Avcı, M. (2022). Travmatik Yas Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Savunma Düzenekleri, Psikolojik Belirtileri ve MMPI Klinik Alt Boyutlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24, 505-525. https://doi.org/10.29029/busbed.1123860

Makalenin Türü : Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi : 31.05.2022
Kabul Tarihi : 07.09.2022

https://doi.org/10.29029/busbed.1123860

TRAVMATİK YAS YAŞAYAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAVUNMA DÜZENEKLERİ, PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ VE MMPI KLİNİK ALT BOYUTLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Mahsum AVCI[1]

ÖZ

Bu çalışmanın amacı travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti, savunma düzenekleri, psikolojik belirtileri, MMPI klinik alt boyutlarının çeşitli değişkenler açısından incelemektir. Cinsiyet, yaşanılan yer, algılanan ekonomik düzey, anne-babanın sağ olup olmama, kaybedilenin kim olduğu, kaybedilenin ölüm nedeni, kayıptan sonra hayatı sonlandırma düşüncesi, kaybedilenin medeni durumu ve kayıptan sonra profesyonel yardım alıp almama değişkenler olarak çalışmaya dâhil edildi. Araştırma grubu travmatik yası olan 15 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Veri toplama yöntemi olarak, amaçlı örnekleme yöntemlerinden kriter örneklem yöntemi kullanıldı. Verilerin analizinde ise betimsel analizler kullanılmıştır. Verilen analizinde betimsel istatistik, değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, kızların erkeklere göre MMPI'ın ML alt skalası, Hs boyutu ve D boyutu puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Büyük kentte yaşayanların köyde yaşayanlara göre ek skala puanlarının daha yüksek olurken, gelirini üst ve orta-alt olarak algılayanların gelirini orta olarak algılayanlara göre Nevrotik Savunma boyutu puanları daha yüksek olduğu görülmektedir. Annesi sağ olmayanların, Travmatik Yas Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Diğer yandan babanın sağ olup olmama durumları karşılaştırıldığında; Kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünceler ve genel semptom indeksi belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu, babası sağ olanların olmayanlara göre Immature Savunmayı ve Mature Savunmayı daha fazla kullandıkları, babası sağ olan ve olmayanların; MMPI'ın MA boyutu değerlerinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kardeşini kaybedenlerin babasını ve annesine kaybedenlere göre Immature Savunma boyutu puanları daha yüksek, yakını hastalıktan ölenlerin yakını trafik kazasından ve intihar nedeniyle ölenlere göre Mf boyutu değerleri daha yüksek bulunmuştur. Kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünenlerin düşünmeyenlere göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin alt boyutu olan MF alt skalası ve PA boyutu puanları ve kayıptan sonra profesyonel yardım alanların almayanlara göre anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Diğer yandan kaybedilen kişi evli olan ve bekâr olanların; MMPI'ın Sİ boyutu değerlerinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Travmatik Yas, Psikolojik Belirtiler, MMPI Klinik Alt Boyutları

[1] *Dr. Öğr. Üyesi, Bingöl Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, mavci@bingol.edu.tr, https://orcid.org/0000-0002-9264-8079*

Avcı, M. (2022). Examination of Defense Devices, Psychological Symptoms, And MMPI Clinical Sub-Dimensions of University Students Living in Traumatic Grief in terms of Various Variables. *Bingöl University Journal of Social Sciences Institute*, 24, 505-525. https://doi.org/10.29029/busbed.1123860

Article Type : Research Article
Date Received : 31.05.2022
Date Accepted : 07.09.2022

https://doi.org/10.29029/busbed.1123860

EXAMINATION OF DEFENSE DEVICES, PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS, AND MMPI CLINICAL SUB-DIMENSIONS OF UNIVERSITY STUDENTS LIVING IN TRAUMATIC GRİEF IN TERMS OF VARIOUS VARIABLES

Mahsum AVCI[1]

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the traumatic grief severity, defense mechanisms, psychological symptoms, MMPI clinical sub-dimensions of university students experiencing traumatic grief in terms of various variables. Gender, place of residence, perceived economic level, whether the parents are alive or not, who the deceased is, the cause of death of the deceased, the thought of ending life after the loss, the marital status of the deceased, and whether or not to seek professional help after the loss were included in the study. The research group consists of 15 university students with traumatic grief. Criter sampling method, one of the purposive sampling methods, was used as the data collection method. Descriptive analyzes were used in the analysis of the data. In the given analysis, descriptive statistics, Spearman correlation analysis technique was used to examine the relationship between variables. According to the results of the study, it was determined that the MMPI subscale, Hs dimension and D dimension scores of the girls were higher than the boys. It is seen that those who live in big cities have higher additional scale scores than those who live in villages, while those who perceive their income as upper and middle-lower have higher Neurotic Defense dimension scores than those who perceive their income as medium. Those whose mothers are not alive; A significant difference was found in the scores of the Traumatic Grief Scale. On the other hand, when the father's condition of being alive or not is compared; There was a significant difference in the signs of interpersonal sensitivity, paranoid thoughts and general symptom index, those with healthy fathers used Immature Defense and Mature Defense more than those whose fathers were alive, and those whose fathers were alive or not; It was determined that there was a significant difference in the MA dimension values of the MMPI. Those who lost their sibling had higher Immature Defense dimension scores than those who lost their father and mother, and those whose relatives died due to illness had higher Mf dimension values than those whose relatives died due to traffic accident and suicide. Those who thought of ending their life after the loss had higher scores on the MF subscale and PA dimension of the Minnesota Multidimensional Personality Inventory, and those who received professional help after the loss had higher anxiety scores than those who did not. On the other hand, the disappeared person is married and single; It was determined that there was a significant difference in the SI dimension values of MMPI.

Keywords: Traumatic Grief, Psychological Symptoms, MMPI Clinical Subdimensions

[1] *Assist Prof. Bingol University, Faculty of Arts and Sciences, mavci@bingol.edu.tr, https://orcid.org/0000-0002-9264-8079*

1. GİRİŞ

Yas, evrensel bir insan deneyimidir. Birçok kişinin yaşamı boyunca sevdiği birini travmatik ya da normal olarak kaybedilmesi kaçınılmazdır. Travmatik kayıp, cinayet, intihar, şiddet, istismar veya kaza nedeniyle bir veya birkaç yakın aile üyesinin ya da arkadaşının kaybı anlamına gelmektedir (Currier vd., 2006). Bu kaybı yaşayanlar, genellikle ölenle ilgili düşüncelerle meşgul olma, kaybedilen kişiye özlem duyma ve acı verici ruhsal durumların sancıları gibi bir dizi kederle ilişkili semptomlar yaşadıkları belirtilmektedir (Shear vd., 2007). Bu semptomlar genellikle bireyin kaybettiği kişinin kayıp şeklinden kaynaklı olarak değişebilmektedir. Özellikle kaybın travmatik, ani, şiddetli ve beklenmedik olduğunda, kayba verilen tepkilerin ve semptomların da değiştiği belirtilmektedir. Sevilen birinin travmatik bir şekilde ölümü, yaslı bireylerde travma sonrası stres bozukluğu, kalıcı kompleks yas bozukluğu ve Majör depresyon bozukluğuna neden olduğu vurgulanmaktadır (Avcı, 2019; Boelen vd., 2016; Nickerson vd., 2014). Travmatik kayba bağlı olarak gelişen, kaybedilen kişi için özlem, yoğun duygusal acı, ölen kişi ya da ölüm şekliyle meşgul olmayı içeren ve sevilenin kaybı 6 aydan daha fazla süre işlevsel bozukluklara neden olduğu duruma ise travmatik yas denilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Prigerson vd., 2009).

Travmatik yasın pek çok kişinin yaşamını olumsuz etkileme potansiyeline sahip olduğunun (Newson vd., 2011) bilinmesi ve araştırılması (semptom açısından) önemli olmakla birlikte, bu bireylerin hem içinde bulundukları kültür hem de bu kültürün etkisiyle yoğrulmuş sosyo-demografik özelliklerin bilinmesi ve araştırılması sürecin daha iyi anlaşılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan, bugüne kadar, ruh sağlığı uzmanlarının travmatik yas kavramını nasıl anladığını ve bu süreçten etkilenen danışanlarla nasıl çalıştığını detaylandıran, danışana bütüncül bir perspektifle nasıl yaklaşılacağını, danışanın semptomlarına odaklanan çalışmaların artmasıyla birlikte, travmatik yası olan bireyin demografik bilgilerini ele alan çalışmalar sınırlı kalmıştır. Örneğin, travmatik yaslı üniversite öğrencilerinin ölen kişiyle yüksek düzeyde yakınlık, onlarda olumsuz sosyal değişiklikler, başarısızlıkla sonuçlanan akademik çalışmalar ve ruhsal sağlık sorunları oluşturduğu belirtilmektedir (Avcı, 2021;Walker vd., 2011). Bu durum sadece travmatik yaslı bireyin semptomlarına odaklanmakla anlaşılamayacağını göstermektedir.

Üniversite öğrenci grubunda (yani, 19-26 yaşındakiler) travmatik yas, akademik zorluklara neden olmasının yanında yetişkinlikle ilişkili gelişimsel, mesleki ve sosyal görevlerini yerine getirmede de sorunlara neden olduğu ifade edilmektedir (Avcı ve Yıldırım, 2021; Balk ve Vesta, 1998 ;Hardison vd., 2005). Diğer yandan başka çalışmalarda üniversite öğrencilerinin %81,3'ü geniş aileleri içinde bir kayıp yaşamış ve %60'ı bir arkadaşını kaybettiği (Balk, 1997), 25 yaşın altındaki üniversite öğrencilerinin yaklaşık %8'i kardeşini kaybettiği ifade edilmiştir (Fletcher vd., 2012). Benzer şekilde, travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin travmatik yas semptomlarındaki cinsiyet farklılıklarına son yıllarda yas araştırmalarında çok dikkat çekmesine rağmen (Avcı ve Yıldırım, 2021; Boelen ve van den Bout, 2003) cinsiyet farklılıklarının dışındaki demografik özelliklerinin travmatik yas semptomlarına odaklanılmadığı görülmektedir. Bununla birlikte üniversite öğrencilerinin yaşadıkları kayıp deneyimlerinin yaygınlığı ve problemli travmatik yas tepkileri potansiyeline rağmen, bu yaş grubunda travmatik yasla ilgili sınırlı sayıda araştırmalara rastlanılmaktadır. Dolayısıyla afet, savaş, terör, intihar, şiddet ve kaza nedeniyle travmatik kayıplar yaşayan üniversite öğrencileri göz önüne alındığında, onların yaşadıkları psikopatolojiler ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, travmatik yas yaşayan üniversite öğrencilerinin travmatik yas şiddeti, savunma düzenekleri, psikolojik belirtileri, MMPI klinik alt boyutları cinsiyet, yaşanılan yer, algılanan ekonomik düzey, anne-babanın sağ olup olmama, kaybedilenin kim olduğu, kaybedilenin ölüm nedeni, kayıptan sonra hayatı sonlandırma düşüncesi, kaybedilenin medeni durumu ve kayıptan sonra profesyonel yardım alıp almama yönünden farklılaşma gösterip göstermediğini araştırmaktır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Travmatik yaslı üniversite öğrencilerinin genellikle yoğun ve uzun süreli travmatik yas süreçlerinde, fiziksel sağlık problemlerinin artması, duygusal sorunların yoğunluğu nedeniyle hekim ziyaretlerindeki artış ve kaybın ardından artan uyuşturucu, alkol ve tütün kullanımı nedeniyle bu yaş dönemindeki bireylerin büyük bir risk altında oldukları vurgulanmaktadır (Brent vd.,2009 ; Melhem vd., 2004 ; Parkes, 1987 ; Stroebe ve Stroebe, 1987). Ancak yapılan araştırmalar daha çok travmatik yaslı üniversite öğrencilerinin yaşadıkları psikopatolojik durumlarına odaklandıkları görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada travmatik yaslı üniversite öğrencilerinin hem yaşadıkları travmatik yasın hem de bu durum dolayısıyla oluşan psikopatolojik durumların tetikleyicileri olarak sosyo-demografik değişkenlerin neler olduğu ve bu değişkenlerin diğer psikopatolojik durumlarla ilişkisine odaklanılmaktadır. Bu araştırma bu yönüyle önemlidir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin savunma düzenekleri, psikolojik belirtileri, MMPI klinik alt boyutlarını çeşitli değişkenlere göre incelemeyi amaçlayan genel tarama modelinde tasarlanan betimsel bir araştırmadır. Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma modelidir. Araştırma konusu, değiştirilmeden olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır (Karasar, 1995).

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın çalışma grubunun belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan kriter (ölçüt) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu örneklemdeki amaç, daha önce belirlenmiş bazı önem kriterlerini karşılayan tüm durumları çalışmak ve gözden geçirmektir (Patton, 2014). Bu doğrultuda çalışmanın travmatik yaslı üniversite öğrencilerinden oluşan, son 6 ayda bir yakınını travmatik bir biçimde (intihar, kaza, kalp krizi, cinayet ve doğal afet) kaybeden ve aynı zamanda travmatik yas envanterinde 25 ve üstü puan almak kriter olarak kabul edilmiştir (Zhang, El-Jawahri ve Prigerson, 2006). Böylece travmatik yaslı olan 15 (13 kadın, 2 erkek) üniversite öğrencisi çalışmaya dâhil edilmiştir. Etik nedenlerden ötürü, doğrudan üniversite ismine atıfta bulunulmamıştır. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1.
Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bilgiler

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	13	86,7
Erkek	2	13,3
Yaşadığı yer		
Köy	5	33,3
Kent	7	46,7
Büyük kent	3	20,0
Algılanan Ekonomik düzey		
Üst	2	13,3
Üst-orta	2	13,3
Orta	5	33,3
Orta-alt	6	40,0
Anne		
Sağ	12	80,0
Ölü	3	20,0
Baba		
Sağ	12	80,0
Ölü	3	20,0
Kaybedilenin kim olduğu		
Baba	3	20,0
Anne	4	26,7
Kardeş	1	6,7
Diğerleri (amca, dayı, teyze vb.)	7	46,7
Ölüm nedeni		
Trafik kazası	1	6,7
Hastalık (Ani/ kalp krizi, kanser vb.)	9	60,0
İntihar	5	33,3
Kayıptan sonra hayatınızı sonlandırmayı düşünme		
Evet	7	46,7
Hayır	8	53,3
Kaybedilenin medeni durumu		
Bekar	5	33,3
Evli	10	66,7
Kayıp sonrası profesyonel bir yardım alma		
Evet	3	20,0
Hayır	12	80,0

2.3. Veri Toplama Araçları ve Süreci

Bu aşamada, araştırmanın amacına uygun olarak veri toplamak için veri toplama araçlarına yer verilmiştir. Her bir katılımcı için yaklaşık 3 saat süren ve iki oturumdan oluşan veri toplama sürecinde; Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri, Savunma Biçimleri Testi, Belirti Tarama Listesi ve Travmatik Yas Ölçekleri uygulanmıştır. Ayrıca katılıcıların demografik bilgilerini toplamak amacıyla kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Ölçeklerle ilgili aşağıda verilmiştir.

Travmatik Yas ölçeği (TYÖ): Prigerson vd. (1995) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçekte, 6 ay ya da daha önce bir yakınını travmatik bir şekilde kaybeden bireylerin travmatik yas şiddetini ölçmektedir. 19 maddeden oluşan ve 5'li likert tipi olan ölçek tek boyuttan oluşmaktadır. Bu haliyle ölçeğin dilimize uyarlamasını Baş vd. (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa katsayısı 0.94 ve test-tekrar test güvenirliği r = .80 olarak bulunmuştur. Buna göre Travmatik Yas Ölçeği Türkçe formu için orijinaline uygun olarak tek faktörlü bir yapının uygun olduğu belirlenmiş ve ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .95 olarak hesaplanmıştır.

Belirti Tarama Listesi (SCL-90): Derogatis ve Cleary (1977) tarafından geliştirilen ölçek, psikopatolojik belirtilerin yoğunluğunu ölçmektedir. 90 maddeden oluşan ölçek, Tufan (1987) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ve test-tekrar test ile çıkan sonuç .83 olarak bulunmuştur. Ölçek somatizasyon, obsesif kompülsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, hostalite, anxiyete, fobik anxiyete, paranoid ve psikotizm olmak üzere dokuz ayrı alt boyuttan oluşmaktadır.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI): Ölçek 1943 yılında nöropsikiyatrist olan J. Charnley McKinley ve psikolog olan Starke R. Hathaway tarafından bireyin kişisel ve toplumsal uyum düzeyini objektif olarak belirlemek için geliştirilmiştir. Kişiliğin değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın ölçeklerden birisi olup 16 ve üstü yaşlara uygulanır. 16 maddesi tekrarlı olup toplam 566 itemden oluşan test; "Doğru"," yanlış" ve "bilmiyorum" şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçeğin 3 geçerlik (L alt testi=yalancılık, F alt testi=sıklık ya da nadirlik ve K alt testi=düzeltme) ve psikopatolojik saptamayı gerçekleştiren 10 klinik alt boyutu, hipokondriazis, depresyon, histeri, psikopatik sapma, maskulunite-feminite, paranoya, psikasteni, şizofreni, hipomani, sosyal içedönüklük bulunmaktadır. Testin Türkçe 'ye çevirisi ve standardizasyon çalışması Savaşır (1981) tarafından yapılmıştır.

Savunma Biçimleri Testi (SBT): Bilinçaltı düzeyde kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını ölçmek amacıyla Andrews, Singh ve Bond (1993) tarafından geliştirilmiştir. 40 madde ve 20 savunma düzeneğinden oluşan ölçek, her bir madde 1(bana hiç uygun değil) ile 9(bana çok uygun) arasında değişen değerler almaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz vd. (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı İmmatür (olgun olmayan) Savunma Düzenekleri .68, Nevrotik Savunma Düzenekleri .58 ve Olgun Savunma Düzenekleri için ise .80 bulunmuştur. 4 hafta arayla Test tekrar tutarlılığı; olgun savunma düzenekleri için .75, nevrotik savunma düzenekleri için .78 ve immature savunma düzenekleri için ise .85 olarak bulunmuştur.

Kişisel Bilgi Formu: araştırma kapsamında katılımcılara ilişkin demografik bilgilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından10 soruluk kişisel bilgi formu hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formunda katılımcının cinsiyeti, yaşadığı yer, algılanan ekonomik düzey, anne-babanın durumu, kaybedilenin kim olduğu, ölüm nedeni, kayıptan sonra hayatı sonlandırma düşüncesi, kaybedilenin medeni durumu ve kayıp sonrası profesyonel bir yardım alıp almama ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

2.4. Verilerin Analizi

Travmatik yası olan üniversite öğrencilerinin savunma düzenekleri, psikolojik belirtileri, MMPI klinik alt boyutları sosyo-demografik bilgilere göre incelenmesinde Spearman korelasyon analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen nicel verilerin analizinde SPPSS Windows SPSS 22.00 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin normali dağılıma uygunluğunu anlamak amacıyla yapılan analizler sonucu Kolmogorov-Smirnov değerlerine göre SCL-90 testinin depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete ve Genel Semptom İndeksi, MMPI testinin şizofreni ve hipomani testi değerleri normal dağılıma uymamaktadır. Ayrıca araştırmanın çalışma örnekleminin sayısı 15 olduğundan normal dağılıma uygun olmadığından verilerin analizinde nonparametrik analizler uygulanmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgularda travmatik yas şiddeti, savunma düzenekleri, psikolojik belirtiler ve MMPI klinik alt boyutları yukarıda belirtilen tüm demografik bilgiler

yönünden analiz edilmiştir. Ancak elde edilen verilerde anlamlı farklılık gösteren değişkenler bulgulara dahil edilmiştir.

Tablo 2.
Yası olan katılımcıların cinsiyetlerine göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), açısından olan farklara ilişkin bulgular

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
ML	Kadın	13	7,00	91,00	**,000**	**,024**
	Erkek	2	14,50	29,00		
MF	Kadın	13	8,31	108,00	9,000	,496
	Erkek	2	6,00	12,00		
MK	Kadın	13	7,19	93,50	2,500	,071
	Erkek	2	13,25	26,50		
HS	Kadın	13	8,96	116,50	**,500**	**,033**
	Erkek	2	1,75	3,50		
D	Kadın	13	9,00	117,00	**,000**	**,027**
	Erkek	2	1,50	3,00		
HY	Kadın	13	8,73	113,50	3,500	,106
	Erkek	2	3,25	6,50		
PD	Kadın	13	8,23	107,00	10,000	,609
	Erkek	2	6,50	13,00		
MF	Kadın	13	8,85	115,00	2,000	,061
	Erkek	2	2,50	5,00		
PA	Kadın	13	8,12	105,50	11,500	,799
	Erkek	2	7,25	14,50		
PT	Kadın	13	8,73	113,50	3,500	,106
	Erkek	2	3,25	6,50		
SC	Kadın	13	8,65	112,50	4,500	,148
	Erkek	2	3,75	7,50		
MA	Kadın	13	7,42	96,50	5,500	,198
	Erkek	2	11,75	23,50		
Sİ	Kadın	13	8,65	112,50	4,500	,148
	Erkek	2	3,75	7,50		

Kadın ve erkeklerin Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) değerleri, açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir. Çalışmada, kadın ve erkekler karşılaştırıldığında; MMPI'ın ML alt skalası (U=,000 p<0.05), Hs boyutu (U=,500 p<0.05), D boyutu açısından (U=,000 p<0.05) anlamlı bir farklılık olduğu, buna karşılık MF alt skalası (U=9,000 p>0.05), MK alt skalası (U=2,500 p>0.05), Hy boyutu (U=3,500 p>0.05), PD boyutu (U=10,000 p<0.05), Mf boyutu (U=2,000 p>0.05), PA boyutu (U=11,500 p>0.05), PT boyutu (U=3,500 p>0.05), SC boyutu (U=4,500 p>0.05), Sİ boyutu (U=3,500 p<0.05), MA boyutu (U=5,500 p>0.05) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak kızların erkeklere göre MMPI'ın ML alt skalası (U=,000 p<0.05), Hs boyutu (U=,500 p<0.05), D boyutu (U=,000 p<0.05) puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.
Yası olan katılımcıların yaşadığı yere göre Belirti Tarama Listesi (SCL-90) açısından olan farklara ilişkin bulgular

	Yaşadığı yer	N	Sıra ortalaması	KW	p
Somatizasyon	Köy	5	5,90		
	Kent	7	7,43	4,746	,093
	Büyük kent	3	12,83		
OKB	Köy	5	6,50		
	Kent	7	8,21	1,187	,552
	Büyük kent	3	10,00		
KD	Köy	5	7,30		
	Kent	7	6,57	3,888	,143
	Büyük kent	3	12,50		

Depresyon	Köy	5	5,10		
	Kent	7	8,36	4,580	,101
	Büyük kent	3	12,00		
Anxiyete	Köy	5	4,80		
	Kent	7	8,36	5,703	,058
	Büyük kent	3	12,50		
Hostilite	Köy	5	4,90		
	Kent	7	8,57	4,772	,092
	Büyük kent	3	11,83		
Fobik Anxiyete	Köy	5	5,80		
	Kent	7	8,79	1,976	,372
	Büyük kent	3	9,83		
Paranoid	Köy	5	6,80		
	Kent	7	6,50	5,757	,056
	Büyük kent	3	13,50		
Psikoz	Köy	5	6,80		
	Kent	7	6,71	4,722	,094
	Büyük kent	3	13,00		
Ekskala	Köy	5	4,40		
	Kent	7	8,71	**6,269**	**,044**
	Büyük kent	3	12,33		
GSİ	Köy	5	5,80		
	Kent	7	7,71	4,055	,132
	Büyük kent	3	12,33		

Yaşadığı yere göre Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) değerleri açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir. Çalışmada, yaşadığı yere göre karşılaştırıldığında; ek skala **(KW=6,269 p<0.05)** belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu, buna karşılık somatizasyon (KW=4,746 p>0.05), OKB (KW=1,187 p>0.05), KD (KW=3,888 p>0.05), depresyon (KW=4,580 p>0.05), anksiyete (KW=5,703 p>0.05), hostilite (KW=4,772 p>0.05), fobik anksiyete (KW=1,976 p>0.05), paranoid düşünceler (KW=5,757 p>0.05), psikoz (KW=4,722 p>0.05), genel semptom indeksi (KW=4,055 p>0.05) belirtilerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak yaşadığı yere göre ek skala puanları açısından aralarında fark bulunurken, somatizasyon, OKB, KD, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikoz, genel semptom indeksi puanları açısından aralarında fark bulunmamıştır. Ek skala boyutu açısından farkın nerede yaşayanlar arasında olduğunu anlamak amacıyla uygulanan Tamhane post hoc testi sonucu büyük kentte yaşayanların köyde yaşayanlara göre ek skala puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.

Yası olan katılımcıların Algılanan ekonomik düzeye göre Savunma Biçimleri Testi (SBT) açısından olan farklara ilişkin bulgular

Algılanan ekonomik düzeyi		N	Sıra ortalaması	KW	p
İmmature	Üst	2	8,00		
	Üst-orta	2	6,50	1,008	,799
	Orta	5	7,00		
	Orta-alt	6	9,33		
Nevrotik	Üst	2	13,25		
	Üst-orta	2	6,50	**9,287**	**,026**
	Orta	5	3,70		
	Orta-alt	6	10,33		
Mature	Üst	2	5,50		
	Üst-orta	2	7,50	1,072	,784
	Orta	5	7,80		
	Orta-alt	6	9,17		

Algılanan ekonomik düzeye göre Savunma Biçimleri Testinin (SBT) değerleri, açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmış ve Tablo 4'te gösterilmiştir. Çalışmada, algılanan ekonomik düzeyi farklı olanların; Nevrotik Savunma boyutu (**KW=9,287 p<0.05**) puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu ve Immature Savunma boyutu (KW=1,008 p>0.05), , Mature Savunma boyutu (KW=1,072 p>0.05) puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak algılanan ekonomik düzeyi farklı olanların Nevrotik Savunma boyutu açısından aralarında fark bulunmuş diğer savunma biçimleri açısından aralarında fark bulunmamıştır. Hangi algılanan ekonomik düzeydekiler arasında Nevrotik Savunma boyutu açısından fark olduğunu anlamak amacıyla uygulanan Tamhane Post Hoc testi uygulanmış ve gelirini üst ve orta-alt olarak algılayanların gelirini orta olarak algılayanlara göre Nevrotik Savunma boyutu puanları daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 5.
Yası olan katılımcıların Annenin sağ olup olmadığına göre Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) açısından olan farklara ilişkin bulgular

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Travmatik Yas Ölçeği	Sağ	12	6,67	80,00	**2,000**	**,020**
	Ölü	3	13,33	40,00		

Annenin sağ olup olmadığına göre Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) değerleri açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir. Çalışmada, annesi sağ olan ve olmayanların; Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (**U=2,000 p<0.05**).

Tablo 6.
Yası olan katılımcıların Babanın sağ olup olmadığına göre Belirti Tarama Listesi (SCL-90) açısından olan farklara ilişkin bulgular

Baba		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Somatizasyon	Sağ	12	8,46	101,50	12,500	,426
	Ölü	3	6,17	18,50		
OKB	Sağ	12	8,83	106,00	8,000	,147
	Ölü	3	4,67	14,00		
KD	Sağ	12	9,50	114,00	**,000**	**,009**
	Ölü	3	2,00	6,00		
Depresyon	Sağ	12	8,79	105,50	8,500	,169
	Ölü	3	4,83	14,50		
Anxiyete	Sağ	12	8,67	104,00	10,000	,246
	Ölü	3	5,33	16,00		
Hostilite	Sağ	12	8,88	106,50	7,500	,128
	Ölü	3	4,50	13,50		
Fobik Anxiyete	Sağ	12	8,54	102,50	11,500	,342
	Ölü	3	5,83	17,50		
Paranoid	Sağ	12	9,25	111,00	**3,000**	**,029**
	Ölü	3	3,00	9,00		
Psikoz	Sağ	12	8,83	106,00	8,000	,147
	Ölü	3	4,67	14,00		
Ekskala	Sağ	12	8,63	103,50	10,500	,278
	Ölü	3	5,50	16,50		
GSİ	Sağ	12	9,17	110,00	**4,000**	**,043**
	Ölü	3	3,33	10,00		

Babanın sağ olup olmadığına göre Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) değerleri açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir. Çalışmada, babanın sağ olup olmama durumları karşılaştırıldığında; KD (**U=,000, p<0.05**), paranoid düşünceler (**U=3,000 p<0.05**) ve genel semptom indeksi (**U=4,000 p>0.05**) belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu, somatizasyon (U=12,500 p>0.05), OKB (U=8,000 p>0.05), depresyon (U=8,500 p>0.05), anksiyete (U=10,000 p>0.05), hostilite (U=7,500 p>0.05), fobik anksiyete (U=11,500 p>0.05), psikoz (U=8,000 p>0.05), ek skala (U=10,500 p>0.05) belirtilerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 7.
Yası olan katılımcıların Babanın sağ olup olmadığına göre Savunma Biçimleri Testi (SBT) açısından olan farklara ilişkin bulgular

Baba		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
İmmature	Sağ	12	9,50	114,00	**,000**	**,009**
	Ölü	3	2,00	6,00		
Nevrotik	Sağ	12	8,33	100,00	14,000	,563
	Ölü	3	6,67	20,00		
Mature	Sağ	12	9,17	110,00	**4,000**	**,043**
	Ölü	3	3,33	10,00		

Babanın sağ olup olmadığına göre Savunma Biçimleri Testinin (SBT) değerleri, açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve Tablo 7'de gösterilmiştir. Çalışmada, babası sağ olan ve olmayanların; Immature Savunma boyutu **(U=,000 p<0.05**) ve Mature Savunma boyutu (**U=4,000 p<0.05**) puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunurken, Nevrotik Savunma boyutu (U=14,000 p>0.05) puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak babası sağ olanların olmayanlara göre Immature Savunmayı ve Mature Savunmayı daha fazla kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 8.
Yası olan katılımcıların Babanın sağ olup olmadığına göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), açısından olan farklara ilişkin bulgular

Baba		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
ML	Sağ	12	7,50	90,00	12,000	,376
	Ölü	3	10,00	30,00		
MF	Sağ	12	8,63	103,50	10,500	,278
	Ölü	3	5,50	16,50		
MK	Sağ	12	7,50	90,00	12,000	,380
	Ölü	3	10,00	30,00		
HS	Sağ	12	7,92	95,00	17,000	,885
	Ölü	3	8,33	25,00		
D	Sağ	12	7,38	88,50	10,500	,279
	Ölü	3	10,50	31,50		
HY	Sağ	12	7,83	94,00	16,000	,772
	Ölü	3	8,67	26,00		
PD	Sağ	12	8,67	104,00	10,000	,247
	Ölü	3	5,33	16,00		
MF	Sağ	12	7,50	90,00	12,000	,384
	Ölü	3	10,00	30,00		
PA	Sağ	12	8,00	96,00	18,000	1,000
	Ölü	3	8,00	24,00		
PT	Sağ	12	8,08	97,00	17,000	,885
	Ölü	3	7,67	23,00		
SC	Sağ	12	8,46	101,50	12,500	,426
	Ölü	3	6,17	18,50		
MA	Sağ	12	9,13	109,50	**4,500**	**,049**
	Ölü	3	3,50	10,50		
Sİ	Sağ	12	8,25	99,00	15,000	,664
	Ölü	3	7,00	21,00		

Babanın sağ olup olmadığına göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) değerleri açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 8'de gösterilmiştir. Çalışmada, babası sağ olan ve olmayanların; MMPI'ın MA boyutu (**U=4,500 p<0.05**) değerlerinde anlamlı bir fark olduğu, ML alt skalası (U=12,000 p>0.05), MF alt skalası (U=10,500 p>0.05), MK alt skalası (U=12,000 p>0.05), Hs boyutu (U=17,000 p>0.05), D boyutu (U=10,500 p>0.05), Hy boyutu (U=16,000 p>0.05), PD boyutu (U=10,000 p>0.05), Mf boyutu (U=12,000 p>0.05), PA boyutu (U=18,000 p>0.05), PT boyutu (U=17,000

p>0.05), SC boyutu (U=12,500 p>0.05), Sİ boyutu (U=15,000 p>0.05) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak babası sağ olanların olmayanlara göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) MA boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 9.
Yası olan katılımcıların Kaybedilenin kim olduğuna göre Savunma Biçimleri Testi (SBT) açısından olan farklara ilişkin bulgular

Kaybedilen kim		N	Sıra ortalaması	KW	p
İmmature	Baba	3	2,00		
	Anne	4	9,50	**7,907**	**,048**
	Kardeş	1	14,00		
	Diğerleri	7	8,86		
Nevrotik	Baba	3	6,67		
	Anne	4	11,00	3,184	,364
	Kardeş	1	3,50		
	Diğerleri	7	7,50		
Mature	Baba	3	3,33		
	Anne	4	8,75	4,409	,221
	Kardeş	1	11,50		
	Diğerleri	7	9,07		

Kaybedilenin kim olduğuna göre Savunma Biçimleri Testinin (SBT) değerleri açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 9'da gösterilmiştir. Çalışmada, Kaybedilenin kim olduğuna göre; Immature Savunma boyutu (**KW=7,907 p<0.05**) puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu, Nevrotik Savunma boyutu (KW=3,184 p>0.05) ve Mature Savunma boyutu (KW=4,409 p>0.05) puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak kaybedilenin kim olduğuna göre Immature Savunma boyutu açısından aralarında fark bulunmuş diğer savunma biçimleri açısından aralarında fark bulunmamıştır. Kaybedilenlerin kim oldukları arasında Immature Savunma boyutu açısından fark olduğunu anlamak amacıyla uygulanan Tamhane Post Hoc testi uygulanmış ve kardeşini kaybedenlerin babasını ve annesine kaybedenlere göre Immature Savunma boyutu puanları daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 10.
Yası olan katılımcıların yakınlarının ölüm nedenine göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), açısından olan farklara ilişkin bulgular

Ölüm nedeni		N	Sıra ortalaması	KW	p
ML	Trafik kazası	1	14,50		
	Hastalık	9	8,22	2,991	,224
	İntihar	5	6,30		
MF	Trafik kazası	1	3,00		
	Hastalık	9	8,22	1,370	,504
	İntihar	5	8,60		
MK	Trafik kazası	1	12,50		
	Hastalık	9	6,39	3,262	,196
	İntihar	5	10,00		
HS	Trafik kazası	1	2,50		
	Hastalık	9	9,39	2,891	,236
	İntihar	5	6,60		
D	Trafik kazası	1	2,00		
	Hastalık	9	9,50	3,381	,184
	İntihar	5	6,50		
HY	Trafik kazası	1	5,50		
	Hastalık	9	9,00	1,189	,552
	İntihar	5	6,70		
PD	Trafik kazası	1	8,50		
	Hastalık	9	7,56	,225	,894
	İntihar	5	8,70		

MF	Trafik kazası	1	2,50		
	Hastalık	9	10,67	**8,208**	**,017**
	İntihar	5	4,30		
PA	Trafik kazası	1	9,00		
	Hastalık	9	8,39	,321	,852
	İntihar	5	7,10		
PT	Trafik kazası	1	4,50		
	Hastalık	9	9,61	3,001	,223
	İntihar	5	5,80		
SC	Trafik kazası	1	2,50		
	Hastalık	9	8,78	1,814	,404
	İntihar	5	7,70		
MA	Trafik kazası	1	13,00		
	Hastalık	9	7,00	1,901	,387
	İntihar	5	8,80		
Sİ	Trafik kazası	1	2,50		
	Hastalık	9	9,83	4,250	,119
	İntihar	5	5,80		

Yakınlarının ölüm nedenine göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) değerleri açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Kruskal Wallis H testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 10'da gösterilmiştir. Çalışmada, yakınlarının ölüm nedenine göre; MMPI'ın Mf boyutu **(KW=8,208 p<0.05)** değerlerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüş, ML alt skalası (KW=2,991 p>0.05), MF alt skalası (KW=1,370 p>0.05), MK alt skalası (KW=3,262 p>0.05), Hs boyutu (KW=2,891 p>0.05), D boyutu (KW=3,381 p>0.05), Hy boyutu (KW=1,189 p>0.05), PD boyutu (KW=,225 p>0.05), PA boyutu (KW=,321 p>0.05), PT boyutu (KW=3,001 p>0.05), SC boyutu (KW=1,814 p>0.05), MA boyutu (KW=1,901 p>0.05), Sİ boyutu (KW=4,250 p>0.05) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak yakınlarının ölüm nedenine göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) Mf boyutu açısından aralarında fark bulunmuştur. Mf boyutu açısından farkın belirlenmesi amacıyla Tamhane Post Hoc testi uygulanmış ve yakını hastalıktan ölenlerin yakını trafik kazasından ve intihar nedeniyle ölenlere göre Mf boyutu değerleri daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 11.
Yası olan katılımcıların kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünme durumuna göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), açısından olan farklara ilişkin bulgular

Kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünme		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
ML	Evet	7	7,93	55,50	27,500	,953
	Hayır	8	8,06	64,50		
MF	Evet	7	11,36	79,50	**4,500**	**,006**
	Hayır	8	5,06	40,50		
MK	Evet	7	8,64	60,50	23,500	,598
	Hayır	8	7,44	59,50		
HS	Evet	7	8,64	60,50	23,500	,601
	Hayır	8	7,44	59,50		
D	Evet	7	8,57	60,00	24,000	,643
	Hayır	8	7,50	60,00		
HY	Evet	7	8,71	61,00	23,000	,562
	Hayır	8	7,38	59,00		
PD	Evet	7	8,57	60,00	24,000	,643
	Hayır	8	7,50	60,00		
MF	Evet	7	8,00	56,00	28,000	1,000
	Hayır	8	8,00	64,00		
PA	Evet	7	10,43	73,00	**11,000**	**,049**
	Hayır	8	5,88	47,00		
PT	Evet	7	9,07	63,50	20,500	,385
	Hayır	8	7,06	56,50		
SC	Evet	7	9,36	65,50	18,500	,271

	Hayır	8	6,81	54,50		
MA	Evet	7	8,36	58,50	25,500	,770
	Hayır	8	7,69	61,50		
Sİ	Evet	7	7,36	51,50	23,500	,602
	Hayır	8	8,56	68,50		

Kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünme durumuna göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) değerleri açısından bir farklılık olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 11'de gösterilmiştir. Çalışmada, kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünen ve düşünmeyenlerin; MMPI'ın MF alt skalası (**U=4,500 p<0.05**) ve PA boyutu (**U=11,000 p<0.05**) değerlerinde anlamlı bir fark olduğu, ML alt skalası (U=27,500 p>0.05), MK alt skalası (U=23,500 p>0.05), Hs boyutu (U=23,500 p>0.05), D boyutu (U=24,000 p>0.05), Hy boyutu (U=23,000 p>0.05), PD boyutu (U=24,000 p>0.05), Mf boyutu (U=28,000 p>0.05), PT boyutu (U=20,500 p>0.05), SC boyutu (U=18,500 p>0.05), MA boyutu (U=25,500 p>0.05), Sİ boyutu (U=23,500 p>0.05) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünenlerin düşünmeyenlere göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) MF alt skalası ve PA boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 12.
Yası olan katılımcıların kaybedilen kişinin medeni durumuna göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), açısından olan farklara ilişkin bulgular

Kaybedilenin medeni durumu		**N**	**Sıra Ortalaması**	**Sıra Toplamı**	**U**	**p**
ML	Bekar	5	6,40	32,00	17,000	,316
	Evli	10	8,80	88,00		
MF	Bekar	5	7,80	39,00	24,000	,902
	Evli	10	8,10	81,00		
MK	Bekar	5	5,00	25,00	10,000	,063
	Evli	10	9,50	95,00		
HS	Bekar	5	11,00	55,00	10,000	,065
	Evli	10	6,50	65,00		
D	Bekar	5	8,90	44,50	20,500	,581
	Evli	10	7,55	75,50		
HY	Bekar	5	10,30	51,50	13,500	,158
	Evli	10	6,85	68,50		
PD	Bekar	5	9,20	46,00	19,000	,461
	Evli	10	7,40	74,00		
MF	Bekar	5	11,00	55,00	10,000	,065
	Evli	10	6,50	65,00		
PA	Bekar	5	7,30	36,50	21,500	,668
	Evli	10	8,35	83,50		
PT	Bekar	5	10,20	51,00	14,000	,177
	Evli	10	6,90	69,00		
SC	Bekar	5	10,70	53,50	11,500	,098
	Evli	10	6,65	66,50		
MA	Bekar	5	10,90	54,50	10,500	,073
	Evli	10	6,55	65,50		
Sİ	Bekar	5	11,60	58,00	**7,000**	**,027**
	Evli	10	6,20	62,00		

Kaybedilen kişinin medeni durumuna göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) değerleri, açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve Tablo 12'de gösterilmiştir. Çalışmada, kaybedilen kişi evli olan ve bekar olanların; MMPI'ın Sİ boyutu (U=**7,000 p<0.05**) değerlerinde anlamlı bir fark olduğu, ML alt skalası (U=17,000 p>0.05), MF alt skalası (U=24,000 p>0.05), MK alt skalası (U=10,000 p>0.05), Hs boyutu (U=10,000 p>0.05), D boyutu (U=20,500 p>0.05), Hy boyutu (U=13,500 p>0.05), PD boyutu (U=19,000 p>0.05), Mf boyutu (U=10,000 p>0.05), PA boyutu (U=21,500 p>0.05), PT boyutu (U=14,000 p>0.05), SC boyutu (U=11,500 p>0.05), MA boyutu (U=10,500 p>0.05) değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 13.
Yası olan katılımcıların kayıptan sonra profesyonel yardım alma durumuna göre Belirti Tarama Listesi (SCL-90) açısından olan farklara ilişkin bulgular

Kayıptan sonra profesyonel yardım alma		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Somatizasyon	Evet	3	12,00	36,00	6,000	,082
	Hayır	12	7,00	84,00		
OKB	Evet	3	10,33	31,00	11,000	,311
	Hayır	12	7,42	89,00		
KD	Evet	3	9,00	27,00	15,000	,664
	Hayır	12	7,75	93,00		
Depresyon	Evet	3	11,00	33,00	9,000	,192
	Hayır	12	7,25	87,00		
Anxiyete	Evet	3	13,00	39,00	**3,000**	**,029**
	Hayır	12	6,75	81,00		
Hostilite	Evet	3	11,83	35,50	6,500	,095
	Hayır	12	7,04	84,50		
Fobik Anxiyete	Evet	3	11,50	34,50	7,500	,125
	Hayır	12	7,13	85,50		
Paranoid	Evet	3	9,83	29,50	12,500	,424
	Hayır	12	7,54	90,50		
Psikoz	Evet	3	10,00	30,00	12,000	,385
	Hayır	12	7,50	90,00		
Ekskala	Evet	3	11,83	35,50	6,500	,096
	Hayır	12	7,04	84,50		
GSİ	Evet	3	11,00	33,00	9,000	,194
	Hayır	12	7,25	87,00		

Kayıptan sonra profesyonel yardım alma durumuna göre Belirti Tarama Listesinin (SCL-90) değerleri açısından bir farklılığın olup olmadığının anlaşılması amacıyla Mann Whitney U testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 13'te gösterilmiştir. Çalışmada, kayıptan sonra profesyonel yardım alma durumları karşılaştırıldığında; anksiyete (**U=3,00 p<0.05**) belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüş, somatizasyon (U=6,000 p>0.05), OKB (U=11,000 p>0.05), KD (U=15,000 p>0.05), depresyon (U=9,000 p>0.05), , hostilite (U=6,500 p>0.05), fobik anksiyete (U=7,500 p>0.05), paranoid düşünceler (U=12,500 p>0.05), psikoz (U=12,000 p>0.05), ek skala (U=6,500 p>0.05), genel semptom indeksi (U=9,000 p>0.05) belirtilerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak kayıptan sonra profesyonel yardım alanların almayanlara göre anksiyete puanları daha yüksek bulunmuş, somatizasyon, OKB, KD, depresyon, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikoz, ek skala, genel semptom indeksi puanları açısından aralarında fark bulunmamıştır.

4.TARTIŞMA

Bu kısımda travmatik yası olan bireylerin bazı demografik değişkenlerinin (cinsiyet, yaşanılan yer, ailenin algılanan ekonomik düzey, anne ve baba sağ ya da ölü olması, kaybedilenin kim olduğu, kaybedilenin ölüm nedeni, kaybınızdan sonra hayatı sonlandırma düşüncesi, kaybedilenin medeni durumu ve kayıptan sonra profesyonel yardım alıp almama) travmatik yas, savunma düzenekleri, psikolojik belirtileri ve MMPI klinik alt boyutları açısından farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma kapsamında, cinsiyet, yaşanılan yer, ailenin ekonomik durumu, anne ve baba sağ ya da ölü olması, kaybedilenin kim olduğu, kaybedilenin ölüm nedeni, kaybınızdan sonra hayatı sonlandırma düşüncesi, kaybedilenin medeni durumu ve kayıptan sonra profesyonel yardım alıp almama yönünden farklılık gösterdiği bulunmuştur. Burada farklılıklar travmatik yas şiddeti, savunma düzenekleri, psikolojik belirtiler ve MMPI klinik alt boyutları yönünden bazı alanlarda farklılıklar göstermektedir. Örneğin, kaybedilenin medeni durumu ile travmatik yas şiddeti, psikolojik belirtileri, savunma düzenekleri yönünden bir farklılık bulunmazken, MMPI klinik alt boyutlarından sosyal içe dönüklük yönünden farklılık gösterdiği görülmektedir.

Cinsiyete İlişkin Değerlendirmeler

Travmatik yası olan bireylerin cinsiyet bağlamında bakıldığında, MMPI klinik alt boyutlarından hipokondriazis ve depresyon kişilik özellikleri yönünden farklılık gösterdiği, farklılığın kadınlar lehine olduğu bulunmuştur. Travmatik yas, bilişsel, davranışsal duygusal yoğunlukla karakterize edilen bir bağlam olarak değerlendirilmekte ve bu bağlam içinde sevilen birinin kaybı kadın ve erkekte farklı tepkilere yol açtığı vurgulanmaktadır. Sosyal

yaşam içinde kadın ve erkeklerin nasıl davranmaları gerektiğine içinde bulunan sosyo-kültürel geleneklerin tekrarlanan cinsiyet rolleri sonucu ortaya çıktığı, kadınların daha sık olarak toplumsal özellikler (örneğin, ilişkisel, duygusal ifade) gerektiren ortak rolleri, erkekler ise daha sık olarak agent özellikler gerektiren (örneğin, bağımsız davranma, kendisine güvenen) rolleri sergilediği ifade edilmektedir (Eagly vd., 2000). Bu rollerde tekrarlanan yaşantılar farklı davranış veya sosyal temsilleri oluşturduğu (Stelzer vd., 2019) ve sonuçta tepkilerde cinsiyet farklılıklarına yol açtığı düşünülebilir. Bu açıdan cinsiyet değişkeni gibi diğer değişkenler de çoğu psikolojik rahatsızlıklar için risk faktörü oldukları gibi (Başoğlu vd., 1997; Norris vd., 1992) travmatik yas konusunda da risk faktörü olarak ele alınmaktadır (Prigerson vd., 1995; Kersting vd., 2011). Travmatik yas bağlamında konu değerlendirildiğinde, yasın şiddeti ve derinliği, bireyin kendisi hakkındaki olumsuz değerlendirmelerinden ziyade, ölüm veya kaybedilenin ölüm sahnesini yeniden yaşama, ölümü kabullenmeme gibi yönlerine odaklanmayı yansıttığı belirtilmektedir. Bu bağlamda kadınların erkeklere göre daha fazla travmatik yası deneyimledikleri birçok araştırmada belirtilmiştir (Neria vd., 2007; Morina vd., 2010). Benzer şekilde travmatik yaslı kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde depresif semptomlar gösterdiği ifade edilmektedir (Cyranowski vd., 2000). Bazı teorisyenler, sosyal güç ve statüdeki kısıtlamalar nedeniyle kadınlar arasında yoksulluk, cinsel taciz, çocuk istismarı ve kronik problem oranlarının daha yüksek olduğu, bu durumların ise erkeklere kıyasla kadınlarda daha fazla depresyona neden olduğunu belirtmişler (Nolen-Hoeksema vd.,1999). Dahası depresyondaki cinsiyet farklılığının gelişiminde kişilik faktörlerinin veya özelliklerinin potansiyel bir role sahip olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle nevrotiklik seviyelerinin hem depresyon riskinde artışa (Ormel vd., 2001) hem de anksiyete ve depresif bozuklukları olan bireyler arasında artmış psikiyatrik komorbidite olasılığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Widiger ve Trull, 1992). Diğer yandan travmatik yası olan kadın veya erkeklerde hipokondriasiz kişilik özellikleri yönünden bir araştırmaya rastlanmazken, hipokondriasiz ile depresyon ve anksiyete arasında güçlü bir ilişki olduğu, hipokondriyak endişeler depresif kişilik özellikleri taşıyan bireylerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Bravo,1998). Özetle, kadınların erkeklere nazaran üzücü ve sarsıcı travmatik yaşantılar karşısında daha hassas oldukları (Aker vd., 2008; Başoğlu vd., 2004), daha fazla duygusal ve davranışsal reaksiyonlar gösterdikleri (Merikangas, 2007) ifade edilebilir. Sonuç olarak, depresyon ve hipokondriasiz kişilik özelliklerinin, travmatik yası olan bireyler (kadın ve erkek) bağlamında ele alındığında özellikle genç yetişkinler arasında travmatik yasın gelişiminde rol oynadığı söylenebilir. Bu açıdan mevcut çalışmada ortaya çıkan farklılık alınyazınla örtüşmekle birlikte alınyazındaki sonuçlardan daha güçlü olduğu söylenebilir.

Yaşadığı Yere İlişkin Değerlendirmeler

Travmatik yaslı olan bireylerin yaşadığı yere göre bakıldığında, büyük kentte yaşayanların köyde yaşayanlara göre ek skala puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ek skala belirtileri, bireyin uyku sorunlarını, iştah problemleri ve suçluluk duyguları gibi semptomları belirtmektedir. Büyük kentlerde travmatik yas yaşamış bireyin uygun sosyal desteği alamaması, ifade gücünden yoksun kalması, içe kapanması, yalnızlaşması, sosyal ilişkilerin azlığı ve bunun yansıması olan yasını dile getirilememesi ve anlamlandıramaması çeşitli semptomlar geliştirmesine neden olduğu söylenebilir. Kültürümüzde kayıp sonrası dönemde bir sosyal destek ağı vardır. Yaslı birey yalnız bırakılmaz, bu durum kayıp yaşayan bireyin kaybı hakkında konuşmasına ve duygu ve düşüncelerini ifade etmesine yardımcı olur. Öyle ki tepkisellik bireyin gerçeklikte kalması ve günlük yaşamına devam etmesini sağlayacağı belirtilmiştir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Ancak sosyal desteğin büyük kentlerde daha az olması, sosyal çevrenin kısıtlı olması bireyi travmatik yası ile baş başa kalmasına neden olduğu söylenebilir. Bu bağlamda kayıp yaşayan bireyin yaşadıklarıyla ilgili konuşmaması, ifade edememesi yalıtılmışlık ve geri çekilmeye neden olduğu ifade edilmiştir (Mallon, 2008).

Dyregrov (2004) çalışmasında, travmatik yas sonrası sosyal desteğin mikro-sosyolojik analizi yapılmıştır. Burada, kaza nedeniyle bir yakınını kaybeden 69 ebeveynle yapılan derinlemesine görüşmelerde, aile bireylerinin yeterince sosyalleşemedikleri, bu durumun temelinde sosyal destek ağlarının yetersizliği olduğu ifade edilmiştir. Ancak bunun bir çeşit sosyal beceriksizlik olduğu vurgulanmıştır. Yani sosyalleşmeyi bilememe ve beraberinde yas tutan bireylerin çeşitli sıkıntılarla karşılaştıkları bulunmuştur. Mevcut çalışmada travmatik yası olan ve aynı zamanda büyük kentlerde yaşayan bireylerin çeşitli psikopatolojiler (uyku bozukluğu, iştah problemi ve suçluluk duygusu) yaşadığı bulunmuştur. Bu doğrultuda doğrudan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Sonuç olarak, hem büyük kentte yaşamak yalıtılmışlık hali yaratacağı, bu durum sosyal destekten yoksun kalmasına neden olacağı ve sonuçta beraberinde çeşitli patolojiler ortaya çıkaracağı varsayımı hem de mevcut çalışmada ortaya çıkan farklılık alınyazına büyük bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Algılanan Ekonomik Düzeye İlişkin Değerlendirmeler

Travmatik yası olan bireylerin algılanan ekonomik düzeyine göre savunma biçimleri testi değerleri açısından bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre gelirini üst ve orta-alt olarak algılayanların gelirini orta olarak algılayanlara göre Nevrotik Savunma boyutu puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Savunma mekanizmaları, psikanalitik uygulamada ve teoride çok önemli bir yapı oluşturduğunu (Freud, 1926) ifade ettikten sonra Anna Freud (1937) belirli savunma mekanizmaları ve psikiyatrik semptomlar arasında belirli bir bağlantının olduğunu öne sürdü. Nevrotik savunma ise, kabul edilmez bir olay dolayısıyla meydana gelen kaygı ve suçluluk

duygularından kaçınmak olarak tanımlanabilir. Watson (2002), nevrotik savunma stillerinin semptomatolojinin ana belirleyicisi olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla nevrotik ve immature savunma stillerini travmatik yas arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Boogar ve Talepasand, 2015). Benzer şekilde önceki çalışmalarla uyumlu olarak, nevrotik savunma mekanizmaları gibi uyumsuz savunma stillerinin travmatik yasta yatkınlık sonuçları içerdiğini öne sürmüşlerdir (Gana ve K'Delant, 2011). Bu bağlamda 'kayıp gerçeğine karşı psikolojik bir protesto ve sevilenin yokluğunda hayata uyum sağlamaya yönelik bir isteksizlik olarak tanımlanırken (Prigerson vd., 2008), algılanan ekonomik düzey değişkenin yakınını kaybeden bireyin sorunu olması veya öyle algılaması travmatik yas için bir risk faktörü olarak ifade edilebilir. Özellikle üniversite sürecinde olan genç yetişkinlerin ekonomik bağımsızlığını henüz kazanamamış olmaları ya da geleceğe dair ekonomik endişeler taşımaları (var olan ekonomik gücü kaybetme endişesi, ekonomik sağlayıcının ölümü, babanın kaybının sonucu olarak var olan ekonomik gücün miras yoluyla paylaşılması gibi) onları çeşitli savunma mekanizmaları kullanmasına itmiş olabilir. Hatta ekonomik yükün travmatik yas için bir risk faktörü olduğu özellikle vurgulanmıştır (He vd., 2014). Sonuç olarak, travmatik yası olan bireylerin içinde bulundukları ekonomik durumdan dolayı nevrotik savunma düzenekleri kullanmaları içinde bulundukları yaşam standartlarının bir sonucu olduğu söylenebilir. Diğer yandan travmatik yası olan bireylerin ekonomik durumları dolayısıyla çeşitli savunma düzenekleri (nevrotik savunma düzenekleri) kullanmalarıyla ilgili doğrudan bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın literatüre bu açıdan büyük bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaybedilene İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmada, kaybedilenin kim olduğuna göre; Immature Savunma boyutu puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu, sonuç olarak kaybedilenin kim olduğuna göre Immature Savunma boyutu açısından aralarında fark bulunmuş diğer savunma biçimleri açısından aralarında fark bulunmamıştır. Kaybedilenlerin kim olanlar arasında Immature Savunma boyutu açısından fark olduğu, buna göre kardeşini kaybedenlerin babasını ve annesine kaybedenlere göre Immature Savunma boyutu puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Travmatik yas sürecini belirleyen en önemli risk faktörlerinden biri de kaybedilen kişinin kim olduğu vurgulanmaktadır. Genç yetişkinlerin bir yakınını travmatik bir şekilde kaybetmeleri ciddi bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (Miniño vd., 2002). Özellikle genç yetişkinlik, belirli kayıp türlerinin en yaygın olduğu gelişim aşamasını temsil ettiği düşünüldüğünde, bu yaşta hem karşılaşılan travmatik bir ölüm hem de kaybedilenin yaşça küçük olması sindirilmesi ya da kabullenmesi zor bir süreç olarak kendini gösterebilir. Daha önemlisi bir birincil bağlanma figürünü kaybedenler (yani yakın bir aile üyesi), bir arkadaşını veya geniş bir aile üyesini kaybeden kişilere göre daha travmatik bir sıkıntı ile karakterize edilen travmatik yas semptomları sergilediği ifade edilmektedir (Holland ve Neimeyer, 2011). Böyle açıklama, yakın bir bağlanma figürünün kaybı, travmatik bir olay yaşamış kişinin korunma duygusunu bozabileceği ve zayıflanmış bir güvenlik duygusu yaratabileceği iddia edilmektedir (Janoff-Bulman, 1992; Rubin vd.2003).

Literatüre bakıldığında bazı çalışmalar, bütün birinci derece akrabaları arasında kardeş kaybının travmatik yas için en az risk taşıdığını belirtirken (Prigerson vd., 2002), diğer bazı çalışmalar ise kardeş kaybının travmatik yas semptomları yaşamada birinci derece akrabaları arasından üçüncü sırada yer aldığı ifade edilmektedir (Levav, 1988; Cleiren, 1994). Kardeşler birçok yaşantıyı birlikte deneyimlerler ve çoğu zaman birlikte vakit geçirirler; bundan dolayı kardeş kaybı birçok riski beraberinde getirir. Kardeş kaybıyla birlikte anılarımız ve geçmişteki yaşantılarımız tekrar canlanır. Bu süreçte kayıp yaşayan birey, özlem, suçluluk, öfke gibi farklı duygular yeniden zihinde beliriverir. Bunun birlikte kardeşin kaybı, bireyi kendi ölümlülüğü ile yüzleştirir ve yaşlanmadan ölebilme gerçeğini fark ederek aslında kendi yasını da tuttuğu ifade edilmektedir (Volkan, 2010). Benzer şekilde kardeş kaybının travmatik yas süreci içinde risk taşıması, hayatta kalanın rolünün karmaşıklığı şeklinde de açıklanabilir. Birey bu süreçte bir yandan kaybın acısıyla baş etmeye çalışırken diğer yandan kayıp yaşayan diğer aile bireyleri için güçlü durmaya çalışma, aile bireylerinin ruhsal acısına şahit olması, daha çok sorumluluk alması, kendi ihtiyaçlarını çoğu zaman görmezden gelmesi gibi durumlarla baş etmek zorunda kalabileceği belirtilmektedir (Foster vd., 2011). Sonuç olarak kardeş kaybının anne-baba kaybına göre daha fazla risk taşıması ya da daha travmatik olması beklenmedik bir olay olarak düşünülebilir. Dolayısıyla anne-baba kaybının kardeş kaybına göre daha az travmatik olması mevcut çalışma bulgularıyla örtüşmektedir. Diğer yandan travmatik yası olan bireyin kaybettiği kişi bağlamında yaşantıladığı savunma düzenekleri (immatür savunma düzenekleri) ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu açıdan bu bulgu literatüre güçlü bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ölüm Nedenine İlişkin Değerlendirmeler

Demografik değişkenler içinde yakınlarının ölüm nedenine göre; MMPI'ın Mf boyutu değerlerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre yakını beklenmedik hastalıktan ölenlerin yakını trafik kazasından ve intihar nedeniyle ölenlere göre Mf boyutu değerleri daha yüksek bulunmuştur. Kaybın beklendik olup olmaması ya da kaybedilen kişinin ağır bir hastalık sonucu ölüp ölmemesi kaybı olan bireylerde farklı tepkilere yol açtığı bilinmektedir. Özellikle hastalık sonucu kayıp yaşayan bireylerin hem kaybın beklenmedik olması hem de travmatik durum içermesi nedeniyle daha yüksek travmatik yas semptomları ve travma sonrası stres bozukluğu semptomları gösterdiği bulunmuştur (Boelen, 2013). Bu, hastalıktan dolayı sevilen bir kişinin yaklaşan ölümüne ilişkin beklenmedik bir durumun, kaybedilenin ölümünden sonra kaybı olanda ciddi stres tepkileri yarattığı ifade

edilmektedir (Valdimarsdottir vd., 2004; Fujisawa vd., 2010). Bu bulgu mevcut çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermenin yanında şiddetli kayıpla karşılaşan bireylerin, hastalıktan dolayı kayıp yaşayan bireylere kıyasla daha fazla şiddetli travmatik yas semptomları gösterdiklerinin belirtilmesi (Kaltman ve Bonanno, 2003; Cesur, 2012; Pearlman vd.,2014) mevcut çalışmanın bulgularıyla çelişmektedir. Ancak hem şiddet içeren kayıpların hem de hastalık sonucu beklenmedik kayıpların, kayıp sonrası psikopatolojiyi şiddetlendirdiğini göstermektedir. Çünkü bu tür kayıplar daha büyük bir akut çaresizlik duygusu ve dissosiyatif tepkiler ortaya çıkarttığı belirtilmiştir (Roemer vd., 1998).

Yanı sıra travmatik yas yaşayan bireylerin yakınını beklenmedik bir hastalıktan kaybedenlerin yakınını trafik kazasından ve intihar nedeniyle kaybedenlere göre MMPI klinik alt boyutlarından olan MF boyutu değerleri daha yüksek bulunmuştur. Erkeklik ve kadınlık, kişiliğin durağan özellikli yönleri olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu özellikler genel anlamda bireyleri eril (bağımsız, rekabetçi) veya kadınsı (duyarlı, sempatik) kategorize edilmiştir (Bem, 1974). Bunu yanında eril olduğunu düşünülen bireyler daha araçsal özelliklere sahip iken, kadınsı olan bireyler ise daha dışavurumcu özelliklere sahip olduğu ifade edilmektedir (Spence, 1993). Diğer yandan bir bireyin eril ya da dişil özellikleri sergilemesi belirli durumsal taleplere göre değişebileceği, ölçekte erkeklik özelliği yüksek puan alabilir veya dışavurumcu davranışlardan daha araçsal davranışlar sergileyebilir denilmektedir. Bu noktada özellik teorisine göre, bu kişi eril olarak kategorize edilirdi. Ancak, birey belirli bir durum odaklı olarak değerlendirildiğinde, bu bireyin durumu erkeklik özelliği sergilemesi sosyal duruma tepki olarak değişebilir ve katı kalabilir denilmektedir (Leszczynski, 2009). Bu bağlamda travmatik yası olan bireyin ölüm nedenine karşı gösterdiği tepki ya da yansıttığı özellik (maskülen ve feminen) bir çeşit sosyal normların/kültürel rollerin bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak travmatik yası olan bireyin ölüm nedenine karşı aktifleştirdiği kişilik özelliğini içinde bulunduğu psikososyal bağlamda değerlendirmek faydalı olacağı söylenebilir.

Anne Baba Durumuna İlişkin Değerlendirmeler

Travmatik yası olan ve babasını kaybeden bireylerin babası sağ olan bireylere göre kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünceler ve genel semptom indexleri daha yüksek, bunun yanında babasını kaybedenlerin babası yaşayanlara göre MMPI'ın MA boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Dahası baba kaybı yaşayan bireylerin nevrotik savunma düzenekleri kullanırken, babası sağ olan ve travmatik yası olan bireylerin ise daha yüksek düzeyde immature ve mature savunmayı kullandıkları saptanmıştır. Diğer yandan travmatik yası olan bireyin annesinin sağ olup olmadığına göre Travmatik Yas Ölçeği (TYÖ) değerleri açısından bir farklılık olduğu, farkın annesi sağ olmayanların lehine olduğu saptanmıştır. Anne kaybı yaşayan travmatik yaslı bireylerin annesi sağ olanlara göre travmatik yas şiddet puanları daha yüksek olduğu söylenebilir. Travmatik yas, travmatik kayıp sonrasında ortaya çıkan ve bireyleri derinden etkileyebilen bir durum olduğu düşünüldüğünde, üniversite çağındaki bireylerin bu tür bir kayıp yaşamaları hayatlarını ciddi anlamda sekteye uğrattığı vurgulanmaktadır. Örneğin yapılan bir çalışmada, kanserli bir ebeveyninin kaybı, bir üniversite öğrencisinin karşılaşabileceği en travmatik olaylardan biri olduğu ifade edilirken, kayıp sürecinde bu bireylerin, büyük yaşam değişiklikleri ile yüzleştikleri, kayıptan ötürü ruhsal acıyı deneyimledikleri, ebeveyn ölümüyle yüzleşmek için zorluklar yaşadıkları bu durumun ise üniversite öğrencilerinin yas süreçlerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Tang ve Li, 2019). Ebeveyn kaybı yaşamış üniversite çağındaki kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise, ölümün onları olgunlaştırdığı, çoğu zaman akranlarına ayak uydurabildiği, ölüme karşı yaşadıkları yas ile baş edebilmelerinin temel nedeninin ise, hayatta kalan ebeveyninin ihtiyaçlarına cevap verme becerisiyle ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Hayatta kalan ebeveyne güvenmeleri onlar için önemli olduğu, olgunlaşabildikleri ölçüde ölen ebeveynlerine dair birçok özelliği keşfettikleri ve yetişkin kimliği de bu durumu pekiştirdiği ifade edilmiştir (Silverman,1987).

Diğer yandan yas sürecinin sağlıklı bir şekilde atlatılabilmesi için, bireyin hayatındaki en önemli bağlanma nesnelerinden olan anne ve babayla olan güvenli bağlanmanın çocuklukta sağlanmış olması önemli önemli olduğu, hatta Psikanalist Martha Wolfenstein (1966), bir yetişkinin yas tutma yetisinin gelişebilmesi için, ergenliğin sağlıklı bir şekilde tamamlanmasının önemli olduğunu ileri sürmüştür. Ona göre, ergenlik yas tutma için bir provadır. Bu prova sağlıklı bir şekilde uygulamadığında, yetişkinlik döneminde karşılaşılan bir ani ölüm bireyleri derinden sarstığı görülmektedir. Çünkü araştırmalar genç yetişkinlerin beklenen bir ebeveyn ölümünün ani gelişen bir ölümden daha baş edilebilir olduğunu belirtmektedirler (Saldinger vd., 1999). Benzer şekilde La Grand'ın (1986) New York eyaletindeki üniversite öğrencileriyle yaptığı bir anket çalışmasında; değerli bir idealin yitirilmesi, öz saygının yitirilmesi, bir arkadaşlığın bitmesi, bir aşk ilişkisinin sona ermesi gibi öğrencilerin çeşitli kişisel kayıplarının yaygınlığını ortaya çıkardı. Verilen yanıtlarda en yüksek yüzde olarak yaklaşık %30 ile sevilen birinin ölümü olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda üniversite çağındaki bireylerin yaşadıkları kayıpların onların sosyal, duygusal, psikolojik işlevleri gibi birçok yönden etkilemesi kaçınılmaz görünmektedir. Mevcut çalışmadan elde dilen bulgulara paralele olarak yapılan başka çalışmalarda da; travmatik yası olan bireylerin (kaybedilenin ebeveyn ya da yakın akraba olması bir nüans farkı olmakla birlikte) ajite depresyon, kronik hastalık, suçluluk, intihar düşüncesi, ciddi uyku problemleri, belirgin nöroendokrin gibi kalıcı ve yoğun klinik reaksiyonlar, bağışıklık sistemi resaksiyonları, benlik saygısında düşüş, ruminatif düşünlerde artış, iş ve okul performansında ve kişilerarası ilişkilerde önemli rahatsızlıklar yaşadıkları ifade edilmektedir (Prigerson ve Jacobs, 2001; Prigerson

vd., 2008). Sonuç olarak hem ebeveyn kaybı yaşamış hem de travmatik yası olan bireylerin psikolojik belirtileri, kişilik özellikleri ve savunma düzenekleri ile ilgili literatürde doğrudan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu açıdan bu çalışma literatürdeki bu boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

Kayıptan Sonra Hayatını Sonlandırmaya İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmada, kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünen ve düşünmeyenlerin; MMPI'ın PA boyutu değerlerinde anlamlı bir fark olduğu, sonuç olarak kayıptan sonra hayatını sonlandırmayı düşünenlerin düşünmeyenlere göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) PA boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda, travmatik yasın intihar riskini attırdığı söylenebilir. Dünya sağlık örgütü, verilerine göre intihar nedeniyle her ölüm için yaklaşık 20 kişinin intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir. Dahası bir yakınını travmatik bir şekilde kaybeden genç yetişkinlerin intihar riski altında olduğu (Gregory, 1994), sendromal düzeyde travmatik yası olan bireylerin intihar düşüncesi bildirme durumlarının sendromal olmayan düzeyde travmatik yası olan bireylere göre yaklaşık beş kat daha fazla bulunmuştur (Prigerson vd., 1999). Ancak travmatik yasın intihar düşüncesinin başlangıcı olup olmadığı henüz netleşmiş değildir. Bu açıdan gelecekteki araştırmalar hem bir travmatik kayıp yaşamış ve hayatta kalanları hem de onları intihar etmeye sevk eden karıştırıcı faktörleri (terk edilme korkusu, saldırganlık gibi) tanımlamak konunun daha iyi anlaşılması ve netleşmesi adına önemli olduğu ifade edilmektedir (Prigerson ve Slimack, 1999)

Rosengard ve Folkman (1997), AIDS'li erkeklerin partnerleri arasında intihar düşüncesini araştırdılar ve %50'den fazlası intihar düşüncesi taşıdıkları, bu oranın yaslı bireyde yaslı olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise kadınların erkeklere oranla daha fazla intihar düşüncesi ve intihar girişimi sergilediği bulunmuştur, ancak bulgular yaslı olan bireylerin intihar düşüncesi erkek ve kadınlarda birbirine yakın olduğunu göstermiştir. Bu, yasın kayıp yaşayan bireyleri endişe verici düzeyde intihar düşüncesi riskine soktuğunu gösterdiği ifade edilmiştir (Stroebe vd., 2005). Öte yandan travmatik yaslı olan bireylerin intihar riski yanında bu bireylerin kişilik özelliği olarak paranoid kişilik özelliği gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar travmatik yası olan bireylerin depresif ve paranoid kişilik özelliği gösterdiği, paranoid kişilik özelliğinin travmatik yas için oldukça merkezi bir öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (Edens vd., 2009). Bunun yanında kişilik bozukluklarının (özelliklerinin, kimi çalışmalarda böyle ifade edilmiştir) hem travmatik yas için potansiyel bir risk faktörü olduğuna, hem de kişilik bozukluğu psikopatolojisinin travmatik yasın bir sonucu olmadığına ilişkin çok az kanıt olduğu ifade edilmiştir (Meuser ve Marwit, 2000). Sonuç olarak, travmatik yaslı bireylerin intihar teşebbüsü ve düşüncesinin yanında travmatik yasın intihar ve paranoid kişilik özelliği için bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Her ne kadar mevcut çalışmadan elde edilen bulgularla ilgili literatürde doğrudan bir çalışmaya rastlanılmamış olsa da bu çalışmanın literatüre büyük bir katkı sunacağı söylenebilir.

Medeni Duruma İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmada, kaybedilen kişi evli olan ve bekar olanların; MMPI'ın Sİ boyutu değerlerinde anlamlı bir fark olduğu, Sonuç olarak kaybedilen bekar olan kişilerin evli olanlara kaybedilen kişiye göre Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) Sİ boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Üniversite eğitimi sürecinde olan birçok genç yetişkin henüz bekâr olduğu düşünüldüğünde ve kaybedilenin de bekar olduğu dikkate alındığında aslında her iki grubun da ortak bir noktada buluştukları görülmektedir. Kaybedilenle öncesinde sürdürülen ilişkiler ve beraberce geçirilen günler, kayıptan sonrası yerini sosyal içe dönük bir yapılanmaya bıraktığı söylenebilir. Buradaki durum bir kişilik değişiminden öte travmatik bir olay sonrası yara alan kişiliğin bazı özelliklerinin değişebileceği olarak düşünülebilir. Bu konuyu doğrudan ele alan bir bulguya rastlanılmadığı için tartışılamamıştır.

Profesyonel Destek Alıp Almamaya İlişkin Değerlendirmeler

Çalışmada, kayıptan sonra profesyonel yardım alma durumları karşılaştırıldığında; anksiyete belirtilerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Sonuç olarak kayıptan sonra profesyonel yardım alanların almayanlara göre anksiyete puanları daha yüksek bulunmuş, somatizasyon, OKB, KD, depresyon, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikoz, ek skala, genel semptom indeksi puanları açısından aralarında fark bulunmamıştır. Muhtemelen travmatik yas sonrası alınan profesyonel yardımın travmatik durumu yeniden yaşantıladığı için kaygı yaratmış olabilir. Burada da bir önceki bulgu gibi, literatürde bu durumu doğrudan ele alan bir bulgu olmadığı için tartışılamamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda travmatik yaslı üniversite öğrencileri örnekleminde gerçekleştirilen bu çalışmanın literatüre katkı sunacağı düşünülmekle birlikte, araştırmanın kesitsel bir çalışma olması, üniversite örneklemi üzerinde gerçekleştirilmesi gibi sınırlılıklar içermektedir. Üniversite öğrencilerinin travmatik yas durumları boylamsal olarak başka bir araştırmada incelemek destekleyici olabilir. Araştırmaya üniversite öğrencileri dâhil edilmiştir. Başka bir çalışmada farklı yaş grupları dâhil edilebilir.

KAYNAKÇA

Aker, A. T., Sorgun, E., Mestçioğlu, Ö., Karakaya, I., Kalender, D., Acar, G., ... & Acicbe, Ö. (2008). İstanbul'daki bombalama eylemlerinin erişkin ve ergenlerdeki travmatik stres etkileri. *Türk Psikoloji Dergisi*, *23*(61), 63-71.

Avcı, M. (2019). Yas sürecindeki bireylerin dissosiyatif yaşantıları ve psikolojik belirtilerinin incelenmesi, *The Journal of Social Science Dergisi, 3*(6), 565- 582.

Avcı, M. (2021) Mükerrer intihar girişimleri olan üniversite öğrencilerinin çocukluk anıları ve yansımaları üzerine bir inceleme, *14. Uluslararası Güncel Araştırmalarla Sosyal Bilimler Kongresi*, Antalya, 10-11.

Avcı, M., & Yıldırım, T. (2021). Okul psikolojik danışmanlarının cinsel istismar vakalarının bildirimine ilişkin deneyimleri: Tematik bir analiz, *22. Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi*, Muş, 271-272.

Avcı, M., & Yıldırım, T. (2021). *Travmatik yas ve yaslılara dair: Bütüncül değerlendirme* (1.Baskı) Nobel Akademik Yayıncılık.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği.

Balk, D. (1997). Defying gender norms in rural Bangladesh: A social demographic analysis. *Population studies, 51*(2), 153-172.

Balk, D. E., & Vesta, L. C. (1998). Psychological development during four years of bereavement: A longitudinal case study. *Death Studies, 22*(1), 23–41. doi: 10.1080/074811898201713

Baş, S., Yüksel, Ö., Ülbe, S., & Güngör, D. (2020). Turkish version of the traumatic grief ınventory-self report (TGI-SR): Validity and reliability. *Death Studies*, 1-9.

Başoğlu, M., Kılıç, C., Şalcıoğlu, E., & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and major depression in earthquake survivors in Turkey: Two epidemiological studies. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 133-141.

Başoğlu, M., Mineka, S., Parker, M., Aker, T., Livanou, M., & Gok, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine,* 27, 1421-1433.

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 42, 155–162

Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2003). Gender differences in traumatic grief symptom severity after the loss of a spouse. *Omega-Journal of Death and Dying, 46*(3), 183-198.

Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: Distinctiveness and correlates. *Psychiatry research, 207*(1-2), 68-72.

Boelen, P. A., Reijntjes, A., Djelantik, A. M. J., & Smid, G. E. (2016). Prolonged grief and depression after unnatural loss: Latent class analyses and cognitive correlates. *Psychiatry Research,* 240, 358-363.

Boogar, I. R., & Talepasand, S. (2015). The role of defense mechanisms, personality and demographical factors on complicated grief following death of a loved one by cancer. *Iranian journal of psychiatry*, *10*(2), 79.

Bravo, I. M. (1998). Assessment of anxiety sensitivity in depressed, older patients and its relation to hypochondriacal concerns. Doctoral dissertation, Florida International University.

Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). 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, 166*(7), 786-794.

Cesur, G. (2012). Yetişkinlerde travmatik yasın ve travma sonrası büyümenin psikososyal belirleyicileri. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Cleiren, M., Diekstra, R., Kerkhof, A., & van der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on ``who'' rather than ``how.''*Crisis*, 15, 22-36.

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies, 30*(5), 403-428.

Cyranowski, J.M., Frank, E., Young, E., & Shear, M.K., (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry* 57, 21–27.

Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology, 33*(4), 981-989.

Dyregrov, K. (2004). Micro-sociological analysis of social support following traumatic bereavement: Unhelpful and avoidant responses from the community. *Omega-Journal of Death and Dying, 48*(1), 23-44.

Edens, J. F., Marcus, D. K., & Morey, L. C. (2009). Paranoid personality has a dimensional latent structure: Taxometric analyses of community and clinical samples. *J. Abnorm. Psychol.* 118, 545–553. doi: 10.1037/a0016313

Eagly, A. H., Wood, W., & Diekman, A. B. (2000). *Social role theory of sex differences and similarities: A current appraisal.* (T. Eckes & H. M. Trautner, Eds.). Mahwah, NJ: Erlbaum

Fletcher, J., Mailick, M., Song, J., & Wolfe, B. (2013). A sibling death in the family: Common and consequential. *Demography*, *50*(3), 803-826.

Foster, T. L., Gilmer, M. J., Davies, B., Dietrich, M. S., Barrera, M., Fairclough, D. L., Vannatta, K., & Gerhardt, C.A. (2011). Comparison of continuing bonds reported by parents and siblings after a child's death from cancer. *Death Studies, 35*(5).

Freud, S. (1926). Mourning and melancholia. *The Psychoanalytic Review* (1913-1957), 11, 77.

Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of affective disorders, 127*(1-3), 352-358.

Gana, K., & K'Delant, P. (2011). The effects of temperament, character, and defense mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of affective disorders, 128*(1-2), 128-134.

Gregory, R. J. (1994). Grief and loss among Eskimos attempting suicide in western Alaska. *The American journal of psychiatry*, *151*(12), 1815-1816.

Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral sleep medicine*, *3*(2), 99-111.

He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q., & Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults*. Psychiatr Res. 219*(2).

Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*(2), 254-263.

Janoff-Bulman, R. (1992*). Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma.* New York: Free Press.

Kaltman, S., & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 131–147

Karasar, N. (1995). *Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler*. Anı Yayıncılık.

Kersting, A. Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B.T., Arolt, V., & Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *J Affect Disord, 118*(1–3), 201–204

Leszczynski, J. P. (2009). A state conceptualization: Are individuals' masculine and feminine personality traits situationally influenced?. *Personality and Individual Differences*, *47*(3), 157-162.

Levav, I., Friedlander, Y., Kark, J.D., M.D., & Peritz, E. (1988). An Epidemiologic Study of Mortality among Bereaved Parents. *N Engl J Med,* 319, 457-461.

Mallon, B. (2008). *Dying, death and grief: Working with adult bereavement*. Sage.

Meuser, T. M., & Marwit, S. J. (2000). An integrative model of personality, coping and appraisal for the prediction of grief involvement in adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 40*(2), 375-393.

Melhem NM, Day N, Shear MK, Day R, Reynolds CF, & Brent D. (2004) Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Am. J. Psychiatry,* 161, 1411–1416.

Merikangas, K. R. (2007). *Ölüm, Ölmek ve Yas. Comprehensive Textbook Of Psychiatry* 8 edition: Benjamin Sadock (Türkçe Çev: Hamdullah Aydın) Güneş Yayınevi.

Miniño, A. M., Arias, E., Kochanek, K. D., Murphy, S. L., & Smith, B. L. (2002). Deaths: Final data for 2000. *National Vital Statistics Reports, 50*(15), 1–120

Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G., & Prigerson, H. G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stres disorder among bereaved kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. International *Journal of Social Psychiatry,* 56, 288-297.

Neria, Y., & Litz, B. T. (2004). Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma, 9*(1), 73-87

Newson, R., Boelen, P.A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord,* 132:231–8

Nickerson, A., Liddell, B. J., Maccallum, F., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2014). Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC psychiatry, 14*(1), 1-11.

Nolen-Hoeksema, S.L. (1999). *Coping with loss.* NJ: Mahwah

Ormel, J., Oldehinkel, A.J., & Brilman, E.I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry* 158, 885–891.

Parkes, G. (Ed.). (1987). *Heidegger and Asian thought.* University of Hawaii Press.

Pearlman, L. A., Wortman, C. B., Feuer, C. A., Farber, C. H., & Rando, T. A. (2014). *Treating traumatic bereavement: A practitioner's guide.* Guilford Publications.

Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related Indeed there is no sharp dichotomy between complicated and uncomplicated grief, it is largely a matter of degree depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 22–30.

Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., ... & Brent, D. A. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry, 156*(12), 1994-1995.

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, *6*(8), e1000121.

Prigerson, H.G., & Slimack, M. (1999) Gender differences in risk factors for suicidality. J Nerv Ment Dis, 187, 23–31, Medline.

Prigerson H.G., & Jacobs S.C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test, in Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care. Edited by Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut HAW. American Psychological Association, pp 613–647

Prigerson, H.G., Ahmed, I., & Silverman, G.K. (2002). Rates And Risks Of Complicated Grief among Psychiatric Clinic Patients In Karachi, Pakistan, *Death Studies, 26,* 7817-792.

Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). Prolonged Grief Disorder: A case for Inclusion in DSM–V. In M. S. Stroebe, R.O. Hansson, H Schut, W., *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives,* s.165–86. Washington, DC: American Psychological Association Press

Patton, M. Q. (2014). *Nitel araştırma ve değerlendirme Yöntemleri (M. Bütün ve S. B. Demir, çev.).* Pegem Akademi.

Roemer, L., Orsillo, S. M., Borkovec, T. D., & Litz, B. T. (1998). Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 29, 123–130.

Rosengard, C., & Folkman, S. (1997). Suicidal ideation, bereavement, HIV serostatus and psychosocial variables in partners of men with AIDS. AIDS Care, 9, 373–384.

Rubin, S. S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2003). Trauma and bereavement: Conceptual and clinical issues revolving around relationships. *Death Studies,* 27, 667–690.

Saldinger, A., Cain, A., Kalter, N., & Lohnes, K. (1999). Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*(1), 39–48.

Savaşır, I. (1981). *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı.* Sevinç Matbaası.

Silverman, P. R. (1987). The impact of parental death on college-age women. *Psychiatric Clinics of North America, 10*(3), 387-404.

Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Sillowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 257*(8), 453-461.

Spence, J. T. (1993). Gender-related traits and gender ideology: evidence for a multifactorial theory. *Journal of personality and social psychology, 64*(4), 624.

Stelzer, E. M., Atkinson, C., O'Connor, M. F., & Croft, A. (2019). Gender differences in grief narrative construction: A myth or reality?. *European journal of psychotraumatology, 10*(1).

Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1987). Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss.

Stroebe, M., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry, 162*(11), 2178-2180.

Tang, Y., & Li, Y. (2019). Parental death, grief and bereavement: A qualitative study of college students who have a parent with cancer. *Asian Social Science, 15*(8).

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry,* 15, 1–18.

Valdimarsdottir, U., Helgason, Á. R., Fürst, C. J., Adolfsson, J., & Steineck, G. (2004). Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: A nationwide follow-up. *Palliative Medicine, 18,* 432–443.

Volkan, V., & Zintl, E. (2010). *Gidenin Ardından.* (I. Vahip ve M. Kocadere, Çev.). Oa Yayınları.

Yılmaz, N., Gençöz, T., & Ak, M. (2007). Savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: Güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 18*(3), 244-253.

Zhang., El-Jawahri A., & Prigerson HG. (2006) Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *J Palliat Med, 9*(5), 1188-203

Walker, A. C., Hathcoat, J. D., & Noppe, I. C. (2012). College student bereavement experience in a Christian university. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 64*(3), 241-259.

Watson, D. C. (2002). Predicting psychiatric symptomatology with the defense style questionnaire 40. *International Journal of Stress Management,* 9, 275–287.

Widiger, T.A., & Trull, T.J. (1992) Personality and psychopathology: an application of the five-factor model. *Journal of Personality,* 60, 363–393.

ÇALIŞMANIN ETİK İZNİ

Yapılan bu çalışmada "Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi" kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyulmuştur. Yönergenin ikinci bölümü olan "Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler" başlığı altında belirtilen eylemlerden hiçbiri gerçekleştirilmemiştir.

Etik kurul izin bilgileri

Etik değerlendirmeyi yapan kurul adı: İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Etik Kurulu

Etik değerlendirme kararının tarihi: 11/02/2021

Etik değerlendirme belgesi sayı numarası: 11/02/2021-E.15010

ARAŞTIRMACILARIN KATKI ORANI

Tek yazarlı bir çalışmadır.

ÇATIŞMA BEYANI

Araştırmada herhangi bir kişi ya da kurum ile finansal ya da kişisel yönden bağlantı bulunmamaktadır. Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.