz nasıldı? Yatağa girince uykuya dalmakta zorlandınız mı? \_\_\_\_\_

### 7. BEDENSEL (kas)

- Geçen hafta bedeninizi nasıl hissettiniz? \_\_\_\_\_
- Soracağım belirtilerden herhangi biri oldu mu: ağrılar, sızılar; kaslarda seyirme, tutulma (sertlik); dış gıcırdatma; sesin titremesi; kaslarda gerginlik; kaslarda kasılmalar veya sıçramalar? \_\_\_\_\_

Puan

### 8. SOMATİK (duyusal)

- Geçtiğimiz hafta içinde kulaklarınızda hiç çınlama oldu mu? \_\_\_\_\_
- Vızıltı, tıkırtı veya güreleme gibi sesler oldu mu? \_\_\_\_\_
- Hiç görme bulanıklığı oldu mu? \_\_\_\_\_
- Ateş basması veya üşüme; takatsızlık; içnelenmeler oldu mu? \_\_\_\_\_

Puan

### 9. KALP-DAMAR BELİRTİLERİ

- Geçen hafta nabzınızda hızlanma oldu mu? Kalbiniz hızlı atıyormuş gibi hissettiniz mi? \_\_\_\_\_
- Hiç göğsünüzde ağrı hissettiniz mi? \_\_\_\_\_
- Damarlarınızın attığını hissettiniz mi, hiç bayılacak gibi oldunuz mu? \_\_\_\_\_
- Kalbinizin teklemediğini hissettiniz mi? \_\_\_\_\_

Puan

### 10. SOLUNUM BELİRTİLERİ

- Geçen hafta göğsünüzde baskı veya sıkışma hissettiniz mi, hiç boğuluyormuş gibi hissettiniz mi? \_\_\_\_\_
- Her zamankinden daha fazla iç çektiniz mi? \_\_\_\_\_
- Nefes alırken zorlandığınızı, güçlükle nefes aldığınızı oldu mu? \_\_\_\_\_
- Nefesiniz yetmiyormuş gibi hissettiniz mi? \_\_\_\_\_

Puan

### 11. MİDE-BARSAK

- Geçen hafta boyunca hiç midenizde veya karmanızda ağrı veya rahatsızlık hissi oldu mu? Yutkunma zorluğu oldu mu? \_\_\_\_\_
- Her zamankinden fazla yellenme oldu mu? Hiç midenizde ekşime, yanma hissettiniz mi? \_\_\_\_\_

- Hiç karmanızda şişkinlik veya gerilme hissi oldu mu? Mide bulantısı oldu mu? Kustunuz mu? \_\_\_\_\_
- Midenizde her zamankinden daha fazla guruldama oldu mu? \_\_\_\_\_
- Barsaklarınızda gevşeklik veya ishal oldu mu? Peklik oldu mu? \_\_\_\_\_
- Kilo kaybı oldu mu? \_\_\_\_\_  
(Kilo kaybı yanm kilodan azsa, 0 olarak işaretleyin; 1= 0.5-1 kg; 2= 1-2 kg; 3= 2 kg.'dan fazla; 4= Güçsüzleştirir)

Puan

### 12. ÜREME-BOŞALTMA

- Geçtiğimiz hafta her zaman olduğundan daha sık idrara çıktınız mı? Her zamankinden daha sık sıkıştığınızı hissettiniz mi? Adet gecikmesi veya kesilme oldu mu? Adetiniz boyunca aşırı kanama oldu mu? \_\_\_\_\_
- Geçtiğimiz hafta içinde kendinizi cinsel bakımdan soğuk veya tepkisiz hissettiniz mi? Cinsel dürtü veya isteğinizde azalma oldu mu? Erken boşalma oldu mu? Sertleşme sorunu oldu mu? \_\_\_\_\_

Puan

### 13. OTONOM BELİRTİLER

Geçtiğimiz bir hafta içinde aşağıdaki belirtilerden herhangi biri oldu mu?

- Ağız kuruluğu? \_\_\_\_\_
- Her zamankinden daha fazla terleme? \_\_\_\_\_
- Yüz kızarması, solgunluk, sersemlik/baş dönmesi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması? \_\_\_\_\_

Puan

### 14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞLAR

Görüşme sırasında aşağıdaki belirtiler ve/veya davranışlardan herhangi birinin olup olmadığını kaydediniz:

- Sürekli kıpırdanma, yerinde duramama veya gezinme, ellerde titreme, çatık kaşlar, gergin yüz ifadesi, iç çekme veya sık soluk alıp verme, yüzde solukluk, şişme, geçirme, canlı refleksler, göz bebeklerinin büyümesi, gözlerin dışa doğru çıkması. \_\_\_\_\_

Puan

### 14 Maddeli HAM-A Toplam Puanı

0-5: Anksiyete Yok 6-14: Minör Anksiyete  
>15: Majör Anksiyete