



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN BİREYLERDE YAŞAM  
TUTUMUNUN VE BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN BAŞ ETME  
STİLLERİNİN YORDAYICISI OLARAK İNCELENMESİ**

Kübra ERDEM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep

2018



T.C  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN BİREYLERDE YAŞAM  
TUTUMUNUN VE BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN BAŞ ETME  
STİLLERİNİN YORDAYICISI OLARAK İNCELENMESİ**

Kübra ERDEM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep

2018

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN BİREYLERDE YAŞAM**  
**TUTUMUNUN VE BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN BAŞ ETME STİLLERİNİN**  
**YORDAYICISI OLARAK İNCELENMESİ**

**Kübra ERDEM**

Tez Savunma Tarihi: 09.05.2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

**Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

**Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ**

**Tez Danışmanı**

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Jürisi**

**İmzası**

Doç.Dr. Derya TANRIVERDİ

.....

Doç.Dr. Döndü ÇUHADAR

.....

Dr. Öğr. Üyesi Sonay BİLGİN

.....

## İNTİHAL RAPORU

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik ilkeler içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara da kaynaklar bölümünde yer verdiğimi yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

**Kübra Erdem**

**Mayıs 2018**

## TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde beni yönlendiren ve çalışmalarım boyunca her türlü desteği sağlayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerini benden esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR'e, veri toplama aşaması için gerekli izinleri almamda destek sağlayan Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Mesut Özkaya'ya, bilgileriyle ve desteğiyle tez yazım sürecinde bana büyük kolaylıklar sağlayan canım arkadaşım M. Reşit Polat'a, her zaman yanımda olan benden hiçbir desteğini esirgemeyen aileme, klinik sorumlum Mehmet Demir ve Batıkan Elmas'a, veri toplama aşamasında hastalara ulaşmam için gerekli yardımı sağlayan mesai arkadaşlarıma, özellikle Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil ve Genel Yoğun Bakım ekibine, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Kübra Erdem**

**Gaziantep/2018**

## ÖZET

### İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN BİREYLERDE YAŞAM TUTUMUNUN VE BİLİŞSEL ÇARPITMALARIN BAŞ ETME STİLLERİNİN YORDAYICISI OLARAK İNCELENMESİ

Kübra Erdem

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Mayıs 2018, Sayfa:79

Çalışma, intihar girişiminde bulunan bireylerin yaşam tutumlarının ve bilişsel çarpıtmalarının baş etme yöntemlerine yordayıcı etkisinin olup olmadığını araştırmak amacıyla, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Gaziantep Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Uygulama Hastanesine intihar girişimi nedeniyle başvuran hastalar araştırmanın evrenini, araştırma kriterlerine uyan toplam 100 hasta ise örnekleme oluşturmuştur. Veriler, ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ)’, ‘Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ)’, ‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)’ ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, aritmetik ortalama ve standart sapma, korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır. Hastaların YTPÖ puan ortalaması,  $87.50 \pm 22.70$ , DÖÖ puan ortalaması  $106.81 \pm 14.54$  olarak saptanmış olup, hastalar en çok SBÇTÖ’nün alt boyutu olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım baş etme stratejilerini kullanmıştır. Hastaların bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları, stresle başa çıkma stratejilerinin anlamlı yordayıcıları olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.05$ ). Sonuç olarak, intihar girişiminde bulunan hastaların oldukça yüksek düzeyde bilişsel çarpıtmaları kullandıkları, stresle baş etmede etkisiz baş etme yöntemlerinden olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşıma daha fazla başvurdukları ve yaşam tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Hastaların kullandığı bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun stresle baş etme stratejilerini anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Hastaların tedavi sürecine etkili baş etme stratejilerini geliştirici, bilişsel çarpıtmalarını azaltıcı ve yaşama yönelik olumlu tutum geliştirmeleri için psikoterapötik hizmetlerin verilmesi katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, Yaşam Tutumu, Bilişsel Çarpıtma, Stresle Başa Çıkma

## **ABSTRACT**

### **ANALYZING OF LIFE ATTITUDE AND COGNITIVE DISTORTIONS AS A PREDICTOR OF COPING STYLES IN INDIVIDUALS ATTEMPTING SUICIDE**

Kübra Erdem

Thesis of Master, Nursing Department

Master programme of Psychiatric Nursing

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

May 2018, Page: 79

This study is conducted to investigate whether life attitudes and cognitive distortions of individuals who attempted suicide had a predictive influence on coping methods. Patients admitted to Gaziantep Ersin Arslan Training and Research Hospital and Gaziantep University Şahinbey Research Application Hospital due to suicide attempt are formed the universe of research and 100 patients who meet the research criteria as sample of the study. Data is collected with 'Personal Data Form (PDF)', 'The Life Attitudes Scale (LAS)', 'The Cognitive Distortions Scale (CDS)', 'Stress Coping Styles Scale (SCSS)'. Percentage, arithmetic mean and standard deviation, correlation and regression analysis are performed in the evaluation of the data. The mean of LAS and CDS points of patients are determined as  $87.50 \pm 22.70$  and  $106.81 \pm 14.54$  respectively. Patients have used the desperate and submissive approach coping strategy which is the sub-dimension of SCSS mostly. Cognitive distortions and life attitudes of patients are determined as significant predictors of coping strategies ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.05$ ). As a result, it is determined that patients who attempt suicide use very high levels of cognitive distortions, apply the desperate approach and the submissive approach which are ineffective coping with stress method more and their life attitudes are negative. It is determined that cognitive distortions and life attitudes used by the patients have a significant impact on their strategies for coping with stress. Offering psychotherapeutic services will contribute in order to improve effective coping strategies for the treatment of patients, reduce cognitive distortions and develop positive attitude towards life.

**Key Words:** Suicide, Attitude of Life, Cognitive Distortion, Coping with Stress

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. İntiharın Tanımı.....	4
2.2. İntihar Girişiminin Tanımı.....	4
2.3. İntiharın Epidemiyolojisi, Risk ve Koruyucu Faktörler.....	4
2.4. İntiharın Etiyolojisi.....	5
2.5. İntiharda Tedavi Yaklaşımı ve İntiharda Hemşireliğin Rolü.....	7
2.6. Stresle Baş Etme ve İntihar.....	7
2.7. Yaşam Tutum Profili (Hayatın Anlamı) ve İntihar.....	9
2.8. Bilişsel Çarpıtmalar ve İntihar.....	10
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>14</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	14
3.4. Verilerin Toplanması.....	15
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	17
3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği, Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları.....	18
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>19</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>33</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>39</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>41</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>48</b>
<b>EK- 1</b> Kişisel Bilgi Formu.....	<b>48</b>



<b>EK-2</b> Yaşam Tutum Profili Ölçeği .....	50
<b>EK-3</b> Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği .....	54
<b>EK-4</b> Düşünce Özellikleri Ölçeği .....	56
<b>EK-5</b> Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları .....	64
<b>EK-6</b> Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu .....	66
<b>EK-7</b> Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu .....	67
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	68



## TABLO LİSTESİ

TABLO NO	SAYFA NUMARASI
<b>Tablo 1.</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	19
<b>Tablo 2.</b> Hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	22
<b>Tablo 3.</b> Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları.....	23
<b>Tablo 4.</b> Düşünce Özellikleri Ölçeğine Göre Hastaların Kullandıkları Bilişsel Çarpıtma Türlerinin Ortalamaları.....	24
<b>Tablo 5.</b> Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları.....	26
<b>Tablo 6.</b> Hastaların DÖÖ, YTPÖ ve SBÇTÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	27
<b>Tablo 7.</b> Hastaların Yaşam Tutumunun ve Bilişsel Çarpıtmalarının Stresle Başa Çıkma Tarzlarını Yordama Gücünün Belirlenmesi.....	29

## KISALTMALAR

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**YTPÖ** : Yaşam Tutum Profili Ölçeği

**DÖÖ** : Düşünce Özellikleri Ölçeği

**SBÇTÖ** : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

**TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, kişinin kendi isteğiyle hayatını sonlandırma girişimidir. İntiharlar; çok bileşenli, değişkenli bir niteliğe sahip, sosyal etkileri olan bir fenomendir (1). İntihar, toplumda strese neden olan yaşam şartlarına tepki veren normal kişilerden, ağır ruhsal bozuklukları olanlara kadar geniş bir kitlede görülebilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırarak gerçek intiharları ölümle sonuçlananlar olarak belirlemektedir. İntihar girişimleri ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla yaptığı intihara yönelik, ölümle sonuçlanmayan tüm istemli girişimlerdir (3,4). İntihar davranışı tüm dünyada ölüm nedenleri arasında on beşinci, 15-29 yaş grubu ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır (5). Ülkemizde de son yıllarda intihar oranının giderek arttığı bilinmektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verilerinde, Türkiye’de 2011 yılı kaba intihar hızı (her bin nüfus başına düşen intihar sayısı) yüz binde 3.62, 2012 yılında yüz binde 4.29, 2013 yılında yüz binde 4.27 iken 2014 yılında yüz binde 3.97 oranında olmuştur (6). Ölümle sonuçlanan intihar sayı açısından incelendiğinde 2015 yılında 3 bin 246 kişi intiharla hayatını kaybederken 2016 yılında bu sayı 3 bin 64 kişi olmuştur (7). Veriler intiharın bireyler üzerindeki yıkıcı etkilerinden dolayı çok ciddi bir halk sağlığı sorunu olmanın yanında mortalite ve morbidite açısından da önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (8).

İntihar davranışı, kişinin kendi değer yargılarına göre zor ve içinden çıkılmaz sorunlar karşısında çözümü kendi yaşamına son vermekte gören ve kişilik özellikleri, sosyokültürel, ekonomik, ailevi ve biyolojik faktörler, genetik özellikler, psikiyatrik bozukluklar gibi etkenleri içinde barındıran multifaktöriyel bir eylemdir (8). Bir intihar girişimi, bir sonraki girişim için riski önemli oranda arttıran etkenlerden olması nedeniyle ve ölümle sonuçlanabilecek bir intihar girişiminin güçlü bir öncüsü olabileceği için takibi ve önlenmesi son derece önemlidir (9).

Baş etme becerilerinin eksikliği intiharda risk faktörüdür (10, 11). Başa çıkma, insanın gücünü aşan, belirgin, iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Bu çaba, çevresel olgu ile duygusal tepki arasında aktif bir süreçtir. Başa çıkma davranışlarıyla ilgili bir model geliştiren Lazarus ve Folkman başa çıkmayı ‘stresli olay ya da durumların neden olduğu duygusal gerilimi azaltma, yok etme, bu gerilimin üstesinden gelme amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü’ şeklinde tanımlamışlardır (12). Başa çıkma tutumlarının stres yaratıcı

durumlara uyum sağlamada, bireyin çevresel, biyolojik ve bilişsel etkenler karşısında korunmasında ve işlevselliğin devam etmesinde önemli bir rolü vardır (13). İntiharla ilgili fikirler ve intihar davranışları özellikle kişilerin karşı karşıya kaldıkları ve kontrolünü sağlayamadıkları stresli durumlar karşısında etkili başa çıkma yöntemlerini kullanamayıp, ölümü tek çözüm olarak düşündüklerinde meydana gelmektedir. Kişi krizin en yoğun yaşandığı evrede baş etmek için yapıcı çözümler geliştirebildiğinde ve diğer seçenekleri nesnel bir biçimde değerlendirebildiğinde intihar girişimi ya da intihar düşüncesi riskinin azaldığı görülmüştür (14).

Kişilerin bilişsel şemaları da intihar girişiminde en az diğer değişkenler kadar önemlidir. Bilişsel çarpıtmalar; kişinin düşünme sürecindeki sistematik hatalar, karşıt bulguların varlığına karşın, bireyin olumsuz kavramlarının geçerliliğine olan inancını sürdürmesine yol açmaktadır (15). Bilişsel çarpıtmalar, uyuma yönelik sorun çözme becerilerindeki yetersizlik ve stres durumlarında duygusal aşırı uyarılma sonucu stresle baş etmede uygun olmayan davranışlara sebep olabilirler (16). İntiharda etkili olan bilişsel etmenler ve çarpıtmalar arasında; umutsuzluk, sorun çözme, bilişsel katılık, ya hep ya hiç biçiminde düşünme, mükemmeliyetçilik, kişisel algılama, felaketleştirme sayılabilir. İntihar girişimine sebep olan bilişsel etmenlerin anlaşılması, önleme ve tedavi için önemli bir yere sahiptir (17).

İntihar girişiminde önemli bir neden olan ve baş etme becerilerine etkisi olduğu düşünülen diğer bir önemli etken de yaşamda anlamdır. Yaşamın anlamı, intihar riski olan bireylerin tedavisinde ve intiharın önlenmesinde önemli bir değişkendir. Yaşamın anlamı, yüksek intihar riski bulunan bireylerde umutsuzluğa karşı düzenleyici faktör olarak rol oynamaktadır (18). Yaşamlarını anlamlı ve değerli gören kişilerin zorlu durumlar karşısında daha güçlü durduğu, depresif, zorlayıcı duygularla da kolayca başa çıkabildikleri görülmektedir (19). Yaşamın anlamı, intihar düşüncesinin ortaya çıkışı veya artmasında, risk faktörleri kontrol etmede ve hazırlayıcı faktörlere müdahale etme ile negatif bir şekilde ilişkilidir. Yaşamın anlamı, ruh sağlığı ve iyilik durumunu geliştirmede önemli bir rol oynayabilir (20). İntihar riskine karşı koruyucu faktörler olarak hizmet eden yaşamın anlamını geliştiren psikoterapötik müdahaleler uygulanmalıdır (18). Psikoterapötik yaklaşımlar hemşirenin, psikososyal girişime gereksinim duyan hastalar için bakım sağladığı bir süreçtir. Hemşireler bu psikoterapötik yaklaşımları kullanarak intihar girişiminde bulunmuş bireylerin; bilişsel çarpıtmalarını azaltıp, yaşamın anlamını artırıcı girişimlerde bulunarak sorunlarına

yönelik etkili baş etme stratejilerini geliştirmesinde önemli psikoterapötik rol üstlenirler. İntihar girişiminde bulunan bireylerin baş etme durumlarını yordayan etmenlerin bilinmesi önleyici psikoterapötik faaliyetler açısından özellikle önemlidir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma intihar girişiminde bulunan bireylerin yaşam tutumlarının ve bilişsel çarpıtmalarının baş etme yöntemlerine etkisinin olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

### **Hipotezler**

H<sub>1</sub>: İntihar girişiminde bulunan bireylerin bilişsel çarpıtmaları stresle başa çıkmalarında önemli bir yordayıcı değişkendir.

H<sub>2</sub>: İntihar girişiminde bulunan bireylerin bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları birlikte stresle başa çıkmalarında önemli yordayıcı değişkenlerdir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

DSÖ, intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırarak gerçek intiharları ölümlü sonuçlananlar olarak belirlemektedir (3, 4).

### **2.1. İntiharın Tanımı**

Batı dillerinde kullanılan 'suicide' sözcüğüne karşılık, Tanzimat'la birlikte Türkçe'ye çevrilen yapıtlarda 'kendini katletmenin' yerine Arapça kökenli olan 'intihar' kelimesi kullanılmaya başlanmıştır (21, 22). Türk Dil Kurumu 'öz kıyım' veya 'öze kıyım' kelimelerini intihar yerine önermektedir. Kısaca intihar; kişinin bilerek ve isteyerek kendi eliyle hayatını sonlandırmasıdır (23). Durkheim ise intiharı; 'kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilmiş, olumlu ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayıdır' diyerek tanımlamıştır (24).

### **2.2. İntihar Girişiminin Tanımı**

DSÖ'ye göre intihar girişi; bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan bütün istemli girişimler olarak tanımlanmaktadır (3, 4). İntihar girişi; ölümlü sonuçlanmamakla birlikte kişinin kendisine zarar verici eylemlerde bulunmasıdır (25). Başka bir tanımda ise intihar girişi; bireyin intiharda bulunup bulunmama konusunda tam olarak karar veremediği, kişinin kendi üzerinde meydana getirdiği zararların ölümlü sonuçlanmadığı bir durum olarak tanımlanmıştır. Bu durum her ne kadar ölümlü sonuçlanmasa da yine de hayatı riske atan bir durum olup kişi ve çevresi üzerinde derin etkiler bırakabilen türden bir davranış olarak görülmektedir (8).

### **2.3. İntiharın Epidemiyolojisi, Risk ve Koruyucu Faktörler**

İntihar dünyanın genelinde görülen büyük bir halk sağlığı sorunudur. İntihar davranışı tüm dünyada ölüm sebepleri arasında on beşinci, 15-29 yaş grubu ölüm nedenlerinde ise ikinci sıradadır (5). DSÖ'nün 2017 yılında açıkladığı verilerinde; her yıl yaklaşık olarak 800.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir (26).

Türkiye İstatistik Kurumu; 2015 yılında her yüz bin kişiden dördünün intihar etmiş olduğunu bildirmiştir. İntihar eden kişiler yaşa göre incelendiğinde, 2015 yılında intihar edenlerin %34.3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur. İntihar eden bireylere cinsiyete göre bakıldığında, intihar eden kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş grubunda bulunurken, erkeklerde ise bu oranın en yüksek %12.8 ile 20-24 yaş grubunda

olduğu, intihar eden erkeklerin %33.3'ünün, kadınların ise %46'sının 30 yaşından küçük olduğu görülmüştür (27).

İntihar davranışı için belirlenmiş risk etmenleri arasında sosyodemografik özellikler, intihar düşünceleri ve intihar girişimi öyküsü, psikiyatrik hastalıklar, bireysel özellikler, genetik ve biyolojik etmenler, gen-çevre etkileşimi, ailesel etmenler, krizler, stresli yaşantılar, olumsuz yaşam şartları, tıbbi hastalıklar, kronik ağrı ve intihar araçlarına ulaşmanın kolay olması sayılabilir. Risk etmenlerinin bulunmamasının yanı sıra gebelik, küçük çocuğa sahip olma, aileye ve yakınlarına karşı sorumluluk duygusu, sevdiklerini üzme konusunda suçluluk duyma, intihara karşı olumsuz tutum ve değerlere sahip olma, içinde yaşadığı kültürün ve din ya da manevi değerlerinin intihara karşı olumsuz olması koruyucu etmenlerdendir (5).

## **2.4. İntiharın Etiyolojisi**

### **Genetik ve Ailesel Etmenler**

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, genetik faktörlerin intihar davranışına yatkınlıkta etkili olduğunu göstermiştir ve veriler intihar davranışının ailesel geçişinin en azından kısmen genetik ve ek olarak impulsif agresyon gibi ara fenotiplerin transmisyonuyla ilgili olduğunu destekler niteliktedir (28). İntihar girişiminde bulunan psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin birinci derece akrabalarında intihar riski dört kat fazladır (29).

Son yıllarda intihar davranışını anlamada epigenetik çalışmalar önemli bir durum haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar epigenetik mekanizmaların, intihar davranışının kalıtsallığı ile çevre ve genom etkileşimi arasındaki kopuk bağlantıları açıklayabileceğini düşündürmektedir (30). Beyin fonksiyonlarının düzenlenmesinde etkili olan epigenetik kontrol altındaki bir kısım genlerin ekspresyonunun intiharda hasara uğramış olduğu düşünülmektedir (31).

### **Biyolojik Etkenler**

Biyolojik yaklaşım içinde intihar davranışını açıklamaya çalışan diğer çalışmalar ise intihar ile beyin biyokimyası arasındaki ilişkiyi inceleyen biyokimyasal çalışmalardır. Çalışmalarda en çok vurgu yapılan ve intihar ile ilişkisi araştırılan madde serotonin adı verilen nörotransmitterdir (32). Bu yönde yapılan pek çok çalışmada serotonin yıkım ürünü olarak görev yapan 5 hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) seviyesinin intihar girişiminde bulunan bireylerde bulunmayanlara oranla daha düşük olduğu bildirilmektedir (33, 34). Diğer bir biyolojik etken olan hipofonksiyon ventral prefrontal



korteksin inhibitör fonksiyonunu bozulması impulsif ve saldırgan davranışlara neden olmaktadır. Bu eğilimin varlığı da, mental rahatsızlıkların gelişimi ya da diğer yaşam stresörleri, kişinin intihar düşüncelerini davranışa dönüştürmesinde risk faktörü olarak görülmektedir (35).

### **Sosyolojik Etkenler**

Emile Durkheim'in Sosyolojik Kuramına göre, intihar bireysel bir durum gibi görünmesine rağmen, bireyin toplumla ilişkisindeki düzensizlikler ve dalgalanmalar nedeniyle oluşmaktadır (11). İntiharı sosyal bütünleşme ve sosyal düzenleme olarak iki boyutta ele alan Durkheim'e göre, sosyal bütünleşme boyutunda bireylerin topluma duygusal ve toplumsal etmenlerle bağlılığı ve topluma uyum sağlaması söz konusudur. Sosyal düzenleme boyutunda ise, toplumdaki kurallar ve değerlerle bireylerin kendi kişisel istek ve arzularının düzenlenmesi öne çıkmaktadır (24). Durkheim'e göre kişinin geri çekilme-yalnız kalma nedeniyle topluma katılamaması veya kendisini topluma feda etmesi intihar davranışının görülmesine neden olmaktadır (24, 36).

### **Psikolojik Etkenler**

Psikodinamik kuramı geliştiren Freud'a göre gerçekte ya da hayali bir biçimde kaybedilen sevgi nesnesinden sonra, sevgi nesnesine karşı zıt duygular yaşanmaktadır. Sevgi nesnesine karşı olan özlemin yerine daha sonraları bilinç dışı şekilde nefret oluşmaktadır. Bu nefret sonucunda ya katı süperego egoyu cezalandırır ve yaşamaya hakkı olmadığını söyler ya da içe alınmış nesnenin cezalandırılması istenir. Bu nedenle kişi intihar düşünür. Ayrıca Freud, intiharda erken dönemlerde bastırılmış olan başkalarının hayatına son verme isteğinin de etkili olduğunu savunmuştur (37).

Adler, yeterli sosyal desteği olmayan bireylerin aşağılık duygularının artması nedeniyle intiharı düşünebileceğini belirtmiştir. Meiningen, insanda var olan 'ölme, öldürme, öldürülme' isteklerin birleşiminde intiharın meydana geldiğini ifade etmiştir. Sheneidman'nın intihar kuramına göre; ruhsal ihtiyaçların karşılanamamasından kaynaklanan dayanılmaz acı ve problemler nedeniyle egonun gücünü zayıflar ve çözüm için intihar düşünülür. Bibring ise amaçlarını elde edemeyen egonun güçsüz ve çaresiz kaldığı durumlarda intiharı düşündüğünü söylemiştir (37).

Bilişsel Davranışçı Kuram'a göre, olumlu olmayan düşünceler ve inançlar, umutsuzluk, çaresizlik ve değersizlik hislerine neden olur. Bu duyguları olan kötümser ve karamsar düşünce yapısına sahip depresif kişilerin, kendilerine güvenleri ve geleceğe dair olumlu düşünceleri olmadığı için intihar davranışı görülebilir (38).

## **2.5. İntiharda Tedavi Yaklaşımı ve İntiharda Hemşireliğin Rolü**

İntihar fikri ve intihar eylemi ile başvuran bireylerin tedavisinde, iyi bir terapötik ilişki kurulması önceliklidir (39). Tedavi çok bileşenli olmalıdır. Dinamik, destekleyici, kognitif psikoterapi yaklaşımlar kullanılıp (40) altta yatan birincil hastalığın tanısının doğru şekilde konulması ve bu hastalığa özgü psikofarmakolojik tedavi başlatılması gereklidir (39). Yeni ve etkili baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi öncelikli olmalıdır. Ayrıca intihar girişiminin altında yatan motivasyonları da ortaya çıkarmak gerekmektedir (40). Son yıllarda yapılan çalışmalarda intiharda etkili olan bilişsel etmenlerin öneminin gösterilmesi, doğrudan intihar düşünce ve davranışına yönelik bilişsel davranışçı yöntemlerin, intihar düşüncesini azaltmada önemli düzeyde faydalı olacağını düşündürmektedir. Bazı klinik çalışmalar altta yatan depresyonun uygun tedavisiyle intihar düşünce ve davranışının da düzeleceğini, erişkinde ise doğrudan intihara yönelik yaklaşımlarda bulunulması gerektiği bildirilmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalarda hem davranışçı (başa çıkma yöntemleri, kişilerarası ilişkiler, sorun çözme, hoş giden etkinliklerde bulunma) hem de bilişsel (şemaların belirlenmesi ve değerlendirilmesi, otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalarla çalışma) yaklaşımlar kullanılmıştır (39).

İntihar davranışında bulunmuş kişilerin bakımında görev alan sağlık çalışanları arasında hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır. Çünkü hemşire bütüncül yaklaşımı, zengin deneyimi ve hasta ve ailesi ile uzun süre beraber olması nedeni ile gereksinimleri belirleyip ve bu gereksinimleri karşılayabilecek yetidedir. Hastayla kurulan terapötik ilişki, hem hastanın duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını, hem de o hastaya en uygun yaklaşım biçiminin seçilmesini sağlar (41).

İntihar önlenabilir bir durum olduğundan hemşireler intiharı önlemeye yönelik programlarla toplumda farkındalık yaratır. Hemşire intihar düşüncesi veya intihar girişimi olan bireylerle çalışırken; tedavi edici bir ilişki kurarak, intihar riskini değerlendirerek ve bireye özel planlı bakımı sağlayarak, bireyin etkin baş etme ve problem çözme becerileri geliştirmesine, aile ve sosyal destek kaynaklarından yararlanmasına yardım eder (42).

## **2.6. Stresle Baş Etme ve İntihar**

Stres; kişinin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla meydana gelen ve bireyin fizyolojik ve ruhsal dengesine zarar veren bir durum olarak tanımlanır (12). İnsanlar yaşamlarının birçok anında fiziksel ve ruhsal pek çok uyarımla karşılaşabilmekte, bunlar kişinin denge ve adaptasyonuna zarar verebilmektedir.

Yaşanan olay kişiyi zorlayacak, tekrardan uyum sağlamasını gerektirecek, alıştığı yaşam ve çözüm yöntemlerini sorgulatacak nitelikteyse, kişinin bu olayın üstesinden gelmesi, tekrardan uyum sağlaması gerekecektir (43, 44). Bu noktada stres ve baş etme yöntemleri önemli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (43).

Baş çıkma, insanın gücünü aşan, belirgin, iç ve dış kaynaklı stresi düzenlemede bilişsel ve davranışsal bir çabadır. Bu çaba, çevresel olgu ile duygusal tepki arasında aktif bir süreçtir. Baş çıkma yöntemleriyle ilgili bir model geliştiren Lazarus ve Folkman başa çıkmayı 'stresli olay ya da durumların yol açtığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime dayanma amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünü' şeklinde tanımlamışlardır. Stresle başa çıkmayı, bilinçli değerlendirme ve stresle mücadele etme şeklinde ikiye ayırmak mümkündür. Bilinçli değerlendirmede kişi, stresli bir olayla karşı karşıya kaldığında bilinçli ya da bilinçsiz olarak tepki gösterir. Bu bir ara süreçtir ve birincil değerlendirme, ikincil değerlendirme ve uygulama olmak üzere üç aşamadan oluşan süreçtir. Birincil değerlendirme, yaşanan durumun algılanması ve birey için ne anlama geldiğinin yorumlanmasıdır. Yaşantının anlamını keşfetme aşamasıdır. İkincil değerlendirme, olaya yön verme ve olayla baş etme yolları ile ilgilenir. Uygulama, bireyin tehdit edici duruma tepki vermesi ve durumla baş etmek için bir stratejiyi uygulamasının beklendiği aşamadır (12).

Folkman ve Lazarus, stresle başa çıkmayı, probleme ya da savaşmaya yönelik başa çıkma ve duyguya ya da kaçınmaya yönelik başa çıkma olarak iki başlık altında incelemektedir. Aktif bir strateji olan probleme yönelik başa çıkmada kişi, stres durumunun kontrol altına alınabileceğine karar vermekte ve harekete geçmektedir. Gerçekçi bir şekilde problemi çözmeye yönelik bilişsel aktiviteler kullanılarak probleme odaklanılmakta ve olası çözüme ilişkin yanıtlar yapılandırılmaktadır. Daha fazla bilgi alma, sorun çözme davranışları bu stratejinin kapsamında bulunmaktadır. Pasif bir strateji olan duyguya yönelik başa çıkmada ise, bir değişim arama yerine, stres veren duruma ilişkin yaşanan duygularda ayarlama yapılmaya çalışılmaktadır. Birey durumun kontrol edilemeyeceğine, bu nedenle kabullenilmesine karar vermiştir dolayısıyla ulaşılabilecek başa çıkma sonucu çoğunlukla stresin etkilerini azaltabilme ya da değiştirebilme yönündedir (45).

Baş etme becerilerinin eksikliği intiharda risk faktörüdür (10, 11). İntiharla ilgili fikirler ve intihar davranışları özellikle kişilerin karşı karşıya kaldıkları ve kontrolünü sağlayamadıkları stresli olaylar karşısında etkili baş etme yöntemlerini kullanamayıp, ölümü tek çözüm olarak gördüklerinde meydana gelmektedir (14). Herkes zaman zaman

çeşitli problemlerle karşılaşmakla birlikte, uygun baş etme yöntemlerini bilmeyen veya kullanmayan kişilerin umutsuzluk nedeniyle kolayca intihar edebildikleri görülmüştür (46, 11).

### **2.7. Yaşam Tutum Profili (Hayatın Anlamı) ve İntihar**

Yaşam, sorunlara uygun ve doğru çözümler bulmak ve her birey için, kesintisiz olarak koyduğu görevleri yerine getirme sorumluluğunu üstlenmek anlamına gelir (47). Anlamlılık kavramı ise; temel anlamda, kişinin yaşamının uyumlu, önemli, yönetilebilir ve sahiplenici duygusu olarak tanımlanır (48). Yaşamın anlamı; farklı biçimlerde anlaşılabilir olmakla beraber daha çok güç, yoğunluk ve insanların anlam, önem ve yaşamlarının hedeflerini biçimlendirme ya da onları güçlendirme çabaları ya da istekleri olarak tanımlanmaktadır (49).

Frankl, yaşamın anlamlı olabilmesi için din, doğa, sanat, mizah sanatı, hayattan beklenti, amaç, iyilik, güzellik ve bir iz bırakmak gibi durumların üstünde yoğunlaşmıştır. Bu kavramları da yaşamın anlamının temel özellikleri olarak üç sınıfta incelemiştir;

1. Kaçınılması imkansız olan acıyı yaşamak ve değişmeyecek olan ölüme karşı bir yaklaşım göstermek. Bu bağlamda birey için değişmeyecek olan kadere karşı koymak ancak bireyi mutsuz kılar. Çünkü bireyin bunu değiştirmesi imkansız olacaktır. Bu nedenle bu durum olduğu gibi kabullenilerek yaşanan her an değerlendirilmeye alınmalıdır.

2. Tecrübe edinmek veya insanlarla etkileşime geçmek. Başka bir ifadeyle yalnız insanlarla değil kişinin meşgul olduğu işle de ilişki kurmasıdır.

3. Bir eser oluşturmak veya bir iş yapmak. Bu durum başkalarının hayatına katkı sağlamaktır. Kişinin ölümünden sonra bile insanların yararlanabileceği işler üretmek (50).

Yaşamlarını anlamlı ve değerli gören kişilerin zorlu olaylar karşısında daha güçlü durduğu, depresif, zorlayıcı duygularla kolayca başa çıkabildikleri görülmektedir (19). Yaşamın anlamı, intihar düşüncesinin ortaya çıkışı veya artmasında, risk faktörleri kontrol etmede ve hazırlayıcı faktörlere müdahale etme ile negatif bir şekilde ilişkilidir (20). Frankl; güçlü bir anlam yönelimi intiharın önlenmesinde belirleyici rol oynadığını, yaşamın anlamının farkında olması durumunda kişinin intihar düşüncesinin üstesinden geleceğini ifade etmiştir (47).

## 2.8. Bilişsel Çarpıtmalar ve İntihar

Bilişsel kuram, bilgi işleme modeline dayanır. Kuram, ruhsal sorunlarda bilişsel işlevlerin önemini ve önceliğini vurgular. Bilişsel işlev; bireyin kendisi, çevresi, yaşantısıyla ilgili yaptığı yorumlar, değerlendirmeler, verdiği anlamlar, sahip olduğu inançlar, düşünceler ve bunların ortaya çıkış şeklidir (51). Beck, ruhsal problemleri olan bireylerin nesnel gerçekliği kendinden hoşlanmamaya doğru yönlendiren belirli ‘mantık hataları’ yapma yönelimi olduğunu belirtir. Psikolojik sorunların hatalı düşünme, yetersiz veya yanlış bilgiye dayanarak yanlış çıkarımlar yapma ve hayalle gerçeği birbirinden ayırt edememe gibi genel süreçlerden kaynakladığını ifade eder (52). Beck, depresyonun psikolojik yapısını açıklamak için üç temel kavram öne sürmektedir. Bunlar; bilişsel üçlü, otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalardır (hatalı bilgi işleme) (15, 53).

Bilişsel Üçlü Kavramı: Bilişsel üçlü hastanın kendisi, geleceği ve idiosenkritik anlamda deneyimlerini yansıtan üç temel bilişsel örüntüden oluşur. Bilişsel şemalar Beck’in modelinin ikinci önemli kısmı şemalar kavramından oluşuyor. Şema, depresif bireyin hayatında birçok nesnel olumlu etkenin varlığına karşın niçin acı ve kendine zarar verici tutumları sürdürdüğünü açıklamakta kullanılmaktadır. Şema, verileri bilişlere çevirme önceliklidir (bilgi; sözel veya resimsel içerikli herhangi bir fikir). Yani, bir şema, kişinin karşı karşıya kaldığı uyarımları süzmekte, ayırtırmakta ve kodlamada temeli anlatmaktadır (15). Ara inançların oluşumu genellikle çocuklukta başlamakta ve yaşam boyu gelişmektedir. Bu tür inançlar oldukça kalıcı ve değişime dirençlidirler. Beck ve arkadaşlarına göre işlevsel olmayan şemalar üç grupta toplanabilir: başarı, kabul edilme ve kontrol (53).

Otomatik Düşünceler: Kurama göre, olumlu olmayan düşüncelerin otomatik olarak ortaya çıkmasıdır. Bu olumlu olmayan düşünceler kişi tarafından planlanmazlar, yargılanmazlar ve oluşumları çok hızlıdır. Otomatik düşünceler çok kısadır ve kişi düşünmeden çok yaşadığı duyguya yoğunlaşır (53).

Bilişsel Çarpıtmalar: Depresif kişinin düşünmesindeki sistematik hatalar, karşıt bulguların varlığına karşın, hastanın olumlu olmayan kavramlarının geçerliliğine olan inancını devam ettirmesine neden olmaktadır (15). Bilişsel çarpıtmalar:

**Ya hep ya hiç tarzı düşünme:** Herhangi bir durumun bir süreç içinde değerlendirilmek yerine yalnızca iki boyutta ele alınmasıdır. Örneğin; her zaman sınavlardan A alan bir öğrenci B aldığı anda ‘ben işe yaramazın tekiyim’ neticesine varır. Hep ya da hiç düşüncesi, mükemmeliyetçiliğin çekirdeğidir. Bu evrende ‘mutlak’ yoktur. Eğer yaşantının mutlaklık sınırları zorlanırsa, sürekli bunalım hisleri oluşur. Her şey siyah ya da beyaz olarak görünür ve griler bu noktada yoktur (54).

**Felaketleştirme (aşırı büyütme veya küçültme):** Felaket tellallığı olarak da bilinen felaketleştirme, o durumlara odaklanarak olayı olumsuz yönde büyütme (55).

**Etiketleme:** Kanıtların çok daha az yaralayıcı sonuçları ortaya çıkarma olasılığını görmezden gelerek, bireyin kendine ve başkalarına yargılayıcı sıfatlar yakıştırmasıdır. Etiketleme yapan kişi hatalarını, ‘Ben bir...’ şeklinde başlayan cümleler kullanır. Örneğin; kişi konukları için hazırladığı on çeşit mezeden birinin tuzu az olunca, ‘bu son mezenin tuzunu biraz az koymuşum’ yerine ‘ben doğuştan yeteneksizim’ söylemini kullanarak yıkıcı ve mantıksız düşüncelere bürünür (54).

**Olumluyu geçersiz kılmak:** Kişilerin olumlu deneyimleri devamlı olarak olumsuz çevirme durumudur. Kişi yaptığı olumlu işleri geri plana atıp yok sayar. Örneğin kişi; ‘O projede başarılı oldum, ama yine de yetersizim, sadece şansım iyi gitti’ diyerek başarısını yok sayar (54, 57, 56).

**Aşırı Genelleme:** O andaki duruma çok uzak genel bir değerlendirmenin yapılmasıdır (53). Kişi; başına bir şey geldiğinde tekrar tekrar yineleyeceği ve çoğalacağı sonucuna varır. Reddedilmenin acısı, neredeyse her zaman aşırı genellemeden kaynaklanır. Utangaç olan adam, bir kıza çıkma teklif etmek için tüm cesaretini toplar, kız daha önce verdiği bir sözden dolayı kibarca reddettiğinde, o da kendi kendine: ‘Hiç flörtüm olmayacak, hiçbir kız beni istemeyecek, yaşadığım sürece yalnız ve mutsuz olacağım’ ifadesini kullanır (54).

**Kişiselleştirme:** Farklı nedenlerinin olabileceğini dikkate almadan, günlük yaşanan olumsuz olaylardan kendini mesul tutma düşüncesidir. Örnek; kişi onu görmediği için geçip giden arkadaşının arkasından ‘Sanırım arkadaşımı sinirlendirecek bir şey yaptım’ cümlesini kullanır (56, 57).

**Keyfi Çıkarıma:** Olası başka nedenleri araştırmaya hiç ihtiyaç duymadan karşıdakinin ne düşündüğünü bildiğimize inanma durumudur. Örneğin; ‘Beni aptal olarak görüyor’ (56, 57).

**-meli, -malı ifadeler:** İç kuralların baskın olduğu ve değişmesine yönelik bir esnekliğin olmadığı bilişsel çarpıtma çeşididir. Birey başkalarını da bu kurallara uymaya zorlamakta ve kendisi de kurallara uymadığında kendini kötü hissetmektedir. Bireyin yaşamında hata esnekliği bırakmayan –meli, -malı bilişsel çarpıtmasına ‘Her zaman bakımlı olmalıyım’, ‘Hiç hata yapmamalıyım’ ifadeleri örnek verilebilir (58).

**Zihinsel filtre:** Seçici soyutlama olarak da bilinen zihinsel filtreleme, bir durumun sadece bir yönüne odaklanıp diğer yönlerini göz ardı etmektir. Örneğin olumlu yanların da ifade edildiği bir değerlendirmede olumsuz yönler odaklanmaktadır (57, 54).

**Duygusal kararlar:** Olumsuz duyguların gerçeği yansıttığını inanma durumudur. ‘Hissediyorum, o halde gerçek olmalı’ (54).

Erken dönemde yaşanan bazı deneyimler, bireyin bilgi işleme sürecini etkiler. Bu etkilenme kalıcı özellikler taşıyıp zihinsel yapılar olan şemaları ortaya çıkarır. Algı ve bilgilerimizi işleme ve davranışsal tepkiyi belirlemede bilişsel şemalarımız öne çıkar. Bilişsel yapıdaki işlevi olmayan inançlar kişinin düşünce şeklini belirler. Bilişsel hata ve çarpıtmalar bilginin yanlış biçimde işlenmesine neden olur. Bunun sonucunda da sıkıntı yaratan otomatik düşünceler oluşur (59). Ayrıca bilişsel çarpıtmalar, uyuma yönelik sorun çözme yöntemlerindeki yetersizlik ve stres durumlarında duygusal aşırı uyarılma sonucu stresle baş etmede uygun olmayan davranışlara neden olabilirler (16).

Bilişsel süreçler ile intihar ilişkisini inceleyen ilk çalışmalarda intihar girişiminde bulunan kişilerin özgül bilişsel tarzlarının oldukları, sorun çözme yöntemlerinin de farklı olduğu görülmüştür (60, 61). İntihar davranışında bulunmuş kişilerin agresyon, dürtüsel davranış ve intihar fantezilerinin olduğu (61, 62), çaresizlik, umutsuzluk ve farklı düşünme süreçleri yaşadıkları (63) bildirilmiştir. Ayrıca; katı bir şekilde ya hep ya hiç düşünce tarzı, mükemmeliyetçilik ve farklı seçenekleri görmede yetersizlik gibi bilişsel stillerin de intiharla ilişkili olduğu bilinmektedir (64, 65, 66).

Bilişsel davranışçı kurama göre kişinin intiharı düşünme sebebi, öğrendiği düşünce ve davranış şekillerinin kişiye hiçbir şekilde yardımcı olamamasıdır. Bu nedenle de hayatını sonlandırmasının uygun bir seçenek gibi görünmesidir. İntiharların altta yatan

nedenlerinden sıklıkla kayıp, yalnızlık, kişisel yetersizlik, değersizlik ve sevilme ile ilişkili bilişsel şemalar olduğu, çeşitli yaşam olaylarıyla bu şemaların ortaya çıkabileceği bilinmektedir. Kişinin başından geçen olaylardan daha önemli olan, hayatında olan şeyleri anlama ve yorumlama şeklidir. Bireyin yaşamını değersizleştirme, çaresizlik, yaşamının gidişini etkileyemeyeceğini düşünme, dış kontrol odaklı olma, gelecekte olumsuzluk bekleme intihara eğilimli bireylerde sık gözlenen bilişsel çarpıtmalardır. Bu olumsuz düşüncelere sahip olan birey sonuç olarak intiharı bir sorun çözme davranışı olarak görür (60).





### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırmanın türü tanımlayıcı ve ilişki arayıcıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma, Gaziantep il merkezinde olan Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Psikiyatri, Gastroenteroloji, Acil, Yoğun Bakımlar, İç Hastalıkları Kliniklerinde ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Polikliniğinde Temmuz 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesine intihar girişimi nedeniyle başvuran hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde bu evrenden, araştırmaya katılmayı kabul eden, intihar girişiminde bulunmuş 100 hasta araştırmanın örneğine alınmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G Power programından yararlanılmıştır. Daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş ve ‘Yaşam Tutum Profili Ölçeği’ beklenen güven aralıkları belirlenerek güven aralığının  $\alpha=0.05$  iken, testin gücü  $(1-\beta)$  0.95, effect size  $d=0.5$  iken 54 hasta olarak hesaplanmıştır.

#### **Araştırmaya Alınma Ölçütleri:**

1. İntihar girişiminden sonra en fazla bir aylık bir sürenin geçmiş olması,
2. Psikoz tablosunun olmaması,
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
4. Türkçe konuşma-anlama probleminin olmaması.

#### **Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:**

1. İntihar girişiminden sonra bir aydan fazla bir sürenin geçmiş olması,
2. Türkçe konuşma-anlama probleminin olması,

3. İletişime engel oluşturacak bilinç ve duygusal probleminin olması,
4. Mental retardasyonun veya demans gibi bilişsel bozukluğunun olması.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veriler Temmuz-Aralık 2017 tarihleri arasında hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için 'Kişisel Bilgi Formu', yaşam tutumunu belirlemek için 'Yaşam Tutum Profili Ölçeği', bilişsel çarpıtmalarını belirlemek için 'Düşünce Özellikleri Ölçeği' ve başa çıkma stratejilerini saptamak için 'Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği' uygulanmıştır.

#### **Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, hastaların sosyodemografik özellikleri ve intihar girişimine ilişkin bilgileri içermektedir. Toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

#### **Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ)**

Yaşam Tutum Profili Ölçeği, yaşam motivasyonunun yanı sıra yaşamın amacını ve anlamını keşfetmek için geliştirilen çok boyutlu bir yaşam anlam skalasıdır. Yaşam tutum profili ölçeği Kanada'da Reker (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması Erci tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Orijinalinde 6 alt boyuta sahip olan ölçeğin uyarlanma sonrası 4 alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Birinci boyutu Yaşamın Amacıdır; bu boyut geçmişteki, şu anki ve gelecekteki düşüncelerle yaşamın amacını belirlemeye yöneliktir ve 8 maddeden oluşur. İkinci boyutu Yaşamın Anlamı; kişinin kendi yaşamının anlamını farketmesine yöneliktir ve bununla ilgili skalada 7 madde vardır. Üçüncü boyutu Yaşama Dair Seçim ve Sorumluluktur; bu, yaşamda seçimler yapmak için özgür olma anlamına gelmektedir ve bu bölümdeki soru sayısı 8'dir. Dördüncü boyutu ise Yaşamın Anlamını Araştırma boyutudur; bu da yaşamda farklı deneyimler ve yenilikleri aramayı arzu etme anlamına gelmektedir. Bu kısım ise 7 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek birden yediye kadar puanlanan katılmışlık durumunu gösteren 7'li likert tipidir. Kesinlikle katılmıyorum 1, kesinlikle katılıyorum 7 puan olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçekte toplam alınan maksimum puan 210, minimum puan ise 30'dur. Puan arttıkça yaşamdaki anlam ve yaşama karşı olumlu tutum da artmaktadır (94). Bu çalışmada Chronbach' s alfa güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir.

## **Düşünce Özellikleri Ölçeği**

Ölçek Coving ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdel ve arkadaşları tarafından 2014 senesinde yapılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşmakta 10 bilişsel çarpıtmayı ölçmektedir. 7'li likert tipi bir ölçektir. Asla 1 puan, her zaman 7 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek; 'zihin okuma', 'felaketleştirme', 'hep ya da hiç tarzı düşünme', 'duygudan sonuç çıkarma', 'etiketleme', 'zihinsel filtreleme', 'aşırı genelleme', 'kişiselleştirme', 'meli, malı ifadeler', 'olumluyu küçültme ya da yok sayma' bilişsel çarpıtma türlerinden oluşmaktadır. Her bilişsel çarpıtma iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar kişilerarası ve kişisel başarı alanlarıdır. Puanlar yükseldikçe alt boyuttaki bilişsel çarpıtmanın daha sık kullanıldığı görülmektedir. Ölçekten alınan maksimum puan 140, minimum puan ise 20'dir. Puan arttıkça bilişsel çarpıtma düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışmasında Chronbach' s alfa güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak belirlenmiştir (95, 96). Bu çalışmada ise Chronbach' s alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır.

## **Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)**

Ölçek, Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş, Türkçeye uyarlaması Şahin ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 30 maddelik son hali, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Alt ölçekler:

1. Kendine Güvenli Yaklaşım (8, 10,14, 16, 20, 23, 26 numaralı maddelerle) örneğin: 'Olayın / olayların değerlendirmesini yaparım, en iyi kararı vermeye çalışırım', 'Ne olursa olsun direnme ve mücadele gücünü kendimde bulurum'.
2. Çaresiz Yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28 numaralı maddelerle) örneğin: 'Bir mucize olmasını beklerim', 'Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim'.
3. Boyun eğici Yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24 numaralı maddelerle) örneğin: 'Başa gelen çekilir diye düşünürüm', 'Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım'.
4. İyimser Yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18 numaralı maddelerle) örneğin: 'İyimser olmaya çalışırım', 'Olaylardan olumlu bir şey çıkartmaya çalışırım'.
5. Sosyal destek arama yaklaşımı (1 (ters), 9 (ters), 29, 30 numaralı maddelerle) örneğin: 'Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım', 'Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır' olarak isimlendirilmiştir (97).

Ölçeğin yönergesinde bireylerden, onlar için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek kendilerine uygunluk derecesine göre maddeleri cevaplamaları istenmektedir. 4'lü Likert Tipi olan bu ölçekte maddeler, 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır (0=hiç uygun değil, 1=biraz uygun, 2=epey uygun, 3=tamamen uygun). Alt ölçek puanları, her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Bu durumda alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0 ile 3 arasında değişmektedir.

Bu alt boyutlardan kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarından alınan puanlar yükseldikçe kişinin etkili, yani aktif başa çıkma stratejilerini kullandığı; kendini suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşım puanları yükseldikçe de etkisiz, yani pasif başa çıkma stratejilerini kullandığı anlaşılmaktadır (97).

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişken:** Hastaların stresle başa çıkma düzeyleri bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler:** Hastaların yaşam tutumları ve bilişsel çarpıtma düzeyleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma, korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır,  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı ve sözel izin alınmıştır (Ek-5). Ayrıca tez önerisi, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır (Ek-6). Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süreci izah edilerek "*Aydınlatılmış Onam*" etik ilkesine uyulmuştur. Hastaların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri söylenerek "*Özerklik*" ilkesi, şahsi bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra gizleneceği belirtilerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada "*insan onuruna saygı*" etik ilkesi de gözetilmiş ve elde edilen bilgilerin ve yanıtlayanın kimliğinin saklı tutulacağı belirtilerek "*Kimliksizlik ve Güvenlik*" etik ilkesi yerine getirilmiştir (98, 99).

### **3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği, Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları**

Araştırma sadece Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziantep Üniversitesi şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran intihar girişiminde bulunmuş bireyler ile yapıldığı için tüm evrene genellenemez. Araştırmada küçük bir örneklem kullanıldığından dolayı sonuçlar bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir. Araştırma bazı sınırlılıklara sahiptir. Bunlar;

- 1) İntihar girişimi sonrası fiziksel sağlığı olumsuz bir şekilde etkilenmiş olan bazı hastalar,
- 2) Acile başvurduklarında kısa süre sonra taburcu olan hastalara ulaşım zorlaştığı için bu hastalar araştırmaya dahil edilememiştir.

Araştırmanın güçlü yanı ise, intihara teşebbüs etmiş ve hayatta kalan hastalarla yapılmış bir çalışma olmasıdır.

## 4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Özellikler	RANJ	
Yaş	15-58	
	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	59	59.0
Erkek	41	41.0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	50	50.0
Boşanmış/Bekar	3	3.0
Bekar	47	47.0
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar değil	5	5.0
İlkokul	33	33.0
Ortaokul	43	43.0
Lise	14	14.0
Üniversite	5	5.0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	36	36.0
Hayır	64	64.0
<b>Ekonomik Durum</b>		
Kötü	28	28.0
Orta	57	57.0
İyi	15	15.0
<b>Kiminle Yaşadığı</b>		
Yalnız	2	2.0
Anne-baba	48	48.0
Eş ve çocuklar	45	45.0
Diğer	5	5.0
<b>Yaşamın Geçtiği Yer</b>		
Köy	5	5.0
İlçe	9	9.0
İl	86	86.0

<b>Fiziksel Hastalık</b>		
Var	9	9.0
Yok	91	91.0
<b>Ruhsal Hastalık</b>		
Var	19	19.0
Yok	81	81.0
<b>Ruhsal Hastalık Türü (n=19)</b>		
Depresyon	17	89.5
Anksiyete Bozukluğu	1	5.3
Madde Kullanım Boz.	1	5.3
<b>Önceki İntihar Girişimi</b>		
Var	17	17.0
Yok	83	83.0
<b>Son İntihar Türü</b>		
Silahla Kendini Vurma	2	2.0
İlaç Alma	84	84.0
Kendini Yüksekten Atma	2	2.0
Kimyevi Madde ile Kendini Zehirleme	7	7.0
Kesici-delici Aletle Kendini Yaralama ve Kesme	5	5.0
<b>İntihar Nedeni</b>		
Ruhsal Hastalık	4	4.0
Ruhsal Hastalık ve Diğer Nedenler	3	3.0
Sınav/okul Kaygısı	2	2.0
Sınav/okul Kaygısı ve Diğer Nedenler	3	3.0
Aile Geçimsizliği	23	23.0
Aile Geçimsizliği ve Diğer Nedenler	27	27.0
Karşı Cinsle Sorunlar	6	6.0
Karşı Cinsle Sorunlar ve Diğer Nedenler	5	5.0
Ekonomik Nedenler	7	7.0
Ekonomik ve Diğer Nedenler	2	2.0
İş ve Meslek Sorunları	3	3.0
Tecavüz	1	1.0
Ölüm/Kayıp	1	1.0
Alkol ve Madde Bağımlılığı	1	1.0
Yalnızlık	12	12.0

<b>İntihar Girişimi Sonrası Psikolojik Tedavi</b>		
<b>Alma</b>		
Evet	11	11.0
Hayır	89	89.0
<b>Ailede Psikiyatrik Tanı</b>		
Var	14	14.0
Yok	86	86.0
<b>Ailede İntihar Girişimi</b>		
Var	11	11.0
Yok	89	89.0
<b>İntiharı Tekrar Düşünme</b>		
Evet	5	5.0
Hayır	95	95.0

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 1’de verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaşları; minimum 15, maksimum 58 olup, yaş ortalamaları  $25.65 \pm 9.58$  bulunmuştur. Hastaların %59’u kadın, %50’si evli, %43’ü ortaokul, %33’ü ilkokul mezunudur. Hastaların, %64’ü çalışmamakta, %57’sinin ekonomik durumu orta, %28’inin ise ekonomik durumu kötüdür, %48’i anne-babasıyla, %45’i eş ve çocuklarıyla, %86’sı ilde yaşamaktadır. Hastaların 9’unda fizyolojik hastalık, 19’unda ruhsal hastalık bulunmaktadır. Bu 19 ruhsal hastalığı olan vakaların 17’sini depresyon oluşturmaktadır. Hastaların %17’sinde önceden gerçekleşmiş intihar öyküsü bulunmaktadır. Hastaların son intihar girişimi şeklinin %84’ünü ilaç alma, %7’sini kimyevi madde ile kendini zehirlenme, %5’ini kesici-delici aletle kendini yaralama, %2’sini silahla kendini vurma, %2’sini ise kendini yüksekten atma oluşturmaktadır. İntihar nedenininin %23’ü aile geçimsizliği, %27’si aile geçimsizliği ve beraberinde diğer nedenler, %12’si yalnızlık, %6’sı karşı cinsle sorunlar, %5’i karşı cinsle sorunlar ve diğer nedenler, %7’si ekonomik, %2’si ekonomik ve diğer nedenler, %4’ü ruhsal hastalık, %3’ü ruhsal hastalık ve diğer nedenler, %2’si sınav-okul kaygısı, %3’ü sınav-okul kaygısı ve diğer nedenler, %3’ü iş ve meslek sorunları, %1’i alkol ve madde bağımlılığı, %1’i tecavüz, %1’i ölüm kayıp olarak saptanmıştır. Hastaların %11’i intihar girişimi sonrası psikolojik tedavi almıştır, %14’ünün ailesinde herhangi bir psikiyatrik tanı, %11’inin ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. ‘İntiharı tekrar düşünüyör musunuz?’ sorusuna ise %5’i evet yanıtını vermiştir (Tablo 1).



**Tablo 2. Hastaların Yaşam Tutum Profili Ölçeği (YTPÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları**

<b>Ölçek ve Alt Boyutları</b>	<b>Alınan En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Ölçek Puan Ortalamaları X±SS</b>
<b>YTPÖ Alt Boyutları</b>			
1. Yaşamın Amacı	8-42	8-56	20.78±6.90
2. Yaşamın Anlamı	10-35	7-49	23.40±5.19
3. Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk	10-48	8-56	25.70±8.37
4. Yaşamın Anlamını Araştırma	7-40	7-49	17.62±7.96
<b>YTPÖ Toplam Puanı</b>	45-147	30-210	87.50±22.70

Hastaların yaşam tutum profili ölçeğinden alabilecekleri minimum puan 30, maksimum puan ise 210'dur. Hastaların YTPÖ'den aldığı toplam puan ortalaması 87.50±22.70 bulunmuştur. Hastaların YTPÖ alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; yaşamın amacı için 20.78±6.90, yaşamın anlamı için 23.40±5.19, yaşama dair seçim/sorumluluk için 25.70±8.37, yaşamın anlamını araştırma için ise 17.62±7.96'dir (Tablo 2).

**Tablo 3. Hastaların Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları**

<b>Ölçek ve Alt Boyutları</b>	<b>Alınan En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Ölçek Puan Ortalamaları X±SS</b>
<b>DÖÖ Alt Boyutları</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	40-68	10-70	55.73±7.07
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	34-64	10-70	51.08±7.87
<b>DÖÖ Toplam</b>	75-131	20-140	106.81±14.54

Hastaların düşünce özellikleri ölçeğinden alabilecekleri minimum puan 20, maksimum puan ise 140'tır. Hastaların DÖÖ toplam puan ortalaması 106.81±14.54 olarak saptanmıştır. DÖÖ alt boyutlarından kişilerarası ilişkilerde düşünce tarzının puan ortalaması 55.73±7.07, kişisel başarıda düşünce tarzında puan ortalaması ise 51.08±7.87'dir (Tablo 3).

**Tablo 4. Düşünce Özellikleri Ölçeğine Göre Hastaların Kullandıkları Bilişsel Çarpıtma Türlerinin Ortalamaları**

<b>Bilişsel Çarpıtma Türleri</b>	<b>Alınan En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Ölçek Puan Ortalamaları X±SS</b>
<b>Zihin Okuma</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.65±1.16
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.36±1.21
<b>Felaketleştirme</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.75±1.18
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.33±1.25
<b>Hep yada Hiç Tarzı Düşünme</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.41±1.18
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	2-7	1-7	4.93±1.21
<b>Duygudan Sonuç Çıkarma</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	1-7	1-7	5.63±1.16
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	1-7	1-7	5.24±1.24
<b>Etiketleme</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	3-7	1-7	5.84±.97
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	1-7	1-7	5.34±1.20
<b>Zihinsel Filtreleme</b>			

1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	2-7	1-7	4.78±1.58
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	1-7	1-7	4.20±1.71
<b>Aşırı Genelleme</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	3-7	1-7	5.76±1.11
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.20±1.27
<b>Kişiselleştirme</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.58±1.04
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.17±1.19
<b>Meli, Malı İfadeler</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	1-7	1-7	5.77±1.31
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	1-7	1-7	5.27±1.38
<b>Olumlu Küçültme Ya Da Yok Sayma</b>			
1.Kişilerarası İlişkilerde Düşünce Tarzı	1-7	1-7	5.56±1.32
2.Kişisel Başarıda Düşünce Tarzı	2-7	1-7	5.04±1.33

Hastaların en çok kullandıkları bilişsel çarpıtmalardan ‘etiketleme’ türünün kişilerarası ilişkilerde düşünce tarzında ortalaması 5.84±.97, kişisel başarıda düşünce tarzında ortalaması ise 5.34±1.20’dir. ‘meli, malı ifadeler’ bilişsel çarpıtma türünün kişilerarası ilişkilerde düşünce tarzında ortalaması 5.77±1.31, kişisel başarıda düşünce tarzında ortalaması 5.27±1.38, ‘aşırı genelleme’ türünde kişilerarası ilişkilerde düşünce tarzında ortalaması 5.76±1.11, kişisel başarıda düşünce tarzında ortalaması ise 5.20±1.27’dir (Tablo 4).

**Tablo 5. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları**

<b>SBÇTÖ Alt Boyutları</b>	<b>Alınan En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Alınabilecek En Küçük ve En Büyük Puanlar</b>	<b>Ölçek Puan Ortalamaları X±SS</b>
1.Güvenli Yaklaşım	.00-2.00	0-3	1.29±.37
2.İyimser Yaklaşım	.00-2.00	0-3	1.29±.36
3.Çaresiz Yaklaşım	1.38-2.88	0-3	2.11±.34
4.Boyun Eğici Yaklaşım	.33-2.67	0-3	1.82±.38
5.Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	.00-2.75	0-3	1.06±.58

Hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından minimum alabileceği puan 0, maksimum alabilecekleri puan ise 3'tür. Hastaların SBÇTÖ alt boyutlarından güvenli yaklaşım puan ortalaması 1.29±.37, iyimser yaklaşım puan ortalaması 1.29±.36, çaresiz yaklaşım puan ortalaması 2.11±.34, boyun eğici yaklaşım puan ortalaması 1.82±.38, sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması ise 1.06±.58'dir (Tablo 5).

**Tablo 6. Hastaların DÖÖ, YTPÖ ve SBÇTÖ Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Ölçekler ve alt boyutları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.DÖÖ Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	1												
2. DÖÖ Kişisel Başarı Alt Boyutu	.893**	1											
3. DÖÖ Toplam	.970**	.976**	1										
4. YTPÖ Yaşamın Amacı Alt Boyutu	-.356**	-.236*	-.301**	1									
5. YTPÖ Yaşamın Anlamı Alt Boyutu	-.248*	-.150	-.202*	.393**	1								
6. YTPÖ Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk Alt Boyutu	-.367**	-.331**	-.358**	.693**	.462**	1							
7. YTPÖ Yaşamın Anlamını Araştırma Alt Boyutu	-.158	-.074	-.117	.568**	.465**	.437**	1						
8. YTPÖ Toplam	-.356**	-.254*	-.311**	.849**	.682**	.838**	.791**	1					
9. SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu	-.286**	-.246*	-.272**	.476**	.552**	.457**	.500**	.615**	1				
10. SBÇTÖ Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu	.290**	.309**	.308**	-.133	.156	-.082	-.015	-.040	-.043	1			
11. SBÇTÖ Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu	.268**	.201*	.239*	-.335**	-.039	-.205*	-.166	-.245*	-.141	.360**	1		
12. SBÇTÖ İyimser Yaklaşım Alt Boyutu	-.287**	-.233*	-.265**	.264**	.335**	.343**	.259**	.374**	.648**	-.015	.015	1	
13. SBÇTÖ Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Alt Boyutu	-.193	-.247*	-.228*	.133	-.009	.188	.014	.112	.202*	-.379**	-.291**	.164	1

\*p<0.05 \*\*p<0.001

DÖÖ ve YTPÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; DÖÖ toplam puanı ve ‘kişilerarası ilişkilerde düşünce tarzı’, ‘kişisel başarıda düşünce tarzı’ alt boyutları ile YTPÖ’nün alt boyutlarından ‘yaşamın amacı’, ‘yaşama dair seçim/sorumluluk’ ve YTPÖ’nün toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). DÖÖ toplam puanı ve ‘kişilerarası ilişkiler’ alt boyutu ile YTPÖ’nün ‘yaşamın anlamı’ alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki varken ( $p<0.05$ ), DÖÖ’nün ‘kişisel başarı’ alt boyutu arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ). DÖÖ toplam ve alt boyutları ile YTPÖ alt ölçeklerinden ‘yaşamın anlamını araştırma’ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 6).

DÖÖ ve SBÇTÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; DÖÖ toplam puanı ve iki alt boyutu ile SBÇTÖ’nin ‘kendine güvenli yaklaşım’, ‘iyimser yaklaşım’ alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). DÖÖ toplam puanı ile ‘kişisel başarı’ alt boyutuyla SBÇTÖ’nin ‘sosyal destek arama’ alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki varken ( $p<0.05$ ), DÖÖ’nün ‘kişilerarası ilişkiler’ alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). DÖÖ’nün toplam puanı ve iki alt boyutu ile SBÇTÖ’nün ‘çaresiz yaklaşım’, ‘boyun eğici yaklaşım’ alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 6).

YTPÖ ve SBÇTÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında; YTPÖ toplam puan ve ‘yaşamın amacı’, ‘yaşamın anlamı’, ‘yaşama dair seçim/sorumluluk’, ‘yaşamın anlamını araştırma’ alt boyutlarıyla SBÇTÖ’nün ‘kendine güvenli yaklaşım’ ve ‘iyimser yaklaşım’ alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken ( $p<0.05$ ), SBÇTÖ’nün ‘çaresiz yaklaşım’ ve ‘sosyal destek arama’ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). YTPÖ toplam puan ve YTPÖ’nün ‘yaşamın amacı’, ‘yaşama dair seçim/sorumluluk’ ile SBÇTÖ’nün ‘boyun eğici yaklaşım’ alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken ( $p<0.05$ ), YTPÖ’nün ‘yaşamın anlamı’, ‘yaşamın anlamını araştırma’ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 6).

**Tablo 7. Hastaların Yaşam Tutumunun ve Bilişsel Çarpıtmalarının Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Alt Boyutlarını Yordama Gücünün Belirlenmesi**

**Güvenli Yaklaşım Alt Boyutu**

Modeller	Değişkenler	R	R <sup>2</sup>	B	Standart Hata	β	F	t	p
Model 1	Sabit	.272	.074	2.043	.270		7.858	7.554	.000
	DÖÖ Toplam			-.007	.003	-.272		-2.803	.006
Model 2	Sabit	.621	.385	.692	.294		30.387	2.355	.021
	DÖÖ Toplam			-.002	.002	-.090		-1.078	.284
	YTPÖ Toplam			.010	.001	.587		7.004	.000

**Çaresiz Yaklaşım Alt Boyutu**

Modeller	Değişkenler	R	R <sup>2</sup>	B	Standart Hata	β	F	t	p
Model 1	Sabit	.308	.095	1.340	.242		10.292	5.536	.000
	DÖÖ Toplam			.007	.002	.308		3.208	.002
Model 2	Sabit	.314	.098	1.213	.322		5.295	3.765	.000
	DÖÖ Toplam			.008	.002	.327		3.227	.002
	YTPÖ Toplam			.001	.002	.061		.604	.547

**Boyun Eğici Yaklaşım Alt Boyutu**

Modeller	Değişkenler	R	R <sup>2</sup>	B	Standart Hata	β	F	t	p
Model 1	Sabit	.239	.057	1.153	.279		5.943	4.127	.000
	DÖÖ Toplam			.006	.003	.239		2.438	.017
Model 2	Sabit	.299	.089	1.598	.366		4.759	4.366	.000
	DÖÖ Toplam			.005	.003	.181		1.771	.080
	YTPÖ Toplam			-.003	.002	-.189		-1.851	.067



### İyimser Yaklaşım Alt Boyutu

Modeller	Değişkenler	R	R <sup>2</sup>	B	Standart Hata	β	F	t	p
Model 1	Sabit	.291	.084	2.012	.264		7.194	7.160	.000
	DÖÖ Toplam			-.007	.002	-.291		-2.682	.009
Model 2	Sabit	.447	.200	1.187	.351		9.618	3.381	.001
	DÖÖ Toplam			-.004	.002	-.187		-1.760	.082
	YTPÖ Toplam			.006	.002	.355		3.333	.001

### Sosyal Destek Arama Alt Boyutu

Modeller	Değişkenler	R	R <sup>2</sup>	B	Standart Hata	β	F	t	p
Model 1	Sabit	.228	.052	2.034	.423		5.361	4.803	.000
	DÖÖ Toplam			-.009	.004	-.228		-2.315	.023
Model 2	Sabit	.232	.054	1.870	.564		2.756	3.317	.001
	DÖÖ Toplam			-.009	.004	-.213		-2.054	.043
	YTPÖ Toplam			.001	.003	.046		.442	.659

Hastaların bilişsel çarpıtmalarının ve yaşam tutumunun SBÇTÖ'nün her bir alt boyutunu yordayıp yordamadığını ortaya koymak için yapılan çoklu regresyon analizinde her bir alt boyut için iki farklı model geliştirilmiştir.

Model 1'de bilişsel çarpıtmaların SBÇTÖ'nün alt boyutlarından güvenli yaklaşım baş etme stratejisini ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur (F=7.858, p<0.001). Model 1'e göre bilişsel çarpıtmalar hastaların güvenli yaklaşım baş etme tarzındaki değişiminin %7'sini açıklamaktadır (R=.272, R<sup>2</sup>=.074). Bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun birlikte güvenli yaklaşımı ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan Model 2'de de istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur (F=30.387, p<0.05). Bilişsel çarpıtmalar ve yaşam tutumu birlikte güvenli yaklaşımdaki değişimin %38.5'ini açıklamaktadır (R=.621, R<sup>2</sup>=0.385). Hastaların bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları güvenli

yaklaşım baş etme stratejisinin anlamlı yordayıcıları olduğu gözlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 7) .

Model 1’de bilişsel çarpıtmaların SBÇTÖ’nün alt boyutlarından çaresiz yaklaşım baş etme stratejisini ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ( $F=10.292$ ,  $p<0.001$ ). Model 1’deki bilişsel çarpıtmalar hastaların çaresiz yaklaşımındaki değişimin %9’unu açıklamaktadır ( $R=.308$ ,  $R^2=.095$ ). Bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun birlikte çaresiz yaklaşımı ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan Model 2’de de istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ( $F=5.295$ ,  $p<0.001$ ). Bilişsel çarpıtmalar ve yaşam tutumunun birlikte çaresiz yaklaşımındaki değişimin %9’unu açıklamaktadır ( $R=.314$ ,  $R^2=.098$ ). Hastaların bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları çaresiz yaklaşım baş etme stratejisinin anlamlı yordayıcıları olduğu gözlenmiştir ( $p<0.001$ , Tablo 7).

Model 1’de bilişsel çarpıtmaların SBÇTÖ’nün alt boyutlarından boyun eğici yaklaşım baş etme stratejisini ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan regresyon analizinde ise istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ( $F=5.943$ ,  $p<0.001$ ). Model 1’e göre bilişsel çarpıtmalar hastaların boyun eğici yaklaşımındaki değişimin %5’ini açıklamaktadır ( $R=.239$ ,  $R^2=.057$ ). Bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun birlikte boyun eğici yaklaşımı ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan Model 2’de istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ( $F=4.759$ ,  $p<0.001$ ). Bilişsel çarpıtmalar ve yaşam tutumunun birlikte boyun eğici yaklaşımındaki değişimin %9’unu açıklamaktadır ( $R=.299$ ,  $R^2=.089$ ). Hastaların bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları boyun eğici yaklaşım baş etme stratejisinin anlamlı yordayıcıları olduğu gözlenmiştir ( $p<0.001$ , Tablo 7).

Model 1’de bilişsel çarpıtmaların SBÇTÖ’nün alt boyutlarından iyimser yaklaşım baş etme stratejisini ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ( $F=7.194$ ,  $p<0.001$ ). Model 1’deki bilişsel çarpıtmalar hastaların iyimser yaklaşımındaki değişimin %8’ini açıklamaktadır ( $R=.291$ ,  $R^2=.084$ ). Bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun birlikte iyimser yaklaşımı ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan Model 2’de istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ( $F=9.618$ ,  $p<0.001$ ). Bilişsel çarpıtmalar ve yaşam tutumunun birlikte iyimser yaklaşımındaki değişimin %20’sini açıklamaktadır ( $R=.447$ ,

$R^2=.200$ ). Hastaların bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları iyimser yaklaşım baş etme stratejisinin anlamlı yordayıcıları olduğu gözlenmiştir ( $p<0.001$ , Tablo 7).

Model 1’de bilişsel çarpıtmaların SBÇTÖ’nün alt boyutlarından sosyal destek arama baş etme stratejisini ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ( $F=5.361$ ,  $p<0.001$ ). Model 1’deki bilişsel çarpıtmalar hastaların sosyal destek aramadaki değişimin %5’ini açıklamaktadır ( $R=.228$ ,  $R^2=.052$ ). Bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun birlikte sosyal destek arama alt boyutunu ne şekilde yordadığını ortaya koymak için yapılan Model 2’de istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmuştur ( $F=2.756$ ,  $p<0.001$ ). Bilişsel çarpıtmalar ve yaşam tutumunu birlikte sosyal destek aramadaki değişimin %5’ini açıklamaktadır ( $R=.232$ ,  $R^2=.054$ ). Hastaların bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları sosyal destek arama baş etme stratejisinin anlamlı yordayıcıları olduğu gözlenmiştir ( $p<0.001$ , Tablo 7).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma 100 intihar girişiminde bulunmuş hasta ile gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde, intihar girişiminde bulunan hastaların yaşam tutumunun ve bilişsel çarpıtmalarının baş etme stratejilerinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmamıza temel oluşturan hipotezler literatür incelemeleriyle tartışılmıştır.

İntihar davranışı tüm dünyada ölüm nedenleri arasında on beşinci, 15-29 yaş grubu ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır (5). Ülkemizde de son yıllarda intihar oranının giderek arttığı bilinmektedir. Baş etme becerilerinin eksikliğinin intiharda risk faktörü olduğu bilinmektedir (10, 11). Bu çalışmada ise intihar girişiminde bulunan bireylerin yaşam tutumunun ve bilişsel çarpıtmaların baş etme durumların yordayan etmenler olduğu öngörülüp elde edilen sonuçların intihar girişiminde bulunan bireylerin tedavi sürecinde, önleyici faaliyetlerde ya da koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından kullanılmasında veriler sağlayacağı düşünülmüştür.

### **Hastaların Tanıtıcı Özellikleri**

Çalışmaya katılan intihar girişiminde bulunan hastaların %59'u kadındır. Şenol ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada benzer bulgular elde etmişlerdir (67). Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların intihar girişimi oranı erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (8, 68). Çalışmaya katılan hastaların yarısını evli olanlar oluşturmuştur. Deveci ve arkadaşlarının (2005), 1086 kişi ile yaptıkları çalışmada intihar düşüncesi olan ya da girişiminde bulunanların %68,1'inin evli olduğunu ya da birlikte yaşadığını tespit etmişlerdir (69). Hastaların eğitim düzeyi düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyinin düşük olmasının intihar için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (70). Güleç ve Aksaray (2006), intihar girişiminde bulunan gençlerin daha az eğitim aldıklarını, okula devam oranlarının düşük olduğunu saptamışlardır (71). Akgöl Gül'ün (2012) yapmış olduğu çalışmada da intihar girişiminde bulunan bireylerin eğitim seviyesi düşük bulunmuştur (72).

Çalışma sonucunda hastaların, %64'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. İşsizliğin intihar girişimi için risk faktörü olduğu bildirilmektedir (73, 74). İntihar nedenininin %23'ü aile geçimsizliği, %27'si aile geçimsizliği ve beraberinde diğer nedenler oluşturmuştur. İlgili literatür tarandığında; Doğan ve Özbek'in (1980) yaptığı

çalışmada intihar girişim nedenleri araştırıldığında kadınlarda 'aile ve evlilik sorunları' nın ilk sırada olduğu görülmüştür (75).

Hastaların son intihar girişimi şeklinin %84'ünü ilaç alma, %7'sini kimyevi madde ile kendini zehirleme olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan benzer çalışmalarda da en çok kullanılan intihar yöntemi ilaç içimi ve kimyasal madde alımı sonucu saptanmıştır (8, 76) Akgöl Gül'ün (2012) çalışmasında, intihar eden bireylerin %86.1'i ilaç içme şeklinde intihar etmiştir (72).

### **İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerin Yaşam Tutum Profilleri (Hayatın Anlamı)**

Yaşamda anlam ve yaşama karşı olan tutum intiharda önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada hastaların yaşamdaki anlamını ölçmek ve yaşama karşı olan tutumu belirlemek için Yaşam Tutum Profili Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten alınan minimum değer 30, maksimum değer ise 210'dur. Araştırmaya katılan intihar girişiminde bulunmuş hastaların YTPÖ toplam puan ortalaması,  $87.50 \pm 22.70$  olarak bulunmuştur. Ölçek değerlendirilmesinde, alınan puanların azalması bireyde yaşamın anlamı ve yaşama karşı olumlu tutumun azaldığını gösterir. Çalışmaya katılan hastaların ölçek puan ortalamaları göz önüne alındığında intihar girişiminde bulunmuş hastaların yaşama karşı olumsuz tutum sergiledikleri ve yaşamlarında anlamsızlık olduğu saptanmıştır. İlgili literatür taranıp değerlendirildiğinde, benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bunlardan, Kleiman ve Beaver'in (2013) yaptığı çalışmada, yaşamda anlam olmasının intihara karşı bir direnç faktörü olabileceği (77), Marco ve arkadaşlarının (2017) yeme bozukluğu olan hasta grubunda yaptığı bir çalışmada ise yaşamın anlamı yüksek olan hastaların yaşamın anlamı düşük olanlara göre daha az intihar düşüncesinin olduğu belirlenmiştir (78). Kolej öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada, yaşamda anlam arttıkça intihar riskinin azaldığı görülmüştür (79). Kanada'da 65 yaş ve üstü yaşlı topluluğunda yapılan çalışmada yaşamda anlam ve yaşama sebepleri skoru yüksek olanların intihar düşüncesi riskinin demografik özelliklerden ilişkisiz olarak düşük olduğu (80), Amerika'da gaziler üzerinde yapılan çalışmada ise düşük yaşam anlamının ciddi intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu görülmüştür (81). Çalışma sonuçları göstermektedir ki, intihar girişiminde bulunan bireylerde yaşamın anlamı ve yaşama karşı tutum intihar riski açısından önemli bir değişkendir. İntihar girişiminde bulunan veya intihar riski olan bireylerin tedavi sürecinde bu değişkenlerin ele alınarak yaşamın

anlamını arttırıcı ve yaşama karşı olumlu tutum geliştirici girişimlerin yapılması önerilir.

### **İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerin Kullandıkları Bilişsel Çarpıtmalar**

Bireylerin kullandıkları bazı bilişsel çarpıtmalar, intiharda öne çıkan bir etkidir. Bu çalışmada hastaların bilişsel çarpıtma düzeyini ölçmek için Düşünce Özellikleri Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten alınan minimum değer 20, maksimum değer ise 140'tır. Araştırmaya katılan intihar girişiminde bulunmuş hastaların DÖÖ toplam puan ortalaması  $106.81 \pm 14.54$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puan arttıkça bireylerin bilişsel çarpıtma düzeyinin de arttığı varsayılır. Bu doğrultuda araştırmaya katılan intihar girişiminde bulunan hastaların bilişsel çarpıtmalarının yüksek düzeyde olduğu ayrıca en çok 'etiketleme', 'meli, malı ifadeler' ve 'aşırı genelleme' bilişsel çarpıtmalarını kullandıkları saptanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. 397 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada, bilişsel çarpıtma ve bilişsel sorunların intihar düşünceleri üzerinde birlikte yarattıkları etki incelenmiş, sonuç olarak sadece bilişsel çarpıtmaların intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu, bilişsel sorunların ise bilişsel çarpıtmaların varlığında bunlarla etkileşerek intihar düşüncesini şiddetlendirdiği saptanmıştır (82). Bilişsel çarpıtmaların intihar düşüncesi üzerine etkisini araştırmak için yapılan başka bir çalışmada ise bilişsel çarpıtmalardan sadece 'geleceği görme' intihar girişimi ile ilişkili bulunmuş ve intihar riski bulunan bireylerin tedavisinde bilişsel çarpıtmaların da hedeflenmesi gerektiği belirlenmiştir (83). Askeri öğrenciler ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada, bilişsel çarpıtmalar ve intihar arasında ilişki olduğu (84), madde bağımlılarında yapılan başka bir çalışmada ise bilişsel çarpıtmaların, intihara eğilimle ilişkili olduğu saptanmıştır (85). Öncü ve Sakarya'nın (2013) ergenlerde yaptığı bir çalışmada, intihar riski değerlendirilmesinde ve varsa intihar düşüncelerine yönelik tedavi edici yaklaşımlarda ergenin bilişsel yapısının anlaşılmasının oldukça önemli olduğu sonucuna varılmıştır (17). Brown ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada bilişsel terapinin intihar girişiminde bulunan yetişkinlerde intihar girişimlerini önlemede etkili olduğu görülmüştür (86). Başka bir çalışmada ise kısa süreli BDT'nin, mevcut intihar düşüncesi ve / veya yakın zamanlı bir intihar girişimi olanlarda tekrar intihar girişimlerinin önlenmesinde etkili olduğu belirlenmiştir (87). İntihar girişiminde bulunan kişilerin tedavi sürecinde bilişsel çarpıtmalar odaklı terapilerin verilmesi önerilir.

### **İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri**

Baş etme becerilerinin eksikliği intiharda önemli bir risk faktörü olarak bilinmektedir (10, 11). Çalışmamızda hastaların stresle başa çıkma durumlarını değerlendirmek için stresle başa çıkma tarzları ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamıza katılan intihar girişiminde bulunan hastalar; SBCTÖ alt boyutlarından en çok çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım alt boyutunu yani duygusal odaklı baş etme stratejilerini kullanmış olup, etkisiz baş ettikleri saptanmıştır. Literatür tarandığında benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Wang ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada, duygu odaklı baş etme yolları intihar düşüncesi ya da davranışını arttırıcı bir etkiye, problem odaklı baş etme yolları ise intiharı azaltıcı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Stresli yaşam olayları ve bunların kişi üzerindeki etkisi arttıkça bireylerin daha çok duygu odaklı baş etme yollarını kullandıkları saptanmıştır (88). Türkiye’de Avcı ve arkadaşlarının (2016) intihar olasılık skalasından orta ve yüksek puan alan 470 yatan hasta üzerinde yapılan araştırmada psikolojik semptomları olan ve etkisiz başa çıkma tutumu olanların intihar riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (89). Macaristan’da Jekkel ve Tringer’in yaptığı çalışmada (2004), intihar eden hasta grubunun spesifik işlevsiz tutum göstermiş olduğu (60) ayrıca 65 yaş ve üstü iki yüz yirmi Koreli göçmende yapılan çalışmada ise etkili başa çıkma stratejisinin intihar düşüncesi ile anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (90). Çalışma sonuçlarından anlaşılmaktadır ki, intihar riskini azaltmak için bireylerin yaşadıkları stresle etkili baş etme becerilerinin kazandırılması öncelikli önem arz etmektedir.

### **İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerin Yaşam Tutumu, Bilişsel Çarpıtmaları ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki**

Hastaların bilişsel çarpıtma ve yaşam tutumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; DÖÖ toplam puanı ve ‘kişilerarası ilişkiler’, ‘kişisel başarı’ alt boyutları ile YTPÖ’nün alt boyutlarından ‘yaşamın amacı’, ‘yaşama dair seçim/sorumluluk’ ve YTPÖ’nün toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça yaşamda anlam ve yaşama karşı olumsuz tutumda artmaktadır.

Hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki incelendiğinde; DÖÖ toplam puanı ve ‘kişilerarası ilişkiler’, ‘kişisel başarı’ alt boyutları

ile SBÇTÖ'nün 'kendine güvenli yaklaşım', 'iyimser yaklaşım' alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri azaldıkça strese karşı aktif baş etme yani problem odaklı stratejileri kullandıkları görülmüştür. DÖÖ'nün toplam puanı ve iki alt boyutu ile SBÇTÖ'nün 'çaresiz yaklaşım', 'boyun eğici yaklaşım' alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça sorunları çözmede yetersizlik gösterdiklerini ve pasif baş etme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Bilişsel çarpıtmaların SBÇTÖ'nün alt boyutlarından 'güvenli yaklaşım', 'çaresiz yaklaşım', 'boyun eğici yaklaşım', 'iyimser yaklaşım', 'sosyal destek arama' baş etme stratejisini yordadığını ortaya koymak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Hastaların bilişsel çarpıtmaları, stresle başa çıkma stratejilerinin anlamlı yordayıcıları olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada bilişsel çarpıtmaların stresle başa çıkma tarzlarının alt boyutlarını anlamlı yordayıcısı olarak görülmesi araştırma hipotezlerinden olan **'İntihar girişiminde bulunan bireylerin bilişsel çarpıtmaları stresle başa çıkmalarında önemli bir yordayıcı değişkendir'** şeklindeki  $H_1$  hipotezini doğrulamaktadır. Bilişsel süreçlerle intihar ilişkisini inceleyen ilk çalışmalarda, intihar davranışı gösteren bireylerin özgül bir bilişsel tarza sahip oldukları ve sorun çözme yöntemlerinin farklı olduğu (60), yapılan başka bir çalışmada ise bilişsel çarpıtmaları olan bireylerin sorun çözme becerilerindeki yetersizlik ve stres durumlarında duygusal aşırı uyarılma sonucu stresle baş etmede uygun olmayan davranışlar sergiledikleri sonucu saptanmıştır (16). Deal ve Williams'ın (1984) yaptığı çalışmada, bilişsel çarpıtmalar, yaşam olaylarının stresli olarak algılanmasında etkili olduğu sonucuna varılmıştır (91).

Hastaların yaşam tutumları ve stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkide ise; YTPÖ toplam puan ve YTPÖ'nün 'yaşamın amacı', 'yaşamın anlamı', 'yaşama dair seçim/sorumluluk', 'yaşamın anlamını araştırma' alt boyutlarıyla SBÇTÖ'nün 'kendine güvenli yaklaşım' ve 'iyimser yaklaşım' alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastaların yaşamdaki anlamı arttıkça stresle başa çıkmada aktif stratejileri daha fazla kullandıkları görülmüştür. YTPÖ toplam puan ve YTPÖ'nün 'yaşamın amacı', 'yaşamın anlamı', 'yaşama dair seçim/sorumluluk', 'yaşamın anlamını araştırma' alt boyutlarıyla SBÇTÖ'nün 'çaresiz yaklaşım' ve 'sosyal destek arama' alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). YTPÖ toplam puan ve YTPÖ'nün 'yaşamın amacı', 'yaşama dair seçim/sorumluluk' ile SBÇTÖ'nün



'boyun eğici yaklaşım' alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunurken ( $p<0.05$ ), YTPÖ'nün 'yaşamın anlamı', 'yaşamın anlamını araştırma' alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Hastaların yaşamdaki anlamı azaldıkça stresle başa çıkma stratejilerinden pasif başa çıkma alt boyutu olan 'boyun eğici yaklaşım' daha fazla kullandıkları görülmüştür. Bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun birlikte SBCTÖ'nün alt boyutlarından 'güvenli yaklaşım', 'çaresiz yaklaşım', 'boyun eğici yaklaşım', 'iyimser yaklaşım', 'sosyal destek arama' baş etme stratejisini yordadığını ortaya koymak için yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p<0.05$ ). Hastaların bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları, stresle başa çıkma stratejilerinin anlamlı yordayıcıları olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun stresle başa çıkma tarzlarının alt boyutlarını anlamlı yordayıcısı olarak görülmesi araştırma hipotezlerinden olan **'İntihar girişiminde bulunan bireylerin bilişsel çarpıtmaları ve yaşam tutumları birlikte stresle başa çıkmalarında önemli yordayıcı değişkenlerdir'** şeklindeki  $H_2$  hipotezini doğrulamaktadır. Tongeren ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, stresin yaşamın ortak bir özelliği olduğu ve rutin olarak olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilendirildiği, bununla birlikte, yaşamda anlamın olması strese karşı olası bir tampon olarak işlev gördüğü sonucuna varılmıştır (92). Yapılan başka bir çalışmada; yaşamlarını anlamlı ve değerli gören bireylerin zorlu olaylar karşısında kolayca baş edebildikleri görülmüştür (19). Yaşamdaki yüksek seviyedeki anlamın stresli deneyimlerde etkili olduğu da başka bir çalışmada saptanmıştır (93).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavi sürecinde ve potansiyel bir intiharın önlenmesi açısından stresle baş etme stratejilerinin, bilişsel çarpıtmalarının ve yaşam tutumlarının değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu bireylerin tedavi sürecine etkili baş etme stratejilerini geliştirici, bilişsel çarpıtmalarını azaltıcı ve yaşama yönelik olumlu tutum geliştirmeleri için psikoterapötik hizmetlerin verilmesi katkı sağlayacaktır. İlaç tedavisinin yanı sıra etkili baş etme stratejilerinin geliştirilmesine yönelik psikoeğitimlerin, bilişsel davranışçı terapinin ve logoterapinin koruyucu ve geliştirici ruh sağlığı hizmetleri olarak verilmesi önerilir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

İntihar girişiminde bulunan hastaların oldukça yüksek düzeyde bilişsel çarpıtmaları kullandıkları (en çok 'etiketleme', 'meli, malı ifadeler' ve 'aşırı genelleme' bilişsel çarpıtmalarını kullandıkları), stresle baş etmede etkisiz baş etme yöntemlerinden olan çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşıma daha fazla başvurdukları ve yaşam tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.

Hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça yaşamda anlam ve yaşama karşı olumsuz tutumun arttığı, hastaların bilişsel çarpıtma düzeyleri azaldıkça strese karşı aktif baş etme yani problem odaklı stratejileri kullandıkları, hastaların yaşamdaki anlamı arttıkça stresle başa çıkmada aktif stratejileri daha fazla kullandıkları saptanmıştır.

Hastaların kullandığı bilişsel çarpıtmaların ve yaşam tutumunun stresle baş etme stratejilerini anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir.

### **Çalışmadan elde edilen sonuçlarına göre;**

- İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavi sürecinde ve potansiyel bir intiharın önlenmesi açısından stresle baş etme stratejilerinin, bilişsel çarpıtmalarının ve yaşam tutumlarının hemşireler tarafından değerlendirilmesi,
- Hemşirelerin psikoterapötik yaklaşımları kullanarak intihar girişiminde bulunmuş bireylerde; bilişsel çarpıtmalarını azaltıp, yaşamın anlamını artırıcı girişimlerde bulunarak sorunlarına yönelik etkili baş etme stratejilerini geliştirmesi,
- İntihar girişiminde bulunan hastalara bilişsel çarpıtmalarını azaltmak için bilişsel davranışçı terapiler uygulanarak hastanın temel inançları, işlevsel olmayan varsayımları ve olumsuz düşüncelerinin bulunup yerlerine daha işlevsel olanlarının konması,
- Yaşamın anlamını ve yaşama karşı olumlu tutumları artırıcı girişimlerde bulunulması, buna yönelik olarak anlam odaklı terapilerin ve logoterapinin uygulanması,
- İntihar davranışında bulunan hastalara bakım veren tüm sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalıklarının sağlanması amacıyla araştırma sonuçlarının ilgili kurumlarla ve yöneticilerle paylaşılması,

- İntihar girişiminde bulunan bireylerde stresle başa çıkma eğitiminin, bilişsel davranışçı ve anlam odaklı terapilerin stresle baş etme stratejileri, bilişsel çarpıtmalar ve yaşam tutumu üzerine etkinliğinin değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Harkavy-Friedman J, Oquendo M. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124:295-300.
2. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve krize müdahale: İntihar davranışı. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. 2000; 6:165-197.
3. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/426.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf) Erişim: 24.01.2018
4. [://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf) Erişim:24.01.2018.
5. Öncü B. İntihar ve intiharda risk etmenleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2016;9(3):1-15.
6. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626>,  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15853> ( Erişim: 21.01.2017).
7. [www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24649](http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24649) (Erişim Tarihi: 07.12.2017).
8. Gökhan Ş. Özkıyım Nedeni ile Acil Servise Başvuran Olguların Demografik Verilerinin Özkıyım Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi. 2008, T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 51 sayfa, Diyarbakır (Doç. Dr. Cahfer Güloğlu).
9. Spirito A, Valeri S, Boergers J ve Ark. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *J Clin Child Adolesc Psychol Jun*. 2003; 32:284-9.
10. Özgüven H.D, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*. 2003;11(1):13-24.
11. Eskin M. İntihar açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme. Ankara: HYB Basım Yayın. 2012;3-265.
12. Memiş S, Eti FA, Aygin D. Denge Stres ve Adaptasyon, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Edit: A. Karadovan, FA Eti). Adana: Nobel Kitabevi, 2010.
13. Erkuş G. İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Zorlu Yaşam Olayları ve Başa Çıkma Tutumlarının Sağlıklı Kişilerle Karşılaştırılması. 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları

- Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 108 sayfa, İstanbul (Dr. Ramazan Konkan).
14. Stoney G. Toplumda intihar hakkında en sık sorulan sorular. (F. Balkaya, Çev.) Türk Psikoloji Bülteni. 1996;2(5), 74-79.
  15. Arkar H. Beck' in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 1992; 5:37-40.
  16. Lennings CJ. A cognitive understanding of adolescent suicide. Genet Soc Gen Psychol Monogr. 1994; 120:289-307.
  17. Öncü B, Sakarya A. Ergen öz kısımlarında bilişsel etmenler ve çarpıtmaların rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2013;5(2):232-245.
  18. Marco J, Perez S, Garcia-Alandete J. Meaning in life buffers the association between risk factors for suicide and hopelessness in participants with mental disorders. Journal of Clinical Psychology. 2016;2(7):689–700.
  19. Yüksel R. Genç Yetişkinlerde Aşk Tutumları ve Yaşamın Anlamı. 2013, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 154 sayfa, Sakarya (Prof. Dr. Ersin Altıntaş).
  20. Heisel MJ, Flett GL. Does recognition of meaning in life confer resiliency to suicide ideation among community-residing older adults? A longitudinal investigation. Am J Geriatr Psychiatry. 2016;24(6):455-66.
  21. Turker M, Beyaztaş FY, Boz B. 1994-1996 yılları arasında Sivas'ta görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2000; 39:7983.
  22. Durkheim E. İntihar, Çev: Prof. Özer Ozankaya, 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara 1992; s:7.
  23. Eskin M. İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama. 2003;3-28.
  24. Durkheim E. İntihar, Çev: Zühre İlkelen, 1. Baskı, İstanbul: Pozitif Yayınları, İstanbul, 2013.
  25. Saçarçelik G. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2009.
  26. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/) Erişim: 24.01.2018.
  27. [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516\(ErişimTarihi:11.01.201](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516(ErişimTarihi:11.01.201)

28. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008;157–177.
29. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. Cilt 2, 2007, 556-561.
30. Bani-Fatemi A, Howe AS, De Luca V. Epigenetic studies of suicidal behavior. *Neurocase*. 2014;0:1–10.
31. Labonte B, Turecki G. The epigenetics of suicide: explaining the biological effects of early life environmental adversity. *Arch Suicide Res*. 2010; 14:291–310.
32. Demirel  zsoy S, EŐel E. İntihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4:175-185.
33. Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M, Traskman-Bendz L, Aberg-Wistedt A, Nordin C, Bertilsson L. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1994;24(1):1-9.
34. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biological Psychiatry*. 1997;41 (2):162-171.
35. Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depress Anxiety*. 2001; 3:164-176.
36. Townsend M.C. *Psychiatric mental health nursing concepts of care in evidence-based practice*. Philadelphia: F.A.Davis Company. 2009; 264-275.
37.  zt rk O, UluŐahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 2008;1-2 (11. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara.
38. Boyd M.A. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002;1006-1027.
39. Eskin M. İntiharda bilişsel davranışçı sağaltım yaklaşımları. *Kriz Dergisi*. 2007; 15:15-36.
40. Lewis M. *Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management*. Lippincott Williams & Wilkins, third edition. Philadelphia. 2002; 796-805.
41. Sun FK, Long A, Boore J et al. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53(6):680-690.
42. Tel H. İntihar ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*. 2016;2(2):14-23.
43. Basut E. Stres, başa ıkma ve ergenlik. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2006; 13:31-3.
44. Werden EM. *Religious Identity as a Coping Resource*. Miami University, Oxford. Doctoral dissertation, Ohio, 2001.

45. Lazarus R.S, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984.
46. Atay İ.M, Gündoğar D. İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. Kriz Dergisi. 2004;12(3):39-52.
47. Frankl V. E. İnsanın Anlam Arayışı. (Çev. S. Budak) İstanbul: Okuyan Us Yayınları, 2017.
48. Schlegel R. J, Hicks J.A, Arndt J, Laura A. Thine own self: True self-concept accessibility and meaning in life. Journal of Personality and Social Psychology. 2009; 96(2):473-490.
49. Steger M. F, Kashdan T. B, Sullivan B. A & Lorentz D. Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. Journal of Personality. 2008;76 (2).
50. Frankl, V. E. İnsanın Anlam Arayışı. (Çev. S. Budak) İstanbul: Okuyan Us Yayınları, 2010.
51. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 4.Baskı, Ankara: MN Medikal & Nobel, 2014.
52. Corey G. Psikolojik Danışma Kuram ve Uygulamaları (T. Ergene, Çev.). Ankara: MentisYayıncılık. 2008;311-320.
53. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi. 2000; 1:29-38.
54. Burns D. İyi Hissetmek Yeni Duygudurum Tedavisi. (A. Karaosmanoğlu, Çev. Edi.). İstanbul: Psikonet Yayınları. 2011; Syf: 23-44.
55. Varcoralis E. M, Halter M. J (2010). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach. Missouri: Sounders Elsevier.
56. Beck J. Bilişsel Terapi: Temel İlkeler Ve Ötesi. (N. Hisli Şahin Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği, 2001.
57. Beck, A. T. Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. (2. bs.) İstanbul: Litera Yayıncılık, 2008.
58. Dökmen Ü. Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 2002.
59. Türkçapar H. Bilişsel Terapi, 3. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2008.
60. Jekel E, Tringer L. Suicide and cognitive distotions. Psiholoska obzorja/ Horizons of Psychology. 2004;13, 1, 139-150.
61. Ak M, Gülsün M, Özmenler KN. Özkıyım ve kişilik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1:45-54.
62. Mann JJ, Wateraux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999; 156:181-189.

63. Mendonca JD, Holden RR. Interaction of affective and cognitive impairments in the suicidal state: a brief elaboration. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 97:149-152.
64. Barker P. *Psychiatric and Mental Health Nursing The Craft of Caring.* Arnold: London, 2003.
65. Townsend MC. *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice (Fifth Edition).* F.A Company: Philadelphia, 2006.
66. Varcarolis E, Carson VB, Shoemaker NC. (2006) *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach (Fifth Edition).* Saunders: China.
67. Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005; 6:19-29.
68. Kubalı Z. Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi. 2007, G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 111 sayfa, Ankara (Prof.Dr. Remzi Aygün).
69. Deveci A. Taşkın E. O. Erbay-Dündar P. Demet MM. Kaya E. Özmen E. ve Din G. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2005;16(3):170-178.
70. Yiğit Ö, Söyüncü S, Berk Y. Kimler intihar girişiminde bulunuyor? Bir acil servisin deneyimleri. *Yeni Sempozyum Dergisi.* 2010;48(2):122-128.
71. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin araştırılması. *Yeni Sempozyum Dergisi.* 2006;44(3):141-150.
72. Sultan Tuna AKGÖL GÜR. Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni ile Yapılan Başvuruların Demografik ve Klinik Özellikleri. 2012, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Tıpta Uzmanlık Tezi, 140 sayfa, Erzurum (Yrd. Doç. Dr. Ayhan Aköz).
73. Eskin M. İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 5: Risk Etmenleri. 2003;133-222.
74. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2000; 1:83-88.
75. Doğan O, Özbek H. Özkıyım girişimi nedeniyle yatırılan hastaların bazı özellikleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, s:189-196, İzmir 1990.



76. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adiyaman'da intihar girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7:150-56.
77. Kleiman E, Beaver J. A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*. 2013;934-939.
78. Marco J, Perez S, Canabate M. P, Llorca G. Associations among meaning in life, body image, psychopathology, and suicide ideation in Spanish participants with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;73(12):1768-1781.
79. Kleiman E, Adams L, Kashdan T, Riskind J. Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: Evidence for a mediated moderation model. *Psychiatry Research*. 2013;539-546.
80. Heisel M, Flett GL. Reasons for living, meaning in life, and suicide ideation: Investigating the roles of key positive psychological factors in reducing suicide risk in community-residing older adults. *Aging & Mental Health*. 2016; 20:2, 195-207.
81. Braden A, Overholser J, Ridly J, Life meaning is associated with suicidal ideation among depressed veterans. *Death Studies*. 2015;39:1, 24-29.
82. Fazakas-DeHoog L, Rnic K, Dozois D. A cognitive distortions and deficits model of suicide ideation. *Europe's Journal of Psychology*. 2017;13(2), 178–193.
83. Jager-Hyman S, Cunningham A, Wenzel A, Mattei S, Brown G, Beck A. Cognitive distortions and suicide attempts. *Cognit Ther Res*. 2014; 38(4):369–374.
84. Chioqueta A, Stiles T. Cognitive factors, engagement in sport, and suicide risk. *Archives of Suicide Research*. 2007; 11:4, 375-390.
85. Chabon B, Robins CJ. Cognitive distortions among depressed and suicidal drug abusers. *Int J Addict*. 1986;21(12):1313-29.
86. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2005;172(5):441-9.
87. Rudd MD1, Bryan CJ, Wertenberger EG, Peterson AL, Young-McCaughan S, Mintz J, Williams SR, Arne KA, Breitbart J, Delano K, Wilkinson E, Bruce TO. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2015;172(5):441-9.

88. Wang M.-C, Lightse O. R, Pietruszka T, Uruk A. Ç, Wells A. G. Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping and suicidal behavior. *The Journal of Positive Psychology*. 2007;2(3), 195-204.
89. Avcı D, Sabancıoğulları S, Yılmaz F. Investigation of the relationship between suicide probability in inpatients and their psychological symptoms and coping strategies, *Neurosciences*. 2016;21 (4):345-351.
90. Ahn J, Kim B. The relationships between functional limitation, depression, suicidal ideation, and coping in older korean immigrants. *J Immigrant Minority Health*. 2015; 17:1643–1653.
91. Deal SL, Williams JE. Cognitive distortions as mediators between life stress and depression in adolescents. *Adolescence*. 1988;23(90):477-90.
92. Van Tongeren DR, Hill PC, Krause N, Ironson GH, Pargament KI. The mediating role of meaning in the association between stress and health. *Ann Behav Med*. 2017;51(5):775-781.
93. Dulaney E, Graupmann V, Grant K, Adam E, Chen E. Taking on the stress-depression link: Meaning as a resource in adolescence. *Journal of Adolescence*. 2018; 65: 39–49.
94. Erci B. Meaning in life for patients with cancer: validation of the Life Attitude Profile-Revised Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62(6),704–711.
95. Özdel K, Taymur I, Guriz SO, Tulacı RG, Kuru E, et al. Measuring Cognitive Errors Using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric Properties in Clinical and Non-Clinical Samples. *Plos One*. 2014;9(8).
96. Covin R, Dozois DJA, Ogniewicz A, Seeds PM. Measuring Cognitive Errors: Initial Development of the Cognitive Distortions Scale (CDS) *International Journal of Cognitive Therapy: Vol. 4, Special Section: Hoarding*. 2011;297-322.
97. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995; 10(34):56-73.
98. Morris GC. Psikolojiyi anlamak. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*. Ayvalık H. Ankara, 2002;1-512.
99. Bilge A, Çam O. Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008; 9:16-21

## 8. EKLER

### Ek 1: Kişisel Bilgi formu

Size bu anket formunda sormuş olduğumuz sorular sadece intihar girişiminde bulunan bireylerin düşünce yanışlarını, yaşam tutumlarını ve baş etme becerilerini inceleyen bilimsel amaçlı bir araştırma olup başka kimselerle paylaşılmayacaktır. İfadeleri okuduktan sonra sizin için en uygun olan cevabı işaretleyiniz ve işaretsiz ifade bırakmayınız. Size verilen formun üzerine adınızı yazmayınız ve kimliğinizi belirtecek hiçbir işaret koymayınız. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

- 1) Kaç yaşındasınız?
- 2) Cinsiyetiniz?
  - a) Kadın b) Erkek
- 3) Eğitim durumunuz?
  - a) Okur-Yazar Değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
- 4) Medeni haliniz?
  - a) Evli b) Boşanmış/Bekar c) Bekar
- 5) Yaşamınızın büyük bir bölümünü geçirdiğiniz yer?
  - a) Köy b) İlçe c) İl
- 6) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
  - a) Evet b) Hayır
- 7) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
  - a)Kötü b) Orta c) İyi d) Çok iyi
- 8) Kiminle yaşıyorsunuz?
  - a)Yalnız b)Anne-baba c)Eş ve Çocuklar d) Diğer
- 9) Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?
  - a)Var b) Yok
- 10) Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?
  - a) Var( Tanı:.....) b) Yok
- 11) Ne tür intihar girişiminiz oldu? ( Son intihar girişim şeklinizi belirtiniz)
  - ( ) Kendini Asma
  - ( ) Silahla Kendini Vurma

- İlaç Alma
- Kendini Yüksekten Atmak
- Kendini Suya Atmak yani Boğulma
- Kendini Boğma
- Kendini Araç Altına Atma
- Kimyevi Madde İle Kendini Zehirleme
- Kendini Yakmak
- Kesici-Delici Aletle Kendini Yaralama ve Kesme
- Havagazı – Doğalgaz Solumak
- Diğer

12) İntihar girişiminde bulunmanıza götüren sizce sorun/sorunlar nelerdir?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ruhsal hastalık       | <input type="checkbox"/> İş ve meslek sorunları     |
| <input type="checkbox"/> Süreğen hastalık      | <input type="checkbox"/> Tecavüz                    |
| <input type="checkbox"/> Sınav/ okul kaygısı   | <input type="checkbox"/> Aile içi şiddet            |
| <input type="checkbox"/> Aile geçimsizliği     | <input type="checkbox"/> Ölüm/kayıp                 |
| <input type="checkbox"/> Karşı cinsle sorunlar | <input type="checkbox"/> Alkol ve madde bağımlılığı |
| <input type="checkbox"/> Ekonomik              | <input type="checkbox"/> Yalnızlık                  |
| <input type="checkbox"/> Cinsel sorunlar       | <input type="checkbox"/> Diğer                      |

13) İntihar girişiminden sonrası psikolojik tedavi gördünüz mü?

- a) Evet b) Hayır

14) Ailede psikiyatrik tanı alan var mı?

- a) Var b) Yok

15) Ailede intihar girişiminde bulunan var mı?

- a) Var b) Yok

16) Tekrar intihar etmeyi düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

## Ek 2: Yaşam Tutum Profili Ölçeği

Bu ankette sizin yaşamınızla ilgili duygu ve düşünceleriniz ifade edilmiştir. Her maddeyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun kelimeyi işaretleyiniz.

**KK**-Kesinlikle Katılıyorum (7) **K**-Katılıyorum (6) **BK**-Biraz Katılıyorum (5) **KV**-Karar Veremiyorum (4) **BKM**-Biraz Katılmıyorum (3) **KM**-Katılmıyorum (2) **KKM**-Kesinlikle Katılmıyorum (1)

	<b>KK</b>	<b>K</b>	<b>BK</b>	<b>KV</b>	<b>BKM</b>	<b>KM</b>	<b>KKM</b>
<b>YAŞAM TUTUM PROFİLİ</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Yaşamın Amacı</b>							
1.Geçmişte yaşadıklarım hayatıma yön ve anlam verir.							
2.Hayatımla ilgili belirgin hedeflerim var.							
3.Memnuniyet verici bir yaşama amacımın olduğunu biliyorum.							
4.Genellikle olarak hayatımı istediğim gibi yaşıyorum.							
5.Hayatıma kendim yön veririm.							
6.Yaşamımla ilgili amaçlarıma ulaşırken tamamen tatmin olduğumu hissederim.							
7.Hayatıma yön veren bir yaşama amacım var.							

8.Yaşamım şu anda ilgi çekici ve zevkli devam ediyor.								
<b>Yaşamın Anlam</b>								
9.Hayatın anlamı açıkça içinde yaşadığımız dünyamızdır.								
10.Hayatıma yön veren amacımın ve güçlerimin farkındayım.								
11.Düşündüğüm zaman, var olmamın bir nedeni olduğuna inanıyorum.								
12.Yaşamımın anlamını anlamamı sağlayan bir düşünce yapısına sahibim.								
13.Hayatımın tüm yönleriyle belirsizlikler içinde olduğunu düşünüyorum.								
14.Hayatın esas anlamını net olarak anlıyorum.								
15.Yaşamımda düzenli ve uyumluyumdur.								
<b>Yaşama Dair Seçim/Sorumluluk</b>								
16.Hayatımı yönlendirme imkanımın var olması benim için çok önemlidir.								
17.Hayatımdaki başarıları çoğunlukla kendi çabalarımla elde ederim.								

18.Yaşamımla ilgili olan şeyleri kendim belirlerim.							
19.Seçim yapma özgürlüğümle ilgili olarak, hayatımdaki tüm seçimleri tamamen özgürce yapabileceğime inanırım.							
20.Hayatımda yapmak istediğim her şeyi yapabilirim.							
21.Yaşamım benim ellerimde ve onu ben yönlendiririm.							
22.Yaşamımla ilgili önemli olaylarda da kendi kararlarımı kendim veririm.							
23.Hayatımda yaptığım tercihlerin sorumluluğunu kabul ederim.							
<b>Yaşamın Anlamını Araştırma</b>							
24.Yeni ve farklı şeyler bana çekici gelir.							
25.Yaşadığım sıradan şeyleri değiştirmeyi severim.							
26.Maceraya ve keşfedilecek yeniliklere ihtiyacım olduğunu düşünürüm.							
27.Yaşamımdaki yeni bir değişiklik bana cazip gelir.							
28.Gelecekte güzel bir şeylerin olacağını umuyorum.							

29.Yaşamdan bugüne kadar aldığımdan daha çok şey almaya istekliyim.							
30.Gelecekte yeni amaçlara ulaşmaya karar verdim.							





### Ek 3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

“Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz: Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ve stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse ,%0’ın altındaki parantezin içine (X) işreti koyun. Çok uygun ise %100’ün altını işaretleyin. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın.”

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

#### **BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA;**

Sizi ne kadar tanımlıyor, size ne kadar uygun

0 %30 %70 %100

- 1- Kimsenin bilmesini istemem
- 2- İyimser olmaya çalışırım
- 3- Bir mucize olmasını beklerim
- 4- Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım
- 5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm
- 6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım
- 7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim
- 8- Olayın/olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım
- 9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem
- 10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum
- 11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam
- 12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım
- 13- İş olacağına varır diye düşünürüm
- 14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım
- 15- Problemin çözümü için adak adarım
- 16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum
- 17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım
- 18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım
- 19- Her şeyin isteğim gibi olamayacağına inanırım

- 20- Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım
- 21- Mücadeleden vazgeçerim
- 22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm
- 23- Hakkımı savunabileceğime inanırım
- 24- Olaylar karşısında 'kaderim buymuş' derim
- 25- Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm
- 26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim
- 27- 'Benim suçum ne?' diye düşünürüm
- 28- ' Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm
- 29- Sorunumun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım
- 30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığı beni rahatlatır



#### Ek 4: Düşünce Özellikleri Ölçeği

Yönerge: Bu ankette sizin kullandığınız farklı düşünce tarzlarını tespit etmeye çalışıyoruz. Bu anket boyunca 10 değişik tarzda düşünce tarzı göreceksiniz. Öncelikle her düşünce tarzının ne olduğu size açıklanacak. Daha sonra her bir düşünce tarzını daha iyi anlamanız için iki örnek durum anlatılacak. Anlatılacak bu iki durumdan bir tanesi sosyal ilişkilerle (arkadaş, eş ve aile gibi) diğeri ise kişisel başarılarla ilgili (bir sınavı geçmek ya da işte başarısız olmak gibi) olacak. Bu kurgu örneklerinin amacı her bir düşünce tarzının gerçek hayatta nasıl olabileceğini anlamanızı kolaylaştırmaktır.

Sizin göreviniz ilk olarak tanımlanan düşünüş tarzını anlamaya çalışmaktır. Daha sonra size bu düşünüş tarzını ne sıklıkla kullandığınız sorulacaktır. Lütfen bu düşünce tarzlarını hayatın iki alanında (sosyal alan ve başarı alanları şeklinde örneklendirilen) ne kadar sıklıkla kullandığınızı düşünerek uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

#### 1. ZİHİN OKUMA

İnsanlar bazen başkalarının kendileri hakkında olumsuz düşündüklerini düşünürler. Hatta diğer kişi olumsuz bir şey söylemese bile bu durum böyle olabilir. Bu durum bazen zihin okuma olarak adlandırılır. Bunu zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki iki parçayı okuyunuz:

a. Özlem erkek arkadaşı Oytun'la kahve içiyordu. Oytun çok konuşmuyordu ve Özlem ona bir sorun olup olmadığını sordu. Oytun "iyi" olduğunu söyledi. Özlem Oytun'a inanmadı ve Oytun'un kendisiyle mutsuz olduğunu düşünmeye başladı.

b. Erkut haftalardır bir proje üzerinde çalışmaktaydı. Sonunda bitirip patronuna verdi ve işle ilgili patronunun görüşünü çok merak ediyordu. Birkaç gün geçtikten sonra Erkut patronunun kendisinin yetersiz olduğunu düşündüğünden endişelenmeye başladı.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) zihin okumayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla Ara sıra Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) zihin okumayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla Ara sıra Her zaman

## 2. FELAKETLEŞTİRME

İnsanlar gelecekle ilgili olumsuz tahminlerde bulunabilir. Eğer bu tahminlerle ilgili elde yeterli kanıt yoksa buna felaketleştirme denir. Bunu zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki iki parçayı okuyunuz:

a. Erkan üniversite birinci sınıfta öğrencidir. En son biyoloji sınavından 70 almıştır. Hemen sonrasında endişelenmeye başlar. Bu dersten sonunda düşük alacağını ve tıp fakültesini bitirmekte zorlanacağını düşünür.

b. Meltem'in erkek arkadaşı ilişkileri hakkında bazı geri-bildirimlerde bulunur. Ona arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirmek istediğini söyler. Bu geri-bildirime dayanarak Meltem giderek uzaklaşacaklarına ve hatta sonunda ayrılacaklarına dair tahminlerde bulunmaya başlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) Felaketleştirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla Ara sıra Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) Felaketleştirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla

Ara sıra

Her zaman

### 3. HEP YA DA HİÇ TARZI DÜŞÜNME

Bazen kişiler değerlendirme yaparken bir şeyleri “ya-ya da” şeklinde görebilir. Örneğin, bir konsere iyi veya kötü denebilir. Diğer taraftan insanlar değerlendirme yaparken grinin tonlarını da görebilir. Örneğin, konserin bazı olumsuz yanları olabilir ama genelde yeterince iyi denebilir. Bir kişi bir şeyi iyi veya kötü diye değerlendirdiğinde biz buna hep ya da hiç tarzı düşünce diyoruz. Bunu zihninizde canlandırabilmek için aşağıdaki parçaları okuyunuz:

a. Emrah bir sınavdan B+ alır. Notu A olmadığı için üzgündür. Sınavlardaki başarıyı aşağıdaki gibi görme eğilimindedir: “Ya çok iyi yaparım ya da yaptığım şey başarısızdır”.

b. Ayşegül ya bir kişiyi seven ya da sevmeyen tarzda bir insandır. Ya onun “iyi kişiler defterindedir” ya da değildir.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) ya hep ya da hiç tarzı düşünmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Asla

Ara sıra

Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş)ya hep ya da hiç tarzı düşünmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Asla

Ara sıra

Her zaman

### 4. DUYGUDAN SONUÇ ÇIKARMA

İnsanlar bazen bir şey öyle “hissettiryor” diye onun doğru olduğuna inanabilirler. Bunun nasıl olduğunu zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz.

a. Canan’ın arkadaşları herkese yetecek kadar bilet bulamadıkları için onlarla konsere gelemeyeceğini söylerler. Canan onu kasten dışlamadıklarını bilmesine karşın reddedilmiş hisseder. O yüzden kısmen reddedildiğine inanır.



Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) etiketlemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1            2            3            4            5            6            7

Asla

Ara sıra

Her zaman

## 6. ZİHİNSEL FİLTRELEME

Bazen kişiler bilgileri bir filtreden geçirir. Olumlu ve olumsuz bilgiler olduğunda onlar sadece olumsuz olan bilgiye odaklanır. Buna Zihinsel Filtreleme denir. Zihninizde canlandırmak için aşağıdaki parçaları okuyunuz.

a. Türkan erkek arkadaşının kendisi hakkında arkadaşlarıyla konuşmasını duyar. Erkek arkadaşı şöyle demektedir: “vallahi, şimdiye kadar oldukça iyi gitti. Zeki ve eğlenceli biri, birçok ortak noktamız var. Bazen biraz talepkâr olabiliyor ama sorun yok”. Her ne kadar Osman çoğunlukla olumlu şeyler söylemiş olsa da Türkan tek bir olumsuz yorumu seçer ve kötü hisseder.

b. Serkan lisede öğrencidir. Son ödeviyle ilgili öğretmenin yorumlarını gözden geçirmektedir. Öğretmeni şu şekilde yazmıştır: “Serkan, düşüncelerini çok güzel şekilde ifade ediyorsun. Yazım tarzını gerçekten çok beğendim. Ancak bir düşünceden diğerine daha iyi geçiş yapmak üzerinde çalışmalısın.” İyi bir performans gösterdiği gerçeğine rağmen Serkan yalnızca tek bir eleştiri cümlesini düşünebiliyor ve kendini rahatsız hissediyor.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) zihinsel filtrelemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1            2            3            4            5            6            7

Asla

Ara sıra

Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) zihinsel filtrelemeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1            2            3            4            5            6            7

Asla

Ara sıra

Her zaman





Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) kişileştirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla

Ara sıra

Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) kişileştirmeyi ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla

Ara sıra

Her zaman

### 9. MELİ, MALİ İFADELERİ

İnsanlar bazen bir şeylerin belli bir şekilde olmak zorunda olduğunu düşünür. Zihninizde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okuyunuz:

a. Yaşar sınavdan 85 aldığı için mutsuzdur çünkü o en az 90 alması gerektiğini düşünmektedir. Yaşar'ın bu düşünceleri birçok şey için geçerlidir (örneğin, top oynarken asla topun üzerinden atlamaması gerektiğini hisseder; odası belli bir şekilde düzenli olmalıdır.”

b. Bengü sosyal ortamlarda mutlaka komik ve ilginç olması gerektiğine inanır.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) meli-malı ifadelerini ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla

Ara sıra

Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) meli-malı ifadelerini ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7

Asla

Ara sıra

Her zaman

## 10. OLUMLUYU KÜÇÜLTME YA DA YOK SAYMA

Kişiler bazen başlarına gelen olumlu şeyleri görmezden gelebilir. Bu, “olumluyu küçültme ya da yok sayma” olarak adlandırılır. Gözünüzde canlandırmak için lütfen aşağıdaki parçaları okuyunuz:

a. Yasemin emlak ofisinde çalışmaktadır. Patronu son satışta çok iyi iş çıkarttığını söyler. Yasemin kendi düşüncesince başarılı değildir çünkü bu olay muhtemelen şansa bağlıdır.

b. Mustafa büyük bir ilk buluşma için hazırlanmaktadır. Arkadaşları ona iyi görüldüğünü söyler. Onların iltifatlarını kale almaz çünkü ona göre yalnızca nazik olmaya çalışmaktadırlar.

Lütfen sosyal durumlarda (arkadaş, eş veya aileyle birlikteyken) olumlu küçültme ya da yok saymayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

Lütfen kişisel başarı durumlarında (okul veya iş) olumlu küçültme ya da yok saymayı ne sıklıkta kullandığınızı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Asla			Ara sıra			Her zaman

## Ek 5: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazılar



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 82370929-774.99  
Konu : Bilimsel Araştırma İzni  
Kübra ERDEM

GAZİANTEP DR.ERSİN ARSLAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : 06/07/2017 tarihli ve 53117430-604.02-14 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile Birliğimiz Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu'na başvuruda bulunarak araştırma izni onaylanan Hastaneniz Hemşiresi **Kübra ERDEM**'in Hastanenizde yükseklisans tezi için inceleme yapması ve gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.  
Abdullah UZUNASLAN  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EKLER:**  
- Araştırma (15 Sayfa)

03423262727 / 1342

Faks No:03423382601

e-Posta:sumeyra.sanaral@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sumeyra.sanaral@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9f287252-8558-4427-889d-7d0cde911b08 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Sümeyra KAYAN

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:



T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ  
İlk ve Acil Tıp Anabilim Dalı

Sayı :11079174 /300/14885  
Konu :Araştırma İzni

10/03/2017

**ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi :03/03/2017 tarihli, 13790 sayılı ve "Araştırma İzni" konulu yazı

Söz konusu kişinin araştırmasının detaylarını Acil Tıp Ana Bilim Dahna anlattıktan sonra yapmasında bir sakınca görülmemektedir.

Prof.Dr. Behçet AL  
İlk ve Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.136.124/en/Vision/Dogrula/L93H7HY>

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Ayrıntılı bilgi için irtibat:

Tel: 0 (342) 300 00 00

Faks: 0 (342) 360 10 17

E-Posta: :[ttfaksek@gmail.com](mailto:ttfaksek@gmail.com)

Elektronik ağ:[www.gantep.edu.tr](http://www.gantep.edu.tr)

/ 1

## EK-6. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

### GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İntihar girişiminde bulunan bireylerde yaşam tutumunun ve bilişse çarpıtmaların baş etme stillerinin yordayıcısı olarak incelenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	148		
KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DiĞER:	<input type="checkbox"/>	
Karar No:2017 /148	Tarih: 10.04.2017		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke. amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

#### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBIYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Cahide Eliborhan	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Recep TÜRK	BANKACI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ  
İmza:

Elden teslim aldım

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## Ek 7: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

<b>BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU</b>	
İntihar girişiminde bulunan bireylerde yaşam tutumunun ve bilişsel çarpıtmaların baş etme stillerinin yordayıcısı olarak incelenmesi.	
<b>Araştırmacı</b> Kübra Erdem Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ	<b>Hastanın</b> Adı-Soyadı: Yaşı: Bilgilendirme Tarihi Tel: Adres:

### Sayın KATILIMCI,

İntihar, istemli olarak kişinin yaşamına son verme girişimidir. Son yıllarda intihar girişimi ve ölümlerle sonuçlanan intihar oranlarında artış görülmektedir. İntiharın günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve her toplumda görülmektedir. İntihara neden olan faktörleri bilmek gerekli koruyucu önlemler açısından yol gösterici olacaktır. İntihar önlenebilir bir sağlık sorunu olduğundan bu önleyici faaliyetlerin nelerden oluşması noktasında, risk etkenlerini veya risk grubunda kimlerin olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Bu çalışmada ise intihar girişiminde bulunan bireylerin yaşama verdiği anlamın ve düşünce özelliklerinin başa çıkma düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından sizlere bir anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığımız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Hastanın (18 yaş altında olan hastaların velisinin) Rızası: Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı KABUL EDİYORUM. Hastanın (Ya da Veli) Adı Soyadı: İmza:

## ÖZGEÇMİŞ

1994 yılında Adıyaman'ın Samsat ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Adıyaman'da tamamladı. 2011 yılında Adana Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nü kazandı, 2015 yılında eğitimini tamamladı. 2015 yılında Çukurova Üniversitesinde Pedagojik Formasyon Sertifikası aldı aynı yıl içerisinde Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesine atandı. 2015-2016 eğitim-öğretim yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı ve Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yoğun Bakım Sertifikası aldı. Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ünitesinde çalıştı halen görevi burada devam etmektedir.

