



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı

**ERGENLERİN YAS KARŞISINDAKİ TUTUMLARININ
PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLER AÇISINDAN
İNCELENMESİ**

Tunahan UZUN

Danışman

Prof. Dr. Seher BALCI ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Temmuz, 2019

TELİF HAKKI

2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu Ek Madde 40 hükümleri çerçevesinde (Ek:22/2/2018-7100/10 md.) “*Lisansüstü tezler yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından gizlilik kararı alınmadıkça, bilime katkı sağlamak amacıyla Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi tarafından elektronik ortamda erişime açılır.*”

Araştırmacılar tezlerin tamamı veya bir bölümünü yazarın izni olmadan ticari veya mali kazanç amaçlı kullanamaz, yayınlamayaz, dağıtamaz ve kopyalayamaz. Ulusal Tez Merkezi Web Sayfasını kullanan araştırmacılar, tezlerden bilimsel etik ve atıf kuralları çerçevesinde yararlanırlar.

YAZARIN

Adı : Tunahan

Soyadı : UZUN

Bölümü : Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık

İmza :

Teslim Tarihi :

TEZİN

Türkçe Adı : Ergenlerin Yas Karşısındaki Tutumlarının Psikopatolojik Belirtiler Açısından İncelenmesi

İngilizce Adı : Examination Of Adolescents Attitudes Towards Grief In Terms Psychopathological Symptoms

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Yazar Adı Soyadı: Tunahan UZUN

İmza:

KABUL VE ONAY

Tunahan UZUN tarafından hazırlanan “Ergenlerin Yas Karşısındaki Tutumlarının Psikopatolojik Belirtiler Açısından İncelenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Bir öge seçin. ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi **Eğitim Bilimleri** Anabilim Dalı, **Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı**’nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Başkan: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Üye: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Üye: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Üye: (Unvanı Adı Soyadı)

(Anabilim Dalı, Üniversite Adı)

Bu tezin **Eğitim Bilimleri** Anabilim Dalı, **Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı**’nda Yüksek Lisans tezi olması için şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Tarihi: __/__/____

Prof. Dr. Ali ERASLAN

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürü

(İmza ve Mühür)



Yas ile başa çıkamayanlara...

TEŞEKKÜRLER

Öncelikle, yüksek lisans eğitimim boyunca daima ilgisini, bilgisini, bütün yoğunluğuna rağmen zamanını hiç esirgemeyen çok kıymetli hocam ana bilim dalı başkanı Prof. Dr. Seher BALCI ÇELİK'e çok teşekkür ederim.

Lisansüstü eğitimim sırasında ders aldığım Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü Anabilim Dalı'nın değerli öğretim görevlilerine, kıymetli bilgilerini esirgemeyen ve tez yazımı sürecimde destek olan değerli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Esat ŞANLI'ya teşekkür ederim.

Hayatım boyunca benimle gurur duyduğunu ifade etmeyi esirgemeyen anneme ve babama, koşulsuz daimi desteğiyle ablama, yaşam enerjilerim olan kardeşlerime teşekkür ederim.

Tez yazım sürecimde kıymetli vakitlerinden aldığım halde beni daima gelişimim konusunda destekleyen, anlayışla karşılayan eşim Zeynep ve varlıkları, gülüşleriyle yaşam sevincim olan kızlarım Gökçen ve Aybike'ye teşekkür ederim.

ERGENLERİN YAS KARŞISINDAKİ TUTUMLARININ PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Tunahan UZUN

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2019

ÖZ

Yas tepkilerinin ortaya çıkmasına bireyin yaşamındaki önemli kayıplar neden olmaktadır. Bireyler bu kayıplar karşısında mevcut durumlarına uyum sağlayabilmek için yas tepkileriyle çeşitli yollarla baş ederler. Bununla beraber, bazı bireyler yaşadıkları kayıp sonucu ortaya çıkan yas tepkilerini çözümü ve bu süreç ile baş etme sürecinde birçok sorun yaşarlar. Yastaki kişinin er ya da geç duygularını dışa vurması gerektiği, artık psikiyatristler arasında genel olarak uzlaşılan bir konudur. Shakespeare, “İçinizi dökün”, diye yazmıştır “ Dile gelmeyen acı zaten dolu olan yüreğe akar ve onu parçalamaya zorlar” (Bowlby, 2012). Bu çalışmada ergenlerde bir ayrılık ya da yitim sonrasında yaşanan yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma, gruplar arası karşılaştırmayı da içeren (yas düzeyi, cinsiyet, sınıf düzeyi ve anne-baba birlikteliği), ergenlerde bir ayrılık ya da yitim sonrasında yaşanan yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik olduğundan, ilişki tarama modeline uygun olarak düzenlenmiştir. Kişisel Bilgiler Formu, Yas Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile veriler toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre ergenlerin bir ayrılık veya yitim sonrasında yaşanan tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin anne-babası evli/birlikte olan ergenlerden daha yüksek olduğu, cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *somatizasyon* düzeylerinin daha yüksek olduğu, kadın ergenlerin *obsesif-kompulsif bozukluk*, *kişilerarası duyarlılık*, *depresyon*, *anksiyete bozukluğu*, *hostilite*, *fobik anksiyete*,

paranoid düşünceler, Psicotizm düzeylerinin daha yüksek olduğu, kadın ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin erkek ergenlerden daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler : kayıp, yas, ölüm, psikopatoloji, ergenlik

Sayfa Sayısı : 91

Danışman :Prof. Dr. Seher Balcı ÇELİK



EXAMINATION OF ADOLESCENTS ATTITUDES TOWARDS GRIEF IN TERMS PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS

MS Thesis

Tunahan Uzun

ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES

July 2019

ABSTRACT

Significant losses give rise to critical responses regarding individuals' bereavement. Most individuals have the capability to cope with such grief responses in order to adapt current conditions. However, some individuals have difficulty with handling those responses as well as resolving as coping mechanisms. It is widely known by mental health specialists that individuals in the process of loss and grief have to express their emotions sooner or later. As Shakespeare said: "Reveal your emotions" and "Every pain that isn't mentioned flows through the heart and forces it to get torn apart". In this study, the relationship between psychopathological responses and grief responses which occurred after a separation or loss were examined. Sample of the study consisted of randomly selected 1551 high school students studying different schools in İstanbul. Measurement instruments were "Demographic Information Form", "Loss and Grief Questionnaire" and "Short Symptom Checklist". Research were conducted with comparative and correlational methods including in-between group comparisons (degree of grief, gender, grade, and parents' relationship status) with students' grief responses and psychopathological symptoms. Based on the results of the study, significant relationship between psychopathological symptoms and high school students' loss and grief reactions after a separation or loss.

Key Words : Loss, Grief, Death, Psychopathology, Adolescence
Number of Pages :91
Advisor : Prof. Dr. Seher Balcı ÇELİK



İÇİNDEKİLER

TELİF HAKKI.....	II
ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI.....	III
KABUL VE ONAY	IV
TEŞEKKÜRLER	VI
ÖZ.....	VII
ABSTRACT	IX
İÇİNDEKİLER	XI
TABLolar LİSTESİ.....	XIII
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
I. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı.....	2
1.2 Problem Cümlesi	2
1.2.1 Alt Problemler.....	3
1.3 Hipotezler	3
1.4 Araştırmanın Önemi	4
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	5
1.6 Sayıtlar	5
1.7 Tanımlar	5
İKİNCİ BÖLÜM	6
II. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	6
2.1 Yas Tanımı	6
2.2 Yas Tepkileri.....	7
2.2.1 Yas Tepkilerini Belirleyen Etkenler.....	7
2.2.2 Yas Tutmanın Bileşenleri.....	11
2.3 Yas Süreci.....	15
2.3.1 Yas Sürecini Belirleyen Etkenler.....	15
2.3.2 Yas Sürecinde Başa Çıkma Düzenekleri	16
2.3.3 Yas Sürecinin Duygusal Sonuçları.....	16
2.4 Ergenlik ve Yas	18
2.5 Yas ve Psikopatolojik Belirtileri	21
2.5.1 Yasın Sorun Olarak Ortaya Çıkışı.....	21
2.5.2 Travmatik Yas Kriterleri.....	23

2.5.3 Komplike Yas- Patolojik Yas.....	26
2.5.4 Psikolojik Bozukluklar	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	33
III. YÖNTEM.....	33
3.1 Araştırma Modeli	33
3.2 Evren ve Örneklem	33
3.3 Veri Toplama Araçları.....	34
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu	35
3.3.2 Yas Ölçeği	35
3.3.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	37
3.4 Verilerin Çözümlemesi	38
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	41
IV. BULGULAR.....	41
4.1 Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Genel Bulgular	41
4.1.1 Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanları Arasındaki İlişki.....	42
4.1.2 Ergenlerin Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yas Düzeylerine Göre Farklaşma Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular	45
4.2 Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin Bulgular	54
4.3 Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular	56
BEŞİNCİ BÖLÜM	69
V. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKÇA	78
EKLER.....	84
EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	84
EK 2: YAS ÖLÇEĞİ.....	85
EK 3: KISA SEMPTOM ENVANTERİ(KSE).....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	91

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Örnekleme oluşturan ergenlik dönemindeki bireylerin kişisel bilgilerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımı	33
Tablo 2: Yas Ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi	36
Tablo 3: Kısa Semptom Envanterine ilişkin güvenilirlik analizi	37
Tablo 4: Ergenlerin Demografik Özelliklerine Bağlı Olarak Ölçek Puanları Üzerindeki Normallik Dağılımlarına İlişkin Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları	39
Tablo 5: Araştırmanın Fark Analizlerine İlişkin Kullanılan İstatistik Teknikler.....	39
Tablo 6: Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler (N=172)	41
Tablo 7: Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Testi Sonuçları.....	42
Tablo 8: Ergenlerin Somatizasyon Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Anova Testi Sonuçları	45
Tablo 9: Yas Düzeyi Farklı Olan Ergenlerin Somatizasyon Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	45
Tablo 10: Yas Düzeyleri Farklı Ergenlerin Obsesif-Kompulsif Bozukluk Düzeylerine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları	46
Tablo 11: Yas Düzeyleri Farklı Ergenlerin Obsesif-Kompulsif Bozukluk Düzeylerine İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları.....	46
Tablo 12: Ergenlerin Kişilerarası Duyarlılık Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	47
Tablo 13: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Kişilerarası Duyarlılık Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	47
Tablo 14: Ergenlerin Depresyon Düzeylerinin Yas Düzeylerine Göre Farklılaşma Gösterip Göstermediğine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları	48
Tablo 15: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Depresyon Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	48
Tablo 16: Ergenlerin Anksiyete Bozukluğu Düzeylerinin Yas Düzeylerine Göre Farklılaşma Gösterip Göstermediğine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları	49
Tablo 17: Yas Düzeyi Farklı Olan Ergenlerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları.....	49
Tablo 18: Ergenlerin Hostilite Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları	50
Tablo 19: Yas Düzeyi Farklı Olan Ergenlerin Hostilite Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	50
Tablo 20: Ergenlerin Fobik Anksiyete Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları	51
Tablo 21: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Fobik Anksiyete Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	51
Tablo 22: Ergenlerin Paranoid Düşünceler Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları.....	51
Tablo 23: : Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Paranoid Düşünce Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	52
Tablo 24: Ergenlerin Psicotizm Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları	52

Tablo 25: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Psikotizm Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	53
Tablo 26: Ergenlerin KSE Toplam Puanlarının Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları	53
Tablo 27: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin KSE Toplam Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları	54
Tablo 28: Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin T-Testi Sonuçları	55
Tablo 29: Ergenlerin Sınıf Düzeylerine Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları	55
Tablo 30: Ergenlerin Anne-Babanın Birliktelik Durumuna Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	56
Tablo 31: Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistik ve T-Testi Sonuçları.....	57
Tablo 32: Ergenlerin Sınıf Düzeylerine Göre Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanları ve Alt Boyutları Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları	59
Tablo 33: Sınıf Düzeyleri Farklı Ergenlerin Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları.....	61
Tablo 34: Ergenlerin Anne-Baba Birlikteliği Durumuna Göre Psikopatolojik Belirtiler Gösterme Düzeylerine İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Ergenlerin yas düzeyleri ile kısa semptom envanteri puanları arasındaki ilişki
.....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**



SİMGELER VE KISALTMALAR

KBF	Kişisel Bilgi Formu
KSE	Kısa Semptom Envanteri
AB	Anksiyete Bozukluğu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu



BİRİNCİ BÖLÜM

I. GİRİŞ

Yaşamımız ve gelişimsel öykümüz düşünüldüğünde çok çeşitli kayıpların yası tutulur. Yaşantımız boyunca bir şeyler kazanırken bir şeyler de kaybedilir. Kayıp, iç dünyamızdaki gerçeklik ile dış gerçeklik arasında bir uyum sağlama sürecidir. Deneyimlenen her bir ayrılık ve kayıp, ardından kendine has bir de yas süreci getirmektedir. Yas, psikolojik olarak bireyin kendi iç dünyasında yaşanan ve gelişen bir evre olarak ele alınmaktadır. Temel olarak bu dönem, bir kayba verilen duygusal tepkilerden oluşur, bunun yanında yas sürecinde bireyler, hem duygusal zorluklar hem de fiziksel, bilişsel ve davranışsal zorluklar gibi bir dizi zorluk yaşamaktadır (Bonanno ve Kaltman, 2001; Mestçioğlu ve Sorgun, 2003; Worden, 2001).

Doğumumuzdan başlayarak yaşamımız boyunca önem verdiğimiz kişilerle ilişkilerimiz gelişir ve evrilir, zaman zaman da değişir ve bozulur. Kayıp yaşantısı bu bağlamda ezicidir, kimi zaman da travmatik olabilir ve bizi sonsuza dek değiştirir. Kişisel kimliğimiz, kişilerarası dokumuzun yapısı ve ilişkilerimizin niteliği gelişim geçirir; kişisel tarihimiz ve belleğimiz değişir (Malkinson, 2009). Öte yandan yakınımızdaki birinin ölümü, varlığımızın bütün yönlerine yapılmış bir saldırıdır, çünkü insanlık tarihine ve kültürlere bakıldığında, insanoğlunun yaptığı tek şeyin ölümü inkar etmek olduğu görülür. Her an ölümle iç içe olmasına rağmen ölüm hep yok sayılır, yadsınır, inkar edilir ya da kabul edilmez. Aslında ölüm hep dışarıda bir yerlerde olarak algılanır. Bireyler ölüm hakikatini görmek ve kabullenmek istemez. İnsan günün birinde ölüm tüm çıplaklığı ve gerçekliği ile karşılaştığında, ölüm hakikatine yaklaşır (Özakkaş, 2017).

İnsan olmamızın anlamı; ilişkilerimizdir. Bunu kaybetmek, kişinin kaybın doğasını anlamaya ve açıklamaya çalıştığı bir evreden geçmesini de sağlar. Yaşanan bu kayıplar bireyde farklı tepkiler doğurur, dolayısıyla yas süreci ve gösterilen tepkiler de bireyseldir ve herkes için farklı bir deneyimdir (Küçükkaya, 2009). Temel manada

yas, bir kayıp (özellikle yakın bir kişinin ölümü) sonrası gösterilen normal, doğal bir tepki olarak değerlendirilmekle birlikte, bu süreç gerek; bir kayıp sonrası yas yaşayan birey tarafından gerekse psikoloji alanındaki uzmanlar tarafından bazen yanlış anlaşılmakta ve psikolojik değerlendirme sürecinde ihmal edilebilmektedir (Oates, 2003).

Ergen ve çocuklarla yapılan çalışmalar bireylerin normal, sağlıklı gelişimlerine devam edebilmeleri için yas yaşadıkları dönemde yaşadığı kayba dair doğru bilgilendirilmelerinin önemli olduğunu önemle vurgulamıştır. Ayrıca kayıp karşısında yaşadıkları tepkilerin farklı olabildiğini, bu tepkilerin zaman zaman ortaya çıkabileceğini ve uzun sürebileceğine dair veriler literatürde mevcuttur. Yasın psikolojik boyutları ve bireyler arası farklılıkları alan yazında birçok çalışmada gösterilmiştir. Özellikle ergenin yaşı ilerledikçe yas süreci yetişkin tipi yasa benzemeye başlamakla birlikte dönem itibarıyla de sancılı bir süreci kapsamaktadır. Bilinçdışı çatışmaların alevlendiği ve su yüzeyine çıktığı bu fırtınalı dönemde yaşanan önemli bir kayıp ergen bireyi daha fazla risk altına sokabilir (Vahip, 2010).

Bu araştırmanın amacı ergenlerin bir ayrılık ya da yitim sonrasında yaşanan yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu bağlamda; kayıp ve yas süreci konusunda bilgi ve farkındalık sahibi olmak, yası süreç, tepki ve psikopatolojik boyutuyla ele alarak gerek kişinin kendisi, gerekse yakınları, gerekse bilim çalışanları için yeni yapılacak çalışmalara yol gösterici olma noktasında fayda sağlaması hedeflenmiştir. Komplike yasta özellikle psikopatoloji için yüksek risk vardır. Bu bağlamda bu konunun detaylıca incelenmesi yas tedavisi ve süreci için araştırılmaya değer bulunmuştur.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, İstanbul ilinde yaşayan ergenlik dönemindeki bireylerin yitim sonrası tepki düzeylerinin karşılaştırılması ve bu düzeylerin psikopatolojik belirtiler üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

1.2 Problem Cümlesi

Ergenlik dönemindeki bireylerde bir ayrılık ve yitim sonrasında yaşanan yas psikopatolojik belirtileri arttırmakta mıdır?

1.2.1 Alt Problemler

Ergenlik dönemindeki bireylerin yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Ergenlik dönemindeki bireylerin cinsiyetleri ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Ergenlik dönemindeki bireylerin sınıf düzeyleri ile yas tepki düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Ergenlik dönemindeki bireylerin ebeveynlerinin birlikte olup olmama durumları ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Ergenlik dönemindeki bireylerin cinsiyetleri ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Ergenlik dönemindeki bireylerin sınıf düzeyleri ve ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Bireylerin ebeveynlerinin birlikte olup olmama durumları ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3 Hipotezler

Ergenlik dönemindeki bireylerin yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ergenlik dönemindeki bireylerin cinsiyetleri ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ergenlik dönemindeki bireylerin sınıf düzeyleri ile yas tepki düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ergenlik dönemindeki bireylerin ebeveynlerinin birlikte olup olmama durumları ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ergenlik dönemindeki bireylerin cinsiyetleri ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ergenlik dönemindeki bireylerin sınıf düzeyleri ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Bireylerin ebeveynlerinin birlikte olup olmama durumları ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.4 Araştırmanın Önemi

Yaşamın tüm evreleri ayrı özellik ve öneme sahip olmakla beraber ergenlik dönemi gerek kişisel kimlik kazanımı gerekse duygusal gelişimi sağlama ve sürdürme konusunda kritik bir öneme sahiptir. Pek çok etken ergenlik döneminde bireyin ruh sağlığı üzerinde etkiye sahiptir. Bu dönemle alakalı bilimsel çalışmalar başladığından bu güne, problem oluşturacak davranışları tahmin etmek, öngörmek ve açıklamak araştırmacıların en çok üzerinde durduğu konulardan olmuştur. Ebeveynlerin çocukları üzerinde oluşturduğu etkileri de psikolojinin bir bilim dalı olarak ortaya çıktığı günden bu güne incelenen en temel konulardan biri olmuştur (Aracı, 2012). Sevilen bir bireyi kaybetmek ve bunun getirdiği yas süreci tüm yaş dönemlerinde bireylerin yaşamlarını etkileyebilmekle beraber gelişim süreci açısından kritik bir öneme sahip olan ergenlik döneminde nasıl etkiler yaratabileceğini belirlemek hem bireysel hem de toplumsal açıdan önem kazanmaktadır. Yaşanan olumsuz duygusal yaşantıların kolaylıkla tetikleyebildiği psikopatolojik belirtilerin önemli bir olumsuz duygusal yaşantı olan yas sürecinde ne şekilde ortaya çıkabileceğinin belirlenmesi açısından bu çalışma önemli bir nitelik taşımaktadır. Bu araştırma ile alan yazınındaki bilgi eksikliği giderilmek istenmekte, klinik anlamda pek çok psikolojik rahatsızlığın temelinde yatan yas kavramı ve düzeyleri ele alınmaktadır. Çalışmanın yas süreci yaşayan bireylere, ailenin tamamına ve topluma sağlıklı bir yol çizerek, psikoterapi ve uygulamalarının biçimlendirilmesine katkı sağlayacak bir kaynak olduğu düşünülmektedir. Yas tutma düzeylerinin nasıl farklılaştığı ortaya konularak normal yas ile patolojik yasin ayrımları ile problemin çözümüne ve psikopatolojik boyutuna katkı sağlaması hedeflenmektedir. Araştırma anne-baba birlikteliği, cinsiyet farkı, yas düzeyleri gibi pek çok değişkene göre psikopatolojik belirtilerin incelendiği kapsamlı bir çalışmadır.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma İstanbul İlinde sosyo-ekonomik düzeylerine göre farklı olan Sultangazi, Esenler, Gaziosmanpaşa ve Zeytinburnu İlçe merkezlerinde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren liselerin 9, 10, 11 ve 12. Sınıflarında öğrenim gören öğrencileri ile sınırlıdır.

Bu çalışma Yas Tepki Düzeyi Ölçeği ve Ruhsal Belirtileri Tarama Ölçeğinden edilen veriler ile sınırlıdır.

Bu çalışmada sonuçlara etki edebilecek birey ve çevre kaynaklı karıştırıcı etkileri kontrol etmek amacıyla bir kontrol tekniği kullanılmamıştır.

1.6 Sayıtlar

Araştırmaya dahil edilen örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının toplanması amaçlanan verileri tam ve nesnel topladığı varsayılmaktadır.

Araştırmaya dahil olan ergenlerin sorulan sorulara objektif ve eksiksiz cevap verdikleri varsayılmaktadır.

1.7 Tanımlar

Yas: Yas, en yalın haliyle, herhangi bir yitime yanıt olarak iç dünyanız ile dış gerçeklik arasındaki bir uzlaşma sürecidir (Volkan ve Zintl, 1983). Bir başka deyişle, yeni gerçekliğin bir parçası olmayan kişiyle bağların zihinsel şemasının yeniden düzenlenme süreci anlamına gelir (Field, Gao ve Paderna, 2005).

Ergenlik: Ergenlik kelimesi “yetişkinliğe doğru büyümek” anlamında olan latin kökenli adolescere yükleminden türemiştir. Tüm toplumlarda ergenlik, olgunlaşmamış çocukluktan olgunlaşmış yetişkinliğe geçişin, gelecek için hazırlanmanın gerçekleştiği bir büyüme evresidir (Steinberg, 2007).

Psikopatoloji: Psikolojinin ruhsal bozuklukları inceleyen dalı olarak ifade edilen psikopatoloji kavramı, bir ruhsal bozukluğun durumu ve seyri olarak ifade edilebileceği gibi ruhsal bozuklukla birlikte normal ve etkili davranış yapısından anormal bir sapma olarak da ifade edilmektedir (Öztürk, 2004).

İKİNCİ BÖLÜM

II. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Yas Tanımı

Yas, en yalın haliyle, herhangi bir yitime yanıt olarak iç dünyanız ile dış gerçeklik arasındaki bir uzlaşma sürecidir (Volkan ve Zintl, 2015). Bir başka deyişle, yeni gerçekliğin bir parçası olmayan kişiyle bağların zihinsel şemasının yeniden düzenlenme süreci anlamına gelir (Field, Gao ve Paderna, 2005). Günümüzde kullanılan şekli ile matem kelimesi, kültürel, toplumsal ve dinsel terimlerle tanımlanan bir dizi uygulamayı ve eylemi içermektedir. Kayıp yaşayan kişi ve kayıp yaşayan kişinin içinde bulunduğu toplum için, bir ilke çerçevesi sunmaktadır. Matem tutmak, acı, üzüntü çekmek demektir. Yas, keder (Grief), herhangi bir kayba yanıt olarak oluşan normal, dinamik bir süreç olarak tanımlanırken; matem (Mourning), yasin etrafa açıkça ifade ediliyor olmasını ve komplike yas kavramı ise, engellenmiş ya da gizlenmiş yas sürecini içermektedir.

Yası hep ölüm, boşanma gibi büyük kayıplar sonrasında yaşanan bir olgu gibi düşünme eğilimi vardır. Oysa psikolojideki ayrılık ve kayıp kavramını 3 temel kategoride ele almak mümkündür. Bunlardan birincisi, yaşamsal değişimlere bağlı olan ayrılıkları içerir. Örneğin mezuniyet, evlilik, çocuk sahibi olmak gibi. İkincisi ise, daha çok durumsal ve mekânsal ayrılıkları içermektedir; bir ilişkinin sona ermesi, taşınma, göç, para ve iş kaybı gibi. Üçüncü ayrılık ve kayıp ise; ölümle birlikte gelen kaybı içerir. Sevilen bir yakının ölümü, savaşta ölüm, intihar sonucu ölüm gibi. Ölüm; evrensel ve tüm bireyler için kaçınılmaz bir durumdur. Yakın birinin ölümü geride kalan kişiler için ciddi düzeyde stresli bir durumdur ve geride kalanların kayıp yaşamasına neden olmaktadır (Shear ve Shair, 2005). Sartre'a (2013) göre insanın en değerli varlığı özgürlüğüdür. Ölüm de insanın özgürlüğünün sınırlarını çizen önemli bir kavramdır. Ölüm insanda kaygı ve bulantı uyandırır. Ölümle başkasının deneyimi üzerinden tanışırız; bu tanışma ne bir deneyim olabilecek kadar içselleştirebileceğimiz ne de tamamen başkasının addedebileceğimiz kadar dışsallaştırabileceğimiz girift bir olgudur. Biyolojik boyutuna kısmen şahit olabildiğimiz başkasının ölümü vasıtasıyla ölümle

kurduğumuz bağ ince ama zayıf olmayan bir bağıdır. Yaşama dürtüsü ağır bastığından birey için ölüm sürekli akılda tutulan bir kavram da değildir. Rochefoucauld, “kimse güneşe ve ölüme doğrudan bakamaz” der (Özkan, 1992). Varoluşçu psikoterapist Yalom da güneşe bakmanın ölüme bakmak gibi olduğundan bu nedenle güneşe fazla bakılamayacağından bahseder. Evrensel bakış ise, bu anlamda trajedinin etkisini dağıtır. Yeterince yükseğe tırmanılabilirse o trajedinin artık trajedi olarak görünmediği bir yüksekliğe erişilmiştir demektir (Yalom, 2015).

Literatürde de “kayıp yaşama” kısa bir süre önce önem verdiği birini ölüm nedeniyle yitirmiş olan bir kişinin içinde bulunduğu nesnel bir durum olarak ifade edilmektedir (Stroebe, Schut ve Stroebe, 2005). Bu bağlamda bir yakının ölümünü izleyen yas ve keder ilk kez Lindemann (1944) tarafından incelenmiştir ve onun bulgularına göre normal bir yas döneminde, bedensel rahatsızlıklar, ölen kişiyi aşırı düşünme, ona yeterince yardımcı olamamaktan ötürü duyulan suçluluk, hastane ve doktora yönelik öfke, yerinde duramama, olağan yaşam etkinliklerini ve bazı toplumsal gerekleri sürdürememe en sık görülen belirtiler olarak görülmüştür (Geçtan, 1984).

İnsanlar yaşamları boyunca kayıp ile ve doğal olarak yas ile karşılaşmaktadırlar. Kavramsal olarak yas kelimesini, bir kayıp sonucunda karşılaşılan şiddetli ve uzun süreli acı olarak tanımlanması açısından düşünürsek (Weiss, 2001) bu büyük yitimin ardından yaşamın düzenlenmesi ancak yitimin geri döndürülemez olduğu kabul edildiği zaman mümkün olarak görülmektedir (Bowlby, 1980).

2.2 Yas Tepkileri

Yas tutan birçok kişi gözlemlendiğinde birbirinden çok farklı yas tepkileri verildiği görülebilmektedir. Yas ile yapılan bilimsel çalışmalar incelendiğinde, yas tepkilerinde ki farklılıkları ve yas sürecini oluşturan bazı etkenlerin olduğunu belirlemiştir.

2.2.1 Yas Tepkilerini Belirleyen Etkenler

2.2.1.1 Kaybedilen Kişinin Kim Olduğu

Ölen kişinin kim olduğu bilgisi kayıp yaşayan bireyin yas karşısında verdiği tepkileri anlayabilmek için önemlidir. Ölen kişinin akrabalık düzeyi (eş, ana-baba, çocuk, sevgili, kuzen, arkadaş vb.) ve aralarındaki ilişkinin niteliği yas tutan birey ile bireyin yas sürecini etkileyebilmektedir. Ölen kişi bireyin eşi, çocuğu, kardeşi veya yakın

arkadaşı ise, travmatik yas belirtileri göstermesi daha yüksektir (Cleiren, Diekstra, Kerkhof ve van der Wal, 1994; Mitchell, Kim, Prigerson ve Mortimer, 2005; Sanders, 1989). Aniden yaşanmış bir trafik kazasında ölen bir çocuk ile yaşlanma neticesinde veya uzun süreli yaşanmış hastalıkların ardından ölen bir kişiye farklı yas tepkileri gösterilebilir. Aynı zamanda, iki kardeşin babaları öldüğünde vermiş oldukları yas tepkilerinde de önemli farklılıklar görülebilir. Bu farklılıklar, her iki çocuğun da babalarıyla kurmuş oldukları ilişkilerin yakınlığı ve babalarına yönelik kurmuş oldukları ihtiyaç ve beklentinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Küçük ve ergenlik dönemindeki çocuğunu kaybeden anne ve babalarında en ağır yas tepkilerini verdikleri bilinmektedir. Çocuklar için de aynı durum geçerlidir.

2.2.1.2 Kaybedilen Kişiyle Olan İlişkinin Niteliği

Bireyin yas sürecini ölen kişi ile olan ilişkisi de etkilemektedir. Birey ölen kişi ile çatışmalı bir ilişkiye sahip ve onunla kurduğu ilişkide bitmemiş işler var ise bu süreçte suçluluk duyguları yaşayabilir ve yas süreci uzayabilir. Bununla beraber kayıp sonrası kendini rahatlamış ve çatışmalı ilişkiden kurtulmuş hissetmesi zamanla kaygı, pişmanlık ve çökkünlük yaşamasına, iç dünyasında ölen kişi ile çatışmalarını devam ettirmesine neden olabilmektedir (Mestçioğlu ve Sorgun, 2003). Ölen kişi, kayıp yaşayan kişinin kendilik değerini artıran, bağlanma figürü oluşturduğu biri ise veya idealize edilmiş biri ise yas sürecindeki birey bu dönemde kendini daha çaresiz, yalnız ve kırılgan hissedebilir (Mestçioğlu ve Sorgun, 2003). Bu aşamada yas sürecinde olan birey kaybını yaşadığı kişinin artık olmadığı bir hayata uyum sağlamada zorlanabilir ve kaçınma davranışı geliştirebilir. Birey çocuklukta kendisine bakım verene güvensiz bağlanmışsa travmatik yas sorunu yaşama riski bulunmaktadır (Vanderwerker, Jacobs, Parkes ve Prigerson, 2006; Schupp, 2004). Ayrıca bireyin partnerine/ eşine güvensiz bağlanması (kaygılı bağlanma) özellikle de aşırı bağımlı tutum ve davranışlarının olması eş/partner kaybında travmatik yas yaşama riskini artırmaktadır (Bonanno ve Kaltman, 2001; Prigerson ve diğerleri, 1997a; Van Doorn, Kasl, Beery, Prigerson, 1998). Kaybedilen kişiyle yaşanan sorunlar ve bunların çözülmemiş olması da uzun süre kişinin kendisini suçlayıcı yas tepkileri yaşamasına sebep olabilir.

2.2.1.3 Kişinin Nasıl Öldüğü (doğal, kaza, intihar, öldürülme)

Ölüm biçimi genelde 4 temel kategoriye ayrılmaktadır. Cinayet sonucu ölüm, intihar sonucu ölüm, kaza sonucu ölüm ve normal ölüm bu genel kategorilerdir. Kaybı yaşanan bireyin ölüm şekli doğal olarak yas sürecini ve kayıp sonrası duygulanım durumunu etkilemektedir. Ani yaşanan kayıp, kaybın travmatik oluşu yas biçimini de şekillendirebilir. Öleceğine, kaybedeceğine dair önceden varsayımı veya beklentisi olsa bile bu durum kayıp sonrası çekeceği acıyı azaltmayacak olsa da, kişinin kendini yas sürecine hazırlamasına, sosyal destek sistemlerini hazırlamasına ve bitmemiş işlerin bir nevi dile getirilmesine olanak sağlayabilir (Mestçioğlu ve Sorgun, 2003). Kaybı yaşanan kişinin cinayet, kaza, intihar biçimleriyle kaybedilmiş olması yas sürecinde bireyi oldukça olumsuz etkilemektedir (Dyregrov, Nordranger ve Dyregrov, 2003; Sanders, 1989; Walsh ve McGoldrick, 2004). Ayrıca kronik hastalıklarla yakını kaybeden birey de travmatik yas sorunu yaşayabilmektedir (Stroebe, Schut ve Stroebe, 2001).

2.2.1.4 Geleneksel yas tutma biçimleri

Yas tutma biçimi olarak bazı kültürlerde bireyin kaybettiği kişiyle vedalaşmasına, yas süresinin uzun tutulmasına izin verilmeyerek kayıp sonrası normal hayatına ve sorumluluklarına devam etmesi beklenir. Oysa ölüm gerçeğiyle yüzleşilerek kaybın kabul edilmesi ve yasin tamamlanabilmesi için, defnedilmeden görülmesi, veda edilmesi, kültüre uygun cenaze töreninde bulunulması gibi yas tepkilerini içermelidir.

2.2.1.5 Sosyoekonomik Etkenler

Modern yaşam, ölüm sırasında başka yerde olmak, cenazeye katılamamak risk faktörüdür. Bunun yanında kayıp yaşayan bireyin, sosyal destek sistemlerinin olması kayıp sonrası uyumunu ve yas sürecini etkilemektedir. Kişinin sosyal destek sisteminin olması kadar, kendi algıladığı desteğin derecesi de çok etkilidir. Bireyin, ailenin ve çevrenin desteğinin olmaması travmatik yas sürecini olumsuz yönde etkilerken; bu desteklerden birinin olması travmatik yas sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Stroebe, Schut ve Stroebe, 2005; Walsh ve McGoldrick, 2004).

2.2.1.6 Yas Tutan Kişinin Kişisel Özellikleri Ve Geçmiş Travmatik Yaşantıları

Kayıp yaşayan kişinin yaş, cinsiyet ve kendini, stresle başa çıkabiliyor, duygularını ifade edebiliyor olması yas sürecini doğrudan etkileyen faktörlerdir. Bununla beraber hayatında daha önce yaşamış olduğu travmatik kayıplar/yaşantılar veya daha

önceden deneyimlenmiş başka kayıpların olması kişinin yas sürecini daha ağır yaşamasına sebebiyet verir. Fakat dört ana etken kişinin yas tutmasına engel olmakta ve zamanla travmatik yas sorunu yaşamasına neden olabilmektedir. Birincisi çocuklukta yeterince ihtiyaçları karşılanmayan bireylerin kederi ve üzüntü hissetmelerine engel olan duygusal yapıları, ikincisi bireyin kaybettiği kişiye aşırı bağımlı olması ve bitmemiş meselelerinin olması, üçüncüsü bireyin kaybettiği kişiyi ani ve beklenmedik veya kötü bir şekilde kaybetmesi, dördüncüsü bireyin toplumsal kısıtlamadan ötürü yas tutma duygularını yansıtamamasıdır (Volkan ve Zintl, 2010).

Öncesinde herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olan (örnek: bağımlı kişilik, şizoid kişilik) (Sanders, 1989), kaygı seviyesi yüksek olan ve intihar düşüncesi yoğun olan veya intihar teşebbüsü olmuş (Mitchell ve diğerleri, 2005) bireylerin travmatik yas sorunu yaşama olasılığı yüksektir. Sosyo ekonomik açıdan da ruhsal uyumsuzluklar ve hastalıklar da eşitsiz bir dağılım gösterir. Alt sınıflara inildikçe davranış bozuklukları ve psikoz oranı artmaktadır. Buna karşılık üst sınıflara çıkıldıkça nevrozlar artış göstermektedir (Yörükoğlu, 1983).

Bowlby (1980), bireyin kayıp karşısında verdiği tepkilerinin anlaşılmasında kişinin kendi kişilik özelliklerinin önemli olduğuna dikkat çekmiştir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, stresle başa çıkabilme becerisi, inanç değerleri, bağlanma biçimi ve bilişsel yaklaşma biçiminin belirli kişilik özellikleri olduğunu nitelendirmiştir. Örneğin şükran hislerine ulaşmış bir kimlik ve kişilik tam manasıyla olgunluğa erişmiş, bir çok ruhsal rahatsızlıklara panzehir geliştirmiş bir bireydir. Travmalar, acılar, yaslar bu olgunlukta bir bireyi yıkamaz. Bu olgunlukta ki birey hayatın kendisine önerdiği bütün gerçekleri gerçekleştirmiş, elinden geleni yapmış, sonucunu da tüm içtenliğiyle kabul etmiş bir bireydir (Özakkaş, 2017).

2.2.1.7 Yas Sürecinde Oluşan Sorunlar

Yas sürecini, bir kaybın ardından gerçekleşen tüm yaşam olayları, değişimler ve oluşan krizler önemli derecede etkilemektedir. Kayıp sonrasında bireyin yaşamında doğal olarak bazı değişiklikler gerçekleşecektir. Bunların beraberinde, ailelerde veya bireylerde yaşanabilecek ciddi ekonomik sorunlar gibi ikincil kayıplar, önemli zorlukların deneyimlenmesine yol açabilmektedir.

2.2.2 Yas Tutmanın Bileşenleri

Yas, hayatın içinde yeni şeyleri kazanma-kaybetme sürecinin bir yansıması olarak görülmektedir. Kişi için değerli olan bir sevgi nesnesinin kaybedilmesinden sonra ruhsal dengenin yeniden teminini sağlayan bilişsel bir süreçtir. Yas sürecinin normal ve sağlıklı olması, onun basit ve kolay bir süreç olduğu anlamına gelmez. Bu sürecin bileşenleriyle birlikte normal süreçten koparak komplikeleşebilir. Birey kişiliği itibariyle bağlanmaya meyilli bir canlıdır ve anlam atfettiği kişilerden hiçbir zaman gerçek anlamda ayrılmaya hazır değildir.

2.2.2.1 Kaybın Gerçekliğinin Kabul Edilmesi

Şok ve inkar etme ilk tepkiler olmakla birlikte ölenin hayatımızdan çıktığını ve bir daha geri gelmeyeceğini kabul etmek zor da olsa kabullenilmek zorunda kalınır,

2.2.2.2 Yas Acısının Yaşanması

Üzüntü, öfke, can acısı, boşluk hissi ve yalnızlığı yaşamak, gidenle aramızda halledilmemiş sorunları, bitmemiş meseleleri, öfkeyi ve suçluluğu yaşama, yaşamın tesadüfiliğini ve kendi ölümümüzle yüzleşmeyi görmezden gelmeyip, üzerinde düşünmek, ölüm üzerine konuşmak, ölümü ve kaybı anlamaya çalışmak ve bütün bunları zihnimizde yerine koymak,

2.2.2.3 Kaybedilenin Artık Var Olmadığı Bir Yaşama Uyum Sağlamak

Hayatımızı ölümle yaşamımız arasında oluşan hem gerçeklik hem de sembolik bütün boşlukları ve bunun bizde oluşturduğu etkilerini zamanla idrak edip çözümlendiğimizde yeniden düzenleriz ve uyum sağlama gerçekleşir.

2.2.2.4 Kaybedilen Kişiyi Duygusal Olarak Yeniden Konumlandırma Ve Hayata Devam Etme

Bazı bireyler hafif yas tepkileri gösterirler, kaybı öğrendiğinde yas tepkilerini başlatırlar veya kısa süre yas tutarlar iken bazı bireyler ise ağır yas tepkileri gösterebilir, kimi yas tepkisini erteleyebilir ve çok sonra başlatabilir veya bazı bireylerde yas süreci çok uzun süre devam edebilir. Her birey farklı süre ve yoğunlukta yas tutar. Patolojik hale dönüşmemiş, normal yas süreci genellikle 1-2 yıl arası devam edebilir. Zamanla birey üzerindeki şiddeti hafiflemeye ve anlam atfedilen günlerde canlanıp söndüğü bir sürece dönüşür. Yaşantısal olarak kaybedilen kişiye dair düşünceler her gün hatırlanmaz ve duygusal olarak yanıt vermez olduğunda sonlanmıştır.

Bu bağlamda yas tutma sürecinde ilk aşamalarında daha çok fiziksel tepkiler hâkimken daha sonrasında ise, psikolojik tepkiler hâkimdir. Fakat birey günlük yaşantısında devam ettikçe fiziksel ve psikolojik bu tepkilerden zamanla uzaklaşmakta, kişi kaybetmek fikrine katlanabilmekte ve kaybettiği kişiden bağımsız yaşama uyum gösterme ve kaybı bir büyüme ve yenilenme aracı olarak görmeye başlamaktadır. Tüm bu süreç her ne kadar kişiden kişiye farklılık gösterse de bireylerde 6 aydan daha az sürmekte ve zamanla da azalmaktadır (Bonanno, Moskowitz, Papa ve Folkman, 2005).

Bu modeli ele almak kayıp yaşama tepkilerinin bütün yaşam döngüsü boyunca neleri içereceği açısından önemlidir. İki eksenli kayıp yaşama modeli, hem genel işlevselliği hem de ölmüş kişiyle ilişkiyi içermektedir. Kişinin kendisini anlatması yöntemine dayanan ve 70 maddeden oluşan iki eksenli kayıp yaşama anketini incelemek tüm bu yas tepkilerini anlamak için faydalıdır (Rubin, Malkinson ve Bennadav 2004).

2.2.2.4.1 İki Eksenli Kayıp Yaşama Modeli

1.Eksen: Genel İşlevsellik

Anksiyete: Sevdiğini yitirmiş birisi ne kadar anksiyete ve huzursuzluk yaşıyor? Yas sürecinde hangi faktörler ve hangi zaman dilimleri bireyin sakinleşmesini sağlayabiliyor? Neler daha yoğun bir üzüntü yaratıyor? Geçmişle şimdi yaşananlar arasındaki örtüşme ne kadar fazla olursa, yaşanan kaybın ardından, daha önceki tepkilerde elde edilmiş bilgileri ve olumlu etkenleri sürece katma yeteneği o kadar fazla olur (Malkinson, 2009).

Depresif Duygu ve Bilişler: Kayıp yaşamış kişi, aşırı üzüntü, umutsuzluk, enerjisizlik ve gelecek görüşünün zayıflaması gibi öğeler içeren düşünce ve duyguları hangi düzeyde yaşamaktadır? Bu tür depresif tepkilerin şiddeti, kişinin yaşamsal işlevselliğini az düzeyde etkileyebileceği gibi ciddi düzeyde işlevsizlik yaratan bir etki de gösterebilir.

Somatik Kaygılar: Bireylerin fizyolojik yapıları stres verici yaşam olaylarına ve ya yaşanan kayıplar karşısında hassas olabilmektedir. Yaşadıkları içsel süreçleri kavramsallaştırma, düşünme, ifade etme ve paylaşma gibi yetenekleri sınırlı olan kimi bireylerde somatik yakınmalar, yaşadıkları güçlüğü, duygusal ya da içgörüs

söylemlerinden daha iyi yansıtabilir. Bu yakınmalar iştah (iştahsızlık ya da aşırı yeme), uyku ve hastalıkla ilgili olabilir.

TSSB(Travma Sonrası Stres Bozukluğu) / Genel belirtiler / Psikiyatrik yapıdaki tepkiler: Bireyler yas sürecinde olayın etkisini üzerinden atamadığını gösteren travmatik belirtiler ya da fizyolojik yapısı ve zihinsel becerilerini önemli düzeyde etkileyebilen psikiyatrik belirtiler gösterebilirler.

Aile ilişkileri: Kişiler arası desteğin çok bulunduğu alan, genellikle yakın aile ilişkileri bağlamıdır. Bu bağlam, bir huzur ve avuntu kaynağı olabileceği gibi, hayal kırıklığı ve iletişimsizlik kaynağı da olabilir. Kayıp yaşayan kişinin ailesinden alabildiği desteğin doğası nasıldır? Aile üyelerinin de birey olarak ya da aile sistemi olarak yaşanan kayba tepki veriyor olabilecekleri unutulmamalıdır.

Kişiler arası ilişkiler: Kayıp yaşamış kişi arkadaşlarıyla etkileşimde bulunma yeteneğinde değişiklikler / zorluklar gösteriyor mu? Kişiler arası ağdan nasıl yararlanıyor?

Benlik Sistemi: Bu süreçte kişinin kendini ne düzeyde değerli hissettiği, yaşanan süreci ne oranda kendi denetimine alabildiği ve yaşadığı duygu ve düşüncelerin birbirleri ile ne düzeyde tutarlılık gösterdiği dikkat edilmesi gereken önemli belirtilerdir. Kimi kişilerde kayıp önemli bir stres süreci yaratsa da benlik sistemini tamamen sarsmazken kimilerinde bu durum bireyin kimlik bütünlüğünü tehdit edebilecek şekillerde belirtiler ortaya çıkabilir.

Anlam Yapısı: Kayıp yaşayan kişinin anlam yapısının ve bu yapıyı içine alan kişisel yapısının yaşanan kayıp sonrasında ne ölçüde değiştiğini incelemek önemlidir. Burada dini ve dinden bağımsız yapıları incelenir.

Yaşamdaki Görevlere Yatırım: Yaşamda olup bitenlere ilgi duymak ve katılmak, tüm bireyler için önemlidir. Kayıp yaşamış kişiler, kendilerine bir yön seçerler ve yaşama katılmak için gereken enerjiyi toplayabilirse, yaşamakla ilgili özellikler doğrudan araştırmanın odağına oturur. Kimi kişiler kayıp yaşantısını yaşam yatırımlarına yapıcı ve yaratıcı bir biçimde katılabilirler.

2.Eksen: Ölmüş Kişiyle İlişki

İmgeler ve Anılar: Ölmüş kişinin ya da onunla ilişkinin betimlemeleri ne ölçüde bütünlük ya da kısıtlılık gösteriyor? İmgeler ne kadar eksiksiz ve anılar ne kadar canlıysa, ilişkinin yapısı kestirmek o kadar kolaydır. Kısıtlılık, süslenmemiş öyküyü yansıtır. Bu kısıtlılık, tam bir öykünün üzerine oturtulmuş bir kısıtlılık olabileceği gibi, ölmüş kişiyle kayıp yaşayan kişinin öyküsündeki boşlukların geçerli bir göstergesi de olabilir.

İlişkiye Duygusal Yakınlık ya da Uzaklık: Ölmüş kişinin betimlenmesine karşın, bu betimlemeye karşı mesafeli ya da soğuk durmak da bir olasılıktır. Ya da aksine, yaşanan kayıpla ya da ölen kişiyle ilgili herhangi bir görüş ya da yapı oluşturulamaz. Kayıp yaşayan kişinin anlatımına göre, aradaki bağın yapısı nasıldır?

Kayıp Yaşayan Kişi Açısından Olumlu Etki: Kayıp yaşayan kişiyle ve onun ölmüş kişiyle arasındaki ilişkiyle ilgili bilgiler iyi duygulara mı dayanıyor? Bunlar ne zaman ve hangi bağlamda ortaya çıkıyor? Söz konusu duyguları anlatmak için hangi sözcükleri kullanıyor?

Kayıp Yaşayan Kişi Açısından Olumsuz Etki: Kayıp yaşayan kişiyle ve onun ölmüş kişiyle arasındaki ilişkiyle ilgili bilgiler olumsuz duygulara mı dayanıyor? Bunlar ne zaman ve hangi bağlamda ortaya çıkıyor? Söz konusu duygular, ölmüş kişiyle kayıp yaşayan kişi arasındaki ilişkiyle mi ilgili yoksa ölüm koşullarıyla mı? Bunlar nasıl betimleniyor?

İdealleştirme: Ölmüş kişiyle ilgili öykü, ne ölçüde eşi benzeri olmayan bir insan resmi çiziyor? Ölmüş kişiyi idealleştirmek genel bir eğilim olsa da, neyin idealleştirildiği ve idealleştirmenin idealleştirmeyi yapan kişiyle ilgili neler söylediği de önemlidir.

Çatışma: Kayıp yaşayan kişi, ölen kişinin ve onunla ilişkisinin yapısından ve niteliğinden söz ederken ortaya çıkan çatışma alanları nelerdir?

Kayıbın Özellikleri (şok, arayış, düzensizlik ya da yeniden düzenleme): Bowlby-Parkes modeline uygulanan sabit aşamalı kayıp kuramları gözden düşmüş olsa da, kayıp süreciyle ilgili özellikler geçerliliğini sürdürmektedir. Bu inceleme, kayıp yaşantısının anlatımı sırasına ne ölçüde dile getirildiği ve ne kadar düzensizlik ve

yıkım duygusu aktarıldığıyla ilgilidir. Bu özelliklerin pek çoğu yaşanan kaybın ardından belirsiz bir süre boyunca şu ya da bu ölçüde varlığını sürdürür. Yeniden düzenleme “aşaması”, yaşanan yitimin gölgesinde hayata devam etmesi gerçeğiyle başa çıkma ve bunu kabullenme bakış açısını ve bu bakış açısının öğelerini içerir.

Benlik Algısı: Kayıp yaşayan kişi, ölmüş kişiyi düşündüğü zaman ortaya çıkan süreç özünde kayıp yaşayan kişiye destek mi sağlıyor yoksa onun benlik duygusuna saldırma ve benlik duygusunu zayıflatma işlevi mi görüyor? Uyuşmazlıklar ve başarısızlıklar ile ilgili düşünceler, benliği zayıflatabilir ve altüst edebilir.

Kayıp Öncesi İlişki: Burada ilişkinin kayıptan önceki yapısı incelenir. Evrim geçiren ilişkide bağımlılık, karşılıklılık ve çatışmanın hangi yönleri vardır?

Anılaşırma ve Dönüştürme: Kayıp yaşayan kişi çoğu zaman bir dizi anı oluşturma yönünde evrilir. Mezar taşları, evde ya da başka bir yerde anı köşeleri, kendine yardım guruplarına katılma bir kaçıdır (Malkinson, 2009).

2.3 Yas Süreci

Yas süreci ilk kez Freud (1917/1957; aktaran Stroebe, Hansson, Stroebe ve Schut, 2001) tarafından tanımlanmış ve normal yas sürecine dair aşamalardan da ilk kez Lindemann (1944) söz etmiştir. Bowlby (1980) yas sürecini dört döneme ayırmıştır. Bu dönemler (a) uyuşukluk, (b) kaybedilen kişiyi arama, (c) umutsuzluk ve (d) yeniden organize olma olarak nitelendirilmiştir. Kübler-Ross (aktaran Servaty-Seib, 2004) ise yas sürecini (a) inkar, (b) öfke, (c) pazarlık etme, (d) çökkünlük ve (e) kabul etme olarak beş aşamada değerlendirmiştir. Rando (aktaran Oates, 2003) ise yas sürecini kaçınma (kayıbı farketme), yüzleşme (kayba tepki verme, ölen kişi ile ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi, ölen kişiye yönelik bağlanmadan feragat etme) ve uyum (ölen kişiyi unutmadan yeni ortama alışma, duygusal enerjinin yeniden kazanılması) olarak üç temel boyutta ve altı aşamada değerlendirmiştir.

2.3.1 Yas Sürecini Belirleyen Etkenler

Sağlıklı bir yas süreci geçirmek, bireyin gelişim dönemlerinde yitimlerle nasıl başa çıktığına ve ergenlik döneminde geliştirmiş olduğu modele bağlı görülmektedir. Bu anlamda da sözü edilen süreç kişilere göre farklılık gösterir. Bu açıdan yas tutmak

kişiyeye özgü parmak izi gibi görülür. Giderek artan deneysel ve klinik veriler göstermektedir ki, kayıp yaşayan herkes, özellikle de başlangıç aşamasında yardıma gereksinim duymaz; kayıp yaşama sürecine müdahale etkili olabileceği gibi zararlı da olabilir. Müdahalenin etkili olması daha muhtemel olan olgular kendi girişimiyle yardım isteyenlerdir. Yası tamamlayabilme kapasitesi öncelikle şunlara bağlıdır:

Duygusal olgunluk

Acı veren duygulanıma dayanabilme becerisi

Özgüvenin özerk biçimde düzenlenebilmesi

Yitirilen nesneye bağlılığın derecesi

Yitimin nasıl yaşandığı (Wolfenstein, 1966).

2.3.1.1 Yasın Boyutları

Bilişsel: Bilgiye ihtiyaç duyma, gerçek olanı anlamaya çalışma

Duygulanım: Duygu dışavurumu için ihtiyaç duyma

Davranış: Dış olayların etkisiyle ölümü fark etmeye anlamlandırmaya çalışma

Değer biçme: Kayıpta bir mana bulmaya çalışma

2.3.2 Yas Sürecinde Başa Çıkma Düzenekleri

Yas sürecinde başa çıkma düzenekleri genellikle aşağıdaki şekildedir:

Kontrol etme, bastırma, entellektüelize etme, rasyonalizasyon, yalnız kalmama, yalnız kalma, kaçınma, üzerine gitme, aktivasyon, yerine koyma, ölenle bağlantıyı korumanın yolları.

2.3.3 Yas Sürecinin Duygusal Sonuçları

İmkansız olanı özleme, aşırı öfke, yetersiz ağlama, yalnızlık ihtimalinden dehşete düşme, sempati ve destek için acınacak düzeyde istekte bulunma gibi duygular, yastaki bir kişinin eğer ilerleme kaydedecekse dışa vurmaya ve bazen de öncelikle keşfetmeye ihtiyaç duyduğu duygulardır. Ancak bunlar değersiz görülme, erkekliğe yakışmaz olarak değerlendirilme eğilimi yüksek olan duygulardır. Bu anlamda bu tür

duyguların neden çoğunlukla dışa vurulmadan kaldıklarını ve sonrasında da derinlere gömüldüklerini anlamak hiç de zor değildir.

Ağlamak, taleplerde bulunmak, bunlar karşılanmadığı için öfkelenmek, diğerlerini suçlamak, bunların tamamı bireyin kendisi tarafından haksız, bebek gibi ve kötü olarak değerlendirilecektir. Böylece ciddi bir kayıp yaşandığında yasta olan herkesin dolu olduğu duyguları dışa vurmak yerine bunları bastırma eğiliminde olacaktır (Bowlby, 2012). Bu anlamda bununla burun buruna gelen birey inkar etme tepkilerinin işe yaramadığını anladığında ancak gerçekle yüzleşmek zorunda kalabilir. Aksi takdirde ölüme karşı hissettiği çaresizlik karşısında bunaltı ve kaygıyı kalkan olarak ortaya koyabilir (Özakkaş, 2017).

Kayıp ile harekete geçen en yoğun en rahatsız edici duygulanımların; terk edilme korkusu, kayıp figüre özlem duyma ve bulunamadığı için ona öfke duyma; bu duygulanımlar bir yandan kayıp figürü arama yönündeki zorlayıcı istekle ve diğer yandan da yastaki kişinin gözünde kayıptan ötürü sorumlu görünen ya da kaybın üstesinden gelmeyi engelliyor görünen kişiyi suçlama eğilimiyle bağlantılıdır. Tüm bunlara bakıldığında yastaki bir kişi kaderle savaşıyor, zamanın çarkını tersine döndürmek için çaresizce çabalıyor ve kendisinden alınmış olan mutlu günlerini yeniden ele geçirmeye çalışıyormuş gibi görünmektedir. Gerçekle yüzleşmekten ve onu kabullenmekten bu denli uzaktayken, yastaki bir kişi geçmişle olan bir mücadelenin içine hapsolmuş gibidir (Bowlby, 2012). Bu süreçte birey içsel dünyasına inebilme özelliğine sahip değildir; sürekli kendisini gözlemler ve yargılar (Geçtan, 2000).

Bireylerin yas sürecinde kurmuş oldukları bazı cümlelerin hangi duygularla ilişkili olabileceği şu şekilde örneklendirilebilir:

Üzüntü: Yaşamım sonsuza dek değişti.

Kızgınlık: Yaptığı şeyin sonuçlarını düşünmedi.

Acı: Onu bir daha göremeyeceğimi düşününce acı çekiyorum.

Kaygı: Elimden bir şey gelmedi; onu çok özleyeceğim.

Depresyon: Yaşamımın bir değeri yok.

Öfke: Bana bunu nasıl yapabilir?

Anksiyete: Bu çok acı veriyor, düşünmek istemiyorum, acıya katlanamıyorum.

Suçluluk: Benim suçum keşke ben ölseydim (Malkinson, 2009).

Bu duyguların değerlendirilmesi sürecin nasıl bir gidiş izleyeceğini anlamak açısından da önemlidir. Duyguların yanında rüyalar da bize süreç hakkında bilgi sağlar. Örneğın, yas sürecinde görülen düşler de, ölen kişiyi kurtarmaya çalışma ama başaramamış rüyalar, ölen kişiye bir türlü kavuşamama, ölen kişinin gitmesi, ölen kişinin veda etmesi gibi rüyaları içermektedir. Yas sonlanmaya başladığında ise, genellikle rüyalar daha canlı renkleri, yeşeren tabiat, canlanan doğa gibi daha enerjik durumlar içermeye başlamaktadır.

2.4 Ergenlik ve Yas

Dolto, ergenlerin, hayata uyumlanmaya çalışan bebekler gibi kırılğan ve dayanıksız olduklarını belirtir. Bu dönemde ergen, aldığı bir yaranın izini hayatı boyunca taşır. Ergenlik döneminde bireyler, bu dönem neticesinde yaşadığı çelişkili duygular içerisinde, bu dönemin gerekliliklerini yaşamaya çalışırken, incinebilirlikleri nedeniyle ruhsal sorunlar yaşamaya eğilimlidirler. Bu durum ergen bireyi duygusal, bilişsel ve davranışsal düzeyde zorlar (aktaran Baltaş ve Baltaş, 1992). Ergenlik döneminde bireyin ruhsal anlamda inişli çıkışlı bir süreç yaşadığının yaygın olarak düşünülmesi ile birlikte her birey için bu şekilde sarsıcı olmadığı da düşünülmektedir (Kulaksızoğlu, 2011). Ergenlik dönemi ergen bireyin kimliğinin oluşup çerçevesinin çizildiğı bir dönemdir. Kimlik, gerçek anlamıyla ergenlik döneminde oluşur (Özakkaş, 2017).

Çocuk ve ergenlik dönemi bireyler ile yapılan birçok çalışma bu dönemde ergenlerin eğer bir kayıp yaşarlarsa, yitimleri hakkında doğru ve gerçekçi bir şekilde bilgilendirilmelerinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Aynı şekilde yapılan bu çalışmalar, yitim sonrası tepkilerin çok çeşitli olabildiğini, ara ara ortaya çıkabileceğini ve uzun sürebileceğini de belirtmiştir. Ergenlik dönemi bilinçdışı çatışmaların arttığı ve su üstüne çıktığı bir dönem olması nedeniyle kayıp durumunda

ergen bireyin daha risk altında olduğu bir d6nemdir (Vahip, 2010). Bununla beraber kaybın şekli ve gerçekleştiği zaman ne zaman olursa olsun bireyleri etkilemekte ve yaşanacak g6l6kleri beraberinde getirmekte ve bu durumun gençler 6zerindeki etkisi 6nemli bir değerlendirme konusu olmaktadır (Toth, Stockton ve Browne, 2000). Genç bireylerin anne ve babasının 6lmesi veya onlardan ayrılma gibi yaşantılar genç bireyin kendine olan g6venini zedeler ve deprese olmasına neden olabilir.

Ruhsal anlamda sarsıcı olaylarla ilk kez karşılaşıldığında birey 6zerindeki etkisi daha fazla olur. Duygusal olarak aşırı 6z6nt6, bireyin çaresiz ve 6mitsiz hissetmesi, ergen bireyi bu yoğun sarsıcı duygulardan kaçmak için 6l6me itebilir (Kulaksızıoğlu, 2011). 6z6nt6 nasıl ki kayba verilen açık ve doğal bir tepki olarak g6r6l6yorsa, acı da olağan ve doğaldır, ancak kayıp yaşayan kişi onun iyileşmedeki baskın rol6n6n farkına varana dek, acıdan çoğunlukla kaçınır. Acıdan kaçınma eğilimi, acı çekmeyle ilgili değerlendirmeden kaynaklanır. Kayıp yaşamış bireyler, 6len kişinin içinde olmadığı yaşama bir anlam bulmaya çalışırken, 6z6nt6ye olduğu gibi acıya da farklı anlamlar y6klerler. 6z6nt6n6n aksine acı, kaçınılması gereken, korku uyandıran bir duygu olarak g6r6l6r. Acı yastaki normal bir tepki olmakla kalmayıp yaşantının da kaçınılmaz parçasıdır. 6lm6ř kişiyle yaşamdan kopup onsuz bir yaşama gitmek, acı dolu bir yolculuktur (Malkinson. R. 2009). Ve bu acı artık orada olmayanın, senin yaşamındaki 6nemini ortaya koyar (Sungur, 1997). Freud, “Acı egoyu ketler. Gerçeklik sınaması sevilen nesnenin artık var olmadığını g6stermiştir ve bir adım ileri giderek t6m libidonun bu nesneyle bağlarından geri çekilmesini talep eder” der (aktaran Malkinson, 2009). Libido ile nesne arasındaki her bir bağın koparılması ayrı bir acıyla y6kl6d6r. Yas s6recinin b6t6n tertibatı ergenliğin s6reciyle uyumlu işler gibi g6r6n6r. Ancak nesneye yapılan libidinal yatırımı boşa çıkması, b6y6k bir boşluk ve anlamsızlık duygusu uyandırır. Yas nesnenin kaybına egonun direnmesidir.

Ergen kaybettiği nesnenin yerine yeni nesnelere bağ kurmaya çalışabilir (Psikeart, 2017). Egomuzu oluşturan nesne ilişkileri ağında bazı nesnelere yaptığımız libidinal yatırım çok fazladır. Bunu metafor yoluyla açıklamak gerekirse ego bir çadıra benzetilebilir. Çadırın ortasında bulunan ana direk, adırdı dimdik tutup varlığını s6rd6r6rken, çadırın etrafındaki ipler ve kazıklar çadırın fonksiyonel ve dengede

olmasını temin eder. Bireyler yaşamlarında belli olgulara veya nesnelere büyük anlamlar yükleyebilirler. Bunlar çadırın ana direği gibidir. Ana direğin yıkılması ise çadırın tümüyle çökmesi demektir (Özakkaş, 2017). Bu görüş aynı zamanda Bowlby'nin (1980) Bağlanma Kuramı ile de örtüşmektedir. Bağlanma Kuramı'na göre canlı hayatta kalabilmek için evrimsel süreç boyunca gelişmiş bir 'bağlanma sistemi' ile doğar. Canlı temel bakıcıları ile bir bağ kurarak hayatta kalır. Bu bağ ile birlikte kişi kendisine ve diğerlerine yönelik tutumlarını etkileyen zihinsel modeller geliştirir. Bowlby (1980) temel bakıcılar ile kurulan zihinsel modellerin hayat boyu devam ettiğini ve diğer önemli ilişkilerin de niteliğini etkilediğini ileri sürmektedir. Bowlby'e (1980) göre herhangi bir fiziksel ve psikolojik tehditte bağlanma sistemi aktif olur ve birey kendisine destek ve güven veren kişi ile olan ilişkisine yönelir. Bu nedenle de, bağlanma sistemi ölüm kaygısı dahil her türlü stresöre karşı kaygı giderici ve duygulanım düzenleyici bir etki göstermektedir (Mikulincer, Florian ve Hirschberger, 2003).

Diğer kısım ise öfkenin ayrımını yapabilmektir. Ergenin yakın çevresinde bir ölüm gerçekleşmesi suçluluk, kızgınlık, sorumlu hissetme gibi normal yas tepkilerini oluşturur. Ergenlikte görülen ruhsal krizlerden biri de zaten öfke patlamalarıdır. Öfkenin yoğunluğuna göre ergen bireyin öfke neticesinde gerçekleştirdiği agresyon bireye ve öfkenin gerçekleşme nedenine göre değişir. Öfkenin yoğunluğu sonucunda yüksek agresyon gerçekleşmesi, ağır bir ruhsal bozukluğun ilk belirtileri olabilir (Kulaksızoğlu, 2011). Bu duyguların bilinçsiz olarak baskıya alınması insana en çabuk ve kısa yoldan bir güvence sağlar. Ne var ki bu mekanizma duyguyu ortadan kaldırmaz. Önceden var olan savunmasızlığı pekiştirir. Ve var olan duygulara zamanla yenisi eklenebilir.

Eğer ergende bir komplike yas gerçekleşirse, duygu durumunda dalgalanmalar, kronik öfke hali, azalan akademik başarı, sosyal izolasyon, madde kötüye kullanım, ısrarlı depresyon gibi durumlara neden olabilir.

Birçok insan yaşamının belli dönemlerinde yaşadığı kayıplar, engellenmeler, haksızlıklar nedeniyle çevrelerine karşı güvensiz ve kızgın olabilirler. Bu durumların fazla ve sürekli biçimleri ise paranoya durumuna neden olur. Yahut bir yakının ölümü psikotik depresif tepki ortaya çıkartabilir (Geçtan, 1984).

2.5 Yas ve Psikopatolojik Belirtileri

Yas tepkilerini erteleyen insanlar bir süre sonra ağır olabilecek fiziksel ve ruhsal rahatsızlık belirtileri gösterirler ki bunlar da yasın yaşanmasını daha da zorlaştırır (Bowlby, 2012). Adolf Meyer hastalıklarla insanların hayat değişiklikleri arasındaki ilişkiyi sistemli bir biçimde incelemek için her hastaya hayatındaki fiziksel hastalıkları, ruhsal problemleri, önemli olayları, üzüntüleri sormuştu. Bunun için kişinin küçük veya büyük uyum yapmasını gerektiren hayat olayları bir listede toplanmış ve her bir olayın ağırlığı tespit edilmiştir. Ölüm, ayrılık, hapse girme, ailede yakın birinin kaybı gibi sosyal stresler listede yer almıştır. Ölüm ve boşanma en önemli iki hayat olayıdır (Baltaş ve Baltaş, 1987). Bu bağlamda ergenlik dönemindeki koruyucu faktörler ve risk faktörleri neler olabilir? Hangi riskler ergenlikte arttığını bildiğimiz, depresyon, intihar, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve psikozlar gibi erişkin tipi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışını körükler, hangi koruyucu faktörler bireyin bu durumdan kurtuluşunu ya da korunmasını sağlar? Örneğin bir ebeveynle sağlıklı ve güvenli bir bağlanma ilişkisi önemli bir koşuldur.

Ergenlerin %25'e kadar bir bölümünde açık ruhsal ve davranışsal sorunlar ortaya çıkarken, % 45'i için bu bir stres dönemidir (Psikeart, 2017). Ağır bir zorlanma yaşayan birey iki önemli sorun yaşamaktadır. Yeni şartlara uyum sağlamaya çalışmak ve kendini psikolojik dağılmaya karşı korumak. Birinci grup zorluklar mücadele ile, ikinci grup sorunlar ise savunma ile çözülmeye çalışılır (Coleman, 1972). İnsanlar psikolojik bütünlüklerini ve benlik değerlerini korumak amacıyla bir takım savunma mekanizmaları kullanır. Bu mekanizmalar zorluklarla başa çıkabilmek için temel araç durumuna gelir, çabaya yönelik davranışların yerini alır ve uyum sağlamakta güçlük yaşatacak düzeyde abartılırsa sağlıksız bir nitelik kazanırlar (Geçtan, 1984).

2.5.1 Yasın Sorun Olarak Ortaya Çıkışı

Yasın ne zaman sorun hale dönüştüğü farklı şekillerde anlaşılır:

Ölüm ve ölmeye yönelik de bireyler kolektif olarak ya da kişisel deneyimlerden yola çıkarak anlamlar atfetmişlerdir (Wong, 2008). Literatürde, son zamanlarda çalışılan konulardan bir diğeri de 'ölümü kabullenme'dir. Ray ve Najman (1975) kendilerinin

geliştirdiği ve ölümü kabullenme kavramını ölçen ölçek ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi incelemişler ve ölümü kabullenme ile ölüm kaygısı arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Yapılan araştırmada araştırmacılar, ölümü kabullenmenin ölüm kaygısının zıttı olmayabileceğini, insanların ölümü kabullenip bunun yanında kaygı da yaşayabileceklerini belirtmişlerdir. Harding, Flannelly, Weaver ve Costa (2005) ise aynı leği kullanmış (lm Kabullenme leği) ancak daha farklı sonuçlar ortaya koymuşlardır. lm daha çok kabul etme eğiliminde olan kişilerin daha az ölüm kaygısı yaşadıkları sonucu ortaya çıkmıştır Gesser, Wong ve Reker (1988) farklı Şekillerde lm kabullenme biçimlerinden bahsetmişlerdir.

İnsanlar kimi zaman ölümü kaçınılmaz bir son olarak görürken (lm nötr kabullenme), bazen de ya daha iyi bir hayatın başlangıcı (yaklaşma kabul) veya acı dolu bir yaşama alternatif (kaçınma kabul) olarak algırlarlar.

Kayıp hakkında konuşurken çok ağır ve yoğun duygusal tepkiler vermek

Kayıbı hatırlatan herkesten ve her Őeyden kaçmak, Duygusal bazda yadsıma da yaşayabiliriz, bilişsel düzeyde gerçeğin farkındayızdır ancak pratikte kayıp yaşamamış gibi davranırız. Böyle durumlarda kabir ziyareti pek yoktur. Yitirilen kişinin duygusal varlığı devam etmektedir. Bu duygusal yadsıma biçiminin hayatımızı kolaylaştırdığını gösterir. Ancak bu sürecin aşırılığı kişinin gerçeklikten kopup onu psikotik bir noktaya götürebilir (zakkaş, 2017). Ne kadar yadsımak istesek de ölüm her zaman, pikniğimizi yaparken uzaktan görünen fırtınadır. Elbette hayatımızın her dakikasını ölüm bilincinde olarak geiremeyiz. Korkudan donakalmış bir Şekilde yaşayamayacağımız için, ölümünü getirdiği korkuyu yumuşatmak için metotlar geliştiririz (Corsini ve Wedding, 2012).

Yitim sonrasında hayatı önemli ölçüde değiştirecek değişiklikler yapmak,

Kayıbının üzerinden uzun süre geçmesine rağmen yitirilen kişiden Őimdiki zaman dilimi kullanarak bahsetmek

Uzun süre yitirilen kişiye dair eşyaların saklanması,

Kayıp konusuna dair hiç konuşmamak veya dilinden düşürmemek,

Kayıp sonrası işlevselliğin bozulması ve kronik depresyon yaşamak,

Ölmek veya hastalanmaya dair uzun süren korkular yaşamak, Yasla beraber gelen ölüm kaygısı konusunda literatürde, psikopatoloji arasındaki ilişkiyi kategorik boyutta inceleyen çalışmalardan daha çok psikopatolojiyi sürekli bir değişken olarak inceleyen çalışmalar görmek mümkündür. Mısırlı ve İspanyol öğrenciler ile yapılan bir araştırmada, ölüm kaygısı ve genel kaygı düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Abdel-Khalek ve Tomas-Sabado, 2005). Benzer şekilde birçok çalışma, ölüm kaygısının genel kaygı düzeyi ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir (Abdel-Khalek, 1986; Gilliland ve Templer, 1986). Ölümden korkmamız Hegel'in de ifade ettiği gibi, var olmamaya dair yoğun bir dehşet, ilerdeki olanakların olanaksızlaşmasıdır. Ölüm korkuları birçok semptomun arkasına gizlenmiş olabilir (Corsini ve Wedding, 2011).

Şiddete meyilli davranışlarda artış veya madde, alkol kötüye kullanmak,

Kayıbın hatırlanabildiği özel günlerde çok ağır yas tepkileri vermek,

Kabir ziyaretinden ve dini ritüellerden katı kaçınma hali.

Literatürde bu tabloda belirtilen benzerlikler ve farklılıklar yer almasına rağmen DSM V ve ICD-10 travmatik yas sorununu tanımlayan her hangi bir tanı kriteri yer almamaktadır (Rosner ve diğerleri, 2011). Ancak bu konuda çalışma yapmış Prigerson ve arkadaşlarının (2009) sunduğu kriterler ve Shear ve arkadaşlarının (2011) sunduğu kriterler literatürde bulunmaktadır. Prigerson ve arkadaşlarının sunduğu kriterler mevcuttur.

2.5.2 Travmatik Yas Kriterleri

Travmatik yas, sevilen birinin ani ve şiddet içeren bir biçimde ölmesinin sonucunda bu kaybı yaşayan bireylerde ortaya çıkan belirti ve tepkileri içermektedir. Burada oluşan travmatik etki gerek bedensel gerekse ruhsal hastalıkların ortaya çıkması için bir risk faktörüdür. Normal yastan farklı olarak travmatik yasta ayrılık kaygısı işlevselliği etkileyecek bir şekilde tekrarlayıcı ve rahatsız edici olmaktadır.

A. Olay kriteri: Yakınının ölümü.

B. Ayrılık kaygısı: Yakınını kaybeden bireyin aşağıda belirtilen üç belirtiden en az birini gün içinde ve işlevini bozacak düzeyde yaşaması.

1. Kaybettiği ilişkiye dair araya girici düşünceler.
2. Duygusal olarak kaybettiği kişiye dair yoğun üzüntü ve acı duyması.
3. Kaybedilen kişiye karşı özlem duyması.

C. Bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler: Yakınını kaybeden bireyin aşağıda belirtilen belirtilerden beşine veya daha fazlasına sahip olması.

1. Yaşamdaki rolüne dair konfüzyon ve kendini hissetme duygusunun azalması (kendisinin bir parçasının öldüğünü düşünmesi).
2. Kaybı zor kabul etme.
3. Kaybı hatırlatacak gerçeklerden kaçınma.
4. Kayıptan sonra güven duygusunun kaybı.
5. Kayıpla ilgili acı ve öfke hissetme.
6. Yaşama zor devam etme (örnek: yeni arkadaş edinme, çeşitli ilgi alanlarını takip etme).
7. Kayıptan sonra uyuşma hissi ve duygusal küntlük.

D. Süre: Kayıp yaşandıktan 6 ay sonra tanının konabilmesi.

E. İşlevsellikte bozulma: Bireyin sosyal, mesleki ve günlük işlevlerinde aksaklıklar görülmektedir.

F. Tıbbi dışlama: Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

G. Diğer ruhsal sorunlarla ilişkisi: Bu bozukluk Major Depresyonla, Genel Kaygı Bozukluğuyla, Post Travmatik Stres Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

Shear ve arkadaşlarının (2011) sunduğu kriterler:

A. Yakınını en az 6 ay önce kaybetmiş olmak

B. Aşağıdaki akut yas belirtilerinden en az birinin sosyal ve kültürel çevrenin beklentisinden daha fazla sürmesi.

1. Vefat eden kişiye duyulan yoğun özlem.

2. Yaşamın vefat eden kişi olmadan anlamsız ve boş olduğunu sıklıkla hissetme veya yoğun yalnızlık hissetme.

3. Yaşamın vefat eden kişi olmadan katlanamaz, adaletsiz, anlamsız olduğuna ait tekrarlayıcı düşünceler.

4. Vefat eden kişi hakkında sıklıkla zihnin meşgul olması (örnek: vefat eden kişiye ait düşünceler ve görsellerin kişinin günlük aktivitelerini bölmesi).

C. Aşağıda belirtilenin iki tanesinin en az 1 ay süreyle olması.

1. Sıklıkla rahatsız edici araya girici ölüm ve ölümün sonuçları hakkındaki düşüncelerin olması. Örneğin, insanlar nasıl ve ne için ölür, sevdiği kişi olmadan yaşanmaz vefat eden kişinin bireyi hayal kırıklığına uğrattığını düşünmek.

2. Ölümü kabul etmeme, sevdiği kişinin ölümüne asla inanmamak, ısrarcı bir şekilde inanmama.

3. Vefattan sonra duygusal tepkisizlik, donukluk, kopukluk ve şok, sersemlik hissi.

4. Ölüme karşı tekrarlayıcı öfke ve acı hissetme.

5. İnsanlara güven ve ilgi duymada zorluk çekme ve benzer kayıp yaşamayan kişilere karşı yoğun bir kıskançlık.

6. Sıklıkla acı hissetme ve vefat eden kişinin varlığını, sesini duyma, ya da görme.

7. Vefat eden kişiyi hatırlatan ipuçlarına veya vefatı hatırlatan ipuçlarına karşı yoğun duygusal ve fizyolojik tepki.

8. Vefat eden kişiyle ilgili aşırı kaçınma veya aşırı arama davranışları. Örneğin; vefat eden kişiyi hatırlatan çeşitli yerlere gitmekten, etkinlik yapmaktan kaçınma veya vefat eden kişiyi hatırlatacak hislerden; vefat edene yakın hissettirecek görme, dokunma, duyma, kaçınma (Not: Bazen bireylerde aşırı kaçınma veya arama tezat olmasına rağmen birlikte görülebilir).

D. Süre olarak belirtilerin ve işlevsellikteki bozulmanın 1 ay sürmesi.

E. Bireyin sosyal, mesleki ve günlük işlevlerde aksaklıklar kültürel düzeyde açıklanamayacak şekilde görülmektedir (Shear ve diğerleri, 2011).

Dolayısıyla olayın koşullarını ve işlevselliğini, içsel yaşantıyı göz önünde bulunduran çok boyutlu bir görüş edinmek ve ölmüş kişiyle duygusal, bilişsel, psikolojik ilişkilerin doğasına dikkat etmek çok önemlidir (Rubin ve diğerleri, 2003). Yas belirtileri, bazen haftalar, aylar sonra gecikmiş olarak ortaya çıkabilir.

Lindemann'ın bulguları normal dışı yas tepkilerini içermektedir ve bu tepkiler, günümüzde psikotik depresif tepki denilen olguya oldukça yakın bir biçimde tanımlanmıştır (Geçtan, 1984). İnsanlar ölümlü olduklarının farkındadırlar; ancak Yalom'un da (1980) belirttiği üzere insanlar yaşam enerjilerinin çoğunu ölümün inkarında kullanırlar. Önemli, yaşamı tehdit eden ya da tedavisi olmayan bir hastalık ortaya çıktığında ise bireyler çoğunlukla varoluşsal bir kriz yaşarlar (Sherman, Norman ve McSherry, 2010).

Bedensel yakınmalar, kaybedilene ait eşyalara aşırı bağlanma, kendini suçlama, özkıyım düşünceleri, sürekli öfkelenim

2.5.3 Komplike Yas- Patolojik Yas

Bireyin, kayıp sonrası en az 6 ay geçmiş olmasına rağmen sosyal ve mesleki yaşamındaki işlevselliğinin artarak bozulması olarak tanımlanmıştır. Anormali komplike ve maskelenmiş yas gibi terimlerle ifade edilmektedir. Bireyin yitim sonrası başa çıkamayacağını düşünmesi, işlevselliğinin bozulması dayanamadığı bir süreçte sıkıştığı bir durumdur. Bir belirtinin uzun süre devam etmesi ve yaşamını etkileme düzeyi ile komplike yas anlaşılmaktadır.

Komplike aşağıdaki belirtiler eşliğinde düşünülebilir:

İntihar düşünceleri, artmış alkol alımı, kendine zarar verici davranışlar, öz bakımda bozulma, yaşam tarzında radikal değişimler, donukluğun devam etmesi, izolasyon, kayıptan sonra aşırı kaygı ve huzursuzluk, işlevsellikte bozulma, uyku ve yeme bozukluklarının eşlik ettiği kronik depresif durum, sahte öfori, kalıcı suçluluk ve/veya benlik saygısında azalma, süregiden irritabilite, öfke, paranoid düşünceler, değer verdiği kişiler ya da kendi ölümüyle ilgili sürekli zihinsel meşguliyet, başka alanlarda ortaya çıkan kayıp temaları, yakın ilişkilerde başarısızlık, kaybedilenin eşyalarını kaldıramama, kronik bedensel belirtiler (anksiyete ya da ölenin fiziksel belirtilerine benzer), kaybedilenin alışkanlıklarını kompulsif olarak uygulamak başlıca belirtilerdir.

2.5.3.1 Komplike Yasın Özellikleri

a. Komplike yasa belirleyici özelliği olan diğer genel sıkıntılardan (majör depresyon, TSSB) farklı bir grup yasa özel belirtinin adlandırılması. Özlem, inanmama ve ölen kişiyi zihninden çıkaramama yasa özel göstergelerdendir. Depresif ruh durumu ve düşük benlik saygısı depresif özellikler ve dikkat artımı belirtileridir; korku uyandıran travmatik olay zihninden uzaklaştırılmama ise TSSB göstergesidir.

b. Komplike yasa komplikasyonsuz yastan ayıran, bağlanmayla ilişkili ve ölen kişiyle ilişki çevresinde gelişen belirtilerdir. Özlem, hasret ve kişinin gerçekten öldüğüne inanmama. Böyle bir betimleme, ölen kişiyle bağlarını sürdürmenin, yaşama devam etmeyle dengelenmezse komplike hale gelebilir.

c. Yeni DSM ölçütlerinin amacı, kayıp yaşayan kişinin kayıptan sonraki yaşamına ket vuran psikolojik ve davranışsal işlev bozukluklarını belirlemeyi ve bireyin kayba uyum sağlayıp sağlamadığının doğru değerlendirilmesini yapmak için, depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları incelemeyi amaçlamaktadır.

İnsanların yaşamlarındaki önemli değişiklik ve stres yaşantılarının gerek somatoform bozukluklar gibi organik şikayetlere gerekse bir takım ruhsal bozukluklara neden olduğu eskiden beri bilinmektedir. Ancak organik bozulmalar daha geri planda değerlendirilmiştir (Baltaş ve Baltaş, 1987). Çok değer verilen bir yakınının yitirilmesi, boşanma, sevilen bir insan tarafından aldatılma, kurtulunması güç bir

hastalık gibi olaylar ağırlık derecesine göre kişi için taşıdığı öneme göre çeşitli psikolojik sarsıntılar yaratırlar (Geçtan, 1984).

İnsanın ölümü fark etmesi, ölümle yüzleşmesi ve onu kabullenmesi depresyona yol açabileceği gibi, depresyonda olmanın ölümü daha fazla düşünmeye de neden olabileceği düşünülmektedir (Öngider ve Eyüpoğlu, 2013). İnsanlar, başka insanların önemli ve yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalandıklarını gördüklerinde kendilerinin de 'incinebilir' olduğunu fark ederler. İnsanların, özellikle kendilerine benzeyen kişilerin önemli bir hastalığı olduğunda bu eğilimlerinin de arttığı düşünülür (Pyszczynski ve diğerleri, 1995). İnsanın kendisine ayrılan zamanın bir sonunun olduğunun, bir gün bu sürenin biteceğinin bilinmesi yaşamının anlamı hakkında insanı, özellikle de bir yetişkini kaygılandırır (Geçtan, 2000). Kompulsif davranışlar geliştirerek veya eninde sonunda bizi kurtarmaya gelecek birine dair sarsılmaz bir inanç besleyerek de ölüm korkusunu hafifletebiliriz (Corsini ve Wedding, 2011). Obsesif-kompulsif bozukluk son 10 yıl içerisinde hem bilimsel çalışmaların hem de kitlesel iletişim platformlarının yoğun ilgisini toplamıştır. Önceleri oldukça nadir görülen bir hastalık olduğuna inanılırken, bugün ABD'deki her 200 çocuk ve ergenin birinin bu bozukluktan muzdarip olduğu düşünülmektedir (Reinecke, Dattilio ve Freeman, 2015). Reaksiyon-formasyon savunma düzeneğinin de en yaygın olarak görüldüğü bozukluklardan birisi olan obsesif-kompulsif bozukluk ve obsesif-kompulsif kişilik yapısıdır. Bilinçdışı karmaşa ve kaosu kontrol edebilmek için simgesel düzeyde ve ego düzeyinde eşyaları tertip ve düzene sokmak, simetrik hale getirmek, her şeyin düzgün ve yerli yerinde olmasını sağlamak tipik bir örnektir. Evin ve eşyaların temizliği, el yıkama bilinçdışındaki suçluluk duygusunun kirlilik ve günahkarlık hislerinden arınmanın simgesel bir yolu olmaktadır (Özakkaş, 2017).

Büyük hayat olayları, hayatımız üzerinde önemli bir etkisi olduğunu düşündüğümüz, potansiyel olarak huzursuzluk verici, can sıkıcı veya yıkıcı olan, hem olumlu hem olumsuz durumlardır. Araştırmacılar hayat olaylarını sosyal uyum sağlama derecelendirme ölçeği ile ölçmektedirler. (Miller ve Rahe, 1997). Her bir olayın ardındaki rakam; olayın, kişinin hayatı üzerindeki etkisini derecelendiriyor. Toplam rakam yaşadığınız hayat değişimini temsil ediyor. Araştırmacılar yüksek sayıda hayat değişikliğinin stres seviyesini arttıracaklarını ve bunun da psikosomatik

problemlerin gelişmesi ihtimalini arttıracakını öngörmektedir. Araştırmacılar, kadınların erkeklere göre belirgin şekilde daha fazla depresyon, kaygı, psikosomatik problem semptomları bildirdiğini tespit etmiştir. Yapılan çalışmalarda derecelendirme ölçeğinde en çok değer alan, eşin ölümü, boşanma, aile üyesinin ölümü, yaralanma ya da hastalık, yakın arkadaşın ölümü yer almaktadır (Plotnik, 2009).

Ölümün yanı başımızda olduğu, belirsizlikler içerisinde, anlamsız bir hayatın içerisinde, yalnız başına ve bütün sorumluluğun bize ait olduğu bir gerçeği yaşamak zorundayız. Bu gerçekleri tümüyle kabul edip ruhuna sindiren güçlü bir benlik yapısıyla bu hayattaki bilmediğimiz yolculuğumuzu var olmak için geçirebilir (Özakkaş, 2017).

2.5.4 Psikolojik Bozukluklar

Psikolojik bozukluklar çok geniş kapsamlı bir alandır bu yüzden genel olarak burada SCL-90' da yer alan bozukluklara değinilecektir.

2.5.4.1 Somatizasyon

Stresin bedensel şikâyetlere dönüştürülmesidir. Bu şikâyetler hastalık kaynaklı olmamakla beraber, kişisel ve toplumsal sıkıntının hastalıklarla ifadesidir. Somatizasyon bozukluğu tanısı koyabilmek için 34 belirtiden en az 13 tanesi kişide görülmüş olmalıdır.

İstifra, kusma, kol ve bacak ağrısı, nefes almakta zorlanma, işitme kaybı, yürüyememe, karın ağrısı, sırt ağrısı, çarpıntı, çift görme, kas ağrısı, eklem ağrısı, bulantı, sersemlik, bulanık görme, idrar yapmada zorlanma, karında şişkinlik hissi, idrar yaparken ağrı duyma, unutkanlık, körlük, cinsel ilişki sırasında cinsel organlarda yanma, ishal, baş ağrısı dışındaki bedenin herhangi bir yerinde ağrı duyma, yutma güçlüğü, bayılma, cinsel soğukluk, besin intoleransı, ses kısıklığı, sara benzeri nöbet geçirme, göğüs ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı duyma, ağrılı adet görme, düzensiz adet görme, aşırı adet kanaması, gebelik boyunca kusma.

Belirtiler hastayı rahatsız edici düzeydedir ve hastalar sıklıkla doktora başvurumaktadırlar. Ağrılarını gidermek için ilaçlar kullanırlar ve günlük yaşamlarında da bozulmalar görülmektedir. Hastalığa biyolojik, sosyal ve psikolojik

faktörler sebep olabilir. Genelde ergenlikte başladığı bilinir ancak 30 yaşlarında başlayan örneklere de rastlanmaktadır.

2.5.4.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon (saplantı); latince kuşatma anlamını taşıyan, kişiye istemeksizin gelen, belirgin bir kaygı ya da sıkıntı oluşturan, tekrarlayıcı, farklı düşünce ve davranışlarla zihinden uzaklaştırılmaya çalışılan düşünce, imge ve dürtülerdir. Kompulsiyon (zorlantı); obsesyonun oluşturduğu sıkıntıyı azaltmak için, katı bir biçimde uygulanması gereken ve belli kurallarla yapılan yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Huzursuzluğun ortadan kalkması ve “şimdi oldu” duygusu yaşanana dek tekrarlanmaları gerekebilir (Swedo ve Snider, 2004). “OKB, psikiyatrik bozukluklar içerisinde fobiler, madde kullanımı ve majör depresyondan sonra dördüncü en sık rastlanan bozukluktur. Başlangıcı akut veya sinsi olabilirken, hamilelik, çocuk doğurma, cinsel taciz veya bir yakının kaybı gibi olaylar tetikleyici olabilmektedir” (Çavaş, 2004, s. 38-50).

En sık görülen obsesyonlar ve kompulsiyonlar :

Yıkama kompulsiyonu - Bulaşma obsesyonu

Kontrol etme kompulsiyonu - Patolojik kuşku

Saldırgan ve cinsel içerikli tekrarlayan düşünceler

Simetri ve düzen ihtiyacı

Dini obsesyonlar, sayma obsesyonu, somatik obsesyon, biriktirme kompulsiyonları, soru sorma ve itiraf etme kompulsiyonlarına da sıkça rastlanmaktadır (Özmansur, 2010, s. 3).

Çok farklı türde obsesyonlar ve kompulsiyonlar vardır. Hastada bunlardan sadece biri olabileceği gibi birkaçı birlikte de bulunabilir. Hastaların %75'inden fazlasında obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte bulunur fakat sadece obsesyon veya sadece kompulsiyon bulunan vakalarda olmaktadır. Ayrıca semptomlar zaman içerisinde değişkenlik gösterebilir (Çavaş, 2004, s. 38-50).

2.5.4.3 Kişiler Arası Duyarlılık

Kişilerarası ilişkilerde öncelikle bireyin çevresindeki önemli kişilere (ebeveynler, yakın arkadaşlar, öğretmenler, sevgili ya da eş vb.) attettikleri anlam ve daha sonra bu kişilerin bireye sunduklarının karşılıklı bir etkileşimi söz konusudur. Kişilerarası duyarlılığa sahip bireyler için bu önemli kişilerin sözel ya da sözel olmayan iletişim biçimleri, duyguları, düşünceleri ve davranışları oldukça anlam ifade etmektedir. Çünkü kişilerarası ilişkilerde hassas bireyler, başkaları için çokta önemli olmayan meselelerde kolay incinebilir, kolaylıkla halledilebilecek meseleleri oldukça büyütebilir, ilişkinin ilerlemesinde engelleyici bir rol üstlenir (Boyce ve Mason, 1996, s. 90-103). Kişiler arası duyarlılığa sahip bireyler hassas yapıdadırlar, kendini yetersiz görürler ve diğer insanlarla kıyaslama duygularını yoğun olarak yaşarlar.

2.5.4.4 Depresyon

Depresyon en sık rastlanan psikolojik rahatsızlıktır. Depresyona genetik yatkınlık, hormonal sebepler, çevresel faktörler sebep olabilmektedir. Depresyon uzun süren ve bireyin yaşamını olumsuz biçimde etkileyen mutsuzluk, yaşamdan keyif almama hali olarak bilinir. Değersizlik, aşırı suçluluk, yalnızlık, üzüntü ve ümitsizlik duyguları ile karakterize edilir ve intihar düşünceleri de olabilir. Depresyon belirtileri aşağıda yer almaktadır:

Duygusal belirtiler, üzüntü hali, anksiyete, suçluluk duygusu, öfkelenim, çaresizlik, ümitsizlik, kendini değersiz ve önemsiz hissetmek, fiziksel belirtiler, uyku düzeninde değişiklik (normalden az ya da fazla uyuma), iştahta değişiklik (normalden az ya da fazla yeme), cinsel isteksizlik, enerji azlığı, yorgunluk hissi, çeşitli ağrılar, davranışsal belirtiler, sebepsiz ağlama nöbetleri, insanlardan uzaklaşma, daha önce zevk alınan iş ve aktivitelerden zevk alamama, son zamanlarda fazla alkol almaya başlama veya yatıştırıcı ilaçları kullanma ihtiyacı hissetme, zihinsel belirtiler, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, kararsızlık.

Depresyon tanısı almak için bu belirtilerin hepsine sahip olmak gerekmemektedir. Bu belirtilerin aynı anda birkaçı, iki haftadan uzun bir süredir devam etmesi ve günlük hayatı olumsuz etkilemesi gerekmektedir.

2.5.4.5 Anksiyete

Anksiyete, korkuya benzemesiyle beraber, korkuyu ortaya çıkaran etmenler gibi net etmenler belirlenmemiştir. Kişi kötü bir şey olacağına dair endişelidir ve

huzursuzdur. Ancak bu duruma dair somut bir kaynak ifade edememektedir (Sungur, 1997).

2.5.4.6 Öfke ve Düşmanlık

Öfke durumuna sebep olan temel etken kişinin kendini engellenmiş hissetmesidir. Birey, kendine yönelik hissettiği aşağılık duygusu ile sözel ya da fiziksel olarak saldırganlaşmaktadır. Öfkenin kronikleşmiş yani süregelen hali ise düşmanlığı oluşturur. Öfke anlık bir durum iken, düşmanlık kalıcı olabilmektedir.

2.5.4.7 Fobik Anksiyete

Belirli yer, durum ya da nesnelere karşı anksiyetede, sebep olarak gösterilen uyarınlara orantısız bir şiddette ortaya çıkmaktadır. Fobik anksiyeteye sahip kişi bu tepkisinin mantıklı olmadığını bildiği halde, zaman zaman panik derecede fobik tutum davranışlarına engel olamayabilir. Fobik bireyler, fobi oluşturan ortamlardan ısrarlı bir kaçınma davranışı gösterirler. Korku ancak bireyin işlevselliğini bozduğunda fobik özellik kazanır. Fobilerde görülen anksiyete, beklenmedik, serbest ve süregelen değil, özgül bir nesne, yer ya da duruma bağlıdır (Sungur, 1997).

2.5.4.8 Paronoid Düşünce

Paronoid düşünce (paranoya, hezeyan, sanrı), diğer insanların neye inandığına bakılmaksızın devam ettirilen ve tam tersi durumun kanıtlar olmasına rağmen değiştirilmeyen, dış gerçeklikten farklı anlamlar çıkartmaya dayalı, kişinin yaşadığı kültürler tarafından anlaşılır olarak kabul edilmeyen, “yanlış inanç” olarak tanımlanmaktadır.

2.5.4.9 Psikotizm

Psikotizm içe kapanma, ilgi ve istekte azlık, duygulanımda kısıtlılık, insan ilişkilerinden giderek soyutlanma şeklinde belirtilerle başlamakta daha sonra işitsel ve görsel varsanılar (halusinasyonlar), sanrılar (hezeyanlar), gerçekdışı düşünce, yaşantı ve algılamalar görülmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

III. YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Araştırma, gruplar arası karşılaştırmayı da içeren (yas düzeyi, cinsiyet, sınıf düzeyi ve anne-baba birlikteliği), ergenlik dönemindeki bireylerde bir ayrılık ya da yitim sonrasında yaşanan yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik olduğundan, ilişkisel tarama modeline uygun olarak düzenlenmiştir. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez” (Karasar, 2009, s. 77). “İlişkisel tarama modeli ise, en az iki değişkenin bulunduğu ve bağımsız değişkene göre oluşturulan grupların arasında bağımlı değişkene göre fark olup olmadığını inceleyen karşılaştırma türü (Karasar, 1998, s. 81) ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini İstanbul İlinde sosyo-ekonomik düzeylerine göre farklı olan Sultangazi, Esenler, Gaziosmanpaşa ve Zeytinburnu İlçe merkezlerinde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren liselerin 9, 10, 11 ve 12. Sınıflarında öğrenim gören öğrencileri kapsamaktadır.

Örnekleme alınan liselerin 9., 10., 11. ve 12. sınıflarından birer şube rastgele (random) örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. İlk aşamada 2631 öğrenciye anket uygulanmış daha sonra ise çalışmanın amacına bağlı olarak sevdiği bir yakını kaybetmiş olan toplam 1551 kişi çalışmanın örneklem grubu olarak analizlere dahil edilmiştir.

Tablo 1: Örnekleme oluşturan ergenlik dönemindeki bireylerin kişisel bilgilerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımı

Değişken	Grup	f	%
Cinsiyet	Kız	896	57,8
	Erkek	655	42,2

Sınıf düzeyi	9. sınıf	588	37,9
	10. sınıf	419	27,0
	11. sınıf	391	25,2
	12. sınıf	153	9,9
Anne-babanın birliktelik durumu	Evli/Birlikte	1453	93,7
	Boşanmış/Ayrı	98	6,3
Anne (öz-üvey)	Öz	1523	98,2
	Üvey	28	1,8
Anne (hayatta olma)	Sağ	1528	98,5
	Ölü	23	1,5
Baba (öz-üvey)	Öz	1539	99,2
	Üvey	12	0,8
Baba (hayatta olma)	Sağ	1495	96,4
	Ölü	56	3,6

Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan ergenlerin, % 57,8’i kadın ve % 42,2’si ise erkektir. Öğrencilerin % 37,9’u 9. Sınıf, % 27,0’si 10. Sınıf, % 25,2’si 11. Sınıf ve % 9,9’u 12. Sınıfta okumaktadır. Öğrencilerin anne-babalarının birliktelik durumlarına bakıldığında, % 93,7’ile evli/birlikte olduğu % 6,3’ünün ise boşanmış veya ayrı oldukları görülmektedir. Öğrencilerin, % 98,2’sinin annesi öz ve % 98,5’inin hayatta iken, öğrencilerin babalarının % 99,2’sinin öz ve % 96,4’ünün hayatta olduğu belirtilmiştir. Son olarak araştırmaya katılan 1551 öğrencinin hepsi de bir yakınlarını kaybetmişlerdir (toplam 2631 öğrenciye uygulanan anket sonucu 1551 öğrencinin bir yakını kaybetmiş olduğu tespit edilmiş ve analizlere bu öğrencilerin verisi ile devam edilmiştir).

3.3 Veri Toplama Araçları

Bu araştırma için gerekli veriler, doğrudan doğruya örnekleme alınan öğrencilerin kendilerinden toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan yas puanlarını belirleme amacıyla Yas Ölçeği kullanılmıştır. Yine araştırmaya katılan ergenlerin psikopatolojik belirti düzeylerini saptamak amacıyla Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Araştırmada bağımsız değişkenler olarak ele alınan; cinsiyet, sınıf düzeyi değişkenleri ile ilgili bilgilerin toplanabilmesi için ise araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış ergenlerin sosyo demografik özelliklerini belirlemeye yöneliktir. Bu formda, öğrencinin cinsiyeti, öğrenim gördüğü sınıf düzeyi, anne-babanın birliktelik durumu, anne-babanın öz ve hayatta olup olmadıkları ve son olarak sevdikleri bir yakınlarını kaybedip kaybetmedikleri sorulmuştur (Ek 1). Kayıp tanımının son altı ay içerisinde birinci dereceden yakını kaybetmelerini tanımladığı açıklaması yapılmıştır.

3.3.2 Yas Ölçeği

Balcı (2006) tarafından geliştirilen yas ölçeği, sevilen bir kişinin ya da kişilerin kaybının ardından bireyde meydana gelen fiziksel, duygusal, düşünsel ve davranışsal değişiklikleri ölçmektedir. Ölçek toplam 35 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bireylere bir ayrılık ya da kayıp karşısında yaşayabilecekleri durumlara ilişkin ifadeler verilerek, bunları ne kadar sıklıkla yaşadıklarına dair 1-5 arasında, (5) Her zaman, (4) Sık sık, (3) Ara sıra, (2) Nadiren, (1) Hiçbir zaman şeklinde derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en yüksek puan 175, en düşük puan ise 35'tir. Yas Ölçeği'nin 102 maddelik deneme formu (Ölçüyor, Ölçmüyor, Kararsızım) uygulanması sonunda madde-toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı .30'un altında olan maddeler elenmiş ve ölçek 45 maddeye düşürülmüştür. Kırkbeş maddelik Yas Ölçeği'nin madde-ölçek korelasyonları .30 ile .87 arasında değişmektedir.

Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .96, dört hafta arayla test-tekrar test yöntemi ile belirlenen kararlılık katsayısı .84 bulunmuştur. Bulunan bu değerler Yas Ölçeği'nin güvenilirlik düzeyi için yeterli olarak görülmektedir. Ölçeğin alt ölçeklere ilişkin iç tutarlılık katsayıları ise, Fiziksel alt ölçeği için .65, Duygusal alt ölçeği için .90, Bilişsel alt boyut için .81 ve Davranışsal alt boyut için ise .62 olarak bulunmuştur. Bulunan bu değerler Yas Ölçeği'nin güvenilirlik düzeyi için yeterli görülmektedir. Benzer ölçekler geçerliği için Yas Ölçeği'nden alınan toplam puanlar ile paralel formdan alınan toplam puanlar arasındaki ilişki, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile hesaplanarak bulunmuştur. Ölçeğin benzer ölçekler geçerliliğinde Beck Umutsuzluk Ölçeği ile arasındaki korelasyon .80 olarak hesaplanmıştır.

Yas Ölçeği'nin dört faktörünün açıkladıkları toplam varyans %53.192'dir. Fiziksel tepkileri yansıtan ve 5 maddeden oluşan birinci faktör toplam varyansın % 21.56'sını, duygusal tepkileri yansıtan ve 10 maddeden oluşan ikinci faktör toplam varyansın % 12.57'sini, bilişsel tepkileri yansıtan ve 10 maddeden oluşan üçüncü faktör toplam varyansın % 12.01'ini ve davranışsal tepkileri yansıtan ve 10 maddeden oluşan dördüncü faktör toplam varyansın % 7.055'ini açıklamaktadır. Ölçeğin cinsiyete göre yas düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla t-testi yapılmış ve $t=4.807$ hesaplanmıştır. Bu sonuca göre ölçek farklı cinsiyetlerin yas düzeyleri puan ortalamaları arasındaki farkı ölçebilecek niteliktedir (Balcı, 2006).

Araştırmacı Yas Ölçeğinin bu örneklem grubu güvenilirliğini tekrar araştırmıştır. Yas Ölçeğinde yer alan maddelerin güvenilirlik analizleri için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçek ve alt boyutlarının güvenilirliği aşağıdaki gibi değerlendirilmiştir.

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek/boyut güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin/boyutun güvenilirliği düşük,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek/boyut oldukça güvenilir, ve

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek/boyut yüksek derecede güvenilirdir (Kalaycı, 2006, s. 405).

Tablo 2: Yas Ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi

Ölçek	Ters Maddeler	Ölçeğe Ait α Katsayısı
Yas Ölçeği (35 madde)	11, 13 ve 17	0,917

Tablo 2'de tek boyutlu olarak ele alınan Yas Ölçeği için yapılan güvenilirlik analizinin sonucu verilmiştir. 35 maddeden meydana gelen Yas Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) $\alpha=0,917$ olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeği oluşturan maddelerin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Yas Ölçeği için yapılan madde analizleri sonrası ölçeğin güvenilirlik düzeyinin bu araştırma için yeterli olduğu anlaşılmıştır. (EK 2).

3.3.3 Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek 53 maddeden oluşmaktadır. Çeşitli psikolojik belirtileri taramak için geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeği niteliğinde olup, ergen ve yetişkinlere gruplar halinde uygulanabilmektedir. Likert tipi ölçeğin puanlaması 0-4 arasında yapılmaktadır. Cevaplama her madde için “Hiç yok”, “Biraz var”, “Orta derecede var”, “Epey var” ve “Çok fazla var” seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenilmektedir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında değişen puanlar verilmektedir. Ölçeğin puan aralığı 0-212 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, psikopatolojik semptomların yüksekliğini göstermektedir (Aktaran: Savaşır ve Şahin, 1997).

Ölçeğin geçerlik çalışmasında, BSI ile MMPI klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasındaki korelasyonların 0.30'un üzerinde olduğu ve bu korelasyonların SCL-90'dan elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş, diğerlerinde ise çok yakın olduğu saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda ölçeğin sigara içenlerle içmeyenleri, gerçek kalp hastaları ile kroner hastalığı olmayanları ve intihar riski olan şizofrenler ile olmayan şizofrenleri anlamlı olarak ayırt edebildiği saptanmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında; ayakta tedavi görmekte olan 719 psikiyatrik hasta, 626 erkek hipertansiyon hastası ve 25 hasta olmayan kişi üzerinde yapılan 3 farklı araştırmada, Kısa Semptom Envanteri'nin dokuz alt ölçeği için elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.71 ile 0.85 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında; 60 psikiyatrik tanı almamış yetişkin ile iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenirlik çalışmasında, güvenirlik katsayıları dokuz alt ölçek için 0.68 - 0.91 arasında hesaplanmıştır (Aktaran: Savaşır ve Şahin, 1997).

Kısa Semptom Envanterinin bu araştırma için uygunluğunu test etmek amacı ile güvenirlik katsayılarına (α) bakılmıştır. KSE'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı analizinin sonuçları aşağıda, Tablo 3'te sunulmuştur. Envanterde yer alan ancak boyutlara dahil edilmeyen 11, 25, 39 ve 52 numaralı maddeler güvenirlik analizlerine de dahil edilmemiştir.

Tablo 3: Kısa Semptom Envanterine ilişkin güvenirlik analizi

Boyut/Ölçek	Maddeler	Cronbach's Alpha (α)
Somatizasyon (7 madde)	Madde 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37	0,722
Obsesif-kompulsif bozukluk (6 madde)	Madde 5, 15, 26, 27, 32 ve 36	0,645
Kişilerarası duyarlılık (4 madde)	Madde 20, 21, 22 ve 42	0,619
Depresyon (6 madde)	Madde 9, 16, 17, 18, 35 ve 50	0,831
Anksiyete bozukluğu (6 madde)	Madde 1, 12, 19, 38, 45 ve 49	0,712
Hostilite (5 madde)	Madde 6, 13, 40, 41 ve 46	0,633
Fobik anksiyete (5 madde)	Madde 8, 28, 31, 43 ve 47	0,678
Paranoid düşünceler (5 madde)	Madde 4, 10, 24, 48 ve 51	0,607
Psikotizm (5 madde)	Madde 3, 14, 34, 44 ve 53	0,701
Kısa Semptom Envanteri (Genel)	53 madde	0,826

Ölçeğin ilk alt boyutu olan ‘Somatizasyon’ için güvenilirlik katsayısı (Cronbach’s Alpha) $\alpha=0,722$; ‘Obsesif-kompulsif bozukluk’ boyutu için $\alpha=0,645$; ‘Kişilerarası duyarlılık’ boyutu için $\alpha=0,619$; ‘Depresyon’ boyutu için $\alpha=0,831$; ‘Anksiyete bozukluğu’ boyutu için $\alpha=0,712$; ‘Hostilite’ boyutu için $\alpha=0,633$; ‘Fobik anksiyete’ boyutu için $\alpha=0,678$; ‘Paranoid düşünceler’ boyutu için $\alpha=0,607$ ve ‘Psikotizm’ boyutu için $\alpha=0,701$ olarak hesaplanmıştır.

Ergenlik dönemindeki bireylerin Kısa Semptom Envanterinin geneline ilişkin güvenilirlik katsayısı ise $\alpha=0,826$ olarak bulunmuştur. Bu değerler, envanter ve alt boyutları oluşturan maddelerin arasında güvenirliliğin yüksek olduğunu göstermektedir. (EK 3).

3.4 Verilerin Çözümlemesi

Ergenlerin, bir ayrılık ya da yitim sonrasında yaşanan yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere çalışmaya katılan öğrencilerden Kişisel Bilgiler Formu, Yas Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri ile toplanan verilerin tümü, SPSS 23.0 for Windows istatistik paket programı ile işleme sokulmuştur.

Çalışmaya katılan ergenlerden elde edilen verilerin çözümüne geçilmeden önce, bu verilerin anket ile belirlenen sınırlar içinde olup olmadığı, hatalar ve ciddi oranda eksiklikler barındırıp barındırmadığı kontrol edilmiştir. Daha sonra ise çalışmanın problem ve alt problemlerine bağlı olarak uygulanacak istatistikî analizlerin seçimi için Kolmogorov-Smirnov (K-S) testiyle veri gruplarının normallik dağılımları incelenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Ergenlerin Demografik Özelliklerine Bağlı Olarak Ölçek Puanları Üzerindeki Normallik Dağılımlarına İlişkin Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları

Değişken	Cinsiyet	Sınıf düzeyi	Anne-baba birlikteliği	Yas düzeyi
Somatizasyon	p>.05	p>.05	p<.001	p>.05
Obsesif-kompulsif bozukluk	p>.05	p>.05	p<.001	p>.05
Kişilerarası duyarlılık	p>.05	p>.05	p<.05	p>.05
Depresyon	p>.05	p>.05	p<.001	p>.05
Anksiyete bozukluğu	p>.05	p>.05	p<.001	p>.05
Hostilite	p>.05	p>.05	p<.001	p>.05
Fobik anksiyete	p>.05	p>.05	p<.05	p>.05
Paranoid düşünceler	p>.05	p>.05	p<.05	p>.05
Psikotizm	p>.05	p>.05	p<.001	p>.05
KSE (Toplam Puanı)	p>.05	p>.05	p<.05	p>.05
Yas Ölçeği Toplam Puanı	p>.05	p>.05	p<.001	-

Veri grubunun normallik dağılımı göstermesi için $p>.05$ olmalıdır (Pallant, 2005, s.57). Tablo 4'den de görüleceği gibi araştırmaya katılan ergenlerin cinsiyet, sınıf düzeyi ve yas düzeyi değişkenlerinin KSE'nin geneli ve alt boyutları (ölçekleri) ile Yas Ölçeği (toplam puanı) puanları üzerindeki dağılımları normallik gösterirken ($p>.05$), anne-baba birlikteliği değişkeni normallik dağılımı göstermemektedir ($p<.05$). Normallik dağılımına ilişkin yapılan Kolmogorov-Smirnov testi sonrası, araştırmanın amacına bağlı olarak aşağıdaki analizler gerçekleştirilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Araştırmanın Fark Analizlerine İlişkin Kullanılan İstatistik Teknikler

Değişken	Cinsiyet	Sınıf düzeyi	Anne-baba birlikteliği	Yas düzeyi
Somatizasyon	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Obsesif-kompulsif bozukluk	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Kişilerarası duyarlılık	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Depresyon	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Anksiyete bozukluğu	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Hostilite	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Fobik anksiyete	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Paranoid düşünceler	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Psikotizm	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
KSE (Toplam Puanı)	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA
Yas Ölçeği Toplam Puanı	t-test	ANOVA	M-W	ANOVA

t-test: Bağımsız (ilişkisiz) gruplar

t-testi

ANOVA: tek yönlü varyans analizi

K-W: Kruskal-Wallis H testi

M-W: Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılan ergenlerin, demografik özelliklerine bağlı olarak Kısa Semptom Envanteri ve Yas Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında Tablo 5’de belirtilen istatistikî teknikler kullanılmıştır. Fark analizlerinden ayrı olarak ergenlerin yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere ise Pearson momentler çarpımı korelasyonu katsayıları hesaplanmıştır.

Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi .05, .01, .001 olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık değeri, .05’ten küçük ($p<.05$) bulunduğunda bağımsız değişkelerin grupları (kategorileri) arasındaki farklılıklar/işikiler “anlamlı” olarak kabul edilmiş ve sonuçlar buna göre değerlendirilmiştir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

IV. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümde, ergenlerin, bir ayrılık ya da yitim sonrasında yaşanan yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan istatistiksel analizler ve bu analizler sonrası elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Analiz bulguları, araştırmanın amacı ile belirlenen sorulara uygun olarak bir sıra halinde yorumları ile birlikte sunulmuştur

Hipotez 1: Ergenlik dönemindeki bireylerin yas tepki düzeyleri ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.1 Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Genel Bulgular

Tablo 6: Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler (N=172)

Ölçek/Boyut	\bar{X}	ss
Yas Ölçeği	89,73	16,94
Somatizasyon	6,34	2,41
Obsesif-kompulsif bozukluk	7,54	1,69
Kişilerarası duyarlılık	4,94	1,53
Depresyon	7,01	2,73
Anksiyete bozukluğu	6,13	2,83
Hostilite	6,87	1,87
Fobik anksiyete	3,79	1,58
Paranoid düşünceler	6,29	1,07
Psikotizm	4,83	1,85
KSE Toplam Puanı	58,62	15,96

Tablo 6’da araştırmaya katılan ergenlerin yas düzeyleri ile kısa semptom envanterinden aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistikler verilmiştir.

Yas ölçeği, sevilen bir kişinin ya da kişilerin kaybının ardından bireyde meydana gelen fiziksel, duygusal, düşünsel ve davranışsal değişiklikleri ölçmekte olup ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 35 ve en yüksek puan ise 175’dir. Ölçekten alınan yüksek puan bireylerin sevdikleri birinin kaybıyla düşük düzeyde başa

çıkabildiklerini göstermektedir. Ergenlerin bu ölçeğe ilişkin hesaplanan ortalama puanları $\bar{X}_{Yas}=89,73\pm 16,94$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt ve üst limit puanlar düşünüldüğünde, öğrencilerin yas düzeylerinin orta noktaya yakın olduğu yani ne yüksek ne de düşük olduğu söylenebilir. Ergenlerin, Yas Ölçeğinden aldıkları ortalama puanın bir alt ve bir üst standart sapması temel alınarak yas düzeyi %7,9'unun (122 kişi) 'Düşük', %68,2'sinin (1058 kişi) 'Orta' ve %23,9'unun (371 kişi) 'Yüksek' olarak gruplandırılmıştır.

53 madde ve dokuz alt boyuttan oluşan ve bireylerin psikopatolojik belirtilerini ölçmek üzere kullanılan Kısa Semptom Envanterinden alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 212'dir. Ölçeğin ilk alt boyutu olan 'Somatizasyon' için ortalama puan $\bar{X}_{Somatizasyon}=6,34\pm 2,41$; 'Obsesif-kompulsif bozukluk' boyutu için $\bar{X}_{Obsesif-kompulsif bozukluk}=7,54\pm 1,69$; 'Kişilerarası duyarlılık' boyutu için $\bar{X}_{Kişilerarası duyarlılık}=4,94\pm 1,53$; 'Depresyon' boyutu için $\bar{X}_{Depresyon}=7,01\pm 2,73$; 'Anksiyete bozukluğu' boyutu için $\bar{X}_{Anksiyete bozukluğu}=6,13\pm 2,83$; 'Hostilite' boyutu için $\bar{X}_{Hostilite}=6,87\pm 1,87$; 'Fobik anksiyete' boyutu için $\bar{X}_{Fobik anksiyete}=3,79\pm 1,58$; 'Paranoid düşünceler' boyutu için $\bar{X}_{Paranoid düşünceler}=6,29\pm 1,07$ ve 'Psikotizm' boyutu için $\bar{X}_{Psikotizm}=4,83\pm 1,85$ olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin, Kısa Semptom Envanterinin geneli için hesaplanan ortalama puanı ise $\bar{X}_{KSE Toplam Puanı}=58,62\pm 15,96$ olmuştur. Envanter ve alt ölçeklerinden alınabilecek alt ve üst sınır puanları düşünüldüğünde, araştırmaya katılan ergenlerin psikopatolojik belirti düzeylerinin oldukça düşük olduğu söylenebilir.

4.1.1 Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanları Arasındaki İlişki

Ergenlerin, yas düzeyleri ile psikopatolojik belirtiler gösterme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson's Momentler çarpımı korelasyon katsayılarına ilişkin sonuçlar Tablo 7'de verilmiştir.

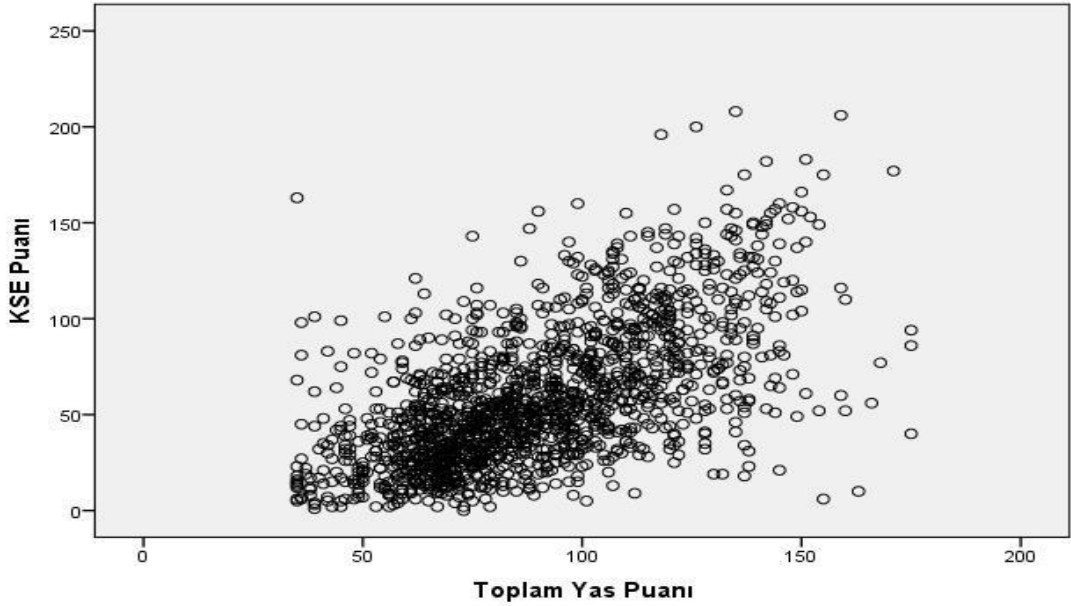
Tablo 7: Ergenlerin Yas Düzeyleri ile Kısa Semptom Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek		Toplam Yas Puanı
Somatizasyon	<i>r</i>	,472**

	<i>p</i>	0,000
Obsesif-kompulsif bozukluk	<i>r</i>	,452**
	<i>p</i>	0,000
Kişilerarası duyarlılık	<i>r</i>	,454**
	<i>p</i>	0,000
Depresyon	<i>r</i>	,579**
	<i>p</i>	0,000
Anksiyete bozukluğu	<i>r</i>	,563**
	<i>p</i>	0,000
Hostilite	<i>r</i>	,464**
	<i>p</i>	0,000
Fobik anksiyete	<i>r</i>	,463**
	<i>p</i>	0,000
Paranoid düşünceler	<i>r</i>	,495**
	<i>p</i>	0,000
Psikotizm	<i>r</i>	,490**
	<i>p</i>	0,000
KSE Puanı	<i>r</i>	,608**
	<i>p</i>	0,000

*** $P < .001$

Öğrencilerin yas düzeyi ile (KSE toplam) semptom düzeyi arasındaki ilişki



Şekil 1: Ergenlerin yas düzeyleri ile kısa semptom envanteri puanları arasındaki ilişki

Tablo 7’ de görülen Pearson Momentler Çarpımı katsayıları aşağıdaki değerlere göre yorumlanmıştır.

<i>r</i>	İlişki
0,00-0,10	Yok
0,10-0,30	Zayıf
0,30-0,50	Orta
0,50-0,70	Güçlü
0,70-1,00	Çok güçlü (Jawlik, 2016, s.132)

Ergenlerin yas düzeyleri ile Kısa Semptom Envanterinin geneli ve dokuz alt boyut/ölçekle ölçülen psikopatolojik belirtiler gösterme düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 7 ve Şekil 1). Buna göre ergenlerin yas düzeyi puanları ile

Somatizasyon puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_{Yas*Somatizasyon}=0,472$; $p<.001$),

Obsesif-kompulsif bozukluk puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_{Yas*Obsesif-k.b.}=0,452$; $p<.001$),

Kişilerarası duyarlılık puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_{Yas*Kişilerarası duyarlılık}=0,454$; $p<.001$),

Depresyon puanları arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde ($r_{Yas*Depresyon}=0,579$; $p<.001$),

Anksiyete bozukluğu puanları arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde ($r_{Yas*Anksiyete bozukluğu}=0,563$; $p<.001$),

Hostilite puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_{Yas*Hostilite}=0,464$; $p<.001$),

Fobik anksiyete puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_{Yas*Fobik anksiyete}=0,463$; $p<.001$),

Paranoid düşünceler puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_{Yas*Paranoid}$ düşünceler=0,495; $p<.001$),

Psikotizm puanları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r_{Yas*Psikotizm}$ =0,490; $p<.001$),

KSE puanları arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde anlamlı ilişki vardır ($r_{Yas*KSE}$ =0,608; $p<.001$).

Ergenlerin yas düzeyleri arttıkça Kısa Semptom Envanteri puanları geneli ve dokuz alt boyut/ölçekle ölçülen psikopatolojik belirtiler gösterme düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

4.1.2 Ergenlerin Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yas Düzeylerine Göre Farklılaşma Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Ergenlerin Yas Ölçeğinden aldıkları puanlara bağlı olarak oluşturulan ‘Düşük’, ‘Orta’ ve ‘Yüksek’ yas düzeyi gruplarına göre Kısa Semptom Envanterinin geneli ve dokuz alt boyut/ölçekle ölçülen psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Tablo 8: Ergenlerin Somatizasyon Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Anova Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Somatizasyon	Düşük (1)	122	3,48	3,76	161,34	0,000***
	Orta (2)	1058	5,30	4,41		
	Yüksek (3)	371	10,25	6,40		

*** $p<.001$

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin somatizasyon düzeylerinin yas tepki düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan ANOVA testine göre ergenlerin farklı yas tepki düzeyleri anlamlı bir farklılaşmaya neden olmaktadır [$F_{(2; 1548)}=161,34$; $p<.001$] (Tablo 8).

Tablo 9: Yas Düzeyi Farklı Olan Ergenlerin Somatizasyon Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Somatizasyon	Düşük (1)	Orta (2)	-1,828**	0,001	1 ile 2
		Yüksek (3)	-6,775***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	1,828**	0,001	2 ile 1
		Yüksek (3)	-4,947***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	6,775***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	4,947***	0,000	3 ile 2

** $p < .01$ ve *** $p < .001$

Yas tepki düzeyleri farklı olan ergenlerin somatizasyon düzeylerinin farklı olduğunu araştırmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre her üç yaş tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır (Tablo 9). Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin somatizasyon puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=3,48$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=5,30$ ve $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=10,25$).

Tablo 10: Yas Düzeyleri Farklı Ergenlerin Obsesif-Kompulsif Bozukluk Düzeylerine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	n	Betimsel İst.		ANOVA	
			\bar{X}	ss	F	p
Obsesif-kompulsif bozukluk	Düşük (1)	122	4,71	3,98	143,03	0,000***
	Orta (2)	1058	6,76	4,03		
	Yüksek (3)	371	10,70	5,11		

*** $p < .001$

Tablo 10'da görüldüğü gibi ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin obsesif-kompulsif bozukluk ölçeği düzeylerinin de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2; 1548)}=143,03$; $p < .001$).

Tablo 11: Yas Düzeyleri Farklı Ergenlerin Obsesif-Kompulsif Bozukluk Düzeylerine İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Obsesif-kompulsif bozukluk	Düşük (1)	Orta (2)	-2,050***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-5,982***	0,000	1 ile 3

Orta (2)	Düşük (1)	2,050***	0,000	2 ile 1
	Yüksek (3)	-3,933***	0,000	2 ile 3
Yüksek (3)	Düşük (1)	5,982***	0,000	3 ile 1
	Orta (2)	3,933***	0,000	3 ile 2

*** $p < .001$

Tablo 11’ de görüldüğü gibi hangi yas tepki düzeyleri arasında ergenlerin obsesif-kompulsif bozukluk düzeylerinin farklı olduğunu araştırmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testi sonuçları verilmiştir. Her üç yas tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin obsesif-kompulsif bozukluk puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=4,71$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=6,76$ ve $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=10,70$).

Tablo 12: Ergenlerin Kişilerarası Duyarlılık Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Kişilerarası duyarlılık	Düşük (1)	122	2,48	2,48	147,27	0,000***
	Orta (2)	1058	4,40	3,04		
	Yüksek (3)	371	7,28	3,92		

*** $p < .001$

Tablo 12’ de görüldüğü gibi ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin kişilerarası duyarlılık ölçeği düzeylerinin de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F(2; 1548)=147,27$; $p < .001$]

Tablo 13: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Kişilerarası Duyarlılık Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Kişilerarası duyarlılık	Düşük (1)	Orta (2)	-1,923***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-4,805***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	1,923***	0,000	2 ile 1
		Yüksek (3)	-2,881***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	4,805***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	2,881***	0,000	3 ile 2

*** $p < .001$

Tablo 13' de görüldüğü gibi yas tepki düzeyleri farklı ergenlerin kişilerarası duyarlılık düzeylerinin farklı olduğunu araştırmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, her üç yas tepki düzeyi arasında da anlamlı fark olduğu görülmektedir. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin kişilerarası duyarlılık puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=2,48$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=4,40$ ve $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=7,28$).

Tablo 14: Ergenlerin Depresyon Düzeylerinin Yas Düzeylerine Göre Farklılaşma Gösterip Göstermediğine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Depresyon	Düşük (1)	122	3,23	3,86	271,50	0,000***
	Orta (2)	1058	5,67	4,55		
	Yüksek (3)	371	12,09	6,14		

*** $p < .001$

Tablo 14' te görüldüğü gibi ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin depresyon ölçeği düzeylerinin de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2; 1548)}=271,50$; $p < .001$].

Tablo 15: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Depresyon Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Depresyon	Düşük (1)	Orta (2)	-2,440***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-8,859***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	2,440***	0,000	2 ile 1
		Yüksek (3)	-6,420***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	8,859***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	6,420***	0,000	3 ile 2

*** $p < .001$

Tablo 15'de farklı yas tepki düzeylerine sahip ergenlerin depresyon düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacı ile yapılan post-hoc

Scheffe testine göre, Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin depresyon puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=3,23$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=5,67$ ve $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=12,09$).

Tablo 16: Ergenlerin Anksiyete Bozukluğu Düzeylerinin Yas Düzeylerine Göre Farklılaşma Gösterip Göstermediğine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.		ANOVA		
		n	\bar{X}	ss	F	p
Anksiyete bozukluğu	Düşük (1)	122	2,88	3,51	262,79	0,000***
	Orta (2)	1058	5,02	3,76		
	Yüksek (3)	371	10,34	5,35		

*** p<.001

Tablo 16’da görüldüğü gibi ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin anksiyete bozukluğu düzeylerinin yas tepki düzeylerine göre farkın anlamlı oluşu bulunmuştur [$F_{(2; 1548)}=262,79$; $p<.001$].

Tablo 17: Yas Düzeyi Farklı Olan Ergenlerin Anksiyete Bozukluğu Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Anksiyete bozukluğu	Düşük (1)	Orta (2)	-2,146***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-7,465***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	2,146***	0,000	2 ile 1
		Yüksek (3)	-5,320***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	7,465***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	5,320***	0,000	3 ile 2

***p<.001

Tablo 17’de ergenlerin anksiyete bozukluğu düzeylerinin hangi gruplar arasında farklılık olduğun araştırmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, her üç yas

tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin anksiyete bozukluğu puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=2,88$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=5,02$ ve $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=10,34$).

Tablo 18: Ergenlerin Hostilite Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Hostilite	Düşük (1)	122	4,08	3,85	152,05	0,000***
	Orta (2)	1058	6,00	4,26		
	Yüksek (3)	371	10,27	5,15		

*** p<.001

Tablo 18'de Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin hostilite ölçeği düzeylerinin de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [F(2; 1548)=152,05; p<.001).

Tablo 19: Yas Düzeyi Farklı Olan Ergenlerin Hostilite Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Hostilite	Düşük (1)	Orta (2)	-1,915***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-6,188***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	1,915***	0,000	2 ile 1
		Yüksek (3)	-4,272***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	6,188***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	4,272***	0,000	3 ile 2

***_I p<.001.

Tablo 19'da yas tepki düzeyleri farklı olan ergenlerin hostilite düzeylerinin arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, her üç yas tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin hostilite puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=4,08$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=6,00$ ve $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=10,27$).

Tablo 20: Ergenlerin Fobik Anksiyete Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Fobik anksiyete	Düşük (1)	122	1,95	2,71	159,63	0,000***
	Orta (2)	1058	3,10	2,95		
	Yüksek (3)	371	6,37	4,15		

*** p<.001

Tablo 20’de Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin fobik anksiyete ölçeği düzeylerinin de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2; 1548)}=159,63$; $p<.001$].

Tablo 21: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Fobik Anksiyete Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Fobik anksiyete	Düşük (1)	Orta (2)	-1,147**	0,001	1 ile 2
		Yüksek (3)	-4,424***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	1,147**	0,001	2 ile 1
		Yüksek (3)	-3,277***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	4,424***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	3,277***	0,000	3 ile 2

** p<.01 ve *** p<.001

Tablo 21’de görüldüğü gibi yas tepki düzeyleri farklı olan ergenlerin fobik anksiyete düzeylerinin arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, her üç yas tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin fobik anksiyete puanları da yükselmektedir (\bar{X} Düşük=1,95; \bar{X} Orta=3,10 ve \bar{X} Yüksek=6,37).

Tablo 22: Ergenlerin Paranoid Düşünceler Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Paranoid düşünceler	Düşük (1)	122	3,46	3,12	174,40	0,000***
	Orta (2)	1058	5,58	3,52		
	Yüksek (3)	371	9,23	4,25		

*** p<.001

Tablo 22' de Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin paranoid düşünce düzeyleri de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2; 1548)}=174,40$; p<.001).

Tablo 23: : Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Paranoid Düşünce Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Paranoid düşünceler	Düşük (1)	Orta (2)	-2,121***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-5,773***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	2,121***	0,000	2 ile 1
		Yüksek (3)	-3,651***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	5,773***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	3,651***	0,000	3 ile 2

*** p<.001

Tablo 23'de yas tepki düzeyleri farklı olan ergenlerin paranoid düzeylerinin arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, her üç yas tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin paranoid düşünceler puanları da yükselmektedir (\bar{X} Düşük=3,46; \bar{X} Orta=5,58 ve \bar{X} Yüksek=9,23).

Tablo 24: Ergenlerin Psikotizm Düzeylerinin Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Psikotizm	Düşük (1)	122	2,49	2,82	163,30	0,000***
	Orta (2)	1058	4,14	3,29		
	Yüksek (3)	371	7,59	4,22		

*** p<.001

Tablo 24’ de Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin psikotizm düzeylerinin de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2; 1548)}=163,30$; $p<.001$]

Tablo 25: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin Psikotizm Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	P	Anlamlı Fark
Psikotizm	Düşük (1)	Orta (2)	-1,645***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-5,098***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	1,645***	0,000	2 ile 1
		Yüksek (3)	-3,453***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	5,098***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	3,453***	0,000	3 ile 2

*** p<.001

Tablo 25’de yas tepki düzeyleri farklı olan ergenlerin psikotizm düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, her üç yas tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin psikotizm puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{Düşük}=2,49$; $\bar{X}_{Orta}=4,14$ ve $\bar{X}_{Yüksek}=7,59$).

Tablo 26: Ergenlerin KSE Toplam Puanlarının Yas Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Yas Düzeyi	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p

KSE Puanı	Düşük (1)	122	31,56	26,21	306,70	0,000***
	Orta (2)	1058	50,17	27,99		
	Yüksek (3)	371	91,61	37,64		

*** $p < .001$

Tablo 26’da ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin geneline ilişkin (psikopatolojik belirtiler gösterme) düzeylerinin de yas tepki düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2; 1548)}=306,70$; $p < .001$]

Tablo 27: Yas Düzeyi Farklı Ergenlerin KSE Toplam Puanlarına İlişkin Post-Hoc Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Yas düzeyi	(J) Yas düzeyi	Ort. Farkı (I-J)	p	Anlamlı Fark
KSE Puanı	Düşük (1)	Orta (2)	-18,616***	0,000	1 ile 2
		Yüksek (3)	-60,054***	0,000	1 ile 3
	Orta (2)	Düşük (1)	18,616***	0,000	2 ile 1
		Yüksek (3)	-41,439***	0,000	2 ile 3
	Yüksek (3)	Düşük (1)	60,054***	0,000	3 ile 1
		Orta (2)	41,439***	0,000	3 ile 2

*** $p < .001$

Tablo 27’ de yas düzeyleri farklı olan ergenlerin KSE düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacı ile yapılan post-hoc Scheffe testine göre, her üç yas tepki düzeyi arasında da anlamlı fark vardır. Yas tepki düzeyi yükseldikçe ergenlerin KSE (psikopatolojik belirtiler gösterme) puanları da yükselmektedir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=31,56$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=50,17$ ve $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=91,61$).

4.2 Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 28’de, araştırmaya katılan ergenlerin yas tepki düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma gösterip göstermediği incelenmiştir.

Hipotez 2: Ergenlik dönemindeki bireylerin cinsiyetleri ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 28: Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin T-Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Cinsiyet	Betimsel İst.			t-test		
		n	\bar{X}	ss	T	sd	p
Yas Ölçeği	Kadın	896	94,19	25,84	7,77	1549	0,000**
	Erkek	655	83,63	27,24			

*** $p < .001$

Tablo 28’ de görüldüğü gibi ergenlik dönemindeki kadın ve erkek bireylerin, yas tepki düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılan t testi sonucunda anlamlı fark olduğu ve bu farkın kadın bireylerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=7,77$ ve $p < .001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin yas tepki düzeylerine ilişkin ortalama puanlara bakıldığında, kadın bireylerin yas tepki düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Kadın}}=94,19$ ve $\bar{X}_{\text{Erkek}}=83,63$).

Hipotez 3: Ergenlik dönemindeki bireylerin sınıf düzeyleri ile yas tepki düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 29: Ergenlerin Sınıf Düzeylerine Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Sınıf	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	Ss	F	p
Yas Ölçeği	9. sınıf (1)	588	87,51	28,02	5,49	0,001**
	10. sınıf (2)	419	88,90	25,83		
	11. sınıf (3)	391	91,14	26,67		
	12. sınıf (4)	153	96,91	25,14		

** $p < .01$

Tablo 29’ da Ergenlerin, yas tepki düzeylerinin öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=5,49$; $p < .01$].

Sınıf Düzeylerine Göre Ergenlerin Yas Tepki Puanlarına İlişkin Post-Hoc düzeylerinin farklı olduğunu araştırmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, 12. Sınıf düzeyindeki ergenlerin (Grup 4) yas tepki düzeyleri, 9 ve 10. Sınıf düzeyindeki ergenlerden (Grup 1 ve 2) daha yüksektir (\bar{X} 9. Sınıf=87,51; \bar{X} 10. Sınıf=88,90 ve \bar{X} 12. Sınıf=96,14).

Hipotez 4: Bireylerin ebeveynlerinin birlikte olup olmama durumları ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 30: Ergenlerin Anne-Babanın Birliktelik Durumuna Göre Yas Tepki Düzeylerine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Anne-babanın birlikteliği	Betimsel İst.			Mann-Whitney U	
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Yas Ölçeği	Evli/Birlikte	1453	765,26	1111921,00	-3,64	0,000***
	Boşanmış/Ayrı	98	935,26	91655,00		

*** $p < .001$

Tablo 30'da ergenlerin, yas tepki düzeylerinin anne-babanın birliktelik durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak üzere yapılan Mann-Whitney U testine göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($Z=-3,64$ ve $p < .001$) (Tablo 33). Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde; anne-babası birlikte olmayan (boşanmış/ayrı) ergenlerin yas tepki düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=765,26 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=935,26).

4.3 Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 31'de, ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin cinsiyet durumuna göre anlamlı bir farklılaşma gösterip göstermediği incelenmiştir.

Hipotez 5: Ergenlik dönemindeki bireylerin cinsiyetleri ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 31: Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistik ve T-Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Cinsiyet	Betimsel İst.			t-test		
		N	\bar{X}	ss	t	sd	p
Somatizasyon	Kadın	896	7,06	5,81	6,17	1549	0,000**
	Erkek	655	5,36	4,63			
Obsesif-kompulsif bozukluk	Kadın	896	8,17	4,77	6,20	1549	0,000**
	Erkek	655	6,69	4,44			
Kişilerarası duyarlılık	Kadın	896	5,57	3,61	8,40	1549	0,000**
	Erkek	655	4,08	3,22			
Depresyon	Kadın	896	7,78	5,97	6,23	1549	0,000**
	Erkek	655	5,96	5,21			
Anksiyete bozukluğu	Kadın	896	7,07	5,06	9,24	1549	0,000**
	Erkek	655	4,84	4,17			
Hostilite	Kadın	896	7,12	4,99	2,41	1549	0,016*
	Erkek	655	6,52	4,69			
Fobik anksiyete	Kadın	896	4,20	3,74	5,32	1549	0,000**
	Erkek	655	3,23	3,27			
Paranoid düşünceler	Kadın	896	6,73	4,17	5,11	1549	0,000**
	Erkek	655	5,67	3,86			
Psikotizm	Kadın	896	5,12	4,04	3,46	1549	0,001**
	Erkek	655	4,44	3,53			
KSE Puanı	Kadın	896	64,13	37,54	7,17	1549	0,000**
	Erkek	655	51,09	32,21			

* $p < .05$, ** $p < .01$ ve *** $p < .001$.

Tablo 31’de ergenlerin, psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin (KSE puanlarının) cinsiyetlerine bağlı olarak farklılaşma gösterip göstermediğini test etmek üzere yapılan bağımsız (ilişkisiz) gruplar t-testi sonuçlarına göre cinsiyet, tüm

alt ölçekler ve envanterin geneli bakımından farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna göre;

Kadın ve erkek cinsiyetinde ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *somatizasyon* alt ölçeği puanları (düzeyleri) arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=6,17$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *somatizasyon* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Kadın}=7,06$ ve $\bar{X}_{Erkek}=5,36$). Kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *obsesif-kompulsif bozukluk* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=6,20$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *obsesif-kompulsif bozukluk* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Kadın}=8,17$ ve $\bar{X}_{Erkek}=6,69$). Kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *kişilerarası duyarlılık* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=8,40$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *kişilerarası duyarlılık* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Kadın}=5,57$ ve $\bar{X}_{Erkek}=4,08$). Kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *depresyon* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın cinsiyet ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=6,23$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *depresyon* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Kadın}=7,78$ ve $\bar{X}_{Erkek}=5,96$). Kadın ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *anksiyete bozukluğu* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=9,24$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *anksiyete bozukluğu* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Kadın}=7,07$ ve $\bar{X}_{Erkek}=4,84$). Kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *hostilite* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=2,41$ ve $p<.05$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *hostilite* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{Kadın}=7,12$ ve

$\bar{X}_{\text{Erkek}}=6,52$). Kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *fobik anksiyete* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=5,52$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *fobik anksiyete* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Kadın}}=4,20$ ve $\bar{X}_{\text{Erkek}}=3,23$). Kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *paranoid düşünceler* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=5,11$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *paranoid düşünceler* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Kadın}}=6,73$ ve $\bar{X}_{\text{Erkek}}=5,67$). Kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *psikotizm* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=3,46$ ve $p<.01$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin *Psikotizm* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Kadın}}=5,12$ ve $\bar{X}_{\text{Erkek}}=4,44$). Son olarak, kadın ve erkek ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin geneline ilişkin düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın ergenlerin lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(1549)}=7,17$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadın ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin erkek ergenlerden daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Kadın}}=64,13$ ve $\bar{X}_{\text{Erkek}}=51,09$).

Hipotez 6: Ergenlik dönemindeki bireylerin sınıf düzeyleri ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 32: Ergenlerin Sınıf Düzeylerine Göre Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanları ve Alt Boyutları Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistik ve ANOVA Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Sınıf	Betimsel İst.			ANOVA	
		n	\bar{X}	ss	F	p
Somatizasyon	9. sınıf (1)	588	6,22	5,58	2,83	0,037*
	10. sınıf (2)	419	6,23	5,28		
	11. sınıf (3)	391	6,18	5,04		

	12. sınıf (4)	153	7,55	5,85		
Obsesif-kompulsif bozukluk	9. sınıf (1)	588	7,47	4,81	2,74	0,042*
	10. sınıf (2)	419	7,40	4,57		
	11. sınıf (3)	391	7,41	4,45		
	12. sınıf (4)	153	8,57	5,01		
Kişilerarası duyarlılık	9. sınıf (1)	588	4,86	3,72	1,46	0,225
	10. sınıf (2)	419	4,94	3,36		
	11. sınıf (3)	391	4,84	3,42		
	12. sınıf (4)	153	5,49	3,50		
Depresyon	9. sınıf (1)	588	6,94	6,01	2,99	0,030*
	10. sınıf (2)	419	6,67	5,54		
	11. sınıf (3)	391	6,99	5,53		
	12. sınıf (4)	153	8,27	5,52		
Anksiyete bozukluğu	9. sınıf (1)	588	5,86	4,95	3,09	0,026*
	10. sınıf (2)	419	6,08	4,86		
	11. sınıf (3)	391	6,16	4,54		
	12. sınıf (4)	153	7,19	4,95		
Hostilite	9. sınıf (1)	588	6,34	5,23	3,48	0,015*
	10. sınıf (2)	419	6,39	4,64		
	11. sınıf (3)	391	6,88	4,55		
	12. sınıf (4)	153	7,86	4,75		
Fobik anksiyete	9. sınıf (1)	588	3,81	3,61	0,94	0,420
	10. sınıf (2)	419	3,61	3,42		
	11. sınıf (3)	391	3,80	3,57		
	12. sınıf (4)	153	4,18	3,91		
Paranoid düşünceler	9. sınıf (1)	588	6,09	4,11	2,78	0,040*
	10. sınıf (2)	419	6,16	3,97		
	11. sınıf (3)	391	6,40	4,11		
	12. sınıf (4)	153	7,10	4,03		
Psikotizm	9. sınıf (1)	588	4,57	3,89	3,50	0,015*
	10. sınıf (2)	419	4,73	3,75		
	11. sınıf (3)	391	5,03	3,97		
	12. sınıf (4)	153	5,63	3,58		
KSE Puanı	9. sınıf (1)	588	57,63	37,84	3,31	0,019*

10. sınıf (2)	419	57,19	35,17
11. sınıf (3)	391	58,28	33,65
12. sınıf (4)	153	67,22	35,52

* $p < .05$

Tablo 33: Sınıf Düzeyleri Farklı Ergenlerin Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Sınıf	(J) Sınıf	Ort. Farkı (I-J)	p	Anlamlı Fark
Somatizasyon	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	-0,006	1,000	4 ile 1, 2, 3
		11. sınıf (3)	0,042	1,000	
		12. sınıf (4)	-1,328*	0,042	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	0,006	1,000	
		10. sınıf (2)	0,048	0,999	
		12. sınıf (4)	-1,322*	0,043	
	11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	-0,042	1,000	
		10. sınıf (2)	-0,048	0,999	
		12. sınıf (4)	-1,370*	0,040	
	12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	1,328*	0,042	
		10. sınıf (2)	1,322*	0,043	
		11. sınıf (3)	1,370*	0,040	
Obsesif-kompulsif bozukluk	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	0,065	0,997	4 ile 1, 2, 3
		11. sınıf (3)	0,059	0,998	
		12. sınıf (4)	-1,103*	0,041	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	-0,065	0,997	
		10. sınıf (2)	-0,006	1,000	
		12. sınıf (4)	-1,168*	0,037	
	11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	-0,059	0,998	
		10. sınıf (2)	0,006	1,000	
		12. sınıf (4)	-1,162*	0,038	
	12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	1,103*	0,041	
		10. sınıf (2)	1,168*	0,037	
		11. sınıf (3)	1,162*	0,038	
Depresyon	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	0,273	0,906	4 ile 1, 2, 3

		11. sınıf (3)	-0,048	0,999	
		12. sınıf (4)	-1,324*	0,036	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	-0,273	0,906	
		10. sınıf (2)	-0,322	0,887	
		12. sınıf (4)	-1,597*	0,033	
	11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	0,048	0,999	
		10. sınıf (2)	0,322	0,887	
		12. sınıf (4)	-1,276*	0,041	
	12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	1,324*	0,036	
		10. sınıf (2)	1,597*	0,033	
		11. sınıf (3)	1,276*	0,041	
Anksiyete bozukluğu	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	-0,217	0,920	4 ile 1, 2, 3
		11. sınıf (3)	-0,296	0,829	
		12. sınıf (4)	-1,327*	0,027	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	0,217	0,920	
		10. sınıf (2)	-0,080	0,997	
		12. sınıf (4)	-1,111*	0,045	
	11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	0,296	0,829	
		10. sınıf (2)	0,080	0,997	
		12. sınıf (4)	-1,031*	0,047	
	12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	1,327*	0,027	
		10. sınıf (2)	1,111*	0,045	
		11. sınıf (3)	1,031*	0,047	

* $p < .05$

Tablo 35 (Devam): Sınıf Düzeyleri Farklı Ergenlerin Kısa Semptom Envanteri Puanlarına İlişkin Scheffe Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Sınıf	(J) Sınıf	Ort. Farkı (I-J)	p	Anlamlı Fark
Hostilite	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	0,547	0,378	4 ile 1, 2
		11. sınıf (3)	0,058	0,998	
		12. sınıf (4)	-0,916*	0,043	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	-0,547	0,378	
		10. sınıf (2)	-0,489	0,564	
		12. sınıf (4)	-1,462*	0,018	
	11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	-0,058	0,998	

		10. sınıf (2)	0,489	0,564	
		12. sınıf (4)	-0,974	0,221	
	12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	0,916*	0,043	
		10. sınıf (2)	1,462*	0,018	
		11. sınıf (3)	0,974	0,221	
Paranoid düşünceler	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	-0,065	0,996	4 ile 1, 2
		11. sınıf (3)	-0,314	0,705	
		12. sınıf (4)	-1,014*	0,036	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	0,065	0,996	
		10. sınıf (2)	-0,249	0,859	
		12. sınıf (4)	-0,949*	0,044	
	11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	0,314	0,705	
		10. sınıf (2)	0,249	0,859	
		12. sınıf (4)	-0,700	0,352	
	12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	1,014*	0,036	
		10. sınıf (2)	0,949*	0,044	
		11. sınıf (3)	0,700	0,352	
Psikotizm	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	-0,153	0,943	4 ile 1, 2
		11. sınıf (3)	-0,451	0,357	
		12. sınıf (4)	-1,053*	0,028	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	0,153	0,943	
		10. sınıf (2)	-0,298	0,749	
		12. sınıf (4)	-0,900*	0,035	
	11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	0,451	0,357	
		10. sınıf (2)	0,298	0,749	
		12. sınıf (4)	-0,602	0,440	
	12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	1,053*	0,028	
		10. sınıf (2)	0,900*	0,035	
		11. sınıf (3)	0,602	0,440	
KSE Puanı	9. sınıf (1)	10. sınıf (2)	0,440	0,998	4 ile 1, 2
		11. sınıf (3)	-0,648	0,994	
		12. sınıf (4)	-9,585*	0,034	
	10. sınıf (2)	9. sınıf (1)	-0,440	0,998	

	10. sınıf (2)	-1,088	0,980
	12. sınıf (4)	-10,025*	0,033
11. sınıf (3)	9. sınıf (1)	0,648	0,994
	10. sınıf (2)	1,088	0,980
	12. sınıf (4)	-8,937	0,078
12. sınıf (4)	9. sınıf (1)	9,585*	0,034
	10. sınıf (2)	10,025*	0,033
	11. sınıf (3)	8,937	0,078

* $p < .05$

Tablo 33’de ergenlerin, psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin (KSE puanlarının) öğrenim gördükleri sınıf düzeyine bağlı olarak farklılaşma gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, (one way ANOVA) *kişilerarası duyarlılık* ve *fobik anksiyete* alt ölçekleri hariç diğer tüm alt ölçek ve envanterin geneli bakımından farklılaşmaya neden olmaktadır. Buna göre;

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *somatizasyon* alt ölçeği düzeylerinin öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=2,83; p<.05$] (Tablo 33). Hangi sınıf düzeyleri arasında ergenlerin *somatizasyon* alt ölçeği düzeylerinin farklı olduğunu araştırmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Lise 4) *somatizasyon* puanları diğer sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Lise 1, 2 ve 3) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=6,22; \bar{X}_{10. Sınıf}=6,23; \bar{X}_{11. Sınıf}=6,18$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=7,55$).

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *obsesif-kompulsif bozukluk* alt ölçeği düzeylerinin de öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=2,74; p<.05$] (Tablo 32). Post-hoc Scheffe testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Grup 4) *obsesif-kompulsif bozukluk* puanları diğer sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Grup 1, 2 ve 3) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=7,47; \bar{X}_{10. Sınıf}=7,40; \bar{X}_{11. Sınıf}=7,41$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=8,57$).

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *depresyon* alt ölçeği düzeylerinin de öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı

bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=2,99$; $p<.05$] (Tablo 33). Post-hoc Scheffé testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Grup 4) *depresyon* puanları diğer sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Grup 1, 2 ve 3) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=6,94$; $\bar{X}_{10. Sınıf}=6,67$; $\bar{X}_{11. Sınıf}=6,99$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=8,27$).

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *anksiyete bozukluğu* alt ölçeği düzeylerinin de öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=3,09$; $p<.05$] (Tablo 32). Post-hoc Scheffé testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Grup 4) *anksiyete bozukluğu* puanları diğer sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Grup 1, 2 ve 3) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=5,86$; $\bar{X}_{10. Sınıf}=6,08$; $\bar{X}_{11. Sınıf}=6,16$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=7,19$).

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *hostilite* alt ölçeği düzeylerinin de öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=3,48$; $p<.05$] (Tablo 33). Post-hoc Scheffé testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Grup 4) *hostilite* puanları 9 ve 10. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Grup 1 ve 2) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=6,34$; $\bar{X}_{10. Sınıf}=6,39$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=7,86$).

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *paranoid düşünceler* alt ölçeği düzeylerinin de öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=2,78$; $p<.05$] (Tablo 33). Post-hoc Scheffé testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Grup 4) *paranoid düşünceler* puanları 9 ve 10. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Grup 1 ve 2) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=6,09$; $\bar{X}_{10. Sınıf}=6,16$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=7,10$).

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin *psikotizm* alt ölçeği düzeylerinin de öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=3,50$; $p<.05$] (Tablo 32). Post-hoc Scheffé testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Grup 4) *psikotizm* puanları 9 ve 10. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Grup 1 ve 2) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=4,57$; $\bar{X}_{10. Sınıf}=4,73$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=7,10$).

Ergenlerin, Kısa Semptom Envanterinin geneline ilişkin puanlarının da öğrenim gördükleri sınıf düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(3; 1547)}=3,31; p<.05$] (Tablo 32). Post-hoc Scheffe testine göre, 12. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerin (Grup 4) psikopatolojik belirtiler gösterme düzeyleri 9 ve 10. Sınıf düzeyi öğrenim gören ergenlerden (Grup 1 ve 2) daha yüksektir ($\bar{X}_{9. Sınıf}=57,63; \bar{X}_{10. Sınıf}=57,19$ ve $\bar{X}_{12. Sınıf}=67,22$).

Hipotez 7: Bireylerin ebeveynlerinin birlikte olup olmama durumları ile psikopatolojik belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 34: Ergenlerin Anne-Baba Birlikteliği Durumuna Göre Psikopatolojik Belirtiler Gösterme Düzeylerine İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları

Boyut/Ölçek	Anne-babanın birlikteliği	Betimsel İst.			Mann-Whitney U	
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Somatizasyon	Evli/Birlikte	1453	774,28	1125032,50	-0,58	0,560
	Boşanmış/Ayrı	98	801,46	78543,50		
Obsesif-kompulsif bozukluk	Evli/Birlikte	1453	768,10	1116042,50	-2,68	0,007**
	Boşanmış/Ayrı	98	893,20	87533,50		
Kişilerarası duyarlılık	Evli/Birlikte	1453	774,58	1125471,00	-0,48	0,630
	Boşanmış/Ayrı	98	796,99	78105,00		
Depresyon	Evli/Birlikte	1453	764,96	1111481,00	-3,75	0,000***
	Boşanmış/Ayrı	98	939,74	92095,00		
Anksiyete bozukluğu	Evli/Birlikte	1453	770,71	1119836,50	-1,99	0,046*
	Boşanmış/Ayrı	98	854,48	83739,50		
Hostilite	Evli/Birlikte	1453	767,96	1115839,50	-2,73	0,006**
	Boşanmış/Ayrı	98	895,27	87736,50		
Fobik anksiyete	Evli/Birlikte	1453	771,49	1120979,00	-1,54	0,124
	Boşanmış/Ayrı	98	842,83	82597,00		

Paranoid düşünceler	Evli/Birlikte	1453	766,90	1114299,50	-3,09	0,002**
	Boşanmış/Ayrı	98	910,98	89276,50		
Psikotizm	Evli/Birlikte	1453	770,17	1119051,50	-1,98	0,047*
	Boşanmış/Ayrı	98	862,49	84524,50		
KSE Puanı	Evli/Birlikte	1453	767,73	1115507,00	-2,80	0,005**
	Boşanmış/Ayrı	98	898,66	88069,00		

*Fark $p < .05$, **fark $p < .01$ ve ***fark $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 34'te ergenlerin, psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin (KSE puanlarının) anne-baba birlikteliği durumuna bağlı olarak farklılaşma gösterip göstermediğini araştırmak üzere yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre anne-baba birlikteliği, envanterin *somatizasyon*, *kişilerarası duyarlılık* ve *fobik anksiyete* alt ölçekleri hariç diğer tüm alt ölçek ve toplam puanlar bakımından farklılaşmaya neden olmaktadır. Buna göre;

Ergenlerin, anne-baba birlikteliği durumunun Kısa Semptom Envanterinin *obsesif-kompulsif bozukluk* alt ölçeği düzeyleri arasında anlamlı bir farklaşmaya neden olduğu ve bu farkın anne-babası boşanmış/ayrı ergenler lehine olduğu bulunmuştur ($Z = -2,68$ ve $p < .01$). Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin *obsesif-kompulsif bozukluk* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=768,10 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=893,20).

Ergenlerin, anne-baba birlikteliği durumunun Kısa Semptom Envanterinin *depresyon* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine anne-babası boşanmış/ayrı ergenler lehine olduğu bulunmuştur ($Z = -3,75$ ve $p < .001$). Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin *depresyon* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=764,96 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=939,74).

Ergenlerin, anne-baba birlikteliği durumunun Kısa Semptom Envanterinin *anksiyete bozukluğu* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine anne-babası boşanmış/ayrı ergenler lehine olduğu bulunmuştur ($Z = -1,99$ ve $p < .05$).

Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin *anksiyete bozukluğu* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=770,71 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=854,48).

Ergenlerin, anne-baba birlikteliği durumunun Kısa Semptom Envanterinin *hostilite* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine anne-babası boşanmış/ayrı ergenler lehine olduğu bulunmuştur ($Z=-2,73$ ve $p<.01$). Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin *hostilite* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=767,96 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=895,27).

Ergenlerin, anne-baba birlikteliği durumunun Kısa Semptom Envanterinin *paranoid düşünceler* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine anne-babası boşanmış/ayrı ergenler lehine olduğu bulunmuştur ($Z=-3,09$ ve $p<.01$). Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin *paranoid düşünceler* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=766,90 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=910,98).

Ergenlerin, anne-baba birlikteliği durumunun Kısa Semptom Envanterinin *psikotizm* alt ölçeği düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine anne-babası boşanmış/ayrı ergenler lehine olduğu bulunmuştur ($Z=-1,98$ ve $p<.05$). Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin *psikotizm* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=770,17 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=862,49).

Son olarak, ergenlerin, anne-baba birlikteliği durumunun Kısa Semptom Envanterinin geneline ilişkin düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine anne-babası boşanmış/ayrı ergenler lehine olduğu bulunmuştur ($Z=-2,80$ ve $p<.01$). Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin anne-babası evli/birlikte olan ergenlerden daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Evli/Birlikte=767,73 ve Sıra Ortalaması Boşanmış/Ayrı=898,66).

BEŞİNCİ BÖLÜM

V. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı ergenlik dönemindeki bireyleri bir ayrılık ya da yitim sonrası yaşadıkları yas tepki düzeylerinin psikopatolojik belirtiler, cinsiyet, sınıf düzeyi ve anne-baba birlikteliği açısından incelenmesidir. Bu amaç çerçevesinde bu bölümde yapılan çalışmalar neticesinde elde edilen veriler ilgili literatür ışığında tartışılmaktadır.

Araştırmada cinsiyet ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Buna göre cinsiyete bağlı olarak ergenlerin yas tepki düzeylerine ilişkin ortalama puanlara bakıldığında, kadın ergenlerin yas tepki düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu konuda daha önce yapılmış çalışmalar incelendiğinde çalışmamıza benzer sonuçların yaygınlıkta olduğu anlaşılmaktadır. Birçok çalışmada belirtildiği gibi kadınların bazal anksiyete düzeyi erkeklerden daha yüksektir ve acı veren olaylara kadınlar daha fazla duygusal ve davranışsal tepki vermektedir (Merikangas 2007, Najib 2004). Bu çalışmalarla uyumlu şekilde bu çalışmada en yoğun kaygı ölenin kadın akrabalarında, sonra erkek akrabalarında, sonra akraba olmayan kadınlarda, en sonunda da akraba olmayan erkeklerde saptanmıştır. İstanbul İlinde çalışma yapılan ilçeler de sosyoekonomik düzeyin düşük olması ve ölüm sonrası yaşanacak belirsizlikleri ve zorlukları düşünmesi de kaygı düzeyini artıran önemli faktörlerden biri olabilir. Bu konuyu aydınlatacak detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada kadınların toplam yas puanının erkeklere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Yazında da kadınların hem daha fazla patolojik yas tanısı aldığı, hem de yakınıni kaybedenler arasında yas belirtilerinin ağırlığının kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (Kersting ve ark 2011; Li ve ark 2015). Lundorff ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu meta-analiz sonucunda ise kadın cinsiyet risk faktörü olarak bulunmamıştır. Ruhsal hastalıkların kadınlarda daha yaygın görüldüğü bilinmektedir. Çalışmamızda da kadınlardaki bu yatkınlığı destekleyecek şekilde yakın kaybindan bağımsız olarak tüm örneklemde depresyon belirti düzeyi ve yetişkin ayrılık anksiyetesi belirti düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Yas belirtilerinin kadınlarda daha fazla görülmesinin bir diğer olası

açıklaması kadınların diğer sosyodemografik özelliklerinin hastalık riskini arttırması ihtimalidir (Bağcaz, 2017). Hem bu çalışmada hem daha önceki literatürde kadınların yas sürecine verdikleri tepki düzeyinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumun toplumsal cinsiyet rolleri ve toplum içerisinde kadına yüklenen anlam ve rollerle ilişkili olduğu düşünülebilir. Kadınların hem aile içerisinde hem de toplumsal yaşam içerisinde daha duygusal ve güçsüz olarak görülmesinin bu rolün kadınlar tarafından da benimsenmesine yol açabileceği ve üstlerine aldıkları bu rolden dolayı yas sürecine daha fazla tepki verebildikleri düşünülmektedir.

Araştırmanın denencelerinden olan ergenlerin öğrenim gördükleri sınıf düzeyleri ile yas tepki düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığı ilişki incelenmiştir. Yapılan analizlere göre; 12. Sınıfta öğrenim gören ergenlerin yas tepki düzeyleri, 9 ve 10. Sınıfta öğrenim gören ergenlerden daha yüksektir. Literatür incelendiğinde bu konuda yapılmış çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. 12. Sınıf düzeyinde öğrenim gören ergenlerin yas tepki düzeylerinin yaşa bağlı olarak daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Ergenlerin yaşlarının yükselmesi ile yitim gibi soyut kavramları daha fazla idrak etmeye başlamalarının verdikleri tepki düzeylerini yükseltmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın denencelerinden olan aile bütünlüğünün bireylerde sosyal destek algısı yaratacağı düşünüldüğü için ebeveynleri birlikte olan ve olmayan ergenlerin yas tepki düzeyleri incelenmiştir. Ergenlerin sıra ortalaması puanları incelendiğinde; anne-babası birlikte olmayan (boşanmış/ayrı) ergenlerin yas tepki düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yas ile ilişkili pek çok çalışma var iken spesifik olarak aile bütünlüğü bulunmaya ergenlerde bu durumu inceleyen çalışmaların bulunmadığı görülmüştür. Arıcı (2014) aile dayanıklılığı ile yas belirtilerini ve tepkilerini incelediği çalışmasında; aile bütünlüğünün ve sosyal destek yüksekliğinin yas tepkileri üzerinde olumlu etki yarattığına dair sonuçlar elde etmiştir. Bu bulgu da bu çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir. Zorlu ruhsal süreçlerde çevrede sosyal destek sağlayabilecek birey ve bütünlüklerin olmasının durumla baş edebilme adına avantaj sağladığı bilinmektedir. Bu ruhsal sıkıntıların arasında önemli biri olarak ifade edilebilecek olan yas sürecinin atlatılabilmesi sürecinde ergen olarak belirttiğimiz çalışma grubundaki bireylerin ergenlik döneminde olmaları ebeveynlerinin bir arada olması ve bir aile bütünlüğünün olmasının bireyleri yas

sürecine karşı daha güçlü kılabilceği ve kaybı kabullenip yaşamı sürdürme düzeyinin daha yüksek olması beklenen bir sonuç olmaktadır. Çalışma sonucumuzun da bu doğrultuda çıkmış olması bu aile bütünlüğünün bu tür ruhsal stres yaratan durumlar için ne denli önemli olduğunu ortaya koymak ve bu konuda çalışmaları yaygınlaştırarak farkındalık sağlamak önemli hale gelmektedir.

Araştırmanın denencelerinden olan ruhsal belirtilerin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığı araştırılmış olup hem ruhsal belirti toplam puanlarında hem de ruhsal belirtiler alt ölçekleri açısından kadınların aleyhine sonuçlar elde edilmiştir. Cinsiyete bağlı olarak ergenlerin ortalama puanlarına bakıldığında, kadınların *somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm* düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara dayalı olarak; kadın ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin erkek ergenlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. İlgili alanyazın incelendiğinde çalışma bulgularının genel olarak bu çalışma sonuçlarına benzer sonuçların ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Şahin ve arkadaşlarının (2002) KSE geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kadınlarda depresyon puanı, erkeklerde ise hostilite puanı daha yüksek bulunmuştur. Literatürde cinsiyete göre karşılaştırmalar açısından farklılıklar bulunmaktadır. Karabulut (2010) yaptığı çalışmada kadınların psikolojik semptom puan ortalamaları erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Lev-Wiesel ve arkadaşlarının Filistinli gençlerde yaptığı çalışmada da kadınlarda KSE puan ortalamaları erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (Wiesel ve diğ., 2005). Romito ve Grassi (2007) çalışmasında da kadın öğrencilerde depresyon ve panik atak semptomları erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadın ergenlerin toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, aile ve toplum tarafından daha erken olgunlaşmalarının beklenmesi, duygularını dışa vuramamaları gibi nedenlerle depresyon, somatizasyon gibi psikolojik rahatsızlıklara yakalanma ihtimallerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Morris (2002) kadınların erkeklere oranla, pozitif duygularını göstermeye, negatif duygularını bastırmaya daha eğilimli oldukları, örneğin; erkekler öfkelendiklerinde, çevrelerinde yer alan bir şeyi veya bir kişiyi öfkelerinin kaynağı olarak yorumlama eğiliminde ve genellikle öfkelerini dışa, başka kişilere veya içinde buldukları ortama yöneltirler. Kadınlar ise, bir kural olarak, sorunun kaynağını kendilerinde

görme eğiliminde olup öfkelerini içe, kendilerine yöneltirler. Toplumsal cinsiyete özgü bu davranımlar bağlamında, kadınlar erkeklere göre daha çok depresyona girme eğilimi taşımakta, erkekler ise yaşamdaki bunalım dönemlerinde, kadınlara oranla dört misli daha şiddet gösterme eğilimi taşımakta ve daha saldırgan olduklarını belirtmektedir. Bu sonuçlar psikolojik semptom sıklığının erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu da araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Depresif bozukluk semptom bulguları ile ilgili literatür incelendiğinde; depresif semptomların görülme olasılığı kadınlar da %10-25 arasında, erkekler de ise %5-12 arasında dağıldığı görülmektedir. Başka bir deyimle depresif bozukluk bulgu ve belirtilerin erkeklere göre kadınlarda görülme sıklığının iki kat daha fazla olduğu yapılan araştırmalar ile desteklenmektedir. Cinsel kimlik rolü, biyolojik yapısı, toplumsal-kültürel ve sosyal özellikler nedeni ile erkeklere oranla kadınların, depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarının da depresif bozukluk semptomları gibi benzer şekilde erkeklere oranla kadınlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Özellikle Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarının şiddetinin kadınlarda erkeklere oranla daha yoğun hissedildiği belirtilmiştir (Noelen-Hoeksema, 2000). Ruhsal semptomların kadınlarda daha yüksek olmasının sebebin toplumsal anlamda kadın profili ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın denencelerinden olan sınıf düzeyi açısından psikopatolojik belirtiler gösterme oranları incelenmiştir. Araştırma verilerine göre 12. Sınıf düzeyi ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeyleri 9 ve 10. Sınıf düzeyi ergenlerden daha yüksektir. Sınıf düzeyini psikopatolojik belirtilerin görülme sıklığı açısından inceleyen çalışma bulgularının yetersiz olduğu görülmektedir. Çalışma sonuçlarının anlamlı farklılıklar ortaya koyması bu alanda incelemelerin yapılmasının faydalı olacağını göstermektedir. Dağlı (2009) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında daha ileri düzey sınıflarda olan öğrencilerin diğerlerine oranla ruhsal belirti ölçeği toplam ve alt ölçeklerinde daha yüksek puan aldıkları sonucuna ulaşmıştır. Ekemen (2006) “15-19 yaş arasındaki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi” tezinde rahatsızlık ciddiyeti indeksi ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulmamıştır. 12. Sınıf öğrencilerinin psikopatolojik belirti gösterme sıklığının daha yüksek olmasının yaşla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yaş

ile beraber 12. Sınıf öğrencilerinin üniversite sınavına hazırlanıyor olmalarının ve kişisel geleceklerine ilişkin verilmesi gereken kararların varlığının özellikle anksiyete ve depresyon gibi alt ölçeklerde puanları yükseltebildiği düşünülmektedir. Diğer yandan sınav kaygısı gibi bileşenlerin de olabileceği düşünüldüğünde 12. Sınıf öğrencilerinin somatizasyon gibi yakınmalarının sıklaşmasına yol açabilmiş olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın denencelerinden olan ergenlerin ebeveynlerinin birlikte ya da boşanmış olması ile psikopatolojik belirti düzeyleri ile olan ilişkisi araştırılmış olup elde edilen sonuçlara göre, anne-babası boşanmış/ayrı ergenlerin psikopatolojik belirtiler gösterme düzeylerinin anne-babası evli/birlikte olan ergenlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemen hemen çoğu çalışmada ortaya çıkan boşanmış aile çocuklarında olumsuz etkilerin ortaya çıkma durumlarına paralel olarak boşanmış aile çocuklarının psikopatolojik belirtileri yüksek çıkmıştır. Fakat parçalanmış aile çocuklarında bu şekilde psikopatolojik belirtilerinin ne düzeyde etkilenebildiğini ortaya çıkaran çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Çalışmamıza paralel olarak Vural (2015) ailesi boşanmış ve ya ebeveyn kaybı yaşamış olan çocukların diğerlerine oranla daha yüksek düzeyde travmatik belirti gösterdiği ve ruhsal belirtilerinin daha yüksek olduğu bulgusunu bulmuştur. Bu sonuç aile bütünlüğünün ergenler açısından ne derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bireyler olumsuz durumlar ile baş etme mücadelesi içerisinde iken çoğunlukla kendilerine yakın bireylerin desteğini hissetmek isterler. Böyle bir durum karşısında birey için en güçlü dayanak odaklarından biri olarak ifade edilebilecek olan aile bütünlüğünün ve devamlılığının olmaması bireylerde psikopatolojik belirtilerin yükselmesine yol açtığı düşünülmektedir.

Araştırmanın temel amacı çerçevesinde yas düzeyleri farklı olan ergenlerin psikopatolojik belirti toplam puan ve psikopatolojik belirti alt ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre yas tepki düzeyi ile psikopatolojik belirti alt ölçekleri arasında anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre somatizasyon arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, Obsesif-kompulsif bozukluk arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, Kişilerarası duyarlılık arasında pozitif yönde ve orta düzeyde Depresyon arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde, Anksiyete bozukluğu arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde, Hostilite arasında pozitif yönde

ve orta düzeyde, Fobik anksiyete arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, Paranoid düşünceler arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, Psikotizm arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, KSE arasında pozitif yönde ve güçlü düzeyde anlamlı ilişki vardır.

Ergenlerin yas düzeyleri artıkça Kısa Semptom Envanterinin geneli ve dokuz alt boyut/ölçekle ölçülen psikopatolojik belirtiler gösterme düzeyleri de artmaktadır (veya tersi). Alt ölçekler göre de paralel olarak yas tepki düzeyi yükseldikçe öğrencilerin somatizasyon puanları da yükselmektedir. Yas tepki düzeyi yükseldikçe öğrencilerin obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete bozukluğu, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm düzeyleri de yükselmektedir. Yas tepki düzeyi yükseldikçe öğrencilerin KSE (psikopatolojik belirtiler gösterme) puanları da yükselmektedir. Görüldüğü üzere çalışmamız çalışma öncesi öngörülen sonuçlara ulaşmıştır. Yas tepki düzeyi ve psikopatolojik belirtilerin birbirleri için yordayıcı olduğu sonuçları elde edilmiştir. Daha önce yapılmış çalışma bulgularının da bizim çalışmamıza paralel sonuçlar elde ettikleri görülmektedir. Genlik (2012) yas sürecinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisini incelediği çalışmada yas tepki düzeyinin yükselmesinin depresyon ve anksiyete puanlarını yükselttiği sonucuna ulaşmıştır. Çalışma geneli incelendiğinde yetişkin yası ile ilişkili fazlaca çalışmaya rastlanırken ergen yası ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Fakat genel olarak yas tepki düzeyin ruhsal sorunları yükseltebildiği gene aynı şekilde ruhsal belirtilerin varoluşunun yas tepki düzeyinin şiddetini tetikleyebildiği anlaşılmaktadır. Ball (1977)'a göre orta yaş ve sonrasında kayıp yaşamış kişilerin yas süreçlerini inceleyen araştırmacılar, yaşamının orta yaş ve sonrasında eşini, çocuğunu ve ebeveynlerini kaybetmiş kişilerin yas sürecinde yoğun anksiyete duygusu ile beraberinde yas sürecinin ilk 6 ayı içerisinde depresif bozukluk yaşama oranlarının yüksek olduğunu saptamışlardır. Evlilik ilişkisi içerisinde partnerini yitirmiş bireyin ise depresyon ve anksiyete yaşama düzeylerinin çiftin ilişkisinin aralarındaki bağın biteliğine göre farklılık göstermekte olduğu kaydedilmiştir (Genlik, 2017). Kaybedilen kişi ile ilişkinin niteliği kişinin bireysel duygu ve düşünce zemininde oldukça soyut ve sübjektif bir kavramdır. Yani aile üyelerinin ilişkilerinin güçlü oluşu, bağlılık düzeylerinin gayet iyi olduğu varsayımlarında literatür kapsamındaki çalışmaların aile üyelerinden birinin kaybı

sonrası bireyde ortaya çıkan belirtilerle, anksiyete ve depresif bozukluk semptomları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (Bonanno ve Kaltman, 2001).

Yas ve depresyonun beraber incelendiği küçük bir örnekleme ise her ikisi ile de ilişkili olduğu ancak depresyon grubunda daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (Carmassi ve ark 2015). Yetişkin ayrılık anksiyetesi epidemiyolojik bir yas çalışmasında daha önce değerlendirilmemiştir. Anksiyete duyarlılığı ise başta panik bozukluğu olmak üzere tüm anksiyete bozukluklarında ve depresyonda arttığı gösterilen bir özelliktir. Prospektif bir çalışma olmamasına rağmen araştırmacılar anksiyete duyarlılığının kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren bir özellik olduğunu ve bu hastalıklara yatkınlık oluşturduğunu tahmin etmektedir. Patolojik yas ve anksiyete duyarlılığı ilişkisini gösteren tek çalışma ise eşlik eden anksiyete bozuklukları ve depresyonun patolojik yas grubunda fazla olduğunu belirlemesine rağmen ek tanılarının etkisini analizlerinde kontrol etmemiştir (Robinaugh ve ark 2014). Bu çalışmanın araştırmacıları anksiyete duyarlılığının yas sürecindeki bireylerde kaçınmaya yol açarak sürecin uzamasına neden olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda bu kavramlarla yas belirtileri arasındaki ilişkiyi de incelemek istedik. Çalışmamızın sonuçları yas belirtilerinin şiddeti ile hem depresyon, hem yetişkin ayrılık anksiyetesi arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermektedir. Başka çalışmalarda yas ile yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon ek tanısının sıklıkla bulunduğu bildirilmiştir (Carmassi ve ark 2015). Bu tanılarının bu kadar sıklıkla bir arada görülmesi öncelikle birbiri ile örtüşen klinik tanılar olup olmadığı şüphesini doğurmaktadır. Ancak yazında birden çok çalışma bu tanılarının birbirinden gerek faktör analizleri, gerek klinik özellikleri açısından ayrıştığını göstermektedir (Tsutsui ve ark 2014). İkinci olası açıklama ortak etiyojodir. Bu kavramların etiyojodisi incelendiğinde hepsinde çocukluk çağı deneyimleri ve özellikle bağlanma türü ile ilişkili pozitif bulgular olduğu görülmektedir. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu'nun çocukluk çağında güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Bögels ve ark 2013). Erken çocukluk çağında ilişkiler hakkında zihinde modeller oluşturulur ve bu modeller ileride kişiye yol gösteren temel şemaları oluşturur. Güvensiz, ebeveynlerinden ayrılmaktan aşırı korkan bir çocuk erişkin yaşamında ayrılığa karşı duyarlı hale gelecek, ayrılık yaşadığında da daha çok huzursuz olacaktır. Patolojik yasin da

güvenli bağlanma dışında tüm bağlanma türleri ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Gesi ve ark 2016). Yakın kaybı sonrası yas belirtilerinin yanı sıra depresyonun da sık görüldüğü bilinmektedir. Patolojik yas tanısı almış bireylerde %52-70 oranlarında depresyon ek tanısının bulunduğu bildirilmiştir (Simon ve ark 2007).

Araştırmanın bu sonuçlarına dayalı olarak aşağıdaki önerilere yer verilmiştir.

1. Ergenlik dönemindeki bireylerin yitim sonrası yaşadıkları yas sürecinin psikopatolojik belirtileri arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçların üzerinde yaşanan yas sürecinin kendisinin yaratabildiği olumsuz duygusal yaşantılarla beraber yas sürecinin atlatılmasına yönelik yaklaşımlarında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda yaşamsal açıdan önemli düzeyde kritik bir süreç olan ergenlik döneminde yaşanan kayıpların sonrasında bu bireylerin yas sürecinin sağlıklı atlatabilmeleri için yeterli derecede sosyal desteğin sağlanmasının sonraki süreçlerde gelişebilecek psikopatolojik belirtiler konusunda ergenlere faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu noktada gereken zamanlarda yas sürecinin kendi dinamiklerine uygun olarak profesyonel desteğin alınmasının, yas sürecinin hem mevcut zaman diliminde hem de ilerleyen evrelerde getirebileceği olumsuz duygusal süreçler açısından bireyler katkı sunabileceği düşünülmektedir.

2. Bunlarla beraber ilgili alanyazın incelendiğinde yas süreci ile ilgili yapılan çalışma sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılacak çalışmaların yaygınlaştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma da ergenlik dönemindeki bireylerin yitim sonrasında yaşadıkları psikopatolojik belirtileri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar da göz önünde bulundurulduğunda farklı yaş grupları ile bu çalışmanın yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

3. Ayrıca farklı sosyolojik şehirlerde farklı örneklerle de bu çalışmanın tekrarlanmasının önemli sonuçlar ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir.

4. Araştırma sonucu yitim ve yitim sonrası süreçlerin bireyleri psikolojik açıdan etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yitim ve yas sürecinin kendi içerisinde pek çok dinamiği barındırdığı düşünülmektedir. Özellikle yas sürecinin sağlıklı atlatılmasının ilerleyen zamanlarda ortaya çıkarabileceği riskli psikolojik yaşantıları önemli

düzyde etkileyebileceği düşünülebilir. Bu durumdan hareketle toplumsal anlamda yitim ve yitim sonrası süreçlere ilişkin psikoeğitim programları hazırlanıp ergenlik dönemindeki bireylerin bu programlara katılmaları sağlanmalıdır.



KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, A. M. (1986). Death anxiety in Egyptian samples. *Personality and Individual Differences*, 7(4), 479-483.
- Abdel-Khalek, A. M., ve Tomas-Sabado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29(2), 157-169.
- Aracı, A. (2012). *Erken ergenlik dönemindeki bireylerde anne-baba ve arkadaşlara bağlanma ile saldırganlık düzeyinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Arıcı, N. (2014). *Travmatik yas sorununda aile dayanıklılığı programının kadınlardaki travma sonrası stres, yas ve aile dayanıklılığı düzeylerine etkisi*. (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Bağcaz, A. (2017). *Ankara'da yakın kaybı sonrası yas belirtilerinin yaygınlığı ve yordayıcı etmenler (sosyodemografik özellikler, yakın kaybının özellikleri, anksiyete duyarlılığı ve yetişkin ayrılık anksiyetesi ile ilişkisi)*. (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Baltaş, A. (1992). *Üstün başarı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (1987). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi
- Barry, L. C., Kasl, S. V., ve Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 447-457.
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A., ve Folkman, S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 88(5), 827.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., ... ve Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150.
- Bonanno, G. A., ve Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (2012). *Sevgi bağlarının kurulması ve bozulması*. Psikoterapi Enstitüsü Yayınları
- Boyce, P., ve Mason, C. (1996). An overview of depression-prone personality traits and the role of interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(1), 90-103.
- Bögels, S. M., Knappe, S., ve Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical psychology review*, 33(5), 663-674.
- Carmassi, C., Gesi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Cremone, I. M., Conversano, C., ... ve Dell'Osso, L. (2015). Adult separation anxiety differentiates patients with complicated grief and/or major depression and is related to lifetime mood spectrum symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 45-49.
- Cicirelli, V. G. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies*, 22(8), 713-733.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25(8), 663-683.

- Cleiren, M., Diekstra, R. F., Kerkhof, A. J., ve Van Der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how.". *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
- Coleman, J. C. (1972). *Abnormal psychology and modern life*. Glenview, 111. *Scott, Foresman and Company*,
- Corsini, R. J.; Wedding, Danny (2012). *Modern psikoterapiler*. İstanbul: Kaknüs Yayınları
- Çavaş, A. ve Verimli, A. (Ed.). (2004) *Obsesif Kompulsif Bozukluk. Affektif Spektrum Bozuklukları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Dağlı, S. Ç. (2009). *Düzce üniversitesi düzce meslek yüksekokulu öğrencilerinde şiddet sıklığının ve kısa semptom envanteri'nin değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Düzce.
- Deniz, M. (2006). Ergenlerde bağlanma stilleri ile çocukluk istismarları ve suçluluk- utanç arasındaki ilişki. *Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, (22).
- Dyregrov, K., Nordanger, D., ve Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27(2), 143-165.
- Ekemen, N. (2006). *15-49 yaş dönemindeki kadınlarda kısa semptom envanteri ile ruhsal durumun belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Field, N. P., Gao, B., ve Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29(4), 277-299.
- Freud, S. (1993). Yas ve melankoli. Çev: R. Uslu ve OE Berksun. *Kriz Dergisi*, 1(2), 98-103.
- Geçtan, E. (1984). *Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar*. Maya Yayınları.
- Geçtan, E. (2000). *Psikanaliz ve sonrası*. Remzi Kitapevi.
- Genlik, Ö. (2012). *Yas süreci ve yas sürecindeki kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gesi, C., Carmassi, C., Shear, K. M., Schwartz, T., Ghesquiere, A., Khaler, J., ve Dell'Osso, L. (2017). Adult separation anxiety disorder in complicated grief: an exploratory study on frequency and correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 6-12.
- Gesser, G., Wong, P. T., ve Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega-Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128.
- Gilliland, J. C., ve Templer, D. I. (1986). Relationship of death anxiety scale factors to subjective states. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 16(2), 155-167.
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., ve Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion and Culture*, 8(4), 253-261.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., ve Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260-273.
- Prigerson, S. J. H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*, 24(6), 479-495.
- Karabulut, E. (2010). *Diyarbakır'daki taziye evlerinde akut dönem yas sürecinin yaşanması ve yasın ağırlık derecesine etki eden faktörlerin belirlenmesi*. (Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır.

- Karasar, N. (1998). *Bilimsel araştırma yöntemleri (8. basım)*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar-ilkeler-teknikler*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., ve Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders, 131*(1-3), 339-343.
- Kulaksızoğlu, A. (2011). *Ergenlik psikolojisi*. 13. Baskı, Remzi Kitapevi, İstanbul
- Küçükkaya., P.G. (2009). Kayıp ve yas süreci. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi; 6*(1).
- Al-Krenawi, A., Lev-Wiesel, R., ve Sehwal, M. A. (2007). Psychological symptomatology among Palestinian male and female adolescents living under political violence 2004–2005. *Community Mental Health Journal, 43*(1), 49-56.
- Li, J., Chow, A. Y., Shi, Z., ve Chan, C. L. (2015). Prevalence and risk factors of complicated grief among Sichuan earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders, 175*, 218-223.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry, 101*(2), 141-148.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., ve O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 212*, 138-149.
- Malkinson, R., (2009). *Bilişsel yas terapisi*. Çev.: SK Akbaş, Ankara: HYB Yayıncılık.
- Rubin, S. S., Malkinson, R., ve Witztum, E. (2003). Trauma and bereavement: Conceptual and clinical issues revolving around relationships. *Death Studies, 27*(8), 667-690.
- Merikangas KR (2007). *Ölüm, ölmek ve yas*. Comprehensive Textbook Of Psychiatry 8 edition:, Benjamin Sadock (Çev. Aydın, H.) Güneş Yayınevi Ankara.
- Mestçioğlu, Ö., ve Sorgun, E. (2003). *Travmatik yas*. İçinde Aker T. ve Önder M.E. (Ed.), *Psikolojik travma ve sonuçları* (ss.179-193). İstanbul: 5US Yayınları, Epsilon Reklamcılık.
- Mikulincer, M., Florian, V., ve Hirschberger, G. (2003). The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love. *Personality And Social Psychology Review, 7*(1), 20-40.
- Miller, M. A., ve Rahe, R. H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of psychosomatic research, 43*(3), 279-292.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., ve Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(5), 498-506.
- Morris, C. G. (2002). Psikolojiyi anlamak (Çev. Ed. Ayvaşık B, Sayıl M.). *Türk Psikologlar Derneği Yayınları, (23)*.
- Najib, A., Lorberbaum, J. P., Kose, S., Bohning, D. E., ve George, M. S. (2004). Regional brain activity in women grieving a romantic relationship breakup. *American Journal of Psychiatry, 161*(12), 2245-2256.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504.

- Oates, M. (2003). Understanding the grief process: A first step to helping bereaved clients. *TCA Journal*, 31(1), 29-39.
- Öngider, N., ve Özışık Eyüboğlu, S. (2013). Investigation of death anxiety among depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 16(1), 34-46.
- Özakkaş, T. (2013). *Bütüncül psikoterapi* (5. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Özkan, D. (1992). *Ölümün Anlamı*. İstanbul: Merkür Yay.
- Özmansur, E.N. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk ve cerrahi tedavisi, *Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi*, Cilt:3, Sayı:4.
- Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Parkes, C. M. (1998). *Bereavement: Studies of grief in adult life* (2nd ed.). Madison, CT, US: International Universities Press, Inc.
- Patros, P., ve Shamoo, T. K. (1989). Depression and suicide in children and adolescents. *Boston: Aley and Bacon Inc.*
- Plotnik, R., Geniş, T., Çiftçi, S. D., ve Dağ, H. (2009). *Psikoloji'ye giriş*. Kaknüs Yayınları.
- Prigerson, H. (2004). Complicated grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, 23(3), 38-40.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., ... ve Widiger, T. A. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73.
- Coşkun, B. (2017). Ergenlik bir yaşam biçimi. *Psikeart*, 5(5), 79-82.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Cather, C., Gat, I., ve Sideris, J. (1995). Defensive distancing from victims of serious illness: The role of delay. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(1), 13-20.
- Ray, J. J., ve Najman, J. (1975). Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 5(4), 311-315.
- Reinecke, M.A., Dattilio, F.M., ve Freeman, A. (2015) *Çocuklar ve ergenlerle bilişsel terapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık
- Robinaugh, D. J., McNally, R. J., LeBlanc, N. J., Pentel, K. Z., Schwarz, N. R., Shah, R. M., ... ve Simon, N. M. (2014). Anxiety sensitivity in bereaved adults with and without complicated grief. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 202(8), 620.
- Romito, P., ve Grassi, M. (2007). Does violence affect one gender more than the other? The mental health impact of violence among male and female university students. *Social Science and Medicine*, 65(6), 1222-1234.
- Rosner, R., Pfoh, G., ve Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 7995.
- Rubin, S.S., ve Malkinson, R. ve Ben Nadav, K. (2004). Two track bereavement questionnaire . Unpublished manuscript. *Death Studies*. 33(4):305-33
- Rubin, S. S., Malkinson, R., ve Witztum, E. (2003). Trauma and bereavement: Conceptual and clinical issues revolving around relationships. *Death Studies*, 27(8), 667-690.
- Sanders, C. M. (1989). *Wiley series on personality processes. Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement*. Oxford, England: John Wiley and Sons
- Sartre, J.P. (2013). *Varlık ve hiçlik*, Çev: Ilgaz ve G.Ç. Eksen. İstanbul: İthaki Yay.
- Schupp, L. J. (2004). *Grief Normal Complicated Traumatic*. Pesi Health Care. USA.

- Servaty-Seib, H. L. (2004). Connections between counseling theories and current theories of grief and mourning. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(2), 125-145.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... ve Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117.
- Shear, K., ve Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.
- Sherman, D. W., Norman, R., ve McSherry, C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21(2), 99-112.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., ... ve Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 395-399.
- Steinberg L. (2007). *Ergenlik*. 1. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W. E., ve Schut, H. E. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association.
- Stroebe, W. ve Schut, H. (2001). *Risk Factors in Bereavement Outcome: A Methodological and Empirical Review*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe ve H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Stroebe, W., Schut, H., ve Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved?. *Clinical psychology review*, 25(4), 395-414.
- Stroebe, M., Schut, H., ve Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of general psychology*, 9(1), 48-66.
- Sungur, M. Z. (1997). Fobik bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 5-11.
- Swedo S., Snider L. (2004). *Neurobiology and treatment of obsessive compulsive disorder*. In: Carney Ds, Nestler Ej (Ed): *Neurobiology Of Mental İlness*. Oxford University Press, New York.
- Şahin, N. H., Batıgün, A. D., Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135.
- Toth, P.L., Stockton, R. ve Browne, F. (2000). College student grief and loss. In Harvey J.H. ve Miller, E.D. (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives* (ss. 237-248). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Tsutsui, T., Hasegawa, Y., Hiraga, M., Ishiki, M., ve Asukai, N. (2014). Distinctiveness of prolonged grief disorder symptoms among survivors of the Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Psychiatry Research*, 217(1-2), 67-71.
- Vahip, I. (2010). *Psikiyatri*, İstanbul: Medikal Yay.
- Van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., ve Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and

- depressive symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(9), 566-573.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., ve Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 121-123.
- Volkan, V. D., ve Zintl, E. (2010). *Gidenin ardından*. İstanbul: Oa Yayınları.
- Volkan, V. D., ve Zintl, E. (2015). *Life after loss: The lessons of grief*. Karnac Books.
- Vural, G. (2015). *Ebeveyn kaybı yaşamış çocuk ve ergenler ile ebeveynleri boşanmış çocuk ve ergenlerin travmatik yaşantılarının karşılaştırılması*. (Yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Walsh, F. ve McGoldrick, M. (2004). *Living beyond loss: death in the family* (2nd ed). Ne Worden, W. J. (2010). *Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. UK: Brunner-Routledge.
- Weiss, R. S. (2001). Grief, bonds, and relationships. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, ve H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 47-62). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible?. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 21(1), 93-123.
- Wong, P. T. P. (2008). Meaning management theory and death acceptance. In A. Tomer, E. Grafton, ve P. T. P. Wong (Eds.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 65-87). New York, NY: Erlbaum
- Worden, W. (2001). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Brunner-Routledge.
- Yalom, I., (2008). *Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek*. Çev. Babayiğt, Z. İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yalom, I.D. (2015). *Nietzsche ağladığında*. Çev: A. Babacan. İstanbul: Ayrıntı Yay.
- Yavuzer, H. (2013). *Çocuğu tanımak ve anlamak*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yörükoğlu, A.(1983). *Değişen toplumda aile ve çocuk*. Ankara: Aydın Kitabevi.

EKLER

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1) Cinsiyet: ()Kadın () Erkek
- 2) Sınıf Düzeyi: () 9. Sınıf () 10. Sınıf () 11. Sınıf () 12. Sınıf
- 3) Anne ve Baba: () Birlikte () Boşandılar
- 4) Anne: () Öz () Üvey ()Hayatta ()Hayatta Değil
- 5) Baba: () Öz () Üvey ()Hayatta ()Hayatta Değil
- 6) Sevdiğiniz bir yakınınızı kaybettiniz mi: () Evet () Hayır

EK 2: YAS ÖLÇEĞİ

YAS ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda yasla ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır. Genel olarak bir yakınınızı kaybettiğinizde veya sevdiğiniz birinden ayrıldığınızda, nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, “Her zaman (5), Sık sık (4), Ara sıra (3), Nadiren (2), Hiçbir zaman (1)” karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

Elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Envanterin doldurulmasında gerekli özeni göstereceğinizi umar, katkılarınız için teşekkür ederim.

Psk. Dan. Tunahan UZUN

İfadeler	Her zaman	Sık sık	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
1) Aklıma geldikçe ağlıyorum.					
2) Sabırsız ve hoşgörüsüz biri oldum.					
3) Uyku düzenim bozuldu.					
4) Geceleri aklıma gelince kabuslar görüyorum.					
5) Kendimi yorgun ve güçsüz hissediyorum.					
6) Sigara, alkol vb. kullanmaya başladım.					
7) Onu kaybetmemiş gibi davranıyorum.					
8) Boşluğunu dolduracak kişiler arıyorum.					
9) Eşyaları ve hatıraları ile teselli buluyorum.					
10) Hayatıma kaldığım yerden devam ediyorum.					
11) Kendimi ölüme hazırlıyorum.					
12) Kendi ayaklarım üzerinde durmaya başladım.					
13) Psikolojik tedavi görüyorum.					
14) Hayatın sadece yaşamdan ibaret olmadığını, ölümünde yaşam kadar gerçek olduğunu anladım.					

15) Onun her zaman benimle birlikte olduğuna inanıyorum.					
16) Sürekli onu düşünmekten günlük işlerimi aksatıyorum.					
17) Sanki bir gün gelecekmiş gibi hissediyorum.					
18) Kimseyi incitmemeye çalışıyorum.					
19) Yaşadıklarımın sonra aynı olayla karşı karşıya kalan kişileri daha iyi anlıyorum.					
20) Bir daha mutlu olamayacağımı hissediyorum.					
21) Duygularımı ifade etmekte zorluk çekiyorum.					
22) Kendimi yalnız hissediyorum.					
23) Ne zaman eğlenmek istesem kendimi huzursuz hissediyorum.					
24) Bu acıya daha fazla dayanacağımı zannetmiyorum.					
25) Kaybıyla tüm umutlarım söndü.					
26) Onu unutmak için eğlenceli şeyler yapıyorum.					
27) Güven duygumu kaybettim.					

EK 3: KISA SEMPTOM ENVANTERİ(KSE)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok
1. Biraz var
2. Orta derecede var
3. Epey var
4. Çok fazla var

1) İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2) Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3) Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4) Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5) Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6) Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7) Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8) Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9) Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10) İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11) İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12) Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13) Kontrol edemediğiniz duygu	0	1	2	3	4

patlamaları					
14) Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15) İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16) Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17) Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18) Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19) Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20) Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4
21) İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22) Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23) Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24) Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25) Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26) Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27) Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28) Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29) Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30) Sıcak-soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31) Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32) Kafanızın “bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33) Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34) Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35) Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36) Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37) Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38) Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39) Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4

40) Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41) Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42) Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43) Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44) Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45) Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46) Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47) Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirli hissetmek	0	1	2	3	4
48) Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49) Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50) Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4
51) Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52) Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53) Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK 4: SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARI



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
20.11.2018	10	2018 / 309

KARAR NO:
2018 - 309

Üniversitemiz Eğitim Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Tunahan UZUN'un Prof. Dr. Seher BALCI ÇELİK danışmanlığında "Ergenlerin Yas Karşısındaki Tutumlarının Psikopatolojik Belirtiler, Cinsiyet, Sınıf Düzeyi ve Okul Türü Açısından İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışması okunarak görüldü.

Üniversitemiz Eğitim Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Tunahan UZUN'un Prof. Dr. Seher BALCI ÇELİK danışmanlığında "Ergenlerin Yas Karşısındaki Tutumlarının Psikopatolojik Belirtiler, Cinsiyet, Sınıf Düzeyi ve Okul Türü Açısından İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Tunahan UZUN, 12.12.1986 tarihinde Samsun'da doğdu. Lise öğrenimine Samsun Cumhuriyet Lisesi'nde başlayıp Kayseri'de İstikbal Lisesi'nde tamamlamıştır. 2005 yılında Sakarya Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümüne kaydoldu. 2009 yılında mezun olduktan sonra ilk olarak İstanbul Orhangazi İlköğretim Okulu'na atandı. 2015 yılına değin İstanbul'da farklı okullarda, 2015 yılından itibaren ise Samsun ili Bafra ilçesinde psikolojik danışman olarak görev yapmaktadır.

İletişim Bilgileri

E-mail: tunahan_uzun@hotmail.com

Telefon: 05547151618