T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BABA KAYBI YAŞAMIŞ ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ VE YORDAYICI ETKENLERİN İNCELENMESİ

Dr. ÜMİT ÇİÇEK
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BABA KAYBI YAŞAMIŞ ERGENLERDE PSİKOPATOLOJİ VE YORDAYICI ETKENLERİN İNCELENMESİ

Dr. ÜMİT ÇİÇEK
UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. NEŞE PERDAHLI FİŞ

İSTANBUL 2025

ÖNSÖZ

Kliniğe geldiğim ilk günden beri desteğini esirgemeyen, çocuklara ve ailelere bütüncül bakmamı sağlayan, hastane haricindeki zor zamanlarımızda bizi unutmayan, tez dönemimde kendi zorluklarına rağmen danışmanlığa devam eden, kapısını bize her zaman açık tutan kıymetli hocam Prof. Dr. Neşe PERDAHLI FİŞ'e,

Kliniğe yeni başlamış olmanın heyecanı üzerimde iken ilk muayenemi yapmamı sağlayan, hem derslerde hem de birlikte yaptığımız görüşmelerde hasta-psikiyatrist ilişkisinin inceliklerini öğreten, kendi birikimini, düşünce dünyasını içtenlikte bizimle paylaşan Doç. Dr. Ayşe Burcu ERDOĞDU YILDIRIM'a,

Soru sorduğumda kitaplarda okuduklarımdan daha berrak cevap aldığım, kendisinden çalışkanlığı, iş ahlakını ve tevazuyu öğrendiğim Doç. Dr. Hatice ÜNVER'e,

İş yükü artsa da hastaları geri çevirmeyerek bizlere örnek olan, tedavi şemalarını defalarca hatırlatarak zihnimize kazıyan, nörobiyoloji ve farmakolojide engin bilgileriyle ufkumu açan Doç. Dr. Ümmügülsüm GÜNDOĞDU'ya,

Çalışma prensiplerine bağlılığıyla tanıdığım Dr. Öğr. Üyesi Aliye Tuğba BAHADIR'a,

Aileleri ve ergenleri incitmeden, incelikle eleştirebilmesiyle, zor vakalarda gösterdiği çabasıyla, öykü alırken gördüğüm merakı ve şüpheciliğiyle örnek aldığım Dr. Öğr. Üyesi Gözde YAZKAN AKGÜL'e,

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini hevesle aktaran Uzm. Dr. Muhsine Göksu'ya,

Kliniğe birlikte başladığım, zor zamanlarımda desteklerini hissettiğim eş kıdemlerim Dr. Gizem Pehlivan ve Dr. Beyza Kuyumcu'ya; birlikte görev yaptığım bütün asistan arkadaşlarıma,

İşlerimizin kolayca yürümesinde büyük emekleri olan değerli sekreterlerimize; kıymetli destekleriyle her zaman saygı duyduğum Muradiye Hanım ve Ali Bey'e,

Duasını her zaman hissettiğim, değerini kelimelere sığdıramadığım anneme; yaşım ilerledikçe daha çok saygı duyduğum babama; her koşulda beni sevdiklerini bildiğim canım abim ve ablama,

Hayatımdaki en büyük tecrübeyi edinmemi sağlayan oğlum Ömer'e,

Desteğini hiç eksiltmeyen, beraber yol yürümekten huzur aldığım, hayat arkadaşım, eşim Rukiye'ye

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ümit Çiçek
İstanbul, Ocak 2025

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i

SİMGELER VE KISALTMALAR vii

TABLOLAR LİSTESİ viii

ÖZET ix

ABSTRACT xi

1. GİRİŞ VE AMAÇ 13

2. GENEL BİLGİLER 15

2.1. Baba Kaybı 15

2.1.1 Yas Süreci 16

2.1.2 Ergen ve Yas 16

2.1.3 Yasla İlişkili Tanımlar 16

2.1.4 Akut Yas 17

2.1.5 Yas Teorileri ve İlişkili Patolojiler 17

2.2. Uzamış Yas Bozukluğu 19

2.2.1 Uzamış Yas Bozukluğuyla İlişkili Özellikler 21

2.2.2 Uzamış Yas Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi 21

2.2.3 Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk Faktörleri 22

2.2.4 Uzamış Yas Bozukluğu'nda Komorbidite 22

2.2.5 Uzamış Yas Bozukluğu Ayırıcı Tanıları 22

2.3. Ergenlik Gelişimi 23

2.3.1 Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan Bağları 25

2.3.2 Ebeveynlerle Çatışma 25

2.3.3 Ergenin Aile Dışındaki İlişkileri 26

2.3.4 Etolojik Perspektif 26
2.3.5 Ergenliğin Bitişi 27
2.4. Psikopatolojileri Yordayıcı Etkenleri Bilmenin Önemi 28
2.4.1 Biyopsikososyal Model 28
2.4.2 4P Formülasyonu 29
2.5. Baba Kaybı Yaşamış Ergenlerle İlgili Yapılmış Çalışmalar 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM 33
3.1. Araştırmanın Türü 33
3.2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı 33
3.3. Örneklem Seçimi 33
3.3.1 Vaka Grubu 33
3.3.2 Kontrol Grubu 34
3.4. Araştırmanın Yöntemi 35
3.5. Değerlendirme Araçları 35
3.5.1 Sosyodemografik Veri Formu 35
3.5.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016- (ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T) 36
3.5.3 Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 37
3.5.4 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Revizyon 37
3.5.5 Uzamış Yas Ölçeği (UYÖ) Çocuk/Genç Versiyonu 38
3.5.6 Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖY) 38
3.5.7 COPE Başa Çıkma Ölçeği 39
3.5.8 Semptom Tarama Envanteri – Revize (SCL-90R) 39

3.5.9 Güçler Güçlükler Anketi (GGA) 40
3.6. Verilerin İstatiksel Analizi 40
4. BULGULAR 42
4.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri 42
4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Analizi 45
4.3. Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması 48
4.4. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısını Alan ve Almayanların Karşılaştırılması 48
5. TARTIŞMA 53
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi 53
5.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi 54
5.3. Grupların Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi 56
5.3.1 Sosyal Anksiyete Bozukluğu 56
5.3.2 Majör Depresif Bozukluk 57
5.3.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu 57
5.3.4 Uzamış Yas Bozukluğu 58
5.4. Uzamış Yas Bozukluğunu Yordayan Faktörler 58
5.4.1 Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Açısından Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi 58
5.4.2 Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı ile Ölçeklerin İlişkisinin İncelenmesi 59
5.4.3 Uzamış Yas Bozukluğu Tanısını Yordayan Faktörlerin İncelenmesi 61
5.4.4 Güçlü Yanlar ve Kısıtlılıklar 61
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 63

6.1. Sonuçlar 63
6.2. Öneriler 64
7. KAYNAKÇA 65
8. EKLER 82

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HIAA: 5-Hidroksiindolasetik Asit

AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASDÖ: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği - Yenilenmiş

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 Kasım 2016 –Türkçe Uyarlaması

ÇGPSÖ: Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-5-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı – Düzeltilmiş 5. Baskı

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

GSI: Genel Semptom İndeksi

KOKGB: Karşıt Olma – Karşı Gelme Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PB: Panik Bozukluk

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SCL-90R: Symptom Checklist-90 Revised (90 Maddelik Belirti Tarama Listesi, Revize Edilmiş Form)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket Programı)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UYB: Uzamış Yas Bozukluğu

UYÖ: Uzamış Yas Ölçeği

VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Şişirme Faktörü)

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. COPE Başa Çıkma Ölçeği Alt Başlıklar 39
Tablo 2. Sosyodemografik Bilgiler..... 44
Tablo 3. Ergenin Doldurduğu Ölçekler 45
Tablo 4. Annelerin Doldurduğu Ölçekler 47
Tablo 5. Psikiyatrik Tanılar..... 48
Tablo 6. Vaka grubunda UYB tanısı olan ve olmayanların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması..... 49
Tablo 7. Vaka Grubunda UYB Tanısı Alan ve Almayanların Ergenle İlgili Ölçeklerinin Karşılaştırılması 50
Tablo 8. Vaka Grubunda UYB Tanısı Alan ve Almayanların Anneyle İlgili Ölçeklerinin Karşılaştırılması 51
Tablo 9. UYB tanısı alanların ek psikiyatrik tanıları 52
Tablo 10. UYB üzerinde etkili olan değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları 52

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, annesiyle yaşayan, babası vefat etmiş ergenlerin psikopatoloji açısından değerlendirmesini yapmak ve psikopatoloji gelişimi açısından olası riskleri ve koruyucu faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya vaka grubu olarak 1 yıldan daha uzun süre önce babası vefat etmiş 12-18 yaş arasındaki 55 ergen ve anneleri, kontrol grubu olarak anne ve babasıyla yaşayan, aktif psikiyatri takibi olmayan 12-18 yaş arasındaki 50 ergen ve anneleri dahil edildi. Olguların psikiyatrik tanı değerlendirmesi Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5) ile yapıldı. Ergenlerin Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ), Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ), Uzamış Yas Değerlendirmesi Formu-Çocuk/Genç Versiyonu ve Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Ergen Formu-Yenilenmiş (ÇADÖY) ölçeklerini doldurmaları istendi. Annelerin ise Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), COPE Başa Çıkma Ölçeği, Güçler Güçlükler Anketi-Ebeveyn Formu (GGA) ölçekleri doldurmaları istendi.

Bulgular: Vaka grubunda bütün psikiyatrik tanılar daha yüksek oranda görülmüştür. Vaka grubunun %43,6'sı Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) tanısı almıştır. UYB tanısı alan ergenlerin %62,5'i kadın iken tanı almayan ergenlerde bu oran %32,3 çıkmıştır ($p=0,025$). UYB tanısı alan ergenlerde ÇADÖY tüm alt boyutlar ve toplam anksiyete skoru ($p=0,004$) ve annelerinde SCL-90 paranoid düşünceler skoru ($p=0,019$) anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Güçler Güçlükler anketinde duygusal sorunlar, davranış problemleri, dikkatsizlik, akran sorunları ve toplam güçlük puanı vaka grubunda, olumlu sosyal davranışlar ise kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Vaka grubundaki anneler SCL-90 ölçeğinde genel semptom indeksi ve bütün alt boyutlarda anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır ($p<0,05$). COPE başa çıkma ölçeğinde 3 ana başlıkta (sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma) kontrol grubundaki anneler daha yüksek puan almıştır. Sorun odaklı ($p=0,006$) ve duygusal odaklı ($p=0,042$) başa çıkma puanları açısında fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizinde ÇADÖY toplam anksiyete puanı UYB tanısı için anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmuştur (p=0,002).

Sonuç: Çalışmamızdaki veriler göz önünde bulundurulduğunda babanın vefat ettiği ailelerde ergenlerin ve annelerin psikiyatrik sorunlar açısından taranması ve okullarda baba kaybı yaşayan ergenler için özel destek gruplarının oluşturulması yararlı olacaktır. Ayrıca kayıp yaşamış ergenlerde anksiyete belirtilerinin tedavi edilmesinin UYB gelişimine karşı koruyucu olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler; Yas, Uzamış Yas, Ergen, Baba Kaybı, Psikopatoloji

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to evaluate adolescents whose fathers were deceased and who were living with their mothers, in terms of psychopathology and to examine possible risks and protective factors for development of psychopathology.

Methods: The study was consisted of a case group, including 55 adolescents between 12-18 years of age, whose fathers were deceased at least 1 year ago and their mothers; and a control group of 50 adolescents between 12-18 years of age, without any psychiatric follow-up who were living with their parents and their mothers. The psychiatric diagnostic evaluation of the cases was performed with the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Adolescents (K-SADS-PL) were asked to complete the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28), the Perceived Social Support Scale (PSSS), the Prolonged Grief Assessment Form-Child/Youth Version, and the Revised Child Anxiety And Depression Scale-Child Version (RCADS-CV). Mothers were asked to complete the Symptom Check List (SCL-90-R), COPE Scale, and Strengths and Difficulties Questionnaire-Parent Form (SDQ).

Results: All psychiatric diagnoses were more common in the case group. 43.6% of the case group had Prolonged Grief Disorder (PGD). Among adolescents with PGD 62.5% were females, whereas it was 32.3% for adolescents without PGD diagnoses ($p=0.025$). All sub-dimensions and total anxiety score ($p=0.004$) of RCADS-CV and paranoid thoughts score of SCL-90 ($p=0.019$) were significantly higher in the adolescents with PGD and their mothers, respectively. In the Strengths and Difficulties Questionnaire, emotion dysregulation, behavioral problems, inattention, peer problems and total difficulty score were significantly higher in the case group, while positive social behaviors were significantly higher in the control group. Mothers in the case group scored significantly higher in the general symptom index and all sub-dimensions in the SCL-90 scale ($p<0.05$). In the COPE scale, mothers in the control group scored higher in 3 main topics (problem-focused, emotionally focused and dysfunctional coping). The difference in problem-focused ($p=0.006$) and emotional-focused ($p=0.042$) coping scores was statistically significant. In the logistic regression

analysis, the total anxiety score of the RCADS-CV was found to be a significant predictor for the diagnosis of PGD (p=0.002).

Conclusion: Considering the data in our study, it would be useful to screen adolescents and their mothers for psychiatric problems, in families where the father has deceased and to establish special support groups in schools for adolescents who have experienced loss of the father. In addition, treating anxiety symptoms in adolescents who have experienced loss, may be protective for the development of PGD.

Keywords; Grief, Prolonged Grief, Adolescent, Loss of Father, Psychopathology

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenlik, birçok alanda, özellikle fiziksel, sosyal ve duygusal alanlarda değişimlerin olduğu, genel olarak gençleri yetişkinliğe geçişe ve yetişkin kimliğinin oluşumuna hazırlayan, bununla birlikte zihinsel sağlık sorunlarına karşı hassasiyetin arttığı bir dönemdir. Herhangi bir zihinsel sağlık sorunu yaşayan yetişkinlerin %75'i ilk belirtileri 24 yaşından önce yaşadıklarını bildirmektedir [1].

Ergen psikopatolojisinin ilişkili olduğu çok sayıda kişisel ve çevresel risk faktörleri ve koruyucu faktörler tanımlanmıştır. Beş kişiden birinin psikiyatrik rahatsızlık yaşadığını bildirdiği bir ortamda, psikiyatrik rahatsızlıklara karşı koruyucu faktörleri anlamanın önemli olduğu düşünülmektedir [2]. Bu risk faktörleri ve koruyucu faktörler arasında ebeveynlerin konumu en önemli durumlar arasındadır. Çocukların fiziksel, psikososyal, dil ve bilişsel gelişiminin ebeveyn tutumlarından büyük oranda etkilendiği görülmüştür [3].

Yetişkinliğe geçiş aşamasında oldukça önemi bulunan ebeveynlerden birinin kaybının ise geçiş sürecini zorlaştıracağı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada ebeveyn kaybı yaşamış çocukların, kayıp yaşanmamış evlerde yaşayan çocuklara göre psikiyatrik bozukluklar geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir [4]. Yaşanan kayıpla birlikte ebeveyn bakımının kalitesi ve yası takip eden diğer olumsuz sosyal ve ekonomik sonuçlar bu süreci etkileyebilmektedir [5].

Çocuklukta ebeveyn ölümü intihar riskini uzun vadede arttırmaktadır [6]. Bir ebeveynin ölümü ergenler için oldukça stresli bir yaşam olayıdır. Bu dönemde ergenler önemli ölçüde desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bazı durumlarda ergenlerin geride kalan ebeveyni/bakıcıları da kendi acılarıyla boğuşmakta ve kendileri de psikolojik zorluklar yaşayabilmektedir [7]. Bu durum ergenler için kalan ebeveynlerinden/bakıcılarından daha az ilgi ve destek görecekleri anlamına gelebilir.

Ergenlik çağındaki bir gencin beyni aynı zamanda hem olumlu (sağlamlığı arttırıcı) hem de olumsuz (zayıflığı, savunmasızlığı arttırıcı) etkilere karşı

şekillenebilecek durumdadır. Bu sebeple ergenlik dönemi terapötik müdahaleler için ideal bir dönem olarak düşünülmektedir [8].

Literatüre bakıldığında ebeveyn kaybıyla ilgili yapılan çalışmalarda daha çok kurum bakımındaki ergenlerle çalışıldığı, ailesiyle yaşayan ergenlerde genellikle az sayıda ergenle nitel çalışmaların yapıldığı ve özel olarak baba kaybıyla ilgili yapılmış çalışmaların az olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın amacı annesi/bakımvereni ile yaşayan, baba kaybı yaşamış ergenlerin yaşadığı psikopatolojileri incelemek ve bu psikopatolojileri yordayıcı etkenleri anlamaya çalışmaktır. Böylelikle baba kaybı yaşamış bir ergen ile karşılaşıldığında psikopatolojinin gelişmemesi için alınabilecek önlemleri ve psikopatoloji geliştikten sonra iyileşme süreci için müdahale edilebilecek alanları belirleme imkânı olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Baba Kaybı

Baba kaybı ölüm, boşanma gibi durumlarda kullanılabilmektedir. Bu çalışmada baba kaybı ifadesi babanın ölümü anlamında kullanılmış olup metinde bu anlamda kullanılmaya devam edilecektir.

Babanın vefatı sonrası ilk aylarda çok ciddi zorluklar yaşanabileceği gibi aradan uzun yıllar geçtikten sonra da babanın yokluğunun etkisini görmek mümkündür. Babanın vefat etmesi durumunda ilk aylarda yas süreci yaşanmaktadır. Yas süreciyle birlikte evde babanın olduğu bir düzenden babasız bir ev düzeni oluşturulmaya çalışılacaktır. Bu süreçte babanın olmaması yas sürecinden ayrı olarak babanın anneye ve çocuklara sağlamış olduğu maddi ve sosyal desteğin kesilmiş olmasına yol açması sebebiyle süreci zorlaştıran faktörlerden olabilmektedir. Sağlıklı yas sürecinin bitmesi ve yeni düzenin sağlanması sonrası ailede babanın eksikliği hissedilmeye devam edecektir. Annenin çocukları yalnız yetiştirme gerekliliği, maddi konularda yaşanılan zorluklar, çocukların sağlıklı gelişimi için gerekli olan erkek figürünün yokluğu gibi konularda zorluk yaşanabilmektedir.

Baba kaybının aileye etkisi her ailede, her fertte farklı olabilmektedir. Çocuklar için düşünecek olursak vefat esnasında çocuğun yaşı, vefat şekli, vefat sonrası çocuğa sağlanan sosyal destek, çocuğun zekası gibi durumlar yas süreci ve sonrasının sağlıklı ilerleyip ilerlememesini belirleyebilmektedir.

TUİK verilerine göre 2023 yılında 22 milyon 206 bin 34 çocuk nüfusu içerisinde babası vefat etmiş 263 bin 757 çocuk, annesi vefat etmiş 82 bin 291 çocuk, hem annesi hem de babası vefat etmiş 5 bin 461 çocuk bulunmaktadır. Tek ebeveyn ve çocuklardan oluşan çekirdek aile oranı toplam hane halkının %10.6'sı iken bu ailelerin yaklaşık %75-80'inde çocuklar anneleriyle birlikte yaşamaktadır [9]. TUİK verilerine göre kabaca hesaplandığında her yıl 50 binden fazla çocuğun babası çeşitli sebeplerle vefat etmektedir. Bir ailede babanın vefat etmesinin o ailede oluşturabileceği zorluklar düşünüldüğünde her yıl binlerce annenin ve çocuğun psikososyal destek ihtiyacı oluşacağı düşünülebilir.

2.1.1 Yas Süreci

Yas Türk Dil Kurumu Sözlüğünde ‘’Ölüm veya bir felaketten doğan acı; matem’’ olarak tanımlanmaktadır. Yas; bir kaybın sebep olduğu acı ve bu acının dışa vurumu olarak görülebilir. Değer verilen birinin kaybı her insanın hayatında yaşayabileceği bir durumdur. Kayıp ve yas kişinin hayatında duygusal, bilişsel, sosyal alanlarda belirgin değişikliğe yol açabilecek bir süreçtir. Yas süreci patolojik bir süreç olmamakla birlikte yas sürecinin kişinin işlevselliğini etkileyecek düzeyde zorluklar oluşturması mümkündür. Bu sebeple yas süreci dikkatle takip edilmesi gereken, ihtiyaç durumunda destek verilmesi gereken bir süreçtir [10].

2.1.2 Ergen ve Yas

Çocukluk ve ergenlik döneminde sevilen birinin kaybı oldukça sık görülen bir durumdur. Yetişkinliğe geçiş süreci olan ergenlikte birey kendisi ve dış dünyaya bakışıyla ilgili yoğun değişiklikler yaşarken bu sürece sevilen birinin kaybının eklenmesi durumu daha karmaşık hale getirebilmektedir. Ebeveyn kaybı yaşamış çocukların, kayıp yaşanmamış evlerde yaşayan çocuklara göre psikiyatrik bozukluklar geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir [5].

TUİK verilerine göre Türkiye’de her yıl 100 binden fazla çocuk ve ergenin ebeveynlerinden birinin öldüğü düşünülmektedir. ABD’de 20 çocuktan birinin ebeveyninin öldüğü bildirilmiştir [11]. İngiltere’de 11-16 yaş arasındaki 1746 genç ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %77’si birinci veya ikinci derece bir akrabasının veya yakın bir arkadaşının öldüğünü ifade etmiştir [12].

2.1.3 Yasla İlişkili Tanımlar

Yasla ilişkili olarak, zaman zaman birbiri yerine de kullanılabilen ancak özünde farklı anlamlar barındıran, farklı kavramlar mevcuttur.[13]

Kayıp (Bereavement): Ölüm nedeniyle sevilen birinin kaybedilmesidir, nesnel bir durumdur.

Matem (Mourning): Sevilen bir kimsenin ölümünden duyulan büyük acı ve bu acı sebebiyle ağlayıp inleme, zevk ve eğlenceden uzaklaşma durumudur. Kaybın kültürel bir yanını da temsil eder.

Yas (Grief): Kişinin kayba karşı verdiği öznel tepki olarak tanımlanır.

Bütünleşmiş yas (Entegre yas): Akut yas süreci sonrası kayıp öncesi işlevselliğe ulaşma durumunda kullanılabilecek bir tabirdir. Kişi ölüm gerçeğini kabullenmiştir. Aktif hayatına devam etmektedir. Kişinin yaşadığı kayıp hayatına anlamlılık katmıştır [14].

Komplike olmayan yas: Tipik yas süreci olarak tanımlanabilir [10].

Keder: Gönül üzüntüsü, iç darlığı, gam, tasa anlamlarına gelir. Yas sürecine özgü bir durum değildir.

2.1.4 Akut Yas

Kayıp sonrası ilk aylarda yaşanan sürece denir. Yoğun bir özlem ve üzüntü vardır. Ölen kişiyle ilgili düşünceler yoğundur ve anılar canlıdır. Ölen kişinin sesini duyma, onu görme, varlığını yanında hissetme görülebilir ve bu süreçte normal karşılanır [15]. Akut yas sürecindeki kişi kendi kimliği, hayatı ve sosyal çevresindeki konumu hakkında kafa karışıklığı yaşayabilir. Sevdiği kişinin ölümünü inkâr edebilir. Rutin işlerini yapmaktan kaçınabilir [16]. Genellikle işlevselliği etkileyecek düzeyde yaşanır. Patolojik olmamakla birlikte dikkatle takip edilmesi gereken bir durumdur.

Çok sevilen birinin kaybına uyum sağlama süreci zorlu ve uzun sürebilir. Yaşanan kaybın evrenselliği, sonuçları düşünüldükçe, geleceğe yönelik planlar yeniden gözden geçirildikçe yasın yoğunluğu azalır [17]. Yasın yoğunluğu azalsa da kaybedilen kişiyi hatırlatabilecek bir mekân, kişi, eşya görüldüğünde yaşanan özlem ve üzüntü tekrar canlanabilir. Maladaptif düşünce ve davranışlar [18], yas sürecinde yaşanan başka zorluklar uyum sürecini zorlaştırabilir [16].

2.1.5 Yas Teorileri ve İlişkili Patolojiler

Yas ve Melankoli

Yas ve melankoli ile ilgili Freud'un açıklaması her ikisinin de 'nesne kaybına' verilen tepki olduğu yönündedir. Yas, sağlıklı ve uyum sağlanabilir bir ayrılma sürecini temsil ederken melankoli kronik ve yıkıcı bir tepki olarak tarif edilmiştir. Freud'a göre yas sürecinde libido sevgi nesnesinin zihindeki temsilinden ayrılmaktadır. Bu sürece acı verici ancak normal bir süreç olarak ifade edilen 'yas çalışması' denmektedir. Bu ayrılma sürecinden sonra libido başka bir nesneye yeniden bağlanmaktadır. Bu duruma '*kateksis*' denir. Melankolide ise dengesizleşmiş bir libido mevcuttur. Melankolinin kökleri yas tutan ve ölen kişi arasında çözülmemiş bir çatışma yaratan geçmiş ilişki deneyimlerinde aranmaktadır. Daha sonra kararsız libidonun içselleştirildiği ve melankoliyi yastan ayıran benlik saygısındaki bozulmanın gerçekleştiği ifade edilir. Freud yas sürecine müdahaleyi önermezken melankoliyi intihar riski oluşturan ve müdahale gerektiren patolojik bir durum olarak görmüştür [19].

Normal ve Patolojik Yas

Alman psikiyatrist Erich Lindemann patolojik yasla ilgili tanı kriterleri önermemekle birlikte takip ettiği vakaları tanımlamasıyla literatüre önemli katkılarda bulunmuştur. Lindemann akut yas sürecinde olan bireylerin dikkate değer ölçüde ortak belirtiler gösterdiğini ifade etmiştir. Ortak olan bu belirtileri şu şekilde sıralamıştır: 20 dakikadan 1 saate kadar uzayabilen somatik sıkıntı, boğazda sıkışma, nefes darlığı, iç çekme ihtiyacı, karın bölgesinde boşluk hissi, kas gücü eksikliği, gerginlik ve zihinsel ağrı olarak tariflenen yoğun bir öznel sıkıntı. Lindemann bu bireylerde hafif düzeyde gerçekdışılık hissi, duygusal olarak diğer insanlardan uzaklaşma ve ölen kişinin zihindeki imajıyla ilgili yoğun bir meşguliyet olduğunu, yas sürecindeki bireylerde öfkenin artmış olabileceğini, aynı zamanda suçluluk hissinin de olabileceğini söylemiştir [20].

Bağlanma ve Kayıp

Bağlanma teorisi İngiliz psikoanalist John Bowlby tarafından önerilmiştir. Bowlby başkalarına bağlanmanın bebeklerin güvenliğini sağladığını belirterek bağlanmanın hayatta kalmayı sağladığını ifade etmiştir. Bowlby bu düşünceyi savaştan etkilenen çocuklar üzerinde test etmiştir.

Bowlby çocuğun ebeveyn yokluğuna verdiği ilk tepkiyi ayrılık anksiyetesi olarak tanımlamıştır. Bowlby'e göre çocuk ağlamayı, bağırmayı, öfkelenmeyi anneyi tekrar kazanmanın bir yolu olarak görmektedir. Bowlby, ayrılık sıkıntısı anında bir anne figürü (gerçek anne olmasa bile) tarafından sıcak, empatik bir karşılık gördüğünde çocuğun egosunun büyük ölçüde bozulmayacağını ifade etmiştir. Çocuğun ayrılmaya verdiği tepkiler anne figürünün gelişiyle sonuçlanmadığında çocukta umutsuzluğun artacağını, özlem duyacağını söylemiştir. En son durumda ise en sıkıntılı durumun çocuğun başkalarıyla duygusal yakınlık kurma ihtiyacını inkar ve çocukta umutsuzluk olduğunu ifade etmiştir. Bowlby bu son tepkiyle toplama kampından sağ kurtulan çocuklardaki tepkilerin benzer olduğunu görmüştür.

Bowlby normal yasın son aşamasına ulaşamamayı (bağlanma figürünü sürekli özlemden vazgeçme, kaybı kabul etme, duygusal olarak başkalarına bağlanabilme) patolojik yasın sebebi olarak görmüştür. Bowlby'e göre yetişkin yas tutan bireyin çözülmemiş öfkesi ve sevgi nesnesinin kaybına dair tepkileri patolojik yasın özüdür. Çözülmemiş duygulara yapılan vurgu Freud'un teorisine benzese de Bowlby patolojik yası kaybedilen sevgi nesnesine dair bir nefretin sonucu görmediği için Freud'dan farklıdır. Bowlby patolojik yasın başkasından değil tamamen kendisinden nefret etmekten kaynaklandığını düşünmektedir [17,21–26].

Yas Teorisinin Basamakları

Kayıp sonrası yaşanan süreçleri detaylandıran birçok uzman olmasına rağmen günümüze kadar ulaşmış, en yaygın kullanılan model Elisabeth Kübler-Ross'un 'Ölüm ve Ölmek' adlı kitabında önerdiği, ölümcül bir hastalık tanısı almış veya kayıp yaşayan bireylerde beş aşamalı bir bilişsel model olmuştur. Bu beş aşama şunlardır: İnkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme [27]. Günümüzde bu aşamaların aynı sırayla ilerlemeyebileceği, evreler arasında geçişlerin olabileceği, önceden yaşanmış bir evrenin bir tetikleyici sonrası tekrar yaşanabileceği ifade edilmektedir.

2.2. Uzamış Yas Bozukluğu

Kayıp yaşayan bireylerin çoğunda kayıp sonrasın ilk dönemde yas en yoğun şekilde yaşanır, zamanla azalma eğiliminde olur. Ancak kayıp yaşayan bireylerin bir kısmında

kişi kronik bir yas yaşayabilir. Uzun süre devam eden yas süreci işlevselliği ciddi şekilde etkileyebilir, kişide kendine zarar verme davranışına yol açabilir. Bu bireylerin fark edilmesi ve gerekli desteğin sağlanması önemlidir [26].

Uzamış yas bozukluğunun DSM-5-TR'deki tanı kriterlerinde;

-A kriterinde kayıp sonrası geçen sürenin 1 yıl olmalı. Çocuk ve ergenler için bu süre 6 ay olarak belirtilmiş

-B kriterinde kayıptan bu yana klinik olarak anlamlı düzeyde olan aşağıdaki 2 semptomdan en az biri

Vefat eden için duyulan yoğun özlem

Vefat eden kişiyle ilgili düşünceler ve anılarla yoğun meşguliyet

-C kriterinde sıralanan 8 semptomdan en 3'ünün olması şart koşulmuş.

Ölümden sonra olan kimlik bozulması, kendisinden bir parçanın öldüğü düşüncesi

Ölümle ilgili belirgin inançsızlık hissi

Ölüme dair hatırlatıcılardan kaçınma

Ölümle ilişkili yoğun duygusal acı

Kişinin sosyal ilişki ve işlerine uyum sağlayamaması

Duygusal deneyimin yokluğu veya belirgin azlığı

Hayatı anlamsız hissetme

Yoğun yalnızlık

-D kriterinde işlevselliğin bozulması mevcut

-E kriterinde yasın süresi ve şiddetinin toplumsal normlara göre aşırı olması geçmekte.

-F kriterinde başka bir bozukluk daha iyi açıklanamaması gerekliliğinden bahsediliyor [28].

2.2.1 Uzamış Yas Bozukluğuyla İlişkili Özellikler

Bu bireyler genellikle benlikle ilgili maladaptif düşüncelere, ölümle ilgili suçluluk ve geleceğe dair umutsuzluk yaşarlar. Somatik belirtiler görülebilir. Bu somatik belirtiler vefat eden kişinin yaşadığı semptomlara benzer olabilir. Uzamış yas bozukluğu yaşayan bireylerde ayrıca ölüm için başkalarını suçlama, uykuda bozulma, özbakımda azalma da görülebilir.

Tipik yas süreci yaşayan bireylerde de görülebilen ölen kişinin sesi, görüntüsüyle ilgili halüsinasyonlar uzamış yas bozukluğu yaşayan bireylerde daha sık ve daha şiddetli görülebilir.

Yaşanan kaybın ardından birey sosyal problemler yaşayabilir, bu problemler sebebiyle yas sürecini sağlıklı bir şekilde atlatamadığı için uzamış yas bozukluğu gelişebilir. Örneğin eşini kaybetmiş, çocukları olan bir kadın kaybın ardından maddi problemler yaşayabilir. Çocukların bütün işleriyle kendisi ilgilenmek zorundayken bir yandan da gelir miktarı geçim için yeterli olmayabilir [29].

Uzamış yas bozukluğu yaşayan bireylerde intihar düşüncesinin %40 civarında olduğu düşünülmektedir [30]. Uzamış yas bozukluğu, depresyon veya travma sonrası stres bozukluğu gibi karıştırıcı faktörler kontrol edildikten sonra dahi intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuştur [29].

Uzamış yas bozukluğu belirtileri kaybın ardından uzun süre geçse bile devam edebilmektedir. Kamboçya'da bir katliam sonrası aradan 30 yıl geçmesine rağmen kayıp yaşayan 775 kişinin %14'ü uzamış yas bozukluğu kriterleri karşıladığı ifade edilmiştir [31].

2.2.2 Uzamış Yas Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi

Genel popülasyonda uzamış yas bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %2-5 arasındadır [32,33]. Ancak bu oranlar çalışmanın metodolojisi, tanı kriterlerindeki farklılıklar ve kültür sebebiyle değişebilmektedir.

14 toplum çalışmasının meta-analizinde kayıp yaşamış bireylerde uzamış yas bozukluğunun nokta prevalansı yaklaşık %10 bulunmuştur [34]. Uzamış yas bozukluğunun yaygınlığı ölen kişiyle olan ilişkiye göre değişebilmektedir. Eş kaybında bu oran %10-20 civarında iken çocuk kaybında bu oran %60 bulunmuştur [35–37].

Kaza, cinayet, intihar gibi sebeplerden kaynaklanan ölümlerde uzamış yas bozukluğunun prevalansı yaklaşık %50 bulunmuştur [38]. Kayıp yaşayan mültecilerde ise uzamış yas bozukluğu prevalansı %33 bulunmuştur [39].

2.2.3 Uzamış Yas Bozukluğu'nun Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalarda uzamış yas bozukluğuna potansiyel risk faktörleri ifade edilmiştir. Bu risk faktörleri; ileri yaş (>61 yaş), kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum, psikiyatrik öykünün olması, çocuk veya eş kaybı, genç birinin ölümü, intihar ve kaza gibi ölümler, tekrarlayıcı yas süreci yaşamak şeklinde belirtilmiştir [40].

Ebeveyn kaybı yaşanan durumlarda diğer ebeveynin bakım kalitesinin düşmesi, vefat öncesi aile ilişkilerinin bozulmuş olması da uzamış yas bozukluğunun riskini arttırmaktadır. Kaygılı veya güvensiz bağlanma tarzında ilişkilenmesi olan birinin yakınını kaybetmesi de uzamış yas bozukluğu gelişimine yatkınlık oluşturabilmektedir [41].

2.2.4 Uzamış Yas Bozukluğu'nda Komorbidite

Uzamış yas bozukluğu olan bireylerde eşlik edebilen komorbid psikiyatrik hastalıklar; majör depresif bozukluk (MDB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu şeklinde belirtilmiştir [29]. MDB ve TSSB, uzamış yas bozukluğu olan bireylerde uzamış yas bozukluğu olmayan bireylere göre ve genel topluma göre daha yüksek oranda bulunmuştur [42].

2.2.5 Uzamış Yas Bozukluğu Ayırıcı Tanıları

Uzamış yas bozukluğunun ayırıcı tanısında tipik yas süreci, yasla ilişkili majör depresyon ve yasla ilişkili travma sonrası stres bozukluğu tanıları yer alır [43]. Uzamış

yas bozukluğunu MDB ve TSSB'den ayırmak için öncelikle bu iki hastalığın uzamış yas bozukluğuyla birlikte görülebildiğinin de farkında olmak gerekir.

Uzamış yas bozukluğunu tipik yas sürecinden ayıran temel özellikler sürenin kültürel normlara göre uzaması ve akut süreç sonrasında dahi işlevselliğin etkilenmiş olmasıdır. Ayrıca tipik yas sürecinde kayba uyum sağlama, gerçekliği kabul etme mevcutken uzamış yas bozukluğunda henüz uyum süreci tamamlanmamış ve birey gerçekliği reddedebilmektedir [29]. Tipik yas sürecinin sonunda birey yaşananlardan dersler çıkarmış, hayatına anlam katmış ve olgunlaşmış olur ancak uzamış yas bozukluğunda birey süreçten olumsuz etkilenmeye devam etmektedir.

Uzamış yas bozukluğunun depresyondan temel farkı ölen kişiye duyulan özlemin ve zihnin ölen kişiyle ilgili yoğun meşguliyetinin belirgin olmasıdır. Yas sürecinde belirtiler daha çok kayıpla ilişkiliyken depresyonda daha çok kişinin kendisi ve dış dünyayla ilişkilidir. Depresyonda yaygın bir suçluluk ve değersizlik duygusu varken yas sürecinde suçluluk daha çok ölen kişiyle ilgili duygu ve düşüncelerden kaynaklanır. Uzamış yas bozukluğunda görülen intihar düşüncesi ölen kişinin yanına gitme isteği, ölen kişinin olmadığı bir hayatın anlamsız olduğu düşüncesi sebebiyle görülebilirken depresyonda intihar düşüncelerinin kayıpla ilişkilendirilmesi beklenmez [28].

Eğer ölüm kaza, doğal afet gibi travmatik bir olay sonucunda gerçekleşmişse uzamış yas bozukluğunu TSSB'den ayırmak gerekmektedir. TSSB'de korku ve dehşet ön plandayken uzamış yas bozukluğunda özlem, hasret belirgindir. TSSB'de tetikte olma, irkilme tepkileri ve sık kabus görme belirginken uzamış yas bozukluğunda sık görülen belirtiler değildir [44].

TSSB'deki intrusif (girici) düşünceler travmatik olayla ilişkili sıkıntı verici bir durumken uzamış yas bozukluğunda intrusif düşünceler ölen kişiyle ilgili hatıralardır ve genelde olumlu ve rahatlatıcıdır [29].

2.3. Ergenlik Gelişimi

Ergenlik özellikle fiziksel, sosyal, duygusal, bilişsel alanlar olmak üzere birçok alanda belirgin değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Yaklaşık 10-11 yaşlarında başlayan

hormonal değişiklikler gençlerin bilişsel ve dil becerilerini, sosyal ve duygusal beceri davranışlarını etkilemektedir. Ergenlik aynı zamanda aileye olan ilginin akranlara olan ilgiye doğru kaydığı bir dönemdir. Akran etkilerine daha duyarlı olunan bu dönemde riskli davranışlarda artış görülebilmektedir [45]. Genel olarak ergenlik dönemi gençlerin yetişkinliğe geçiş aşamasında olduğu ve yetişkin kimliklerinin oluşmaya başladığı bir dönem olarak görülmektedir [46]. Ergenlik döneminde kimlik ve sosyal roller net şekilde oturmamış olsa da ergenlik döneminde yaşanan tecrübeler yetişkinlikteki işlevselliği büyük ölçüde etkilemektedir [47].

Ergenlik olarak adlandırılan sürecin günümüz toplumunda 18 yaşından sonra da devam edebildiği, 10 yıldan fazla sürebildiği söylenmektedir. Ergenlik sürecinde genç tam anlamıyla yetişkin olarak görülmemekle birlikte artık çevresi tarafından çocuk olarak da görülmemektedir. Ancak ergenlik sürecinde genç hem yetişkinlik hem de çocukluk döneminin bazı zorluklarına ve ayrıcalıklarına sahiptir. Aynı zamanda gencin çevresindekilerinin hem yetişkinlik hem de çocukluk dönemine ait farklı beklentileri bulunmaktadır [48]. Çevrenin farklı beklentilerinin olmasının altta yatan sebeplerinden birisi ergenlik dönemindeki gençlerin fiziksel ve cinsel olgunluğa bilişsel ve duygusal olgunluğundan önce ulaşması durumudur [49].

Ergenlik döneminde bireyselleşme ve özerklik gelişimi belirgin olmasına rağmen ergenlik dönemini biyolojik, aile, toplum, kültürel ve tarihsel bağlamından kopuk değerlendirmek mümkün değildir [50]. Ergenliğin gelişiminde bahsi geçen bu etkenler arasındaki ilişki karmaşık ve çok yönlüdür. Örnek verecek olursak ergenler ailelerinden etkilenmekle birlikte aynı zaman ergenin kendisi de büyüdükçe aile dinamiklerini yeniden şekillendirir [51]. Ergenlik döneminin gelişiminde çok sayıda faktör olmakla birlikte günümüzde modernleşme (daha küçük aileler, kentleşme vb.) ve küreselleşmenin gençleri benzer medya ve kültürel etkilere maruz bırakması sebebiyle gençlerin çoğunluğunda benzer gelişim paternleri görülebilmektedir [52–54].

Ergenlik sürecinde gencin ilgisinin arkadaşlara kayması görülmekle birlikte yapılan çalışmalarda ergenlerin çoğunun ebeveynleriyle olan ilişkilerini istikrarlı, güven verici ve sürdürülebilir gördükleri, aynı zamanda ergenlerin tavsiye almak için ilk başvurulan kaynak olarak ebeveynlerinin olduğu gözlenmiştir [55].

2.3.1 Ergenlerin Ebeveynleriyle Olan Bağları

Ergenlik döneminde ergenin ailesiyle birlikte geçirdiği zaman miktarında azalma olmaktadır [56]. Birlikte geçirilen süreyle birlikte ergenin ebeveynlerine bakışında ve birlikte geçirilen zamana atfedilen duygusal anlamda da değişiklik olmaktadır [48]. Ergenler için ebeveynler idealize edilecek kişiler listesinden çıkabilmektedir. Bu durum ebeveynler için duygusal anlamda zorlayıcı olabilmektedir. Ebeveynleriyle yakın ilişkide olan birçok genç bile ergenlik sürecinde yalnızlık duygusunu yaşayabilmektedir [57].

2.3.2 Ebeveynlerle Çatışma

Csikszentmihalyi ve Larson [58] ergen gençlerin olduğu ailelerde çatışma yaşanmasının 'endemik' bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumun belli olaylardan ibaret olmayıp aile hayatının geneli için geçerli olduğu söylenmiştir. Aynı zamanda ergenler kendilerindeki ebeveyn etkisini küçümseme eğilimindeyken ebeveynlerin ergenler üzerindeki bu etkilerini abartma eğiliminde olduğu belirtilmiştir. Ebeveynler aile ilişkilerini ergenlere göre daha uyumlu, tatmin edici görmektedirler. Aynı zamanda birçok ebeveynin kendi gençlik döneminde daha az çatışmanın yaşandığını ifade ettiği gözlenmiştir [59,60]. Ergenliğin başlamasıyla aile içindeki çatışmalar arttığı, erken ergenlik dönemindeki çatışmaların genellikle ev işlerine yardım, oda temizliği, yatma zamanı, yemek ve kıyafet gibi konulardan oluştuğu, ergenin yaşı büyüdükçe bu konulara romantik ilişkiler, geç saatte dışarı çıkma gibi konuların eklendiği belirtilmiştir [48]. Ergenlik döneminde yaşanan depresyon, madde kullanımı ve kız çocuklarındaki erken olgunlaşmanın aile içindeki çatışmaları arttırdığı ifade edilmiştir [59].

Ergenlik döneminde yaşanan aile içi çatışmalarının ergenin psikolojik iyiliğini olumsuz etkilemekle birlikte ebeveynleri de olumsuz etkilemektedir. Birçok ebeveyn bu sürece uyum sağlamakta zorlandığını belirtmiştir [61].

Ailede gün içinde sık sık yaşanan küçük çatışmalar aile içi ilişkileri zedeleyebilmektedir. Ergenlerin aileleriyle birlikteyken olumlu düşüncelere oranla daha fazla olumsuz düşünce içeriğine sahip olduğu belirtilmiştir [58].

Ergenin yaşı büyüdükçe çatışmaların azalması ergenin ailesiyle birlikte geçirdiği sürenin azalmış olmasından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir [59].

Yaşanan çatışmalara rağmen ebeveynler ve ergenler genel olarak ilişkilerinin iyi olduğunu, birçok önemli değeri paylaştıklarını ve karşılıklı sevgi bağlılıklarının devam ettiğini bildirmişlerdir [52]. İlk bakışta değerlendirildiğinde ebeveyn ile ergen arasındaki çatışmaların basit, günlük konular olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte çatışmanın yoğunluğunu bireylerin kendileri için önemli gördüğü değerleri tehlikeye soktuğu düşüncesinin oluşturduğu ifade edilmiştir. Ebeveyn için bu değerler sadakat, saygı, sorumluluk bilinci ve daha riskli davranışlara yatkınlık oluşturacağı düşüncesi iken ergenler için bu değerler özerklik, kendi bedenlerinin kontrolü ve arkadaş ilişkilerine dair olduğu gözlenmiştir [48].

Ergenliğin sonuna doğru genellikle çatışmaların azaldığı, gencin ailede karar verme sürecine daha fazla katıldığı ve ebeveyn-ergen ilişkisinde dengenin oturduğu ifade edilmiştir [48].

2.3.3 Ergenin Aile Dışındaki İlişkileri

Ergenlerin uyanık oldukları zamanın 3'te birinde akranlarıyla konuştuğu ancak yetişkinlerde bu sürenin ancak %8 olduğu bildirilmiştir [62].

Ebeveynler çocuklarının akranlarıyla vakit geçirme ve bu konuda hissettikleri yoğun ihtiyaç karşısında şaşırabilir veya rahatsız olabilirler. Ergenlerde görülen bu durum sadece o anda hissedilen anlık hazla ilişkili değildir. Ergenler aynı zamanda gelişmekte olan benliğin evrilebileceği yönleri denemek, karşılaştırmak ve ilişkilendirmek ihtiyacı hissetmektedirler. Ergenler bazen katıldıkları etkinliklerin içeriğine odaklanmaktan daha fazla akranlarının kıyafetlerine, sözlerine, davranışlarına odaklanabilmektedirler [63].

2.3.4 Etolojik Perspektif

Etoloji; hayvan davranışı inceleyen, bu davranış paternlerini insan davranışlarıyla kıyaslayan bilim dalına denir.

Etolojik perspektiften bakıldığında diğer canlı türlerinin gençlerinde de akranlarla etkileşimde, yenilik arama ve risk alma davranışlarında artış gözlendiği belirtilmiştir [64]. Bu davranış özelliklerinin yetişkinliğe geçiş dönemindeki gençlerin ebeveynlerinden uzakta hayatta kalmak için gerekli becerileri edinmesi için yardımcı olabileceği ifade edilmiştir [65,66]. Ayrıca artan yenilik arayışı ve risk alma davranışının diğer canlı türlerinde ölüm oranlarını arttırdığı söylenmiştir [67].

Diğer canlı türlerinde yapılan araştırmalarda beyin-omurilik sıvısında (BOS) bulunan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) seviyesinin düşük olduğu juvenil rhesus erkeklerinin topluluklarından atılma ihtimalinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca daha yüksek 5-HIAA seviyesi olan akranlarına kıyasla daha yüksek mortalite oranına sahip olduğu ifade edilmiştir [68]. Yüksek ölüm oranlarının sebepleri; akranlarına ve otorite sahibi yetişkinlere uygunsuz saldırılar, ağaçtan ağaca aşırı tehlikeli sıçramalar gibi dürtüsel davranışlar olarak açıklanmıştır. Rhesus maymunlarında 5-HIAA seviyesi kalıtsal faktörlerden etkilenmekle birlikte 5-HIAA seviyesinin çevresel faktörlerden de etkilendiği, çevrenin genotip üzerine etkili olduğu ifade edilmiştir [69,70].

2.3.5 Ergenliğin Bitişi

Ergenliğin başlangıcı için fiziksel belirtiler bize net fikir verebilirken ergenliğin sonlanmasıyla ilgili net bir tanımlama yapmak zordur. Ergenliğin sona ermesiyle ilgili evlilik, tam zamanlı işe başlama, askerlik gibi durumların ölçüt olabileceği söylenmiştir ancak hiçbiri tek başına yeterli bir belirteç olamamaktadır.

Arnett [71] yirmili yaşların olduğu dönemi ‘emerging adulthood’ olarak tanımlamayı önermiştir. Emerging adulthood ‘ortaya çıkan yetişkinlik’, ‘gelişen yetişkinlik’, ‘beliren yetişkinlik’ gibi farklı şekillerde Türkçeye çevrilmiştir.

Ergenlik dönemi yerini yarı özerklik döneminde bırakır. Kimlik ve mesleki keşif ergenlik sonrasında da devam eder. Yirmili yaşların sonuna gelmiş olmak, iş hayatıyla ilgili kimliğin belli bir kalıba oturması, kalıcı ilişki ve arkadaşlıkların kapasitesinde artışın olması, ebeveynlerle karşılıklı bir ilişkinin ortaya çıkması ve

ebeveynliğin düşünülmeye başlanılması gibi durumlar da bu dönemin sonuna gelindiğini göstermektedir [72].

2.4. Psikopatolojileri Yordayıcı Etkenleri Bilmenin Önemi

Formülasyon bir vakanın yaşam öyküsünü anlamlı bir özet haline getirmeye yarar [73]. Bir vakayı formüle etmek ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller için temel becerilerden biridir. İyi bir formülasyon oluşturmak klinisyen için tedavi planını belirlemede oldukça önemli bir basamaktır. Formülasyon oluştururken yaygın olarak kullanılan iki temel model vardır. Bunlar biyopsikososyal model ve 4p formülasyonudur [48].

2.4.1 Biyopsikososyal Model

Günümüzde çoğu hastalığın oluşumunda, hastalığın şiddetinde, tedavi yönetiminde yalnızca bir faktör yerine çok sayıda duruma odaklanılmaktadır. Tıbbın bütün branşlarında durum bu şekilde iken özellikle ruh sağlığı alanında biyolojik olmayan faktörler diğer branşlara göre oldukça kritik öneme sahiptir. Ruh sağlığı alanında 20. Yüzyılın ortalarında psikobiyolojik model önerilmiştir [74]. Ardından 1980 yılında Engel tarafından biyopsikososyal model önerilmiştir [75]. Son 30 yılda biyopsikososyal modeli oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Modelin temel amacı klinisyenin vakayı tek alandan, özellikle biyolojik, değerlendirip sığ bir yaklaşım geliştirmesinden korumaktır.

Biyolojik alanda aile öyküsü, genetik, fiziksel gelişim, zeka, beyin işlevleri ve medikal komorbiditeler incelenir.

Psikolojik alanda duygusal gelişim, kişilik yapısı, benlik saygısı, içgörü, davranış ve düşünce kalıpları ve baş etme stratejileri incelenir.

Sosyal alanda ise aile, arkadaş ilişkileri, okul, mahalle yapısı, sosyoekonomik durum, etnik, dini ve kültürel etkiler incelenir [48].

2.4.2 4P Formülasyonu

4p modelinin biyopsikososyal modele göre daha karmaşıktır. Çünkü müdahalenin nasıl ve nerede yapılacağına dair öneride bulunur ve bu öneriye bir kronoloji ve etyoloji bilgisi ekler. 4p şeklinde ifade edilen maddeler; Predisposing (hazırlayıcı), Precipitating (tetikleyici), Perpetuating (sürdürücü) ve Protective (koruyucu) şeklindedir.

Hazırlayıcı faktörler, çocuğu mevcut semptomlara karşı savunmasız hale getirdiği düşünülen özelliklerdir. Aile öyküsü, genetik, tıbbi ve psikiyatrik öykü, kronik sosyal stres faktörleri olarak değerlendirilebilir. 'Neden ben?' sorusuna cevap verir.

Tetikleyici faktörler olarak güncel durumda olan stres faktörleri, mevcut semptomun başlamasına veya şiddetlenmesine sebep olan olayları ve eşzamanlı hastalıklar incelenmektedir. 'Neden şimdi?' sorusuna cevap verir.

Sürdürücü faktörler, semptomların şiddeti, başa çıkma becerilerinde zayıflıklar, sosyal koşulların şiddetlenmesi ve çözülmemiş hazırlayıcı ve tetikleyici faktörler olarak değerlendirilebilir. 'Neden devam ediyor?' sorusuna cevap verir.

Koruyucu faktörler bir hastanın güçlü yönlerini, dayanıklılığını ve çevresel destekleri tanımlar. 4p modelinin diğer modellere göre daha etkin şekilde vurguladığı alan olarak görülmektedir. 'Neye güvenebilirim?' sorusuna cevap verir.

4p formülasyonu diğer modellerle birlikte kullanılabilmesiyle de klinisyene kolaylık sağlamaktadır [48].

2.5. Baba Kaybı Yaşamış Ergenlerle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Literatürde ergenlik döneminde ebeveyn kaybının olumsuz etkisi net şekilde gösterilmekle birlikte ergenlerin yas sürecini nasıl yaşadıklarına dair netlik yoktur [76]. Bazı psikanalist teorilerde erken ergenlik döneminde gerçekleşen kaybın ergenliğin doğal süreci olan ebeveynden ayrılma sürecini kesintiye uğrattığı için olgunlaşmanın eksik kalacağını söyler. Ergenliğin son dönemlerinde olan bir kaybın ise ergeni 'ebeveynleşme' sürecine sürükleyebilir [77]. Yapılan başka bir çalışmada ergenlerde

ebeveyn kaybına verilen tepkilerin karmaşıklığına işaret edilmiş, 'hızlandırılmış olgunluktan' bahsedilmiştir [78].

2021 yılında yayınlanan ergenlik döneminde yaşanan ebeveyn kaybıyla ilgili derleme çalışmasında ergenlerin geri bildirimine göre sıklığına göre sıralanmış 4 ana tema belirtilmiştir: (1) ölüme verilen yanıt; (2) ölümün neden olduğu sosyal etki; (3) vefat eden ebeveynle ilgili düşünceler; (4) baş etme stratejileri [76].

Ölüme verilen yanıt başlığını davranışsal, psikolojik ve fiziksel olarak ayırmışlardır. Gösterilen davranışsal yanıtların genelde olumsuz olduğu ifade edilmiştir. Bu tepkiler arasında irritabilitede artış, insanlarla birlikte olmakta zorlanma [79], ölümü takip eden yılın ikinci yarısında alkol kötüye kullanımı, okul başarısında düşüş [80], ergenlik döneminde kayıp yaşayan bireylerin yetişkinlikte yüksek madde kullanımı ve duygusal yeme davranışı tariflenmiştir. Ebeveyn kaybı yaşayanlar arasında uzun vadeli olumsuz etkiler açısından yaş ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir [81]. Psikolojik yanıtlar arasında artmış nevrotiklik [82], suçluluk ve korku düzeyinde artış [83], intihar düşüncesinde ve hastane yatışlarında artış [84] ifade edilmiştir. Gösterilen fiziksel yanıtlar ise uyku problemleri ve cinsel aktivitede artma veya azalma şeklinde olmuştur [79,82].

4 ana temadan ikincisi ölümün neden olduğu sosyal etkiler okul ve aile şeklinde ayrılmıştır. Okulla ilgili etkiler olarak performansta azalma, odaklanma becerisinin zayıflaması ve uyum problemleri sayılmıştır. Aile içerisinde ise ölüm sonrası hayatta kalan ebeveynin çocukların yaşamında oldukça güçlü pozisyonda olduğu gösterilmiştir [85]. Ebeveynini kaybeden bazı ergenlerin hayatta kalan ebeveyne destek olmak için ölen ebeveyn yerine sorumluluk aldığı gözlenmiştir [86]. 'Ebeveynleşme' olarak tarif edilen bu süreç ergenin yaşı ve olgunluğundan daha fazla sorumluluk almasına yol açabilir ve ergenin gelişimi ve gelecekteki ilişkileri için ciddi sonuçlar doğurabilir [76].

Üçüncü tema olan ölen ebeveynle ilgili düşünceler başlığında vefat eden ebeveynin fiziksel varlığının olmamasına rağmen ergenin zihninde ve kalbinde yer ettiği, ergen ile ebeveynin bağının devam ettiği vurgusu mevcuttur. Ölen ebeveyne ait

eşya taşımak, rüyalarda ve diğer insanlarda vefat eden ebeveynin varlığını hissetmek bu bağın devam ettirdiği ifade edilmektedir [79,87].

Dördüncü tema olan baş etme stratejilerinde arkadaş ilişkileri, okulun varlığı ve akrabaların desteği birçok ergen tarafından vurgulanan alanlar olmuştur [76]. Ebeveyn kaybının olumsuz etkileri olmakla birlikte bazı ergenlerin yas sürecinin karakter inşasını sağladığını, kendilerini daha güçlü yaptığını, olgunluk kazanmalarına yardımcı olduğunu, hayata farklı bir bakış açısı sağladığını ifade ettikleri görülmüştür [88].

Dört ana temadan bahseden derleme çalışmasında ergen kızların erkeklere göre duygusal olarak daha fazla yas tutma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Kadın cinsiyetin erkeklere göre daha uzun süre yas tuttukları, erkeklerden daha yüksek düzeyde çözülmemiş yas oranına sahip oldukları bildirilmiştir [79]. Yapılan başka bir çalışmada ergenlikte kadın cinsiyetin erkeklere göre kayıp sonrası daha savunmasız olduğu, daha fazla duygusal sıkıntı yaşadıkları ifade edilmiştir [89]. Ergenlikte kadın cinsiyette duygusal sıkıntılar daha fazla gözlenirken erkeklerde davranış problemleri daha fazla görülmüştür [90,91]. Ayrıca ebeveyn kaybı yaşayan erkeklerin evliliği erteleme eğiliminde oldukları ancak kadınlarda böyle bir durumun olmadığı gözlenmiştir [76].

Genç yetişkinlerle ergenlik döneminde yaşanan ebeveyn kayıplarıyla ilgili açık uçlu görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada 4 konuya vurgu yapılmıştır: (1) stres faktörlerinin birikmesi yas tutmayı şiddetlendirir; (2) sosyal desteğin faydası belirgin olmakta; (3) başa çıkma stratejileri; (4) ebeveyn kaybına uyum ve olgunlaşma. Bu çalışmaya katılan katılımcıların çoğu ebeveyn kaybının ardından günlük rutinlerdeki değişiklik, artan sorumluluk, finansal zorluklar yaşadığını bildirmiştir. Yaşanan bu zorluklar yas sürecinin sağlıklı geçirilmesini zorlayıcı faktörler olarak görülmektedir. Yas sürecinde sosyal destek önemli iken bazı katılımcılar kendi başlarına yas tutmayı istediklerini belirtmiştir [88].

Prospektif yapılan bir çalışmada 2230 ergen takip edilmiştir. Takip süresince bu ergenlerin 131'i ebeveyn veya kardeş kaybı yaşamıştır. Ortaya çıkan yeni vaka oranı kaybın yaşandığı grupta %22 olurken kayıp yaşanmayan grupta %5 olarak tespit edilmiştir [92].

3 yaşından önce kayıp yaşayan çocuklar ile 3-10 yaş arasında kayıp yaşayan çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada 3 yaşından önce kayıp yaşayan çocukların psikolojik iyilik halinin daha zayıf olduğu gösterilmiştir [93].

Başa çıkma stratejileri ile yas belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada kaçış odaklı başa çıkma stratejisinin altıncı aydaki daha şiddetli yas belirtileri ile ilişkili bulunmuşken diğer başa çıkma stratejileriyle yas belirtileri arasında ilişki bulunamamıştır [94].

Bir ebeveynin kaybı sonrası 9 ve 21. aylarda değerlendirilen yas süreci yaşayan 176 ergende depresyon riskinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir [95].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Çalışmamız kesitsel nitelikte bir vaka-kontrol çalışması olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı

Çalışmamız için yapılan etik kurul başvurusu 09.2024.745 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28.06.2024 tarihinde onaylanmıştır**.**

3.3. Örneklem Seçimi

3.3.1 Vaka Grubu

Çalışmamız 01.7.2024-31.12.2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın vaka grubunu baba kaybının yaşanmış olduğu ailelere destek olan sivil toplum kuruluşları aracılığıyla ulaşılan ailelerdeki 12-18 yaş arasındaki ergenler ve Marmara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, babası vefat etmiş olan 12-18 yaş arasındaki ergenler oluşturacaktır.

Sivil toplum kuruluşları aracılığıyla ulaşılan ailelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 70 aileye randevu verildi. Randevuya gelen 25 olgu çalışmaya dahil edildi.

Ayrıca Marmara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği arşivinden dosya taraması yapıldı. Arşivde 2017-2024 yılları arasındaki dosyalar incelendi ve 12-18 yaş arasında olan bütün vakaların dosyaları tarandı. Babanın vefat etmiş olduğu olguların dosyadaki iletişim numarası arandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 50 aileye randevu verildi. Randevuya gelen 30 olgu çalışmaya dahil edildi.

Vaka grubu için çalışmaya katılma kriterleri:

-12-18 yaş arasında olması

-Babanın vefat etmiş olması
-Ergenin annesi veya bakımvereni ile yaşıyor olması

Vaka grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

-Ergenin kurum bakımında olması
-Kronik ve ciddi tıbbi hastalık varlığı
-Ergende veya anne/bakımverende klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede zihinsel gerilik olması

3.3.2 Kontrol Grubu

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hasta Çocuk Polikliniği'ne başvuran ve hastane personelinin yakınlarından 12-18 yaş arası kronik hastalığı olmayan 50 ergenin kontrol grubu olarak dahil edilmesi planlanmıştır.

Kontrol grubunun çalışmaya katılma kriterleri:

-12-18 yaş arasında olması
-Anne ve babanın birlikte yaşıyor olması

Kontrol grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

-Aktif psikiyatri takibinin olması
-Kronik ve ciddi tıbbi hastalık varlığı
-Anne-babanın boşanmış olması
-Ergende veya anne/bakımverende klinik görüşmede sorulan sorulara yanıt vermeyi engelleyecek derecede zihinsel gerilik olması

3.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmacı tarafından çalışmaya dahil edilen ebeveynlerden bilgi alınarak sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Katılımcıların genel psikiyatrik değerlendirmesi ve olası psikiyatrik tanılarının saptanması amacıyla, araştırmacı tarafından çocuklar ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016- (ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) - Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5 November 2016] uygulanmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG ŞY- DSM-5-T ile taranamayan tanılar (Örn. Öğrenme Güçlüğü vb.), araştırmacının DSM-V tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir.

Ergenlere verilecek ölçekler:

1. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
2. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)
3. Uzamış Yas Değerlendirmesi Formu – Çocuk/Genç Versiyonu
4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Ergen Formu-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Annelere/Bakımverenlere doldurmak üzere verilecek ölçekler:

1. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)
2. COPE Başa Çıkma Ölçeği
3. Güçler-Güçlükler Anketi

Kontrol grubuna Uzamış Yas Değerlendirmesi Formu verilmemiştir.

3.5. Değerlendirme Araçları

3.5.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu ile ergenlerin sosyodemografik bilgileri edinilmiştir.

Formda ergenlerin yaşı, cinsiyeti, kaçıncı sınıfta olduğu, kardeş sayısı, annesinin yaşı, eğitim durumu, mesleği, evin ekonomik durumu, babanın doğum tarihi, eğitim durumu, mesleği, vefat tarihi, vefat etme sebebi, vefat sebebi hastalıksa hastalığın adı, vefat sürecinin ani gerçekleşip gerçekleşmediği, ergenin psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmişi, tıbbi hastalık varlığı sorulmuştur.

Kontrol grubuna babanın vefatıyla ilgili sorular sorulmamıştır.

3.5.2 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5 Kasım 2016- (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

6-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre şu andaki ve geçmişteki psikopatolojilerini belirlemek amacıyla 1997 yılında Kauffman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY), Kaufman ve arkadaşları tarafından 2016 yılında DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenmiştir [96]. Formun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır [97].

ÇDŞG-ŞY-DSM-5 Kasım 2016 ile taranabilen birincil tanılar; süreğen depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, kısa tepkisel psikoz, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, panik bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, agorafobi, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, enürezis, enkoprezis, bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, Tourette bozukluğu, tik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, alkol kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğudur [98].

3.5.3 Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Liesenberg, Ungar ve Van de Vijer tarafından geliştirilmiştir [99]. Beşli likert şeklinde düzenlenen ölçek (1=Beni Hiç Tanımlamıyor, 5=Beni Tamamen Tanımlıyor) 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; bireysel kaynaklar, aile ile ilişkiler ve bağlamsal kaynaklar şeklindedir. Bireysel kaynaklar boyutu 11 madde, aile ile ilişkiler 7 madde, bağlamsal kaynaklar ise 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en fazla alınabilecek puan 140 iken en az 28 puan alınabilmektedir. Ters yönlü madde bulunmamaktadır. Yüksek puanlar yüksek psikolojik sağlamlığı belirtmektedir.

3.5.4 Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-Revizyon

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ) Yıldırım tarafından 1997 yılında 14 ile 17 yaş arasındaki ergenlerin aile, arkadaş ve öğretmenlerinden algıladıkları sosyal desteği ölçmek amacıyla geliştirilmiştir [100]. Yıldırım tarafından 2004 yılında da ASDÖ'nün revizyonu yapılmıştır. ASDÖ-R'nin deneme uygulaması 660 öğrenci ile yapılmıştır. 50 maddeden oluşan ASDÖ-R'nin 20 maddesi aile desteği, 13 maddesi arkadaş desteği ve 17 maddesi öğretmen desteği alt ölçeklerine ait özellikleri ölçmektedir. ASDÖ-R ve alt ölçeklerin geçerliği, faktör analizi ve benzer ölçekler geçerliği yöntemi ile saptanmıştır. ASDÖ-R'nin güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen değerler aile için $\alpha = .94$, $r = .89$; arkadaşlar için $\alpha = .91$, $r = .85$; öğretmenler için $\alpha = .93$, $r = .86$ bulunmuştur. Elde edilen bu değerler, ölçümün güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. ASDÖ-R "Bana uygun", "Kısmen uygun" ve "Bana uygun değil" şeklinde üçlü dereceli likert tipi maddelerden oluşmaktadır ve ASDÖ-R'nin her alt ölçeğinde (17, 29 ve 44. Maddeler) birer tane ters madde bulunmaktadır. Olumsuz maddelerin puanlanması tersine çevrilerek yapılmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutundan elde edilen puanların toplanmasıyla kişinin genel sosyal destek düzeyine ilişkin tek puan elde edilmektedir. Yüksek puan, bireyin daha fazla sosyal destek aldığı anlamına gelmektedir [101].

3.5.5 Uzamış Yas Ölçeği (UYÖ) Çocuk/Genç Versiyonu

2020 yılında DSM-5-TR tanı kriterlerine göre geliştirilmiş ve 8 yaşını doldurmuş çocuk ve ergenlerde UYB'yi değerlendirme aracı olarak hazırlanmıştır. Geliştirilmesinde yetişkinler için tasarlanan Prolonged Grief – 13 Revised örnek alınmıştır [102]. Ölçekte DSM-5-TR UYB B1, C1, C2, C3, C6, C7, C8, D tanı kriterlerini değerlendiren birer madde, B2, B3, C4, C5 tanı kriterlerini değerlendiren ikişer madde bulunmaktadır. 16 maddeden oluşan ölçekte B2 tanı kriterini değerlendiren 2b maddesi evet/hayır maddesi olup diğer on beş madde beşli likert tipinde tasarlanmıştır. (1 = hiç, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4= sık sık, 5= her zaman) Skorlamada çocuğun 4 veya 5 olarak cevapladığı sorular pozitif kabul edilmektedir. UYB B kriterlerinden en az bir pozitif, C kriterlerinden en az üç pozitif olması ve D kriterinin pozitif olması durumunda UYB tanısının konulabileceği düşünülmüştür. Ölçeğin orijinal versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Oxford Üniversitesi tarafından yapılmakta olup henüz bitirilmemiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması İstanbul Üniversitesi tarafından yapılmış olup henüz yayınlanmamıştır. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında ebeveyn kaybı yaşamış 436 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. İç tutarlılık güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.924 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizinde faktörlü model ölçeğin faktör yapısını açıklayabilmektedir. Ölçeğin yakınsak geçerliğini değerlendirmek için UYB toplam skoru ile YAB, MDB, TSSB ve algılanan hayat kalitesi skorları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. UYB toplam skoru ile YAB, MDB ve TSSB skorları arasında anlamlı pozitif ilişki, UYB toplam skoru ile algılanan hayat kalitesi skorları arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur.

3.5.6 Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖY)

Çocuklarda anksiyete bozuklukları ve depresyonu taramak için 2000'de oluşturulmuş bir ölçektir [103]. 7 madde AAB, 9 madde SAB, 6 madde YAB, 9 madde PB, 6 madde OKB, 10 madde MDB ölçecek şekilde düzenlenmiştir. Toplam 47 sorudan oluşur. Dörtlü likert tipindedir. 0-3 arasında puanlanır.

Alt boyutların tümünde Cronbach's Alpha değeri 0.7'den büyük hesaplanmıştır. 3 hafta arayla yapılan test tekrar test korelasyon katsayıları 0.6-0.9 arasında çıkmıştır. GGA ölçeği ile pozitif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Depresyon alt ölçeği puanı depresyon tanısı olanlarda anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. Altı faktörlü model kabul edilebilir düzeyde uyumlu çıkmıştır [104].

3.5.7 COPE Başa Çıkma Ölçeği

Bu ölçek strese verilen tepkileri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir [107]. 3 temel başlık bulunmaktadır. Bu başlıklar problem odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma şeklinde oluşturulmuştur. 3 temel başlığın alt başlıkları Tablo 1'de gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisinin psikometrik çalışması 2005 yılında yapılmıştır [108]. Ölçek 60 sorudan oluşmaktadır. 15 alt başlık, her başlık için 4 soru bulunmaktadır. Dörtlü likert tipte hazırlanmıştır. Maddeler "1-Asla böyle bir şey yapmam, 2-Çok az böyle yaparım, 3-Orta derecede böyle yaparım, 4-Çoğunlukla böyle yaparım" şeklinde şıklardan oluşmaktadır.

Tablo 1. COPE Başa Çıkma Ölçeği Alt Başlıklar

Problem odaklı	**Duygu odaklı**	**İşlevsel olmayan**
Diğer meşguliyetleri bastırma	Pozitif yeniden yorumlama	Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
Planlama	Kabullenme	Davranışsal boş verme
Aktif başa çıkma	Şakaya vurma	Zihinsel boş verme
Geri durma	Dine yönelme	İlaç, madde kullanımı
Yararlı sosyal destek arama	Duygusal sosyal destek arama	İnkar

3.5.8 Semptom Tarama Envanteri – Revize (SCL-90R)

Kişilerin psikiyatrik belirtilerini tarama amacıyla Derogatis tarafından geliştirilmiştir [105]. 90 maddeden oluşmaktadır. 10 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçekleri 1-Somatizasyon, 2-Obsesif Kompulsif, 3-Kişilerarası Duyarlılık, 4-Depresyon, 5-Kaygı, 6-Düşmanlık, 7-Fobik Kaygı, 8-Paranoid, 9-Psikotizm, 10-Ek belirtiler (uyku, yeme

sorunları, suçluluk duyguları) şeklindedir. Beşli likert tipinde derecelendirilmiştir. 0 ile 4 puan arasında yanıtlanır. 10 alt ölçeğe ek olarak Genel Semptom İndeksi (GSI) olarak tüm puanların ortalaması hesaplanır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması üniversite öğrencileri ile yapılmıştır [106].

3.5.9 Güçler Güçlükler Anketi (GGA)

Çocuklardaki psikiyatrik sorunları değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir [109]. 25 maddeden oluşmaktadır. 5 alt ölçeğin değerlendirilmesini sağlar. Bu alt ölçekler 1-hiperaktivite/dikkatsizlik, 2-duygusal belirtiler, 3-davranış sorunları, 4-akran problemleri, 5-prososyal davranışlar şeklinde oluşturulmuştur. Maddeler "doğru değil", "kısmen doğru" ve "kesinlikle doğru" şeklinde cevaplanmaktadır. Prososyal davranışlar başlığında yüksek puan olumlu iken diğer başlıklarda yüksek puan olumsuz durum ifade etmektedir. Toplam puan hesaplaması yapılırken prososyal davranışlar puanı hesaplamaya dahil edilmemektedir. Ölçeğin ebeveyn formu, öğretmen formu ve ergenler için ergen formu bulunmaktadır. Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenilirlik çalışması 2008 yılında yapılmıştır [110]. Çalışmamızda ölçeğin ebeveyn formu kullanılmıştır.

3.6. Verilerin İstatiksel Analizi

İstatistiksel analizler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 27.0) kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilirken basıklık ve çarpıklık değerlerine (±1,5) dikkat edilmiştir. Tanımlayıcı analizler minimum, maksimum, ortanca, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılarak ifade edilmiştir. Normal dağılım gösteren parametrik değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Bağımsız İki Örneklem T-Testi, normal dağılım göstermeyen nonparametrik değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sunulurken değişkenlerin frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizi Ki-Kare veya Fisher's Exact Testi ile gerçekleştirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için

nonparametrik değişkenlerde Spearman Korelasyon testi, parametrik değişkenlerde Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki direkt etkisini incelemek için Çoklu Doğrusal ve Lojistik Regresyon Analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık yorumu yapmak için p değerinin 0.05'ten küçük olması dikkate alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran veya sivil toplum kuruluşları aracılığıyla ulaşılan babası vefat eden 12-18 yaş arasındaki olgular vaka grubu olarak dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak anne ve babası sağ olan ve güncel durumda psikiyatri takibi olmayan 12-18 yaş arasındaki olgular çalışmaya dahil edilmiştir.

Gruplar arasında yaş ve anne yaşı açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Vaka grubunda babaların vefat ettiği yaş incelendiğinde ortalama vefat yaşının 43,25 olduğu gözlenmiştir. En genç yaşta vefat eden baba 28 yaşında en yaşlı vefat eden baba ise 69 yaşında vefat etmiştir. Babanın vefatının ardından geçen süre incelendiğinde ortalama vefat süresinin 6,76 yıl olduğu gözlenmiştir. En yakın tarihli vefat süresi 1 yıl iken en uzak tarihli vefat süresi 15 yıl olmuştur.

Vaka grubunun %54,6'sı erkek iken kontrol grubunda bu oran %46 bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Vaka grubundaki annelerin eğitim durumunun %67,3'ü 8 yıldan az, %33,7'si 8 yıldan fazla iken kontrol gurubundaki annelerin eğitim durumunun %34'ü 8 yıldan az, %66'sı 8 yıldan fazla olduğu görülmüştür. Gruplar arasında annelerin eğitim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Vaka grubundaki annelerin %70,9'u ev hanımıyken kontrol grubundaki annelerin %62'si ev hanımıydı. Meslek gruplarındaki sayılar düşük olduğu için annenin mesleği çalışıyor/çalışmıyor şeklinde 2 grup olarak incelenmiştir. Gruplar arasında annelerin meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Kontrol grubunda 17 bin TL'den düşük gelire sahip aile bulunmazken vaka grubunda bu oran %58,2 bulunmuştur. İki grup arasında ailenin gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

Vaka grubundaki babaların %63,6'sı hastalık sebebiyle vefat etmişken %18,2'si öldürülme sonucu vefat etmiştir. Hastalık sebebiyle vefat edenlerin %25,7'si

akciğer kanseri, %31,4'ü kalp krizi, %25,7'si diğer kanser çeşitleri ve %17'si başka hastalıklar sebebiyle vefat etmiştir.

Vaka grubunda babanın vefat süreci sorusuna ani, beklenmedik cevabını verenlerin oranı %63,6 iken kronik bir süreçle vefatın olduğunu ifade edenlerin oranı %36,4 bulundu.

Tablo 2. Sosyodemografik Bilgiler

	Vaka	**Kontrol**	**p**
Yaş (Ort ± Ss**)**	14,61 ± 1,69	14,42 ± 1,89	0,573[t]
Anne Yaşı (Ort ± Ss)	42,71 ± 6,53	42,48 ± 4,16	0,833[t]
Baba Yaşı (Ort ± Ss)	-	46,88 ± 5,01	
Babanın vefat ettiği yaş (Ort ± Ss)	43,25 ± 9,09	-	
Vefat sonrası geçen süre (Ort ± Ss)	6,76 ± 3,36	-	
Cinsiyet n (%)			0,382
Erkek	30 (%54,6)	23 (%46)	
Kız	25 (%45,4)	27 (%54)	
Annenin Eğitim Düzeyi n (%)			**<0,001*** **
<8 yıl	37 (%67,3)	17 (%34,0)	
>8 yıl	18 (%32,7)	33 (%66,0)	
Babanın Eğitim Düzeyi n (%)			**<0,001*** **
<8 yıl	48 (%87,3)	21 (%52,5)	
>8 yıl	7 (%12,7)	19 (%47,5)	
Annenin İş Durumu n (%)			0,333
Çalışmıyor	39 (%70,9)	31 (%62,0)	
Çalışıyor	16 (%29,1)	19 (38,0)	
Gelir Düzeyi n (%)			**0,001*** **
<17 bin TL	38 (%58,2)	0	
17-50 bin TL	19 (%34,5)	30 (%62,5)	
>50 bin TL	4 (%7,3)	18 (%37,5)	
Vefat Sebebi n (%)			
Hastalık	35 (%63,6)	-	
Trafik Kazası	3 (%5,5)	-	
İş Kazası	5 (%9,1)	-	
İntihar	1 (%1,8)	-	
Öldürülme	10 (%18,2)	-	
Diğer	1 (%1,8)	-	
Hastalık Sebebiyle Olan Vefatlar n (%)			
Akciğer Kanseri	9 (%25,7)	-	
Kalp Krizi	11 (%31,4)	-	
Diğer Kanserler	9 (%25,7)	-	
Diğer	6 (%17,1)	-	
Vefat Süreci n (%)			
Ani/Beklenmedik	35 (%63,6)	-	
Kronik	20 (%36,4)	-	

Ki-Kare Testi, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001
t; Bağımsız Örneklem T testi

4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Analizi

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-28) puanlarının karşılaştırmasında ölçek toplam puanında ve toplam puanı oluşturan 3 alt boyutta (bireysel, aile, bağlamsal) kontrol grubunda daha yüksek puan saptanmış olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. (Tablo 3) Özellikle bireysel puan açısından iki grup arasındaki fark anlamlılığa yakın bulunmuştur.

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ve alt grupların puanlarında vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bütün alt boyutlarda algılanan sosyal destek puanı kontrol grubunda daha yüksek çıkmıştır.

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) formu kesme skoruna göre incelendiğinde vaka grubunda daha yüksek skor saptanmış olmakla birlikte hiçbir alt alanda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 3. Ergenin Doldurduğu Ölçekler

	Vaka Ort ± Ss	**Kontrol Ort ± Ss**	**p**
ÇGPSÖ			
Toplam Puan	107,98 ± 18,03	112,1 ± 16,22	0,223
Bireysel	41,31 ± 7,61	43,66 ± 8,10	0,128
Aile	28 ± 5,15	28,78 ± 4,91	0,430
Bağlamsal	38,67 ± 7,15	39,66 ± 6,28	0,456
ASDÖ			
Toplam Puan	73,45 ± 16,52	76,30 ± 15,90	0,372
Aile	31,60 ± 7,14	32,40 ± 7,43	0,575
Arkadaşlar	19,09 ± 6,05	20,84 ± 5,78	0,134
Öğretmenler	22,76 ± 7,97	23,06 ± 8,50	0,854
ÇADÖY			
Ayrılık Anksiyetesi	58,96 ± 12,06	57,66 ± 13,42	0,601
Yaygın Anksiyete	55,4 ± 12,76	53,88 ± 11,42	0,523
Panik	61,07 ± 15,35	58,1 ± 14,19	0,307
Sosyal Anksiyete	52,71 ± 14,66	50,98 ± 13,82	0,537
Obsesif Kompulsif	57,11 ± 13,29	54,48 ± 14,33	0,332
Depresyon	56,73 ± 15,78	55,18 ± 15,84	0,617
Toplam Anksiyete	58,69 ± 15,08	56,2 ± 14,69	0,394
Toplam Depresyon ve Anksiyete	58,55 ± 15,46	56,42 ± 15,58	0,485

Bağımsız örneklem T Testi

Vaka ve kontrol gruplarında annelerin SCL-90 ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırmaları yapıldığında Genel Semptom İndeksi (GSI) ve bütün alt testlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. (Tablo 4)

Vaka ve kontrol gruplarının annelerinin doldurmuş olduğu COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinde sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Sorun odaklı başa çıkma puanının ortalaması kontrol grubunda 55,86 iken vaka grubunun annelerinde 50,29 hesaplanmıştır. Duygu odaklı başa çıkma puanının ortalaması ise kontrol grubunda 54,10 iken vaka grubunun annelerinde 50,31 olarak hesaplanmıştır.

COPE başa çıkma ölçeğindeki 3 grubun alt başlıkları incelendiğinde pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve geri durma alt başlıklarında vaka ve kontrol gruplarının annelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Anlamlı fark gözlenen 5 alt başlığın ortalama değerleri dikkate alındığında kontrol grubundaki annelerin vaka grubundaki annelere göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Vaka ve kontrol grupları GGA ebeveyn formu ölçeği toplam güçlük puanı ve tüm alt ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde bütün alanlarda ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sosyal davranışlar alt boyutunda kontrol grubu daha yüksek puan alırken duygusal sorunlar, davranış sorunları, akran problemleri, dikkatsizlik ve hiperaktivite ve toplam güçlük puanında vaka grubu daha yüksek puan almıştır.

Tablo 4. Annelerin Doldurduğu Ölçekler

	Vaka Ort ± Ss	Kontrol Ort ± Ss	p
SCL-90			
Genel Semptom İndeksi	0,98 ± 0,5	0,62 ± 0,41	**<0,001*****
Somatizasyon	1,23 ± 0,72	0,77 ± 0,58	**<0,001*****
Anksiyete	0,87 ± 0,52	0,53 ± 0,49	**<0,001*****
Obsesyon	1,18 ± 0,64	0,72 ± 0,48	**<0,001*****
Depresyon	1,15 ± 0,67	0,8 ± 0,59	**0,007****
Kişilerarası Duyarlılık	1,17 ± 0,61	0,71 ± 0,56	**<0,001*****
Psikotik	0,57 ± 0,41	0,28 ± 0,28	**<0,001*****
Paranoid	1,09 ± 0,7	0,63 ± 0,55	**<0,001*****
Öfke	0,78 ± 0,59	0,51 ± 0,44	**0,01*[u]**
Fobik	0,44 ± 0,47	0,33 ± 0,51	**0,04*[u]**
Ek Belirti	1,11 ± 0,66	0,72 ± 0,48	**<0,001*****
COPE			
Sorun Odaklı	50,29 ± 13,02	55,86 ± 6,26	**0,006****
Diğer Meşguliyetleri Bastırma	9,60 ± 3,18	10,04 ± 1,88	0,386
Planlama	11,65 ± 5,04	12,50 ± 2,55	0,289
Yararlı Sosyal Destek Arama	10,38 ± 3,73	11,96 ± 2,58	**0,013***
Aktif Başa Çıkma	10,78 ± 3,40	12,22 ± 2,50	**0,016***
Geri Durma	7,89 ± 2,74	9,06 ± 1,81	**0,011***
Duygusal Odaklı	50,31 ± 11	54,1 ± 7,24	**0,042***
Pozitif yeniden yorumlama	11,31 ± 3,01	13,32 ± 1,90	**<0,001*****
Kabullenme	9,05 ± 3,82	9,66 ± 2,35	0,327
Şakaya vurma	6,13 ± 2,76	6,56 ± 2,12	0,374
Dine yönelme	14,38 ± 2,31	14,10 ± 2,57	0,556
Duygusal sosyal destek arama	9,44 ± 3,41	10,46 ± 2,88	0,102
İşlevsel Olmayan	34,91 ± 7,94	36,3 ± 4,23	0,261
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10,07 ± 3,49	11,88 ± 2,21	**0,002****
Davranışsal boş verme	6,09 ± 2,21	5,58 ± 1,81	0,102
Zihinsel boş verme	8,40 ± 3,04	8,84 ± 1,65	0,354
İlaç, madde kullanımı	4,35 ± 1,43	4,38 ± 1,41	0,901
İnkar	6,00 ± 1,84	5,62 ± 1,74	0,283
GGA			
Duygusal Belirti	4,78 ± 2,58	3,22 ± 2,38	**0,002****
Davranış Sorunları	2,69 ± 2,14	1,7 ± 1,66	**0,01****
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	4,85 ± 2,88	3,4 ± 2,53	**0,007****
Akran Sorunları	3,49 ± 1,97	2,8 ± 1,47	**0,043***
Sosyal Davranışlar	7,58 ± 2,2	8,44 ± 1,51	**0,021***
Toplam Güçlük Puanı	15,82 ± 7,04	11,12 ± 5,48	**<0,001*****

Bağımsız örneklem T Testi
[u] Mann-Whitney U
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

4.3. Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması

Yapılan yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme sonucunda vaka grubunda psikiyatrik tanı oranları DEHB %58, Sosyal Anksiyete Bozukluğu %38, Özgül Fobi %32, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu %14, KOKGB %10 bulunmuştur. Kontrol gurubunda ise DEHB %26, Sosyal Anksiyete Bozukluğu %20, Özgül Fobi %12, KOKGB ise %4 bulunmuştur. Vaka grubunda Uzamış Yas Bozukluğu oranı ise %43,6 bulunmuştur. Vaka grubu kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikiyatrik tanı almıştır. DEHB, SAB, Özgül Fobi, Agorafobi ve MDB tanılarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$).

Tablo 5. Psikiyatrik Tanılar

	Vaka		**Kontrol**		**p**
	(n=55)	**%**	**(n=50)**	**%**	
DEHB	32	58,2	13	26,0	**<0,001*** **
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	21	38,2	10	20,0	**0,041***
Özgül Fobi	18	32,7	6	12,0	**0,012***
Agorafobi	7	12,7	0	0	**0,009****
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	8	14,5	3	6,0	0,153
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	7,3	3	6,0	0,794
Majör Depresif Bozukluk	6	10,9	0	0	**0,016***
KOKGB	6	10,9	2	4,0	0,183
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	3	5,5	0	0	0,094
Uzamış Yas Bozukluğu	24	43,6	-	-	**-**

Ki-Kare Testi, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

4.4. Uzamış Yas Bozukluğu Tanısını Alan ve Almayanların Karşılaştırılması

Baba Kaybı yaşamış ergenlerde yapılan yarı yapılandırılmış görüşme sonucunda Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) tanısı alanların sosyodemografik verileri Tablo 6'da verilmiştir. Baba kaybı yaşamış 55 vakanın 24 tanesi UYB tanısı alırken 31 tanesi UYB tanısı almamıştır. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubu seçimi yapılırken anne ve babanın yaşıyor olması kriter olarak seçildiğinden kontrol grubunda Uzamış Yas Bozukluğu değerlendirmesi yapılmamıştır.

Tablo 6. Vaka grubunda UYB tanısı olan ve olmayanların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

	UYB +	**UYB -**	**p**
Çocuğun Yaşı (Ort ± Ss**)**	14,75 ± 1,77	14,51 ± 1,65	0,642[u]
Anne Yaşı (Ort ± Ss**)**	42,0 ± 6,50	43,26 ± 6,6	0,474[u]
Babanın vefat ettiği yaş (Ort ± Ss)	41,04 ± 6,38	45,22 ± 10,49	0,161[u]
Vefat sonrası geçen süre (Ort ± Ss)	6,63 ± 3,33	6,87 ± 3,44	0,732[u]
Cinsiyet n (%)			**0,025***
Erkek	9 (%37,5)	21 (%67,7)	
Kız	15 (%62,5)	10 (%32,3)	
Annenin Eğitim Düzeyi n (%)			0,507
<8 yıl	22 (%71,0)	15 (%62,5)	
>8 yıl	9 (%29,0)	9 (%37,5)	
Annenin İş Durumu n (%)			0,542
Ev hanımı	16 (%66,7)	23 (%74,2)	
Çalışıyor	8 (%33,3)	8 (%25,8)	
Gelir Düzeyi n (%)			0,851
<17 bin TL	14 (%58,3)	18 (%58,1)	
17-50 bin TL	9 (%37,5)	10 (%32,3)	
>50 bin TL	1 (%4,2)	3 (%9,7)	
Vefat Süreci n (%)			0,877
Ani/Beklenmedik	15 (%62,5)	20 (%64,5)	
Kronik	9 (%37,5)	11 (%35,5)	

Ki-kare Testi
u; Mann Whitney U Testi
*p<0,05

Uzamış Yas Bozukluğu tanısı alan ve almayanların ergenle ilişkili ölçeklerin karşılaştırılması Tablo 7'de, anneyle ilişkili ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir. Kullanılan ölçeklerin toplam puanlarına ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülen alt ölçek puanlarına tabloda yer verilmiştir. Ergenle ilişkili ölçeklerde ÇADÖY toplam anksiyete ve bütün alt ölçeklerde UYB tanısı alan grubun ölçek skorları daha yüksek çıkmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). ÇGPSÖ, ASDÖ ve GGA ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. GGA ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da sosyal davranışlar alt boyutu UYB tanısı almayan grupta daha yüksek iken diğer alt boyutlar ve toplam güçlük puanı UYB tanısı alan grupta daha yüksek hesaplanmıştır. Anneyle ilişkili ölçeklerde ise SCL-90 ölçeğinde paranoid başlığında ve COPE ölçeğinde pozitif yeniden yorumlama başlığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). SCL-90 paranoid ve COPE pozitif yeniden yorumlama skorları UYB tanısı alan ergenlerin annelerin daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 7. Vaka Grubunda UYB Tanısı Alan ve Almayanların Ergenle İlgili Ölçeklerinin Karşılaştırılması

	UYB + Ort ± Ss	**UYB - Ort ± Ss**	**p**
ÇGPSÖToplam	107,75 ± 18,74	108,16 ± 17,78	0,885
ASDÖToplam	74,33 ± 14,88	72,77 ± 17,90	0,845
ÇADÖY (T skor)			
Toplam Anksiyete	68,13 ± 13,48	51,39 ± 11,99	**0,004****
Anksiyete ve Depresyon	68,21 ± 13,15	51,06 ± 12,84	**<0,001*****
AAB	64 ± 11,21	55,06 ± 11,37	**<0,001*****
YAB	62,29 ± 12,47	50,06 ± 10,32	**<0,001*****
PB	71,71 ± 11,47	52,84 ± 12,75	**<0,001*****
SAB	59,08 ± 15,39	47,77 ± 12,15	**0,004****
OKB	63,58 ± 13,06	52,1 ± 11,29	**<0,001*****
MDB	65,58 ± 13,61	49,87 ± 13,95	**<0,001*****
GGA			
Toplam Güçlük Puanı	17,38 ± 7,56	14,61 ± 6,47	0,255
Sosyal Davranışlar	7,17 ± 1,92	7,9 ± 2,38	0,079
Duygusal Belirti	5,46 ± 2,87	4,26 ± 2,25	0,117
Davranış Sorunları	3,33 ± 2,60	2,19 ± 1,58	0,136
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite	5,08 ± 2,76	4,68 ± 3,02	0,733
Akran Sorunları	3,50 ± 1,69	3,48 ± 2,19	0,904

Mann Whitney U Testi
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 8. Vaka Grubunda UYB Tanısı Alan ve Almayanların Anneyle İlgili Ölçeklerinin Karşılaştırılması

	UYB + Ort ± Ss	**UYB - Ort ± Ss**	**p**
SCL-90			
GSI	1,12 ± 0,57	0,88 ± 0,43	0,149
Somatizasyon	1,39 ± 0,82	1,10 ± 0,61	0,215
Obsesyon	1,35 ± 0,74	1,05 ± 0,53	0,187
Kişilerarası Duyarlılık	1,31 ± 0,59	1,06 ± 0,61	0,171
Depresyon	1,24 ± 0,73	1,07 ± 0,62	0,429
Kaygı	0,96 ± 0,61	0,79 ± 0,42	0,491
Öfke	0,83 ± 0,67	0,74 ± 0,54	0,701
Fobik Kaygı	0,55 ± 0,57	0,36 ± 0,36	0,303
Paranoid	1,35 ± 0,74	0,89 ± 0,61	**0,019***
Psikotizm	0,70 ± 0,46	0,47 ± 0,35	0,125
Ek Belirtiler	1,27 ± 0,68	0,98 ± 0,63	0,104
COPE			
Sorun Odaklı	52,25 ± 11,29	48,77 ± 14,23	0,653
Duygusal Odaklı	52,54 ± 10,79	48,58 ± 11,04	0,177
Pozitif Yeniden Yorumlama	12,21 ± 2,96	10,61 ± 2,92	**0,040***
İşlevsel Olmayan	36,46 ± 6,72	33,71 ± 8,7	0,328

Mann Whitney U Testi
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

UYB tanısı alan grup ile tanı almayan grubun diğer psikiyatrik tanıları incelendiğinde Özgül Fobi, Agorafobi, AAB, YAB, MDB, KOKGB tanıları UYB tanısı alan grupta daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Bu fark YAB tanısı için istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (p=0,031). DEHB ve SAB tanılarında ise gruplar arasında belirgin fark gözlenmemiştir. Herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alanların oranına bakıldığında UYB tanısı alan grupta %70,8 iken UYB tanısı almayan grupta %45,2 bulunmuştur.

Tablo 9. UYB tanısı alanların ek psikiyatrik tanıları

	UYB + (n=24)	%	UYB - (n=31)	%	p
DEHB	14	58,3	18	58,1	0,984
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	9	37,5	12	38,7	0,927
Özgül Fobi	11	45,8	7	22,6	0,068
Agorafobi	4	16,7	3	9,7	0,441
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	6	25,0	2	6,5	0,053
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	16,7	0	0	**0,031[f]***
Majör Depresif Bozukluk	5	20,8	1	3,2	0,075[f]
KOKGB	5	20,8	1	3,2	0,075[f]
Herhangi bir Anksiyete Tanısı Varlığı	17	70,8	14	45,2	0,057

Ki-kare testi
f; Fisher's Exact Test
*p<0,05

Çalışmamızdaki Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) varlığını yordamak amacıyla cinsiyet, ÇADÖY toplam anksiyete t skoru ve SCL-90 paranoid alt boyut puanları kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Analizi yapmadan önce bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı kontrol edilmiştir ve VIF değerleri 5'in altında bulunmuştur. Modelin genel uyumu Hosmer-Lemeshow testi ile değerlendirilmiştir (χ^2 (7) = 12,77, p = 0,078). Modelin açıklama gücü Nagelkerke R^2 ile %42,4 olarak bulunmuştur.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda ÇADÖY toplam anksiyete puanındaki her bir birim artış, uzamış yas bozukluğu geliştirme riskini %8 artırmaktadır (Exp(B)=1,086) ve ÇADÖY toplam anksiyete puanı anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmuştur (p = 0,002).

Tablo 10. UYB üzerinde etkili olan değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

	B	Std. Hata	Wald	p	Exp(B)
Cinsiyet	,713	,674	1,118	,290	2,039
ÇADÖY Anksiyete	,082	,026	9,680	**,002**	1,086
SCL-90 Paranoid	,465	,530	,771	,380	1,592

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada babası vefat etmiş 12-18 yaş arasındaki gençler ve anneleri değerlendirmeye alınmıştır. Olguları karşılaştırmak için kontrol grubu olarak anne ve babası birlikte yaşayan 12-18 yaş arasındaki gençler çalışmaya eklenmiştir. Gençlerin sosyodemografik verileri, psikiyatrik tanıları, psikolojik sağlamlık seviyeleri, algıladıkları sosyal destek düzeyleri, yaşadıkları güçlükler, annelerin psikiyatrik rahatsızlıkları, sorunlarla başa çıkma yöntemleri incelenmiştir. Baba kaybı yaşayan ergenler Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) alan ve almayan iki grup olarak ayrılmış ve bu UYB'yi etkileyen faktörler araştırılmıştır. Elde edilen veriler literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş ve annelerin yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Çalışmada, baba kaybı yaşamış gençlerin annelerinin eğitim düzeyinin, kontrol grubundaki annelere kıyasla belirgin şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Vaka grubundaki annelerin %67,3'ünün eğitim düzeyi 8 yıldan az iken kontrol grubunda bu oran %34 olarak bulunmuştur. Vaka grubunda 8 yıldan fazla eğitim alan annelerin oranı %32,7 iken, kontrol grubunda bu oran %66 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda, vaka grubundaki annelerin %70,9'unun ev hanımı olduğu, kontrol grubundaki annelerin ise %62'sinin ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Annelerin çalışıp çalışmama durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak vaka grubunda babanın vefat etmiş olduğu düşünüldüğünde babanın vefatı sonrası annelerin evin maddi ihtiyaçlarını karşılama konusunda zorluk yaşayabileceği ihtimali dikkat çekmektedir. Farklı açıdan bakıldığında annelerin çalışmaması çocuklarıyla daha fazla zaman geçirme imkânı oluşturabilir. Bu durum çocukların psikolojik iyiliklerine katkıda bulunabilir.

Vaka grubu ile kontrol grubu arasında gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Bu farkın oluşmasında kontrol grubunun toplanma şekli bir etken olabilir. Bununla birlikte vaka grubundaki annelerin

önemli kısmı çocukların bakımıyla ilgilenmeleri sebebiyle çalışamadıklarını beyan etmişlerdir. Gelir düzeyindeki farklılığın bir sebebinin de bu olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, baba kaybı yaşayan vaka grubundaki bireylerin babalarının %63,6'sının hastalık, %18,2'sinin öldürülme, %9,1'inin iş kazası sebebiyle vefat ettiği gözlenmiştir. Hastalık nedeniyle vefat eden babaların ölüm nedenleri detaylandırıldığında, en yaygın sebebin kalp krizi (%31,4) olduğu, bunu akciğer kanseri (%25,7) ve diğer kanser türlerinin (%25,7) izlediği görülmüştür. Öldürülme sonucu vefat eden babaların oranı dikkat çekici şekilde yüksek saptanmıştır. 2023 TÜİK verilerine göre cinayet sonucu vefat eden erkeklerin oranı %0.2'dir [111]. Örneklem grubunun küçük olması ve çalışmaya kardeşlerin dahil edilmiş olması (öldürülerek vefat eden 3 babanın 2'şer çocuğu çalışmaya alındı) bu oranın yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

5.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ) incelendiğinde toplam ve diğer alt başlıklarda kontrol grubu vaka grubuna kıyasla daha yüksek puan elde etmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Özellikle bireysel alt ölçekten elde edilen puanlardaki fark daha dikkat çekici olmuştur. Bu da baba kaybı yaşayan ergenlerin bireysel özelliklerinin psikolojik sağlamlık durumlarını belirlemede daha etkili olabileceğini düşündürtmüştür. Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada kayıp sonrası psikolojik sağlamlık düzeyi yasla negatif ilişkili bulunmuştur [112]. Ergenlerle yapılan bir çalışmada yas sürecinde strese dayanıklılığın azaldığı gösterilmiştir [113]. Ergenin bir yakınını kaybetmesi psikolojik sağlamlığını olumlu veya olumsuz etkileyebilir. Bu etkiler ergenin problem çözme becerisi, gördüğü sosyal destek, duygu düzenlemede yaşadığı zorluk gibi faktörlerden etkilenebilir. Çocuklarda yaşanan ebeveyn kaybının pek çok olumsuz etkileri bildirilmekle birlikte çocuklukta ebeveyn kaybı yaşayan genç yetişkinlerde yapılan nitel bir çalışmada katılımcıların bir kısmı ebeveyn kaybının kendilerini daha hızlı olgunlaştırdığını ve hayata hazırladığını belirtmişlerdir [88].

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-R) incelendiğinde bütün başlıklarda kontrol grubu vaka grubuna göre daha yüksek puan almış ancak iki grup arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Alt ölçekler ayrıntılı incelendiğinde baba kaybı yaşayan ergenlerin aile ve öğretmenlerden algıladıkları sosyal destek açısından kontrol grubu ile daha çok benzerlik gösterdikleri, arkadaşlardan algıladıkları sosyal desteğin ise görece daha az olduğu anlaşılmaktadır. Akranlarının da ergenlik döneminde olduğu göz önüne alındığında sosyal destek ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamış olabilirler. Bu bulgular bize kayıp yaşayan ergenlerin sosyal çevrelerinden gelen desteği daha az olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Diğer yandan akranlar pek çok ergen için duygusal destek niteliği taşımaktadır, özellikle ebeveyn kaybından sonraki erken dönemde akran desteğinin yalnızlık duygusunu azalttığı bildirilmiştir [114]. Ek olarak sosyal desteğin depresif semptomlar üzerine doğrudan olumlu etkisi olduğu da bilinmektedir [115].

Vaka grubunun ÇADÖY toplam ve alt başlık puanları kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Sevilen birinin kaybı kaygı belirtilerini arttırabilir, akut yasın uzamasına sebep olabilir [116]. Yas sürecinde ayrıca depresif belirtilerin olması beklenen bir durumdur [117]. Bizim çalışmamızda vefat sonrası geçen sürenin ortalama 6,76 yıl olması depresyon ve kaygı belirtilerinin azalmasına ve kontrol grubuna yaklaşmasına sebep olmuş olabilir.

Annenin doldurduğu SCL-90 ölçeğinde vaka ve kontrol grubu arasında bütün boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Öfke ve fobik kaygı boyutlarında p değeri <0.05, depresyon için p değeri <0.01, diğer bütün boyutlar için p değeri <0.001 hesaplanmıştır. SCL-90 ölçeği ile bulduğumuz sonuçlar eş kaybı yaşayan kadınların psikiyatrik belirtilerinin arttığını göstermektedir. Kayıp sonrası psikopatoloji sıklığının arttığı bilinmektedir [118]. Çalışmamız bu anlamda literatür ile uyumludur.

COPE başa çıkma ölçeği değerlendirildiğinde gruplar arasında ana başlıklardan sorun odaklı (p=0,006) ve duygusal odaklı (p=0,042) başa çıkma başlıklarında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Kontrol grubundaki annelerin ölçek skorları vaka grubundaki annelere kıyasla daha yüksek çıkmıştır. Bu bulgular bize eşi vefat etmiş kadınların sorunlarla karşılaştıklarında başa çıkma kapasitelerinin azaldığını göstermektedir. 291 yetişkin ile yapılan boylamsal bir çalışmada başa çıkma tekniklerinin semptom ve stres düzeyinden bağımsız olarak zihinsel sağlık üzerinde etkili olduğu bulunmuştur [119].

GGA ölçeğinde sosyal davranışlar alt boyut puanı kontrol grubu daha yüksek iken duygusal belirtiler, davranış sorunları, dikkatsizlik ve hiperaktivite, akran problemleri ve toplam güçlük puanı vaka grubunda daha yüksek hesaplanmıştır. Bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Toplam güçlük puanında bu farklılığın p değeri <0,001 bulunmuştur. Literatürde yas sürecinde ergenlerde davranış problemlerinde[120] ve madde kullanımında artış [121], duygusal zorluklar [122] yaşandığı bildirilmiştir. Bu açıdan çalışmamız literatür ile uyumludur.

5.3. Grupların Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi

5.3.1 Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Çalışmamızda baba kaybı yaşayan ergenlerde (%38) kontrol grubu (%20) ile kıyaslandığında anlamlı derecede daha fazla oranda SAB tanısı saptanmıştır. 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada Sosyal Anksiyete Bozukluğu sıklığı ergenlerde kadın cinsiyette %11.2, erkeklerde %7.0 bulunmuştur [123]. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sosyal fobinin bir yıllık yaygınlığı %20.9, yaşam boyu yaygınlığı %21.7 bulunmuştur [124]. Danimarka'da yapılan geniş kapsamlı takip çalışmasında kayıp sonrası ilk yıllarda psikopatoloji görülme sıklığının kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu ifade edilmiştir [125]. Başka bir çalışmada ani kayıp yaşayan ebeveynlerde kayıp yaşamayan ebeveynlere kıyasla %70 daha fazla anksiyete bozukluğu olduğu gözlenmiştir [126]. Ani kayıp yaşayan bireylerin incelendiği başka bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu ile beklenmedik ölüm arasında kuvvetli bir ilişki bulunamamıştır [127]. Ergen ve genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada ebeveyn kaybının artmış anksiyete semptomlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür [128]. Ergenlerde yas sonrası anksiyete belirtilerinin arttığı gösterilmişken literatürde kayıp yaşayan ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerine dair bir çalışma bulunamamıştır.

5.3.2 Majör Depresif Bozukluk

Majör Depresif Bozukluk (MDB) oranı vaka grubunda %10.9 iken kontrol grubunda MDB tanısı alan olgu olmamıştır. Literatürde 12-17 yaş arasındaki gençlerin %20'sinin hayatlarında en az bir defa majör depresif atak geçirdiği, 12 aylık MDB prevalansının %7.5 olduğu, şiddetli MDB'nin ise %3 civarında olduğu ifade edilmektedir [129,130]. Vaka grubumuzda MDB görülme sıklığı toplum örneklemine benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte çalışmamızın kesitsel olarak yapıldığı, depresif belirtilerinin eşik altı düzeyde olabileceği ve depresyonun epizodlar şeklinde görülebileceği göz önüne alındığında baba kaybı yaşayan ergenlerde depresif belirtilerin daha yüksek oranda görülebileceği de akılda tutulmalıdır.

5.3.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu

Çalışmamızda vaka grubunda DEHB tanısı (%58,2) kontrol grubuna (%26) kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. 2023 yılında yapılmış meta-analiz çalışmasında DEHB prevalansı 12-18 yaş arasında %5,6 olarak bildirilmiştir [131]. Türkiye'de yapılan prevalans çalışmasında ise DEHB yaygınlığı yaklaşık %13 bulunmuştur [132]. Çalışmamızdaki bu yüksek oranın sebebi güncel durumda aktif yakınmaları olan ailelerin çalışmaya katılmayı kabul etmesi, yakınması olmayan ailelerin çalışmaya katılmak istememesi olabilir. Diğer bir sebebi tanı koyma sürecinde aile ve ergenden bilgi alınırken öğretmenden bilgi alınmamış olması olabilir.

Gruplar arasında DEHB tanısının anlamlı farklılık göstermesi yas süreci ve sonrasının psikiyatrik belirtilerde artışa sebep olması ve işlevselliği etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir [118]. Aynı zamanda yas sürecinde odaklanma zorluğu ve hafızanın etkilenmesi [133] dikkat eksikliği belirtilerinin belirginleşmesine sebep olmuş olabilir.

Vaka grubunun %10.9'u Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) tanısını karşılıyorken kontrol grubunda bu oran %4 olmuştur. Çocuk ve ergenlerde KOKGB oranının %2-10 olduğu ifade edilmektedir [134,135]. Çalışmamızda vaka ve kontrol grubunda KOKGB oranları literatür ile uyumlu görünmektedir.

5.3.4 Uzamış Yas Bozukluğu

Çalışmamızda vaka grubunun %43.6'sı Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) tanısını karşılamaktadır. Ebeveyn kaybı yaşayan ergenlerin Uzamış Yas Bozukluğu prevalansına dair literatürde yeterli veri bulunmamakla birlikte çocukların %10'unda ani ebeveyn kaybı sonrasında yaklaşık 3 yıla kadar uzayan dönemde şiddetli ve uzamış yas reaksiyonu belirtileri gösterdikleri belirtilmektedir [136]. Yetişkinlerde UYB sıklığını araştıran bir meta-analizde %9.8 oranına ulaşılmıştır [137]. Bir çalışmada çocuk kaybı yaşayan ebeveynlerde bu oran %59 bulunmuştur [138]. Suisid, kaza, homisid gibi beklenmedik durumlar sebebiyle kayıp yaşayan bireylerde UYB oranı %49 bulunmuştur [139].

5.4. Uzamış Yas Bozukluğunu Yordayan Faktörler

5.4.1 Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı Açısından Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi

Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) tanısını alan ergenler babanın vefatının ani ya da kronik bir süreç sonrasında olması, annenin eğitimi, annenin çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi, ergenin yaşı, annenin yaşı, vefat sonrası geçen süre açısından UYB tanısı almayanlarla benzer özellikler göstermişlerdir. UYB tanısı alanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkan tek sosyodemografik değişken cinsiyet olmuştur. Kadın cinsiyet oranı UYB tanısı alanlarda daha fazla bulunmuştur. Almanya'da yapılan bir çalışmada da çalışmamızdakine benzer şekilde kadın cinsiyet UYB açısından erkek cinsiyete göre daha riskli bulunmuştur [40]. Meshot ve Leitner de yaptıkları çalışmada komplike yas açısından cinsiyet farkı bulduklarını, kadın cinsiyette daha fazla uzamış yas belirtisi gördüklerini belirtmişlerdir [79].

5.4.2 Uzamış Yas Bozukluğu Tanısı ile Ölçeklerin İlişkisinin İncelenmesi

ÇADÖY t skoru toplam anksiyete, depresyon ve bütün alt boyutların puanlarında UYB tanısı alan grup daha yüksek puan almıştır. Bütün boyutlarda gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. ÇADÖY toplam anksiyete ve sosyal anksiyete p değerleri 0,004 hesaplanmıştır. Diğer bütün alt boyutlarda p<0,001 bulunmuştur. Ayrıca UYB tanısı alan ve almayan grubun anksiyete ve depresyon tanılarının oranları incelendiğinde UYB tanısı alan grupta herhangi bir anksiyete tanısı alanların oranı %70,8 iken UYB tanısı almayan grupta bu oran %45,2 bulunmuştur. Depresyon tanısı ise UYB tanısı alan grupta %20,8 iken UYB tanısı almayan grupta %3,2 bulunmuştur. Nitekim UYB tanısı alan bireylerde anksiyete bozukluğu ve depresyonun topluma kıyasla daha sık görüldüğü literatürde gösterilmiştir [140–142].

Literatürde UYB tanısı alan vakalarda uyumsuz duygu düzenleme stratejisi [143], davranış problemleri [144], aktivitelerden kaçınma, sosyal ilişkilerde zorluk ve konsantrasyon problemleri [133] belirtilerinin daha fazla yaşandığı gösterilmiştir. Çalışmamızda baba kaybı yaşayan ergenlerin kontrol grubuyla kıyaslandığında GGA ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark kayıp yaşayan gençlerin daha fazla güçlük yaşayabileceği ve sosyal alanda daha zayıf kalabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca vaka grubunu kendi içerisinde incelediğimizde de UYB tanısı alan ergenler UYB tanısı almayan ergenlere göre GGA ölçeğinde olumlu ve güçlü özellik olarak yorumlanan sosyal davranışlar alt boyut puanı daha düşük bulunmuştur. Güçlükler olarak yorumlanan duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, akran problemleri alt boyutları puanları ve toplam güçlük puanı ise UYB tanısı alan grupta daha yüksektir. Ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır. Bu bulgular baba kaybı yaşamanın ergenin duygu düzenlemede zorluğa, davranışsal sorunlara, akran ilişkilerinde problemlere, konsantrasyon zorluklarına ve sosyal alanda zorluklar yaşamasına yol açabileceğini göstermektedir. Elde ettiğimiz bu bulgularla ergenin yaşayacağı bu zorlukların şiddetli olmasının uzamış yas bozukluğunu etkileyebileceği düşünülmüştür. Nitekim literatürde duygu düzenleme becerilerindeki iyilik halinin yas belirtilerinin uzamasına karşı koruyucu faktör olduğu vurgulanmıştır [145].

Annenin doldurduğu SCL-90 ölçeği incelendiğinde bütün alt boyutlarda ve genel semptom indeksinde UYB tanısı alan ergenlerin anneleri daha yüksek puan almıştır. İstatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanan alt boyut ise paranoid başlığı olmuştur. Örneklem büyüklüğünün arttırılması halinde diğer boyutlarda da istatistiksel anlamlılığın oluşacağı düşünülmektedir. Ölçeğin paranoid alt boyutunda "eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu", "başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu", "başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi" ve "çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi" gibi cümleler bulunmaktadır. Eş kaybının kadınlarda stres düzeyini arttırdığı[146] ve bireylerin stres altında iken paranoid düşüncelerinde artış olabileceği literatürde gösterilmiştir [147]. Bu sonuçlara göre annenin kayıp yaşadıktan sonra dış dünyayla ilgili olumsuz düşüncelerinin artmasının çocuğun UYB tanısı almasına etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Annelerin doldurduğu COPE başa çıkma ölçeği incelendiğinde UYB tanısı alan ergenlerin annelerinin üç ana başlık olan sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinde daha yüksek puan aldığı, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Anlamlı fark gözlenen pozitif yeniden yorumlama alt boyut puanı UYB tanısı alan ergenlerin annelerinde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu beklentimizin dışında çıkmıştır. Literatürde kaçınmacı duygusal başa çıkma yönteminin karmaşık yas ile anlamlı şekilde pozitif ilişki gösterdiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada beklenilenin aksine sorun odaklı başa çıkma, aktif duygusal başa çıkma yöntemlerinin de karmaşık yas ile anlamlı şekilde pozitif ilişki gösterdiği bulunmuştur [148]. Bu çalışmada bireyin başa çıkma yöntemiyle kendisinde görülen yas tepkisi, bizim çalışmamızda ise annenin başa çıkma yöntemiyle ergenin uzamış yas bozukluğu incelenmiştir. Başka bir çalışmada ebeveynin stres düzeyi arttıkça başa çıkma yöntemlerinin çocuğun yas belirtilerine etkisinin azaldığı bulunmuştur. Bir başka ifadeyle ebeveynin başa çıkma yöntemlerinin düşük stres düzeyinde etkili olduğu gösterilmiştir [149]. Çalışmamızda beklediğimizin dışında sonuçlanan pozitif yeniden yorumlama başa çıkma yönteminin UYB tanısı alan ergenlerin annelerinde daha yüksek puan almasının nedeni çocuğunda psikopatoloji gelişen annelerin bu durumun üstesinden gelebilmek için daha olumlu başa çıkma yöntemlerini kullanmaları olabilir.

5.4.3 Uzamış Yas Bozukluğu Tanısını Yordayan Faktörlerin İncelenmesi

Yordayıcı faktörler, bağımlı değişkeni pozitif ya da negatif olarak etkilemektedirler. Bu etkiyi inceleyerek sonucun gerçekleşme durumunu tahmin etmeyi kolaylaştırırlar. Bu şekilde incelendiğinde yordayıcı faktörler tanı ve tedavi süreçlerine yol göstermiş olurlar.

Daha önce yapılan analizlerde UYB olan ve olmayan gruplar arasında etki yaratmış olabilecek üç fark göze çarpmıştır. Bunlar; bireyin kadın cinsiyette olması, bireyin ÇADÖY ile belirlenen anksiyete puanının yüksek olması ve annenin SCL-90 ile ölçülen paranoid alt ölçek puanının yüksek olmasıdır. Yapılan çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişken ÇADÖY toplam anksiyete t skoru olması nedeniyle yüksek anksiyete skorunun bulunmasının UYB tanısı almayı anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür. Komplike ya da uzamış yasın klinik görünümü depresyon ve anksiyete bozuklukları şeklinde olabileceği gibi depresyon ve anksiyete bozuklukları eşlik eden durumlar olarak da tanımlanmıştır. Bu eş hastalanma durumlarının varlığı altta yatan ortak bir yatkınlık modelini de akla getirmektedir [150].

5.4.4 Güçlü Yanlar ve Kısıtlılıklar

Literatürde ergenlerin ebeveyn kaybı süreciyle ilgili çalışmalar mevcut olmakla birlikte çalışmamız spesifik olarak baba kaybı yaşayan ergenlerle yapılmıştır. Ayrıca özellikle annesiyle yaşayan ergenler çalışmaya dahil edilmiş olup kurum bakımında olan ergenler çalışmaya alınmamıştır. Bu açıdan babanın kaybı sonrası ergenin ve annenin birlikte yaşamaya devam ediyor olması, anne ve ergenin birlikte değerlendirilmiş olması çalışmamızın güçlü yanı olarak görülebilir.

Tek merkezli bir çalışma olması sebebiyle çalışmanın sonuçlarının genelleştirilebilirliği sınırlıdır.

Vaka grubumuz annesiyle birlikte yaşayan, baba kaybı yaşamış 12-18 yaş arası ergenlerden oluşmaktaydı. Bu spesifik kriterleri karşılayan olguların sayısının sınırlı

olması ve kriterleri karşılayan olguların veya ailelerin önemli bir kısmının çalışmaya katılmayı reddetmesi örneklem sayımızın sınırlı kalmasına sebep olmuştur.

Çalışmamız kesitsel tasarıma sahiptir. Bu durum nedensellik ilişkisi kurmamızı ve semptomların zaman içerisindeki değişimini gözlemlememizi sınırlamaktadır.

Çalışmamızda karıştırıcı faktörlerin kontrolüne yönelik bir analiz yapılmamıştır. Bu durum çalışmamız için potansiyel bir sınırlılık olarak kabul edilebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızın amacı, babası vefat etmiş olan ergenlerin mevcut psikopatolojilerini tespit etmek ve bu psikopatolojileri etkileyen faktörleri değerlendirmektir. Baba kaybı yaşamış ergenler kontrol grubuna göre daha yüksek oranda DEHB, SAB, Özgül Fobi, Agorafobi ve MDB tanılarını almıştır.

Baba kaybı yaşayan ergenlerde psikolojik dayanıklılığın kontrol grubuna göre daha düşük olduğu gözlemlenmiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Özellikle ÇGPSÖ bireysel alt boyut puanının kontrol grubuna göre daha düşük olması dikkatimizi çekmiştir.

Vaka grubundaki ergenlerin algıladıkları sosyal destek ASDÖ ile değerlendirildiğinde toplam puan ve alt boyut puanları kontrol grubuna göre daha düşük çıkmış ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Özellikle ASDÖ arkadaş alt boyut puanının kontrol grubuna göre daha düşük olması dikkat çekmiştir.

Eş kaybı yaşayan annelerin kontrol grubuna kıyasla SCL-90 ölçeğinin tüm alt boyutlarında daha fazla ruhsal sıkıntı yaşadığı görülmüştür.

Vaka grubundaki annelerin başa çıkma yöntemlerinden aldıkları puanlar kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır. Sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma alt boyutlarında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eşi vefat eden kadınların stresli durumlarla başa çıkma konusunda zorluk yaşayabilecekleri gözlenmiş ancak çocukta uzamış yas bozukluğu varlığında annelerin olumlu başa çıkma yöntemlerini devreye sokabildikleri de saptanmıştır.

Annenin ergenle ilişkili doldurduğu Güçler Güçlükler Anketi sonuçlarına göre baba kaybı yaşamış ergenlerin duygusal belirtiler, davranış sorunları, arkadaş problemleri, dikkatsizlik konularında kontrol grubuna göre daha fazla güçlük yaşadığı görülmüştür. Ayrıca ergenin güçlü yanı olarak nitelendirilebilecek sosyal davranışlar alt boyutunda vaka grubundaki ergenler daha düşük puan almıştır.

Vaka grubundaki ergenlerin 24 (%43,6) tanesi Uzamış Yas Bozukluğu (UYB) tanısı almıştır. Kadın cinsiyet anlamlı düzeyde daha fazla tanı almıştır. ÇADÖY

toplam anksiyete, depresyon ve bütün alt boyutlarda UYB tanısı alan grup daha yüksek puan almıştır. SCL-90 ölçeğinde UYB tanısı alan grubun anneleri bütün alt boyutlarda daha yüksek puan almıştır. SCL-90 Paranoid alt boyutunda ise bu fark anlamlı düzeyde çıkmıştır.

Yapılan çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda ÇADÖY toplam anksiyete skorunun UYB tanısını yordayıcı olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Ergenlerin ruhsal yanıtlarının karmaşıklığı, kaybın ruhsal olarak işlemlenmesindeki farklılıklar ve ergenlik döneminin kimlik oluşma süreci bir araya geldiğinde herhangi bir ebeveyn kaybının ya da konumuz özelinde baba kaybının oluşturabileceği etkiler hakkında genelleştirme yapmak güçtür. Ancak çalışmamızdaki kesitsel veriler göz önünde bulundurulduğunda babanın vefat ettiği bir ailede ergenlerin ve annelerin psikiyatrik sorunlar açısından taranması, okullarda baba kaybı yaşayan ergenler için özel destek gruplarının oluşturulması önerilebilir.

Annenin başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür. Bu amaçla bireysel danışmanlık hizmetleri veya grup terapilerinin erişilebilir hale getirilmesi önemlidir. Ayrıca klinisyenlerin annenin psikiyatrik değerlendirmesini yapıp gereği halinde erişkin psikiyatriye yönlendirilmesi yararlı olacaktır.

Kayıp yaşamış bir ergende anksiyete belirtilerinin tedavi edilmesinin UYB tanısından koruyucu olabileceği düşünülmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21(3):169-184. doi:10.1002/MPR.1359
2. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):441-448. doi:10.1016/S2215-0366(19)30434-1
3. Senemoğlu N. *Gelişim, Öğrenme ve Öğretim-Kuramdan Uygulamaya*. Pegem Akademi; 2012.
4. Black D. THE BEREAVED CHILD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1978;19(3):287-292. doi:10.1111/J.1469-7610.1978.TB00471.X
5. Black D. Childhood bereavement. *BMJ*. 1996;312(7045):1496. doi:10.1136/BMJ.312.7045.1496
6. Guldin MB, Li J, Pedersen HS, et al. Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(12):1227-1234. doi:10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2015.2094
7. Kwok OM, Haine RA, Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA, Tein JY. Positive parenting as a mediator of the relations between parental psychological distress and mental health problems of parentally bereaved children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005;34(2):260-271. doi:10.1207/S15374424JCCP3402_5
8. Malhi GS, Das P, Bell E, Mattingly G, Mannie Z. Modelling resilience in adolescence and adversity: a novel framework to inform research and practice. *Translational Psychiatry 2019 9:1*. 2019;9(1):1-16. doi:10.1038/s41398-019-0651-y

9. İstatistiklerle Aile, 2023. TUİK. 2024. Accessed September 2, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2023-53784
10. Canlı M. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi*. (Ercan ES, Bilaç Ö, Yazıcı İP, et al., eds.). Akademisyen Kitabevi; 2020. doi:10.37609/akya.45
11. Mosher PJ. Everywhere and Nowhere: Grief in Child and Adolescent Psychiatry and Pediatric Clinical Populations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018;27(1):109-124. doi:10.1016/j.chc.2017.08.009
12. HARRISON L, HARRINGTON R. Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *J Adolesc*. 2001;24(2):159-169. doi:10.1006/jado.2001.0379
13. Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*. Published online 2013:223-229.
14. Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA*. 2013;310(4):416-423. doi:10.1001/jama.2013.8614
15. Grimby A. Bereavement among elderly people: grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87(1):72-80. doi:10.1111/J.1600-0447.1993.TB03332.X
16. Shear MK. Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(2):153-160. doi:10.1056/NEJMcp1315618
17. Bowlby J. *Attachment and Loss*.; 1980.
18. Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA. A prospective examination of catastrophic misinterpretations and experiential avoidance in emotional distress following loss. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(4):252-257. doi:10.1097/NMD.0b013e3181d619e4
19. Freud S. *Mourning and Melancholia.In The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol 1. James Strachey. The Hogarth Press; 1917.
20. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. 1944. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6 Suppl):155-160. doi:10.1176/ajp.151.6.155

21. Bowlby J. *Can I Leave My Baby?* . THE NATIONAL ASSOCIATION FOR MENTAL HEALTH; 1958.
22. Bowlby J. Separation of mother and child. *Lancet*. Published online 1958.
23. Bowlby J. Processes of mourning. *Int J Psychoanal*. Published online 1961:317-340.
24. Bowlby J. SEPARATION ANXIETY: A CRITICAL REVIEW OF THE LITERATURE. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1960;1(4):251-269. doi:10.1111/j.1469-7610.1960.tb01999.x
25. Bowlby J. Pathological Mourning and Childhood Mourning. *J Am Psychoanal Assoc*. 1963;11(3):500-541. doi:10.1177/000306516301100303
26. Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021;17(1):109-126. doi:10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600
27. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. Routledge; 1973. doi:10.4324/9780203010495
28. *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDITION TEXT REVISION (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association
29. Shear MK, Reynolds CF, Simon NM, Zisook S. Prolonged grief disorder in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate.
30. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(4):350-362. doi:10.1521/suli.34.4.350.53737
31. Stammel N, Heeke C, Bockers E, et al. Prolonged grief disorder three decades post loss in survivors of the Khmer Rouge regime in Cambodia. *J Affect Disord*. 2013;144(1-2):87-93. doi:10.1016/j.jad.2012.05.063
32. Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA*. 2013;310(4):416-423. doi:10.1001/jama.2013.8614

33. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*. 2011;131(1-3):339-343. doi:10.1016/j.jad.2010.11.032
34. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;212:138-149. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
35. Meert KL, Shear K, Newth CJL, et al. Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit. *J Palliat Med*. 2011;14(2):207-214. doi:10.1089/jpm.2010.0291
36. Meert KL, Donaldson AE, Newth CJL, et al. Complicated grief and associated risk factors among parents following a child's death in the pediatric intensive care unit. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(11):1045-1051. doi:10.1001/archpediatrics.2010.187
37. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Stud*. 2010;34(8):673-698. doi:10.1080/07481187.2010.496686
38. Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord*. 2020;265:146-156. doi:10.1016/j.jad.2020.01.034
39. Kokou-Kpolou CK, Moukouta CS, Masson J, Bernoussi A, Cénat JM, Bacqué MF. Correlates of grief-related disorders and mental health outcomes among adult refugees exposed to trauma and bereavement: A systematic review and future research directions. *J Affect Disord*. 2020;267:171-184. doi:10.1016/j.jad.2020.02.026
40. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*. 2011;131(1-3):339-343. doi:10.1016/j.jad.2010.11.032

41. Hudson P, Hall C, Boughey A, Roulston A. Bereavement support standards and bereavement care pathway for quality palliative care. *Palliat Support Care*. 2018;16(4):375-387. doi:10.1017/S1478951517000451
42. Newson RS, Boelen PA, Hek K, Hofman A, Tiemeier H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):231-238. doi:10.1016/j.jad.2011.02.021
43. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds CF, Simon N, Lebowitz B, Zisook S. Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depress Anxiety*. 2020;37(1):90-98. doi:10.1002/da.22965
44. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry*. 1999;174:67-73. doi:10.1192/bjp.174.1.67
45. Guerra NG, Bradshaw CP. Linking the prevention of problem behaviors and positive youth development: core competencies for positive youth development and risk prevention. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2008;2008(122):1-17. doi:10.1002/CD.225
46. Erikson EH. Identity, youth, & crisis. *Identity, youth, & crisis*. Published online 1968:338. Accessed August 27, 2024. https://books.google.com/books/about/Identity_Youth_and_Crisis.html?hl=tr&id=v3XWH2PDLewC
47. NORMAL DEVELOPMENT INFANCY, CHILDHOOD AND ADOLESCENCE - Google Scholar. Accessed August 27, 2024. https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=NORMAL+DEVELOPMENT+INFANCY%2C+CHILDHOOD+AND+ADOLESCENCE&btnG=
48. Andrés Martin E, Riva Ariella Ritvo Professor M, Bloch MH, Associate Professor M, Volkmar FR, Harris Professor of Child Psychiatry IB. *LEWIS'S*

CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY A Comprehensive Textbook FIFTH EDITION.; 2018.

49. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000;55(5):469-480.
50. Burton LM, Garrett-Peters R, Eaton SC. "More Than Good Quotations." *Handbook of Adolescent Psychology*. Published online October 30, 2009. doi:10.1002/9780470479193.ADLPSY001004
51. Lee Y, Styne D. Influences on the onset and tempo of puberty in human beings and implications for adolescent psychological development. *Horm Behav*. 2013;64(2):250-261. doi:10.1016/J.YHBEH.2013.03.014
52. Way N, Chu JY. *Adolescent Boys: Exploring Diverse Cultures of Boyhood*. NYU Press; 2004.
53. Schlegel A. Cross-Cultural Issues in the Study of Adolescent Development. In: *Handbook of Adolescent Psychology*. Wiley; 2009. doi:10.1002/9780470479193.adlpsy002017
54. Arnett JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. *Am Psychol*. 1999;54(5):317-326. doi:10.1037//0003-066X.54.5.317
55. OFFER D, SCHONERT-REICHL KA. Debunking the Myths of Adolescence: Findings from Recent Research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(6):1003-1014. doi:10.1097/00004583-199211000-00001
56. Anderson LS. Review of Being adolescent: Conflict and growth in the teenage years. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1985;55(1):152-154. doi:10.1037/h0098997
57. Freud A. *Adolescence. In: The Writings of Anna Freud*. International Universities Press; 1967.
58. Csikszentmihalyi M, Larson R. *Being Adolescent : Conflict and Growth in the Teenage Years*. New York : Basic Books; 1984.
59. Laursen B, Coy KC, Collins WA. Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Child Dev*. 1998;69(3):817-832.

60. Laursen B, Collins WA. Parent—Child Relationships During Adolescence. In: *Handbook of Adolescent Psychology*. Wiley; 2009. doi:10.1002/9780470479193.adlpsy002002
61. Steinberg L, Morris AS. Adolescent Development. *Journal of Cognitive Education and Psychology*. 2001;2(1):55-87. doi:10.1891/194589501787383444
62. Csikszentmihalyi M, Larson R, Prescott S. The ecology of adolescent activity and experience. *J Youth Adolesc*. 1977;6(3):281-294. doi:10.1007/BF02138940
63. Seltzer VC. *Psychosocial Worlds of the Adolescent: Public and Private*. New York, John Wiley & Sons; 1989.
64. KELLEY AE, SCHOCHET T, LANDRY CF. Risk Taking and Novelty Seeking in Adolescence: Introduction to Part I. *Ann N Y Acad Sci*. 2004;1021(1):27-32. doi:10.1196/annals.1308.003
65. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev*. 2000;24(4):417-463. doi:10.1016/s0149-7634(00)00014-2
66. SPEAR LP. Adolescent Brain Development and Animal Models. *Ann N Y Acad Sci*. 2004;1021(1):23-26. doi:10.1196/annals.1308.002
67. Steinberg L, Belsky J. *An Evolutionary Perspective on Psychopathology in Adolescence*. Vol 7. Rochester, NY, University of Rochester Press; 1996.
68. Higley JD, Mehlman PT, Higley SB, et al. Excessive mortality in young free-ranging male nonhuman primates with low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentrations. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(6):537-543. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830060083011
69. Suomi SJ. Gene-environment interactions and the neurobiology of social conflict. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;1008:132-139. doi:10.1196/annals.1301.014

70. Barr CS, Newman TK, Becker ML, et al. The utility of the non-human primate; model for studying gene by environment interactions in behavioral research. *Genes Brain Behav*. 2003;2(6):336-340. doi:10.1046/j.1601-1848.2003.00051.x
71. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000;55(5):469-480.
72. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol 2. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
73. Winters NC, Hanson G, Stoyanova V. The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2007;16(1):111-132, ix. doi:10.1016/j.chc.2006.07.010
74. Lief A. *The Commonsense Psychiatry Of Dr. Adolf Meyer*. McGraw Hill; 1948.
75. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-544. doi:10.1176/ajp.137.5.535
76. Farella Guzzo M, Gobbi G. Parental Death During Adolescence: A Review of the Literature. *Omega (United States)*. 2023;87(4):1207-1237. doi:10.1177/00302228211033661
77. Corr CA, McNeil JN. *Adolescent and Death*. Springer Publishing Co; 1986.
78. Gray RE. Adolescent response to the death of a parent. *J Youth Adolesc*. 1987;16(6):511-525. doi:10.1007/BF02138818
79. Meshot CM, Leitner LM. Adolescent Mourning and Parental Death. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 1993;26(4):287-299. doi:10.2190/CHE4-F4ND-QY8C-J2Y5
80. Harris ES. Adolescent bereavement following the death of a parent: An exploratory study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1991;21(4):267-281. doi:10.1007/BF00705931

81. Høeg BL, Appel CW, von Heymann-Horan AB, et al. Maladaptive coping in adults who have experienced early parental loss and grief counseling. *J Health Psychol*. 2017;22(14):1851-1861. doi:10.1177/1359105316638550
82. Raphael B, Cubis J, Dunne M, Lewin T, Kelly B. The impact of parental loss on adolescents' psychosocial characteristics. *Adolescence*. 1990;25(99):689-700.
83. Karakartal D. Investigation of bereavement period effects after loss of parents on children and adolescents losing their parents. *International Online Journal of Primary Education*. 2012;1:37-57.
84. Hill RM, Kaplow JB, Oosterhoff B, Layne CM. Understanding grief reactions, thwarted belongingness, and suicide ideation in bereaved adolescents: Toward a unifying theory. *J Clin Psychol*. 2019;75(4):780-793. doi:10.1002/jclp.22731
85. Brewer JD, Sparkes AC. Young people living with parental bereavement: Insights from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. *Soc Sci Med*. 2011;72(2):283-290. doi:10.1016/j.socscimed.2010.10.032
86. Patterson P, Rangganadhan A. Losing a parent to cancer: a preliminary investigation into the needs of adolescents and young adults. *Palliat Support Care*. 2010;8(3):255-265. doi:10.1017/S1478951510000052
87. Hansen DM, Sheehan DK, Stephenson PS, Mayo MM. Parental relationships beyond the grave: Adolescents' descriptions of continued bonds. *Palliat Support Care*. 2016;14(4):358-363. doi:10.1017/S1478951515001078
88. Apelian E, Nesteruk O. REFLECTIONS OF YOUNG ADULTS ON THE LOSS OF A PARENT IN ADOLESCENCE. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*. 2017;8(3/4):79. doi:10.18357/ijcyfs83/4201718002
89. Birgisdóttir D, Bylund Grenklo T, Nyberg T, Kreicbergs U, Steineck G, Fürst CJ. Losing a parent to cancer as a teenager: Family cohesion in childhood, teenage, and young adulthood as perceived by bereaved and

non-bereaved youths. *Psychooncology*. 2019;28(9):1845-1853. doi:10.1002/pon.5163

90. Servaty HL, Hayslip B. Adjustment to Loss among Adolescents. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2001;43(4):311-330. doi:10.2190/B9MH-UU5H-9CG2-RAW6
91. Rotheram-Borus MJ, Stein JA, Lin YY. Impact of parent death and an intervention on the adjustment of adolescents whose parents have HIV/AIDS. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(5):763-773.
92. Stikkelbroek Y, Bodden DHM, Reitz E, Vollebergh WAM, van Baar AL. Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(1):49-59. doi:10.1007/s00787-015-0695-3
93. Cerniglia L, Cimino S, Ballarotto G, Monniello G. Parental Loss During Childhood and Outcomes on Adolescents' Psychological Profiles: A Longitudinal Study. *Current Psychology*. 2014;33(4):545-556. doi:10.1007/s12144-014-9228-3
94. Schaadt AS, Bidstrup PE, Dall IC, et al. Coping and grief symptoms after parental loss in adolescence - a nationwide follow-up study. *Death Stud*. Published online June 28, 2024:1-10. doi:10.1080/07481187.2024.2370464
95. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The Incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(7):786-794. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08081244
96. KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021

97. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish Journal of Psychiatry*. Published online 2019. doi:10.5080/u23408
98. Kaufman J. K-SADS-PL DSM-5. *Pittsburgh: Western Psychiatric Institute and Clinic*. Published online 2016.
99. Liebenberg L, Ungar M, Vijver F Van de. Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) Among Canadian Youth. *Res Soc Work Pract*. 2012;22(2):219-226. doi:10.1177/1049731511428619
100. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1997;13:81-87.
101. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*. 2004;17(5):221-236.
102. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith K V., Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the <scp>PG-13-Revised</scp> (<scp>PG-13-R</scp>) scale. *World Psychiatry*. 2021;20(1):96-106. doi:10.1002/wps.20823
103. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*. 2000;38(8):835-855. doi:10.1016/S0005-7967(99)00130-8
104. Gormez V, Kılınçaslan A, Orengul AC, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version in a clinical sample. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017;27(1):84-92. doi:10.1080/24750573.2017.1297494
105. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *J Clin Psychol*. 1977;33(4):981-

989. doi:10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0

106. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. Published online 1991:5-12.
107. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
108. Ağargün MY. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*. Published online 2005:221-226.
109. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):534-539. doi:10.1192/bjp.177.6.534
110. Güvenir T. Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasinin psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. Published online 2008:65-74.
111. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2023. Accessed December 23, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709
112. Kircali E. Yas sürecinin yordayıcıları: Geçmiş deneyimler, duygu düzenleme becerisi, psikolojik dayanıklılık, sosyal destek ve başa çıkma becerileri. Published online 2020.
113. Kennedy B, Chen R, Valdimarsdóttir U, Montgomery S, Fang F, Fall K. Childhood Bereavement and Lower Stress Resilience in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2018;63(1):108-114. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.02.002

114. Dopp AR, Cain AC. The Role of Peer Relationships in Parental Bereavement During Childhood and Adolescence. *Death Stud*. 2012;36(1):41-60. doi:10.1080/07481187.2011.573175
115. Stroebe W, Zech E, Stroebe MS, Abakoumkin G. Does Social Support Help in Bereavement? *J Soc Clin Psychol*. 2005;24(7):1030-1050. doi:10.1521/jscp.2005.24.7.1030
116. Shear MK, Skritskaya NA. Bereavement and Anxiety. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(3):169-175. doi:10.1007/s11920-012-0270-2
117. Clayton PJ. Bereavement and depression. *J Clin Psychiatry*. 1990;51 Suppl:34-38; discussion 39-40.
118. Guldin M, Ina Siegismund Kjaersgaard M, Fenger-Grøn M, et al. Risk of suicide, deliberate self-harm and psychiatric illness after the loss of a close relative: A nationwide cohort study. *World Psychiatry*. 2017;16(2):193-199. doi:10.1002/wps.20422
119. Aldwin CM, Revenson TA. Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *J Pers Soc Psychol*. 1987;53(2):337-348. doi:10.1037/0022-3514.53.2.337
120. Howard Sharp KM, Meadows EA, Keim MC, et al. The Influence of Parent Distress and Parenting on Bereaved Siblings' Externalizing Problems. *J Child Fam Stud*. 2020;29(4):1081-1093. doi:10.1007/s10826-019-01640-0
121. Rosenberg AR, Postier A, Osenga K, et al. Long-Term Psychosocial Outcomes Among Bereaved Siblings of Children With Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(1):55-65. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.006
122. Fanos JH, Nickerson BG. Long-Term Effects of Sibling Death during Adolescence. *J Adolesc Res*. 1991;6(1):70-82. doi:10.1177/074355489161006
123. Merikangas KR, He J ping, Burstein M, et al. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity

Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017

124. Gültekin BK. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. Published online 2011:150-158.
125. Guldin MB, Ina Siegismund Kjaersgaard M, Fenger-Grøn M, et al. Risk of suicide, deliberate self-harm and psychiatric illness after the loss of a close relative: A nationwide cohort study. *World Psychiatry*. 2017;16(2):193-199. doi:10.1002/wps.20422
126. Bolton JM, Au W, Walld R, et al. Parental bereavement after the death of an offspring in a motor vehicle collision: a population-based study. *Am J Epidemiol*. 2014;179(2):177-185. doi:10.1093/aje/kwt247
127. Keyes KM, Pratt C, Galea S, McLaughlin KA, Koenen KC, Shear MK. The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*. 2014;171(8):864-871. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081132
128. Johnson LM, Torres C, Sykes A, Gibson D V., Baker JN. The bereavement experience of adolescents and early young adults with cancer: Peer and parental loss due to death is associated with increased risk of adverse psychological outcomes. *PLoS One*. 2017;12(8):e0181024. doi:10.1371/journal.pone.0181024
129. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, et al. Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2013–2019. *MMWR Suppl*. 2022;71(2):1-42. doi:10.15585/mmwr.su7102a1
130. Avenevoli S, Swendsen J, He JP, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(1):37-44.e2. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010

131. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1
132. Ercan E, Kandulu R, Uslu E, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):30. doi:10.1186/1753-2000-7-30
133. Boelen PA. Symptoms of prolonged grief disorder as per DSM-5-TR, posttraumatic stress, and depression: Latent classes and correlations with anxious and depressive avoidance. *Psychiatry Res*. 2021;302:114033. doi:10.1016/j.psychres.2021.114033
134. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(3):609-621. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x
135. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(7):703-713. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x
136. Melhem NM. Grief in Children and Adolescents Bereaved by Sudden Parental Death. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(9):911. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.101
137. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;212:138-149. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
138. Meert KL. Complicated Grief and Associated Risk Factors Among Parents Following a Child's Death in the Pediatric Intensive Care Unit. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(11):1045. doi:10.1001/archpediatrics.2010.187

139. Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord*. 2020;265:146-156. doi:10.1016/j.jad.2020.01.034
140. Peinado V, Valiente C, Contreras A, et al. <scp>ICD</scp> -11 prolonged grief disorder: Prevalence, predictors, and co-occurrence in a large representative sample. *International Journal of Psychology*. 2024;59(1):86-95. doi:10.1002/ijop.12951
141. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Johannsen M, Nielsen LD, O'Connor M. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord Rep*. 2021;4:100140. doi:10.1016/j.jadr.2021.100140
142. Janshen A, Eisma MC. Bidirectional associations between prolonged grief symptoms and depressive, anxiety, and posttraumatic stress symptoms: A systematic review. *J Trauma Stress*. 2024;37(6):825-836. doi:10.1002/jts.23061
143. Eisma MC, Stroebe MS. Emotion Regulatory Strategies in Complicated Grief: A Systematic Review. *Behav Ther*. 2021;52(1):234-249. doi:10.1016/j.beth.2020.04.004
144. Brown EJ, Goodman RF. Childhood Traumatic Grief: An Exploration of the Construct in Children Bereaved on September 11. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2005;34(2):248-259. doi:10.1207/s15374424jccp3402_4
145. Peña-Vargas C, Armaiz-Peña G, Castro-Figueroa E. A Biopsychosocial Approach to Grief, Depression, and the Role of Emotional Regulation. *Behavioral Sciences*. 2021;11(8):110. doi:10.3390/bs11080110
146. Gyasi RM, Phillips DR. Risk of Psychological Distress Among Community-Dwelling Older Adults Experiencing Spousal Loss in Ghana. *Gerontologist*. 2020;60(3):416-427. doi:10.1093/geront/gnz052

147. Kesting ML, Bredenpohl M, Klenke J, Westermann S, Lincoln TM. The impact of social stress on self-esteem and paranoid ideation. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013;44(1):122-128. doi:10.1016/j.jbtep.2012.07.010
148. Schnider KR, Elhai JD, Gray MJ. Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *J Couns Psychol*. 2007;54(3):344-350. doi:10.1037/0022-0167.54.3.344
149. Cipriano DJ, Cipriano MR. Factors Underlying the Relationship Between Parent and Child Grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2019;80(1):120-136. doi:10.1177/0030222817726935
150. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(2):103-117. doi:10.1002/da.20780

8. EKLER

Ek-1: Araştırma Etik Kurul Onayı

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

Ailelerden gelen formların analizi sadece araştırmacı tarafından yapılacak, formlardaki cevaplar, kimlik ve iletişim bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır.

Tarih:

Çocuğun:
Adı Soyadı: Doğum Tarihi:
Cinsiyeti: Sınıf:
Okul:

Telefon numarası:
Adres:

Annenin:
Adı Soyadı:
Doğum tarihi:
Eğitim Durumu:
Mesleği:

Babanın:
Adı Soyadı:
Doğum Tarihi:
Eğitim Durumu:
Ne iş yapıyordu?
Vefat tarihi:
Vefattan bu yana geçen süre:
Vefat etme sebebi:
☐ Hastalık ☐ Trafik kazası ☐ İş kazası ☐ İntihar ☐ Öldürülme ☐ Doğal afet ☐ Diğer
Hastalığın adı:
Vefat Süreci;
☐ Ani, beklenmedik ☐ Kronik Süreç

Kardeşler:

Adı Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Hastalığı var mı?

Evde Yaşayan Bireyler:

Bakımveren anne dışında biriyse;
Adı Soyadı:
Yakınlık Derecesi:
Doğum Tarihi:
Eğitim Durumu:
Mesleği:
Evin ekonomik durumu:
Gelir miktarı:☐ <17 bin ☐ 17-35 bin ☐ 35-50 bin ☐ >50 bin
Ev kira mı? Kira ise miktarı:
Sosyal yardım alınıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır Evet ise kaç tl alınıyor?
.....
Akrabalar maddi destek veriyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır Evet ise kaç tl alınıyor?
.....
Devlet desteği var mı? ☐ Evet ☐ Hayır Evet ise kaç tl alınıyor? .....

Ergenin;
Psikiyatrik Özgeçmiş:

Psikolog desteği almış mı? ☐ Evet ☐ Hayır Aldıysa kaç görüşme yapmış?
Suisid öyküsü:
Kendine zarar verme öyküsü:
Sigara:
Alkol:
Madde:

Psikiyatrik Soygeçmiş:
Tıbbi Hastalık:
Kullandığı İlaçlar:
Ameliyat öyküsü:
Doğum öyküsü:
Zaman:
Doğum şekli:
Gebelik süreci veya doğum sonrasında hastane yatışı oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır
Olduysa detaylandır:

Ek-3: Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği – 28 (ÇGPSÖ-28)

		Beni hiç tanımlamıyor	Çok az tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Oldukça tanımlıyor	Beni tamamen tanımlıyor
1.	Hayatımda saygı duyabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	5
2.	Çevremdeki insanlar ile işbirliği içerisindeyimdir.	1	2	3	4	5
3.	Eğitim almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
4.	Farklı sosyal ortamlarda nasıl davranacağımı bilirim (örneğin, okul, cami veya diğer sosyal ortamlar).	1	2	3	4	5
5.	Anne-babam beni yakından takip eder, nerede olduğumu ve çoğu zaman ne yaptığımı bilir.	1	2	3	4	5
6.	Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (örneğin, arkadaşlarımın kim olduğunu, nelerden hoşlandığımı) .	1	2	3	4	5
7.	Acıkırsam, evde yemek için yeteri kadar yiyecek bulabilirim.	1	2	3	4	5
8.	Başladığım faaliyetleri/işleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
9.	Dini inançlar benim için bir güç kaynağıdır.	1	2	3	4	5
10.	Sahip olduğum etnik yapıdan gurur duyuyorum (örneğin ailemin gelmiş oldukları yerden veya ailemin geçmişi hakkında birçok şeyi bilmekten gurur duyuyorum)	1	2	3	4	5
11.	İnsanlar, onlar ile birlikte olmaktan mutlu olduğumu düşünürler.	1	2	3	4	5
12.	Nasıl hissettiğimi konusunda anne-babamla konuşurum (örneğin üzgün veya endişeli olduğumda).	1	2	3	4	5
13.	Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde, diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim.	1	2	3	4	5
14.	Arkadaşlarım tarafından desteklendiğimi düşünüyorum/hissediyorum.	1	2	3	4	5
15.	Yardıma ihtiyacım olursa, nereden yardım alabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
16.	Kendimi okuluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
17.	Ailem zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
18.	Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
19.	Yaşadığım toplumda bana adil bir şekilde davranılır.	1	2	3	4	5
20.	Çevremde büyüdüğümü ve sorumluluk alabileceğimi diğer insanlara gösterebileceğim fırsatlara sahibim.	1	2	3	4	5
21.	Güçlü yönlerimin farkındayım.	1	2	3	4	5
22.	Dini aktivitelere katılırım (camiye gitmek gibi).	1	2	3	4	5
23.	Yaşadığım toplumda hizmet etmenin önemli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
24.	Ailemle olduğumda kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
25.	Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim (mesleki beceriler gibi)	1	2	3	4	5
26.	Ailemin aile geleneklerini ve kültürünü seviyorum.	1	2	3	4	5
27.	Yaşadığım toplumun kültürünü ve geleneklerini seviyorum.	1	2	3	4	5
28.	Bu ülkenin vatandaşı olduğum için gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5

Ek-4: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Revize Edilmiş (ASDÖ-R)

AİLEM	Bana U.Değ.	Kısmen	Bana Uygun
1. Bana gerçekten güvenir	( )	( )	( )
2. Sorunlarımı çözmeme yardım eder	( )	( )	( )
3. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler	( )	( )	( )
4. Bana gerçekten değer verir	( )	( )	( )
5. Bana doğru tavsiyelerde bulunur	( )	( )	( )
6. Doğru kararlar vermeme yardım eder	( )	( )	( )
7. Davranışlarımı takdir eder	( )	( )	( )
8. İlgi duyduğum şeyleri yapmama yardım eder	( )	( )	( )
9. Hatalarımı nazikçe düzeltir	( )	( )	( )
10. Beni gerçekten anlar	( )	( )	( )
11. Bana, aile gelirimize göre yeterince harçlık verir	( )	( )	( )
12. İyi ve kötü günlerimde yanımda olur	( )	( )	( )
13. Geleceğimle ilgili planlar yapmamda bana yardım eder	( )	( )	( )
14. Üstün, güçlü yanlarımı vurgular	( )	( )	( )
15. İyi ve kötü yönlerimle beni sever	( )	( )	( )
16. Başarılı olmam için bana destek olur	( )	( )	( )
17. Zaman ayırıp sıkıntılarımı gerçekten dinlemez	( )	( )	( )
18. Arkadaşlarımla ilişkilerimin güçlenmesini destekler	( )	( )	( )
19. Sosyal etkinliklere katılmamı destekler	( )	( )	( )
20. Başarılarımı takdir eder	( )	( )	( )

ARKADAŞLARIM	Bana U.Değ.	Kısmen	Bana Uygun
21. Bana gerçekten güvenir	( )	( )	( )
22. İhtiyaç duyduğumda beni gerçekten dinler	( )	( )	( )
23. Sorunlarımı çözmeme yardım eder	( )	( )	( )
24. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler	( )	( )	( )
25. Bana gerçekten değer verir	( )	( )	( )
26. Doğru kararlar vermeme yardım eder	( )	( )	( )
27. Hata yaptığımda bile beni kabul eder	( )	( )	( )
28. Hatalarımı düzeltmeme yardım eder	( )	( )	( )
29. Beni gerçekten anlamaz	( )	( )	( )
30. Gerektiğinde harçlığını benimle paylaşır	( )	( )	( )
31. Derslerle ilgili bilgilerini benimle paylaşır	( )	( )	( )
32. İyi ve kötü günlerimde yanımda olur	( )	( )	( )
33. Bir şeye sinirlendiğimde beni yatıştırır	( )	( )	( )

ÖĞRETMENLERİM	Ban U.Değ.	Kısmen	Bana Uygun
34. Amaç, ilgi ve yeteneklerim konusunda benimle konuşur	( )	( )	( )
35. Bana gerçekten güvenir	( )	( )	( )
36. Sorunlarımı çözmeme yardım eder	( )	( )	( )
37. Bir haksızlığa uğradığımda beni gerçekten destekler	( )	( )	( )
38. Bana gerçekten değer verir	( )	( )	( )
39. Bana doğru tavsiyelerde bulunur	( )	( )	( )
40. Doğru kararlar vermeme yardım eder	( )	( )	( )
41. Hatalarımı nazikçe düzeltir	( )	( )	( )
42. Beni gerçekten anlar	( )	( )	( )
43. Üstün, güçlü yanlarımı vurgular	( )	( )	( )
44. Zaman ayırıp sıkıntılarımı gerçekten dinlemez	( )	( )	( )
45. Arkadaşlarımla ilişkilerimin güçlenmesini destekler	( )	( )	( )
46. Sosyal etkinliklere katılmamı teşvik eder	( )	( )	( )
47. Çok çalıştığım ya da başarılı olduğum zaman beni över	( )	( )	( )
48. Duygu, düşünce ve inançlarıma saygı duyar	( )	( )	( )
49. Derslerde sorularıma içtenlikle cevap verir	( )	( )	( )
50. Bana karşı genellikle adil davranır	( )	( )	( )

Ek-5: Uzamış Yas Değerlendirmesi Formu – Çocuk/Genç Versiyonu

** Lütfen **geçen ay içinde** aşağıda ifade edilen şekilde ne sıklıkla hissettiğini en iyi tanımlayan kutucuğu işaretleyiniz. Soruların altında soruları açıklayan parantez içinde yazılmış ifadeler var. Bu ifadeler içerisinde hissettiklerin ile uyuşanları yuvarlak içine alınız. Aşağıdaki sorular annen öldüğünden beri nasıl hissettiğini değerlendirmektedir.

1. Babanı ne sıklıkla özlüyorsun? (Onunla veya onun yakınında olmayı çok arzulamak, hep onun burada olmasını istemek)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
2a. Babanı ne sıklıkla düşünüyorsun?	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
2b. Babanı çok düşündüğün için başka şeyler yapmakta zorlanıyor musun?	Evet / Hayır				
3a. Babanın ölüm şekli (nasıl öldüğü) ile ilgili ne sıklıkla düşünüyorsun?	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
3b. Babanı düşündüğünde onun nasıl öldüğünü de düşünüyor musun?	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
4. Baban olmadan kim olduğun veya ne yapman gerektiğin konusunda kafan karışıyor mu? (kim olduğunun daha az farkındaymışsın gibi, nasıl davranman gerektiği hakkında kafan karışık gibi veya sanki kendinden bir parça ölmüş gibi)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
5. Babanın öldüğüne inanamıyormuş gibi hissettiğin oluyor mu? (Babanın eskiden bulunduğu yerlerde onu aramak veya beklemek, babanın orada olacağını veya oraya geleceğini ummak, sanki kalbinde babana sımsıkı sarılmış ve bırakamıyorsun, babanın ölmüş olması ile yüzleşemiyorsun)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
6. Babanın öldüğünü sana hatırlatan yerlerden, eşyalardan veya kişilerden uzak durmak istiyor musun? (Sana babanın öldüğünü hatırlatan şeylerden uzak durmayı istemek veya uzak durmaya çalışmak)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
7. Ne sıklıkla çok üzgün hissediyorsun? (Üzgün, çökkün, ağlamaklı)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
8. Ne sıklıkla çok kötü hissediyorsun? (Çok öfkeli, alt üst olmuş, berbat, kızgın veya incinmiş, kendini o kadar kötü hissediyorsun ki bu hislere dayanamıyorsun)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman

9. Babanın ölümünden sonra diğer insanlara yakın hissetmek sana daha zor geliyor mu? (Kendini diğer insanlardan daha uzak hissetmek, diğer insanlara güvenmekte daha çok zorlanmak)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
10. Yapman gereken şeyleri baban hayatta olmadığı için yapamadığın oluyor mu? (Yeni bir şeye başlamakta zorlanmak, işleri bitirmekte zorlanmak, yarın için plan yapmakta zorlanmak, haftanın sonuna veya ayın sonuna yönelik plan yapmakta zorlanmak, yıllar sonrası için plan yapmakta zorlanmak, örneğin; okul veya iş..)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
11. Baban öldüğünden beri duygularını yaşayamıyor gibi hissediyor musun? (Sanki hiçbir şey hissedemiyorsun, sanki bütün duyguların silinip kaybolmuş gibi, sanki yaptığın şeyleri hiçbir şey hissetmeden yapıyormuşsun gibi veya ne hissettiğinin farkında değilmişsin gibi)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
12. Baban öldüğünden beri hayat sana boş veya anlamsız geliyor mu? (Sanki "yapsam ne olacak ki?" veya "ne manası var ki?", sanki hiçbir şeyin artık bir önemi yokmuş gibi, sanki hayatın ya da hiçbir şeyin bir anlamı veya amacı yokmuş gibi)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
13. Baban öldüğünden beri, etrafta başka insanlar olduğunda bile kendini çok yalnız hissediyor musun? (veya nasıl hissettiğini kimse tam olarak anlamıyormuş gibi, sanki hislerinle yalnız başınasın gibi)	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her Zaman

1) Babanın ölümü veya yukarıda tarif edilen duygu ve yaşantılar yapman gereken şeyleri yapmanı zorlaştırıyor mu?

(Okul derslerini öğrenmekte güçlük çekmek, ödevleri yapmakta zorlanmak veya dikkatini toplamakta güçlük çekmek, evde yapman gerekenleri yapmakta güçlük çekmek, başka işlerde güçlük çekmek, başka insanlarla beraber olmakta zorlanmak veya diğer insanlarla geçinmekte güçlük çekmek; banyo yapmak, sabah kalkıp hazırlanmak, giyinmek vb. gibi öz bakım becerilerini yerine getirmekte zorlanmak)

Hiç Nadiren Bazen Sık Sık Her Zaman

Ek-6: Güçler Güçlükler Anketi – Ebeveyn Formu (GGA)

Her cümle için, "Doğru Değil, Kısmen Doğru, Kesinlikle Doğru" kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğum;	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	□	□	□
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	□	□	□
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	□	□	□
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncağını, kalemini v.s.)	□	□	□
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	□	□	□
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	□	□	□
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	□	□	□
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	□	□	□
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	□	□	□
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	□	□	□
En az bir yakın arkadaşı vardır.	□	□	□
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	□	□	□
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	□	□	□
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	□	□	□
Dikkati kolayca dağılır. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	□	□	□
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	□	□	□
Kendinden küçüklere iyi davranır.	□	□	□
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	□	□	□
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	□	□	□
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	□	□	□
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	□	□	□
Ev, okul yada başka yerlerden izinsiz alır.	□	□	□
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	□	□	□
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	□	□	□
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	□	□	□

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

☐ Hayır ☐ Evet-Biraz ☐ Evet-Oldukça Ciddi ☐ Evet-Çok Ciddi

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklere ilişkin soruları yanıtlayınız.

2. Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var?

☐ 1 aydan az süredir

☐ 1-5 aydan beri

☐ 6-12 aydan beri

☐ 1 yıldan fazla süredir

3. Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

☐ Kesinlikle Hayır

☐ Biraz

☐ Oldukça Fazla

☐ Çok Fazla

4. Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Hayır	Biraz	Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

5. Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşatıyor mu?

☐ Kesinlikle Hayır

☐ Biraz

☐ Oldukça Fazla

☐ Çok Fazla

Ek-7: Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son 15 gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki parantez arasında bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

	HİÇ	**ÇOK AZ**	**ORTA DERECE**	**OLDUKÇA FAZLA**	**İLERİ DERECEDE**
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Zihinden atamadığınız, tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık ya da baş dönmesi					
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9. Olayları anımsamada güçlük					
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler					
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar					
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri					
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17. Titreme					

18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi					
19. İştah azalması					
	HİÇ	**ÇOK AZ**	**ORTA DERECE**	**OLDUKÇA FAZLA**	**İLERİ DERECEDE**
20. Kolayca ağlama					
21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları					
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26. Olanlar için kendini suçlama					
27. Belin alt kısmında ağrılar					
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu					
29. Yalnızlık hissi					
30. Karamsarlık hissi					
31. Her şey için çok fazla endişe duyma					
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33. Korku hissi					
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi					
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak					
39. Kalbin çok hızlı çarpması					
40. Bulantı ve midede rahatsızlık hissi					
41. Kendini başkalarından aşağı görme					
42. Adale (kas) ağrıları					

43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
	HİÇ	**ÇOK AZ**	**ORTA DERECE**	**OLDUKÇA FAZLA**	**İLERİ DERECEDE**
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Soğuk ve sıcak basması					
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelerden kaçınma durumu					
51. Hiçbir şey düşünmeme hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik					
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflılık hissi					
57. Gerginlik veya coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60. Aşırı yemek yeme					
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali					
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme hissi					

68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
	HİÇ	**ÇOK AZ**	**ORTA DERECE**	**OLDUKÇA FAZLA**	**İLERİ DERECEDE**
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi					
74. Sık sık tartışmaya girme					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme					
79. Değersizlik duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış hissi					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duymama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					

Ek-8: COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek, stresli olayla karşılaştığımız zaman genellikle ne yapar ve hissedersiniz sorusuna yanıt aramaktadır. Yoğun bir stres altında olduğunuz zaman genellikle ne yaptığınızı düşünün. Daha sonra aşağıdaki ölçek maddelerinden size uygun olan kutucuğu işaretleyin. Her ölçek maddesini diğerinden ayrı olarak düşünün. Yanıtlarınızı dikkatlice seçin ve olabildiğince sizin için doğru olan yanıtı işaretleyin. Her ölçek maddesini yanıtlayın.

	Asla böyle bir şey yapmam	**Çok az böyle yaparım**	**Orta derecede böyle yaparım**	**Çoğunlukla böyle yaparım**
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	1	2	3	4
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	1	2	3	4
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	1	2	3	4
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.	1	2	3	4
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	1	2	3	4
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.	1	2	3	4
10.Kendimi hemen bir şey yapmaktan vazgeçiririm.	1	2	3	4
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.	1	2	3	4
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	1	2	3	4
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	1	2	3	4
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	1	2	3	4
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	1	2	3	4
18.Allah’ın yardımını umarım.	1	2	3	4
19.Bir eylem planı yaparım.	1	2	3	4

20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	1	2	3	4
22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	1	2	3	4
23.Arkadaş veya akrabalarımdan moral ve manevi destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	1	2	3	4
26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1	2	3	4
28.Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	1	2	3	4
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	1	2	3	4
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	1	2	3	4
36.Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.	1	2	3	4
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	1	2	3	4
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	1	2	3	4
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.	1	2	3	4
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	1	2	3	4
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir gerçeklik olduğunu kabul ederim.	1	2	3	4
45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek dobra bir tavır takınırım.	1	2	3	4
48.Sorunla karşılaştığınızda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1	2	3	4
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1	2	3	4
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	1	2	3	4
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	1	2	3	4
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	1	2	3	4
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	1	2	3	4
59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	1	2	3	4
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	1	2	3	4

Ek-9: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Yenilenmiş – Ergen Formu (ÇADÖY)

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin ("Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca göründüğümden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)

24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissederim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri “tam olması gereken biçimde” yapmak zorunda hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)