



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN
İNTİHAR OLASILIĞI VE YAŞAMI SÜRDÜRME
NEDENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Reyhan ESKİYURT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2016

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN
İNTİHAR OLASILIĞI VE YAŞAMI SÜRDÜRME
NEDENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Reyhan ESKİYURT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

**Bu araştırma; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilimsel
Araştırma Projeleri Birimi tarafından 3128 nolu proje ile
desteklenmiştir.**

Ankara, 2016

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İntihar Olasılığı ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Reyhan ESKİYURT

Yüksek Lisans Tezi

26.09.2016

Yrd. Doç. Dr. Birgül Özkan

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Semra Ulusoy Kaymak

Yrd. Doç. Dr. Nigar Ünlüsoy Dinçer

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken
tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

26.09.2016

Reyhan ESKİYURT

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimden bu yana bana her zaman destek olan ve bu çalışma süresince de bilgi, birikim ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli hocam ve danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Tezimin gerçekleşmesine olanak sağlayan, tez çalışmam boyunca bana zaman ayırıp yardımcı olan ve desteklerini esirgemeyen Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü İdari ve Eğitim Sorumlusu sayın Prof.Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ'ye, sayın Doç.Dr. Semra ULUSOY hocalarıma ve ekibine; Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri psikiyatri bölümü Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. A.Elif Anıl YAĞCIOĞLU'na ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri bölümü eğitim sorumlusu sayın Doç.Dr. Kadir ÖZDEL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam boyunca manevi desteklerini esirgemeyen ve kaygılarımı dindirip beni motive eden sevgili dostlarım Hande Nur ÖZDEMİR ve Emel AĞARTAN YILMAZ'a teşekkür ederim.

Bana her zaman kendimi şanslı hissettiren ve her türlü kahrımı çeken annem ve babama, benden çok uzakda olsalarda desteklerini her zaman hissettiren ağabeyim, yengem ve yeğenlerime en derin teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Ruh Sağlığı Alanında Tedavi ve Rehabilitasyon Modelleri	8
2.2.1. Psikiyatri Kliniklerinin Tarihsel Süreci	8
2.2.2. Psikiyatri Kliniklerinin Özellikleri	9
2.2. İntihar	13
2.2.1. İntiharın Tanımı ve Önemi	13
2.2.2. Epidemiyoloji.....	15
2.2.3. İntiharla İlgili Teoriler	16
2.2.3.1. Biyolojik Teoriler	16
2.2.3.2. Psikososyal Teoriler	17
2.2.3.3. Sosyolojik Yaklaşım.....	19
2.2.3.4. Bilişsel Kuram	20
2.2.3.5. Bütüncül Bir İntihar Süreci Modeli.....	21
2.2.4. İntihar ve İlişkili Risk Faktörleri	21
2.2.4.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri.....	22
2.2.4.2. Ailesel Risk Faktörleri.....	23
2.2.4.3. Durumsal Risk Faktörleri	25
2.3. Yaşamı Sürdürme Nedenleri.....	27
2.4. Konunun Hemşirelik ile İlişkisi ve Önemi	27
3. MATERYAL VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Evreni.....	32
3.4. Araştırmanın Örneklemi	32

3.4.1. Hasta seçim kriterleri	33
3.4.2. Çalışmanın dışlama kriterleri:.....	33
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
3.6.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ).....	34
3.6.3. Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE).....	35
3.6.4. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ)	36
3.7. Araştırmanın Uygulanması	37
3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulanması	37
3.7.2. Araştırmanın Uygulanması	38
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi	38
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	68
5.1. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin özelliklerinin dağılımının tartışılması	70
5.2. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre İÖÖ, YSNE ve BDÖ genel puan ortancalarının dağılımının tartışılması	73
5.3. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin İÖÖ, YSNE ve BDÖ genel puan ortancalarının dağılımları ve aralarındaki ilişkinin tartışılması.....	80
5.4. İntihar Olasılığını Yordayan Değişkenlerin Tartışılması.....	81
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	81
6.1. Araştırmanın Sonuçları	83
6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler	88
7. KAYNAKLAR	88
8. EKLER	106
EK- 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	106
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	110
EK-3. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İÖÖ)	112
EK-4. YAŞAMI SÜRDÜRME NEDENLERİ ENVANTERİ (YSNE-28).....	114
EK-5. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDÖ)	116

EK-6. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ-1	119
EK-7. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ-2	120
EK-8. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ-3	121
EK-9. ETİK KURUL RAPORU.....	122
EK-10. ÖZ GEÇMİŞ	123



ÖZET

Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların intihar olasılığı ve yaşamı sürdürme nedenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların intihar olasılığı ve yaşamı sürdürme nedenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Ankara ilinde bulunan ve yataklı kliniği olan Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 192 hasta birey oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE), Beck Depresyon Envanteri (BDÖ) ve Gönüllü Olur Formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin IBM SPSS 21.0 paket programlarında sayı, yüzde, frekans, ortanca, ortalama, standart sapma, Kruskal Wallis H, Mann Whitney U, korelasyon ve adım adım (stepwise) regresyon yöntemi kullanılarak analizi yapılmış olup istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada intihar olasılığı yüksek olan hasta bireylerin daha az yaşamı sürdürme nedenlerine sahip olduğu ve depresyon seviyelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyon, intihar düşüncesi, yaşamı sürdürme nedenleri, kötü muamele görmek, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yaş değişkenlerinin intihar olasılığına etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($F= 61.125$; $p<0.001$).

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tedavileri boyunca intihar olasılığını artıran ve intihara karşı koruyucu olan faktörler doğrultusunda izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri, intihar olasılığı, yaşamı sürdürme nedenleri, yatan hastalar, depresyon.

ABSTRACT

Evaluation of relations between suicide probability and reasons for living in psychiatric inpatient

This study was descriptive research that was conducted to examine about relations between suicide probability and reasons for living in psychiatric inpatient.

This research's process was February- May 2016 and it was carried out in Atatürk training and research hospital, Hacettepe University Hospitals and Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital. The study's sample consisted of 192 psychiatric inpatient who approved to participate in the study. Data were obtained from Personal Knowledge Form, Suicide Probability Scale (SPS), The Reasons for Living Inventory (RLF), Beck Depression Inventory (BDI) and Informed Consent Form. IBM SPSS 21.0 package was used when it's analyzing to data's point, percentage, frequency, median, mean, standard deviation, Kruskal Wallis H and Mann Whitney U Test, correlation and stepwise regression. Significance level was accepted as $p < 0.05$.

The study result showed that psychiatric inpatients who had high suicide probability, had low reasons for living and high depression levels. The study analyses pointed out that depression, suicide ideation, reasons for living, maltreating, education level, income state and age are predictive variables for suicide probability ($F = 61.125$; $p < 0.001$).

In this study, it is recommended that psychiatric inpatients may be observed in accordance with suicide risk and suicide protect factors for prevent suicide.

Key words: Psychiatric, suicide probability, reasons for living, inpatient, depression.

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

5HIAA	:Serotonin ve Onun Metaboliti Olan 5 Hidroksi İndol Asetikasit
SERT	: Serotonin Taşıyıcı Reseptör
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
AIDS	: Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
DSM-V	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- V
İOÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
YSNE	: Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri
BDÖ	: Beck Depresyon Envanteri
MMPI	: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
Bab	: Bipolar Affektif Bozukluk
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Min.	: Minimum
Max	: Maximum
N	: Evrendeki Birey Sayısı
n	: Örneklemdaki Birey Sayısı
P	: Anlamlılık Düzeyi
SS	: Standart Sapma
\bar{X}	: Ortalama

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 192).	41
Tablo 4.2. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarına göre dağılımı.....	43
Tablo 4.3. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırması.	44
Tablo 4.4. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin cinsiyetlerine göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	45
Tablo 4.5. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yaş gruplarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	46
Tablo 4.6. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin medeni durumlarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	47
Tablo 4.7. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin çocuk sahibi olma durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	48
Tablo 4.8. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin eğitim düzeyine göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması	50
Tablo 4.9. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin meslek gruplarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması	51
Tablo 4.10. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin gelir durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	53
Tablo 4.11. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	55
Tablo 4.12. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin intihar düşüncesi ve intihar öyküsüne göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	56
Tablo 4.13. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanı gruplarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	58

Tablo 4.14. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin hayati tehlike atlama durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	60
Tablo 4.15. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin kötü muamele görme durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	61
Tablo 4.16. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin kaza nedeniyle yakınına kaybetme durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	62
Tablo 4.17. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yakınının intihar girişimi olması durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	63
Tablo 4.18. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yakınının intihar nedeniyle ölmesi durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	64
Tablo 4.19. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE ve BDÖ ölçek puan ortancalarının İÖÖ ölçek puan ortancaları ile ilişki.	65
Tablo 4.20. İÖÖ ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenlerin çoklu regresyon sonuçları	67

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Psikiyatri hastanelerinin tarihsel sürecine bakıldığında II. dünya savaşı öncesinde psikiyatrik sağlık hizmetleri kapsamında hastalar toplumdan uzak tutulup sadece fiziksel gereksinimleri karşılanırken sonraki çeyrek yüzyıl boyunca çok önemli değişikliklerin olduğu görülmektedir. Bu değişikliklerin önemli bir kısmını yeni tedavi yöntemleri oluşturmaktadır. Yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ile birlikte psikiyatri hastanelerine hastaların davranışlarını değiştirebilen ve hastalığın iyileşmesine yardım eden kaynaklar olarak bakılmaktadır (1,2). Bu değişim ile birlikte sonraki yıllarda yatan hasta sayısında azalmanın olduğu takip eden yıllarda da psikiyatrik yatak sayısının, hastaların kalış sürelerinin ve psikiyatrik sağlık kurumları sayısının hızlı bir şekilde azaldığı görülmektedir. Bunun nedenlerine bakıldığında; tedavi yönetimine ilişkin gelişmelerin, sigorta planlarına yönelik sınırlamaların ve yatan hastalara yönelik alternatif tedavi hizmetlerinin sunulmasının rol oynadığı ifade edilmektedir (2). Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra ise büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılarak hastaların toplum içerisinde tedavi edilmesi şeklinde çeşitli değişikliklerin olduğu görülmekle birlikte hastaların tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine yatışlarının krize müdahale veya hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme potansiyeli olduğu durumlarda sağlanmaya devam etmektedir (3).

Günümüzde psikiyatri kliniklerinin amacı, hasta bireyin hastaneye yatmasına neden olan psikiyatrik sorunlarını fark etmesini sağlamak ve iyileşmesine yardım etmek olarak belirtilmektedir. Hasta bireylerin yeniden toplumsal yaşama dönmeye hazır hale gelebilmelerini sağlayacak tedavi edici ortam ilkelerinin uygulandığı klinik ortamlarda tedavi almaları gerektiği ileri sürülmektedir. Bir psikiyatri kliniğinin bireyin güvenliği, fiziksel rahatlığı, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebildiği, yaşam kalitesinde problemlere yol açabilecek etkenlerin en aza indirildiği bir ortam olmasının yanı sıra, hastaların bireysel sorumluluk ve psikiyatri ekibi ile etkin iletişim becerilerini geliştirebilmesine yönelik uygun koşullara sahip olması gerekmektedir (4,5). Bu ortamın mahremiyetin sağlandığı yeterli sayıda hasta odası, boş alanlar,

bireysel ve grup terapileri, toplumsallaşma, eğlenme faaliyetlerinin ve uğraşı terapilerine yönelik olanakların sağlanması gibi bazı özellikleri taşıması gerekmektedir (6). Bu tedavi edici ortam ilkelerinin uygulandığı kliniklerde kendi yaşam ortamından yabancı bir alana gelen hasta bireyin tedavi sürecinde yaşam kalitesinde problem yaşamaması hedeflenmektedir (2).

Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi verilme süresi haftalardan günlere kadar azalmış olsa da duygusal kriz yaşayan ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin akut bakımlarında kliniğe yatarak tedavi alması hala önemli bir seçenek olarak devam etmektedir (2). Klinikte yatarak tedavi alması gereken hasta bireylerin psikiyatrik tanıları sırasıyla en sık; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozuklar şeklinde sınıflandırılmaktadır. Duygudurum bozuklukları içinde en fazla görülen temel hastalıklardan depresyon ve bipolar affektif bozuk ile birlikte anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklarda kinik yatış gerektiren önemli semptomlardan birisi bireyin kendine ve başkasına zarar verme davranışı olarak tanımlanmaktadır (7). Kendine ve çevresine zarar verme davranışları farklı şekillerde tanımlanmakta ve farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Kendine zarar verme davranışı literatürde “intihar”, “suicide” veya “özkıyım” gibi tanımlanmakta olup bu durumun en yaygın nedeni olarak da öfke duygusunun kişinin kendisine yöneltmesi sonucunda geliştiği belirtilmektedir. Çevresine zarar verme davranışının da yaygın olarak hostilite veya agresyonda artış ve saldırgan davranışlar ile karakterize olduğu bilinmektedir. Bu davranışın öfke ve anksiyete ile baş etmede yetersizlik sonucunda geliştiği saptanmıştır (1,7). Bu bağlamda farklı tanılarda görülebilen bir semptom olan intihar davranışı gösteren bireylerin yatarak tedavi görmeleri konusunda öncelik tanınmaktadır. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda psikiyatri kliniklerinde bile bu davranışın önceden bilinemediği ve önlenemediği gözlenmektedir (8,9).

Hastaneye yatışın gerekçelerinden biri intiharı önlemek olmasına karşın, toplumdaki intihar oranıyla kıyaslandığında psikiyatri hastanelerinde intihar oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (10). Amerika’da yatan hasta kliniklerinde yıllık yaklaşık 1500 intihar vakasının olduğu ve bunların %10’unu psikiyatrik hastalığı olan bireylerin oluşturduğu (5); Hong Kong’da yatan hastalarda intihar hızının her 100.000 psikiyatrik kayıta 269 olduğu (11), Danimarka’da 1997 ile 2006 yılları arasında yatan hastalarda 279 tamamlanmış intiharın meydana geldiği ve bu

intiharların %50'sinin hastaneye yatışın ilk 18 günü içinde gerçekleştiği ve yatan hastalarda en yüksek intihar risk faktörünün hastaneye yatmadan önceki intihar girişimi olduğu bildirilmektedir (12). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bunun bir sorun olduğu düşünülmektedir. Literatür taraması yapıldığında yatarak tedavi gören hastalarda intihar konusu ile ilgili çalışma sayısının sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (13,14,15,16). Örneğin, Ocak 2011-Mart 2013 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 2000 psikiyatri hastasının intihar girişiminin sıklığını saptamak amacıyla yürütülen bir çalışmanın sonucunda; hastaların %13.8'nin intihar girişimi öyküsü olduğu ve en sık ilaç alınması (%62.5) yoluyla intihar girişiminin olduğu saptanmıştır (13). İntihar farklı kültürlerde farklı tanımlamalar ile ifade edilmektedir. Bu nedenle literatüre uygun bir biçimde intihar terminolojisinin ele alınması gerekmektedir.

İntihar sözcüğü (suicide) latince "kendini öldürmek (self murder)" anlamına gelen sözcükten türetilmiş olup, bireye özgü öznel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. İntihar düşüncede başlayıp ölümlle sonuçlanan ve yaşamı doğrudan tehdit eden bir süreci içermektedir (17,18). İntihar oldukça karmaşık bir davranıştır ve tek bir risk faktörü ile açıklanamamaktadır. İntihara yatkınlığı arttıran risk faktörleri arasında yaş, medeni durum, genetik veya biyolojik yatkınlıklar, daha önce intihar girişiminde bulunmak ve psikiyatrik tanının varlığı yer almaktadır (9). İntihar ile ilgili en çok incelenen konulardan biri psikiyatrik bozukluklardır ve intihar bu bozuklukların bir komplikasyonu olarak değerlendirilmektedir. Ölümlle sonuçlanan intiharların psikolojik otopsileri sonucunda, olguların %90'dan fazlasında psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (22). Bu nedenle kliniklerde psikiyatrik bakım veren ruh sağlığı çalışanlarının psikiyatrik bozukluklar ve intihar arasındaki ilişkiyi bilmeleri gerekmektedir.

Duygudurum bozuklukları ve şizofreni/diğer psikotik bozukluklar tanımlı hastaların diğer psikiyatrik tanıları olan hasta bireylerden daha uzun süre yatarak tedavi aldıkları görülmektedir (3,23,24). İntihar riski ile en çok ilişkisi olan psikiyatrik bozukluklar duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve alkol ve madde kullanım bozukluklarını içermektedir. İntihar nedeniyle ölen insanların yaklaşık yarısının major depresyon hastalığı olduğu; intihar nedeniyle ölüm riskinin duygudurum bozukluklarında 20 kat arttığı; şizofrenide on kat daha yüksek olduğu; alkol kullanım bozukluğunda altı kat yüksek olduğu; anksiyete

bozukluklarının ise intiharda %15-20 oranında rol oynayabildiği ve özellikle panik atak, alkol kullanımı ve depresyon varsa intihar riskinin %6-10 arttığı görülmektedir (7). Genel psikiyatrik bozukluklarda bu kadar yüksek oranlarda görülebilen intihar aynı zamanda daha önce ifade edildiği gibi klinikte yatan hastalarda da oldukça yüksek oranlarda görülmektedir. Hastanede yatarak tedavi gören bireylerin yaşam boyu intihar mortalitelerinin, bipolar bozuklukta %20, unipolar depresyonda %15, şizofrenide %10, alkol kullanım bozukluklarında %18, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları içinse %5-10 arasında olduğu saptanmıştır. Ruhsal bir hastalığı bulunan intihar olgularının yaklaşık %80'inde depresyon olduğu belirlenmiştir. Depresyonu olan olgularda ise intihar riski yaklaşık olarak %15 olarak saptanmıştır (25).

İntihar düşüncesi, eğilimi ve girişimi yaşama dürtüsüne karşı olduğundan ruhsal açıdan bir bozukluk belirtisi olarak kabul edilmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışanlar için doğrudan acil müdahaleyi gerektiren bir durum olarak, intihar davranışının ruh sağlığı alanında tanınması, anlaşılması ve önlenmesi gereken önemli bir konu olduğu ifade edilmektedir (18,19). Psikiyatrik sorunların bütüncül ele alımı, tedavi alanında çoğul etkenli bir yaklaşımı, dolayısıyla değişik meslek gruplarının birlikte hizmet vermesini gündeme getirmektedir. Ruh sağlığı ekibi; psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır (6). Bu bağlamda ruh sağlığı çalışanlarının psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların intihar davranışlarına yol açan risk faktörlerini analiz edebilme becerilerine sahip olup her bir hastanın klinik değerlendirmesinde hastanın son zamanlardaki ifadelerine, bireysel güçlükleri ve zayıflıklarına, psikososyal durumuna yönelik elde ettiği bilgi ile hastanın intihar riskini belirleyerek önleyici tedbirleri alması gerekmektedir (7,15,20).

Ruh sağlığı ekibinden biri olan hemşirelerin yatan hastaların intihar riskinin değerlendirilmesinde önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir. Hemşireler iletişim, gözlem ve sorgulama becerilerini kullanarak intihar riskini değerlendirip beklenmeyen şiddet ve zarar verici davranışların ortaya çıkmasını kontrol edebilmektedirler. Hasta birey ile yapılan iletişim, gözlem, koruyucu faktörler, uyarıcı işaretler ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi sorumluluğu hasta birey ile hemşire arasındaki terapötik ilişkiyi geliştirerek bakımın planlanmasında ve güvenlik ihtiyaçlarının belirlenmesinde katkı sağlamaktadır (2,6,20). Hasta gözlemi ise özellikle

intihar ve saldırgan davranışları olan hasta bireylerin güvenliğini sağlamada etkili bir müdahale yöntemi olarak kullanılmaktadır (21). Psikiyatrik gözlem yapmanın amaçları hastanın durumunu anlamaktan, hastanın tedaviye tepkisi ve hastalığın seyirini izlemeye kadar geniş bir yelpazede incelenmektedir (7,20,21). Hasta bireyler yoğun bunaltı yaşadıkları zamanlarda intihar düşüncesine sahip olabilmektedirler. Bu bağlamda hemşirelerin hasta bireyin sözel veya sözel olmayan davranışlarını umutsuzluk, çaresizlik veya değersizlik açısından değerlendirerek intihar riskine karşı dikkatli olması gerekmektedir (2). İntihara genellikle yoğun acı, umutsuzluk, suçluluk, kendinden nefret etme gibi duygular ve eşlik edebilmekte olup bireyler çözümün olmadığı ve hiçbir şeyin düzelmeyeceği gibi inançlara sahip olabilmektedirler. Hasta bireylerin intihara ilişkin sıkıntılarını azaltmak için umut uygun bir tedavi olabilmektedir (2,20). Bu bağlamda intiharın nedenlerinin saptanmasının yanı sıra bireyler için yaşamı sürdürme nedenlerinin de belirlenmesi psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda intiharı önleme de oldukça önemli olabilmektedir.

Yaşamı sürdürme nedenlerinin bireye özgü olarak ele alınması gerekmektedir. Bireye ait faktörlerin belirlenmesi ile bireyin “yaşam”, “ölüm”, “intihar” ve “var olma” kavramlarına ilişkin tutum ve davranışlarının açığa çıkarılmasına yardım edebileceği düşünülmektedir. Tüm insanların yaşamlarının anlamını bulmak için motive oldukları ileri sürülmektedir. Frankl’a göre yaşamın anlamı insandan insana, günden güne, saatten saate farklılık göstermekte olup yapılan pek çok çalışmada yaşamın anlamı iyi olma (wellbeing), sosyal destek, fiziksel sağlık ile ilişkilendirilirken, depresyon ve umutsuzlukta yaşamın anlamının daha düşük olduğu ifade edilmektedir (26). Temel amacı yaşamak olan bir canlının, kendi isteği ile yaşamına son verme girişiminde bulunmasında hangi etkenlerin veya risk faktörlerinin rol oynadığını belirlemek gerekmektedir. İntihar üzerine yapılan çalışmalar, intiharı engelleyen bazı davranışların olduğunu ve bu davranışların kişiye göre değişmek ile birlikte bütün insanlarda intiharı engelleyen ortak nedenlerin mevcut olduğu ileri sürmektedir. İntihar bilimi alanındaki araştırmaların çoğu, intihara eğilimli kişilerin özelliklerini tanımlayarak intihar davranışı ile ilgili tahminleri güçlendirmeyi amaçlamaktadırlar. Bu çalışmalardan bir kaçı hariç hemen hemen hepsi intihara eğilimli kişilerin uyumsuz özelliklerini tanımlamaya odaklanmışlardır (15,27). Uyuma odaklanıldığında ise, intihara eğilimi olmayan bireylerin yaşamı sürdürme özelliklerinin Frankl’in yaklaşımıyla benzer olduğu görülmektedir. Nazi kamplarından

kurtulmayı başarabilen kişilerin yaşama isteklerini nasıl sürdürdükleri incelendiğinde, aşırı acı verici yaşam olayları boyunca bireyin hayatta kalmasını sağlayan şeyin gelecek ile ilgili beklentileri ve yaşamı ile ilgili inançları olduğu görülmektedir (27,28).

Yaşamı sürdürme nedenleri, kişileri intihar davranışına karşı koruyan "olumlu" bilişler üzerinde odaklanmaktadır. Yaşamı sürdürme nedenleri ölçeğinde kişileri yaşama bağlayan nedenler sırasıyla; ahlaki engeller, toplumsal kınanma korkusu, intihar korkusu, çocuk ile ilgili endişeler, aileye karşı sorumluluk, hayatta kalma ve baş etme inançlarını kapsayan ve intihar riskini hafifleten beklentiler veya inançlar şeklinde sıralanmaktadır. Bireylerin bu faktörlere verdikleri önem derecesi ile intihar davranışı arasında negatif bir ilişki olduğu, intihar davranışında bulunan kişilerin intihar etmeyenlere göre daha az yaşama nedenlerinin olduğunu bildirilmektedir (27). Yaşamı sürdürme nedenlerinin intihar düşüncesi ve ümitsizlik arasındaki ilişkinin gücünü azaltarak, bireyleri ümitsizliğin negatif etkilerinden koruduğu ve intihar düşüncesi veya intihar girişimi olan çoğu hastanın ölüm yerine yaşamı tercih ederek intihar nedeniyle ölme olasılığının azaltılabildiği belirtilmektedir (29,30,31).

Bu konuda yapılan tüm çalışmalar incelendiğinde, tanımlayıcı düzeyde ve psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi alan hastalarda sınırlı sayıda olduğu için bu çalışmaya gereksinim duyulmuştur. Bu araştırmada psikiyatri kliniklerinde farklı tanımlarla yatan hastaların intihar olasılıkları ve yaşamı sürdürme nedenleri konusu ele alınmıştır. Bu konunun seçilmesinde farklı hastalık tanımlarına bağlı gelişen bir semptom olan intiharın önlenabilir olması önemli bulunmuştur. Bu nedenle bireylerde intiharı etkileyen faktörler ile birlikte yaşamı sürdürme nedenlerinin de saptanarak aralarındaki ilişkinin açığa çıkarılması sonucunda önlenabilir programların geliştirilmesinde ciddi bir rol oynayacağı varsayılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler ile intihar için büyük risk taşıyan psikiyatri hastalarında, intihar eğilimi ve intihar girişimini yordayan faktörlere dair elde edilen bilgilerin, intihar düşüncesini tedaviye ve intiharı önlemeye yönelik yaklaşımların geliştirilmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

İntihar sonucu ölüm, doğal nedenler sonucu meydana gelen ölümden daha trajiktir ve kişinin çevresindekileri ve içinde yaşadığı toplumu maddi ve manevi olarak etkilemektedir (26). Bu nedenle intihar riskini değerlendirerek intiharı önceden tanıyabilmek ve önleyebilmek özellikle hastaya bakım verme sürecinde sürekli iletişim halinde olan hemşireler için son derece önemli hale gelmektedir. Bu nedenle bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların intihar olasılıkları ile yaşamı sürdürme nedenlerinin saptanması ve aralarındaki ilişkinin analiz edilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile intihar olasılıkları arasında bir ilişki var mı?
- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile yaşamı sürdürme nedenleri arasında bir ilişki var mı?
- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin intihar olasılığı ile yaşamı sürdürme nedenleri arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı Alanında Tedavi ve Rehabilitasyon Modelleri

2.1.1. Psikiyatri Kliniklerinin Tarihsel Süreci

Psikiyatri hastanelerinin tarihsel sürecine bakıldığında II. dünya savaşı öncesinde ruh sağlığı hizmetleri kapsamında hastaların toplumdan uzak tutulduğu ve sadece fiziksel gereksinimlerinin karşılandığı görülmektedir. Yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ile birlikte psikiyatri hastanelerine hastanın davranışını değiştirebilen ve hastalığın iyileşmesine yardım eden kaynaklar olarak bakılmaktadır (1,2). Dünya’da ruh sağlığı alanında; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli olmak üzere üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır. Hastane temelli model, en eski ve geleneksel model olarak 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar kullanılmıştır. Bu dönemde genellikle şehrin dışında ortalama iki bin yatak kapasitesine sahip çok sayıda büyük psikiyatri hastaneleri kurulmuştur. Bu hastanelerin aşırı kalabalık olması, hijyen şartlarının kötü olması ve hasta haklarının ihlal edilmesi gibi sorunlardan dolayı 1960’lardan sonra bu modelin kullanılmamaya başladığı görülmektedir (3,32). Tedavi yönetimine ilişkin gelişmeler, sigorta planlarına yönelik sınırlamalar ve yatan hastalara alternatif tedavi hizmetlerinin sunulması hastaların hastanede kaldığı sürede, psikiyatrik yatak sayısında ve psikiyatrik sağlık kurumları sayısında hızlı bir şekilde azalmanın olmasında rol oynamaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü’nün kurumsallaşmaya alternatif olarak tavsiye ettiği toplum temelli modelin, 1960’larda öncelikle İtalya’da, eşzamanlı olarak İngiltere, Fransa ve Almanya’da başladığı görülmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin hedef kitlesini ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Bu hasta bireylerin sadece tedavi boyutuyla değil sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları çerçevesinde değerlendirilmesi gerekliliği belirtilmektedir (32,33).

Psikiyatri hastanelerinin tamamen kapatılıp, yataklı hizmetlerin ülke geneline yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları açısından maliyeti oldukça yüksek olmaktadır. Sosyo-ekonomik koşulları ve insan kaynakları açısından daha uygun bir model olarak kabul edilen toplum-hastane denge modelinin İngiltere’de uygulandığı görülmektedir. Bu ülkede psikiyatri hastanelerinin kapasitesi 200 yatak ve altına düşürülerek korunmakta ve toplum temelli ruh sağlığı hizmeti verilmektedir (32,33).

Ülkemizde ise ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından hastane temelli model ile verilmektedir. Bu model kapsamında hastalara poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakım alamayan hastaların hastaneye yatırılarak bakımının sağlanması gibi sağlık hizmetleri sunulmaktadır (32,33).

2.1.2. Psikiyatri Kliniklerinin Özellikleri

Günümüzde psikiyatri kliniklerinin amacı, hasta bireyin hastaneye yatmasına neden olan psikiyatrik sorunlarını fark etmesini sağlamak ve iyileşmesine yardım etmek olarak belirtilmektedir. Hasta bireylerin yeniden toplumsal yaşama dönmeye hazır hale gelebilmelerini sağlayacak tedavi edici ortam ilkelerinin uygulandığı klinik ortamlarda tedavi almaları gerektiği ileri sürülmektedir. Bir psikiyatri kliniğinin bireyin güvenliği, fiziksel rahatlığı, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebildiği, yaşam kalitesinde problemlere yol açabilecek etkenlerin en aza indirildiği bir ortam olmasının yanı sıra, hastaların bireysel sorumluluk ve psikiyatri ekibi ile etkin iletişim becerilerini geliştirebilmesine yönelik uygun koşullara sahip olması gerekmektedir (4,5). Bu tedavi edici ortamın sağlanması için bazı özellikleri taşıması gerekmektedir. Bunlar mahremiyetin sağlandığı yeterli sayıda hasta odası, boş alanlar, bireysel ve grup terapileri, toplumsallaşma, eğlenme faaliyetlerinin ve uğraşı terapilerine yönelik olanakların bulunması şeklinde belirtilmektedir (6).

Ruh sağlığı ve bozukluklarının belirleyici etkenleri sadece bireyin düşünceleri, duyguları, davranışları ve diğer kişiler ile olan etkileşimini yönetme becerisi gibi bireysel özellikleri değil aynı zamanda ulusal politikalar, sosyal koruma, yaşam standartları, çalışma koşulları gibi sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve çevresel

faktörleri de içermektedir (34). Psikiyatrik bozukluklar tekrarlamaları ve kronik gidişleri nedeniyle yeti yitimine yol açmaktadırlar (7,23).

Hastanelerde yatarak tedavi almanın süresi haftalardan günlere kadar azalmış olsa da hastaneye yatırma duygusal krizler ve ruhsal bozuklukları olan bireylerin tedavilerine yönelik bir seçenek olarak devam etmektir (2,32). Klinikte yatarak tedavi alan hasta bireylerin psikiyatrik tanıları sırasıyla en sık; duygudurum bozuklukları, maddeye bağlı bozukluklar, deliryum/demens, anksiyete bozuklukları ve şizofreni olarak belirtilmektedir (2,35).

Depresyon yaygın bir ruhsal bozukluk olup dünya çapında yaklaşık 350 milyon insanı etkilemektedir. Kadınlar depresyondan erkeklere göre daha çok etkilenebilmektedir. Depresyon üzüntü, ilgi veya zevk kaybı, suçluluk hissi, düşük benlik saygısı, uyku veya iştahta bozulma, yorgunluk ve düşük konsantrasyon ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel nedeni olmaksızın hasta bireyler çeşitli fiziksel şikayetlere sahip olabilmektedirler. Depresyon dirençli veya tekrar edici nitelikte olabilmek ile birlikte bireylerin günlük yaşamdaki baş etme ve iş veya okuldaki fonksiyonel becerilerinde kayıplara neden olabilmektedir. Belirtilerin şiddetli olduğu anlarda intihar da gözlenmektedir (7,36). Depresif bireyler genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökkün üzüntülü bir yüz ifadesine sahip olabilmektedirler. Bazı hasta bireylerin öz bakımı azalmakla birlikte motor davranışlarındaki yavaşlamaya konuşma ve düşünce hızındaki yavaşlama da eşlik edebilmektedir. Gün içinde halsizlik ve yorgunluğun olması bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bazı hasta bireyler yoğun sıkıntı nedeniyle yerinde duramazken bazı hasta bireyler ise ilişki kurmakta zorluk yaşayabilmektedirler (1).

Dünyada yaklaşık olarak 60 milyon insanı etkileyen duygudurum bozukluklarından olan bipolar affektif bozuklukta duygudurum, enerji ve fonksiyonel becerilerdeki değişiklikler dikkati çekmektedir. Hastalık süreci değişken olup semptomlar yoğun maniden-abartılmış neşe veya sinirlilik-şiddetli depresyona doğru olabilmektedir. Manik dönemlerde artmış duygudurum, aşırı hareketlilik, basınçlı konuşma, özgüvende yükselme, uyku ihtiyacında azalma görülmektedir (1,7,36).

Şizofreni şiddetli ruhsal bozukluklarından birisidir ve dünya çapında yaklaşık 21 milyon kişiyi etkilediği belirtilmektedir. Psikozlar düşünce, algı, duygu, konuşma, benlik algısı ve davranışta bozulma ile karakterize olup bireylerin düşünce süreçlerinde zorluklar yaşadığı halüsinasyon, yanılsama ve düşünce bozukluğu gibi belirtiler günlük yaşamda zorluklara neden olabilmektedir (1,6,7,36).

Dünyada 47.5 milyon bireyin demans olduğu belirtilmektedir. Demansın genellikle kronik ve ilerleyici bir doğası olup normal yaşlanmada beklenenin ötesinde bilişsel fonksiyonlarda bozulma olmaktadır. Hafıza, düşünme, yönelim, kavrama, hesap yapma, yargılama, konuşma ve öğrenme kapasitesi gibi alanları etkilemektedir. Bilişsel fonksiyonlardaki bozulmayla birlikte genellikle duygu ve davranış kontrolündeki bozulma da görülmektedir (7,34,36).

Anksiyete strese yönelik normal bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete tehlikelere karşı bireyleri alarma geçirerek tehlide karşı hazırlık yapılması ve dikkatin verilmesine yardımcı olmaktadır. Anksiyete bozukluğu olan bireyler anksiyetelerini kontrol etmeye çalışırken katı, tekrarlayıcı ve etkili olmayan davranışlarda bulunmaktadır. Bu tür hastalıklarda yaşanan yüksek anksiyete bireyin kişisel, çalışma ve sosyal fonksiyonlarını engellemektedir (2).

Madde kötüye kullanımı alkol veya yasadışı ilaçları kapsayan psikoaktif maddenin tehlikeli ve zarar verici nitelikte kullanımı olarak tanımlanmaktadır (34). Madde kötüye kullanımının temel niteliği tekrar tekrar madde kullanımına bağlı yineleyen ve önemli olumsuz sonuçlarına karşın uyum bozucu bir biçimde madde kullanımının olması olarak belirtilmektedir. Bireyin maddeyi sürekli bir biçimde kullandığına ilişkin fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler görülmektedir (6).

Psikiyatri kliniklerinde intihar eden bireylere, çevresine zarar verme riski yüksek olan bireylere veya işlev kaybı nedeniyle kısa süreli akut bakıma ihtiyacı olan bireylere hastane yatışlarında öncelik sağlanmaktadır (37). Hastaneye yatışın gerekçelerinden biri intiharı önlemek olmasına karşın, toplumdaki intihar oranıyla kıyaslandığında psikiyatri hastanelerinde intihar oranının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (10). Amerika'da yatan hasta kliniklerinde yıllık yaklaşık 1500 intihar vakasının olduğu ve bunların %10'unu psikiyatrik hastalığı olan bireylerin oluşturduğu (5); Hong Kong'da yatan hastalarda intihar hızının her 100.000 psikiyatrik kayıta 269

intihar olduğu (11), Danimarka'da 1997 ile 2006 yılları arasında yatan hastalarda 279 tamamlanmış intiharın meydana geldiği; bu intiharların %50'sinin hastaneye yatışın ilk 18 günü içinde gerçekleştiği ve yatan hastalarda en yüksek intihar risk faktörünün hastaneye yatmadan önceki intihar girişimi olduğu bildirilmektedir (12). Ülkemizde ise yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girişiminin sıklığını saptamak amacıyla yürütölen çalışmanın sonucunda, Ocak 2011-Mart 2013 tarihleri arasında bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören toplam 2000 hastanın %13.8'nin intihar girişimi öyküsü olduğu ve en sık intihar girişiminin ilaç alınması yoluyla olduğu saptanmıştır (13).

Bu bağlamda riskli grupları belirlemek, intihar davranışını incelemek ve önleyici tedbirleri almak hedeflenmektedir (15). Ruh sağlığı alanında çalışanlar için doğrudan acil müdahaleyi gerektiren bir durum olarak, intihar davranışının ruh sağlığı alanında tanınması, anlaşılması ve önlenmesi gereken önemli bir konu olduğu ifade edilmektedir (18,19). Psikiyatrik sorunların bütüncöl ele alımı, tedavi alanında çoğul etkenli bir yaklaşımı, dolayısıyla değişik meslek gruplarının birlikte hizmet vermesini gündeme getirmektedir. Ruh sağlığı ekibi; psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır (6). Ruh sağlığı çalışanlarının psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların intihar davranışlarına yol açan risk faktörlerini analiz edebilme becerileri oldukça önemli bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri her bir hastanın klinik değerlendirmesinde hastanın son zamanlardaki ifadelerine, bireysel güçlükleri ve zayıflıklarına, psikososyal durumuna yönelik elde ettiği bilgi ile hastanın intihar riskini tahmin edebilmektedirler (7,20). Bu bağlamda riskli grupları belirlemek, intihar davranışını incelemek ve önleyici tedbirleri almak hedeflenmektedir (15).

Ruh sağlığı ekibinden biri olan hemşirelerin yatan hastaların intihar riskinin değerlendirilmesinde önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir. Hemşireler iletişim, gözlem ve sorgulama becerilerini kullanarak intihar riskini değerlendirip beklenmeyen şiddet ve zarar verici davranışların ortaya çıkmasını kontrol edebilmektedirler. Hasta birey ile yapılan iletişim, gözlem, koruyucu faktörler, uyarıcı işaretler ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi sorumluluğu hasta birey ile hemşire arasındaki terapötik ilişkiyi geliştirerek bakımın planlanmasında ve güvenlik ihtiyaçlarının belirlenmesinde katkı sağlamaktadır (2,6,20). Hasta gözlemi özellikle intihar ve saldırgan davranışları olan hasta bireylerin güvenliğini sağlamada etkili bir

müdahale yöntemi olarak kullanılmaktadır (21). Psikiyatrik gözlem yapmanın amaçları hastanın durumunu anlamaktan, hastanın tedaviye tepkisi ve hastalığın seyrini izlemeye kadar geniş bir yelpazede incelenmektedir (7,20,21).

Hasta bireyler yoğun bunaltı yaşadıkları zamanlarda intihar düşüncesine sahip olabilmektedirler. Bu bağlamda hemşirelerin hasta bireyin sözel veya sözel olmayan davranışlarını umutsuzluk, çaresizlik veya değersizlik açısından değerlendirerek intihar riskine karşı dikkatli olması gerekmektedir (2). İntihara genellikle yoğun acı, umutsuzluk, suçluluk, kendinden nefret etme gibi duygular ve eşlik edebilmekte olup bireyler çözümün olmadığı ve hiçbir şeyin düzelmeyeceği gibi inançlara sahip olabilmektedirler. Hasta bireylerin intihara ilişkin sıkıntılarını azaltmak için umut uygun bir tedavi olabilmektedir. Hemşirelerin hasta birey ile umut bağıını geliştirmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (2,20).

2.2. İntihar

2.2.1. İntiharın Tanımı ve Önemi

İntiharın tüm toplumlarda farklı şekillerde ve farklı nedenlerden dolayı yaşanıyor olması intihar tanımlarının çok çeşitliliğe neden olmaktadır. İntihar sözcüğünün ortaçağda Latince “sui homicida” deyimini olarak kullanıldığı düşünülmektedir. Fransızcada, 18.yy da “suicidum” terimi olarak kullanımına rastlanılmaktadır. Tanzimat döneminde Türkçe’ye çevrilen eserlerde “kendini katletme”nin yerine “intihar” sözcüğü kullanılmaya başlamasıyla dilimize girmiş olup Arapçada göğüs, göğse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlak bıçakla kesme anlamlarına gelen “nahr” sözcüğünden türetilmiştir (1,14). İngilizce’ye “suicide” şeklinde girmiş olan intihar sözcüğü, Latince "insanın kendini öldürmesi" anlamına gelen "sui" (ben) ve "cedere" (öldürmek) kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur (14). Türk Dil Kurumu intihar kelimesini "kişinin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi" ve “Hayatını tehlikeye düşürecek aşırı davranış veya iş” olarak tanımlamaktadır (38). Dünya Sağlık Örgütü ise intiharı “kişinin kendi kendini kasıtlı olarak öldürme eylemidir.” şeklinde tanımlamaktadır (39).

İntihar kelimesi ilk olarak ölümlle sonuçlanmış olayları akla getiriyor olsa da tek başına ölümlle sonuçlanan bir olay değildir. Düşünme, planlama, gerçekleştirme gibi aşamalarından oluşan karmaşık bir süreç olup intihar davranışı olarak ele alınmaktadır. Durkheim intihar davranışı sürecini şu şekilde belirtmektedir: “Ölen kişi tarafından ölümlle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz eylemin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir.” (1,14). Shneidman'a göre, gücü zayıflamış benliğin çözüm arayıcı eylemi olarak intiharın her zaman sonuca ulaşmadığı gerçeği açısından bakıldığında, intihar olgusu "intihar", "intihar girişimi" ve "intihar düşüncesi" kavramları temelinde ele alınmaktadır. Beck Komitesinin sınıflamasına göre intihar davranışının üç ana davranıştan oluştuğu belirtilmektedir. Bunlar sırasıyla; kişinin kendini öldürmesi olayı “tamamlanmış intihar”, kişinin kendini öldürmek için yaptığı girişimler “intihar girişimleri”, kişinin kendini öldürmeyi düşünmesi ve bu yönde planlar yapması “intihar düşüncesi” olarak tanımlanmaktadır (14).

Eskin intiharın tanımını ve sınıflandırmasını yaparken niyet, eylem ve güdü olmak üzere üç temel öge öne sürmektedir. Niyet kişinin kendini öldürmek isteyip istemediği ile ilgili; eylem kişinin kendini öldürmek için herhangi bir girişimde bulunup bulunmadığı ile ilgili ve son olarak güdü ise kişinin kendini öldürmek istemesinin nedeninin ne olduğu ile ilgili olarak tanımlanmaktadır (14).

Belirgin tartışmalarda, doğru araştırmalarda ve etkili sağaltımda intihar davranışının kabul edilen tanımlamalarına gerek duyulmaktadır. Bu kapsamda, Kolumbiya İntiharı Değerlendirme Sınıflama Algoritması standart terimlemeye katkı sağlamaktadır (Bkz. Şekil 1) (41).

Kavram	Tanım
İntihar	Ölme isteğine birtakım kanıtın eşlik ettiği öldürücü kendine zarar verme eylemi
İntihar girişimi	Ölmeye yönelik az miktarda niyetin olduğu kendine zarar verme davranışı potansiyeli
Aktif intihar düşüncesi	Bireyin yaşamını sonlandırmak için harekete geçmesi hakkında bir yöntem belirleme, bir plan yapma ya da yapma niyetinin olmasını içeren düşünceleri
Pasif intihar düşüncesi	Herhangi bir plan veya niyeti olmaksızın ölmek isteği veya ölüm ile ilgili düşünceler
İntihar olmadan kendine zarar verme	Ölme niyetinin olmadığı kendine zarar verme davranışı
İntihar ile ilgili olaylar	İntihar düşüncesi veya girişiminin başlaması veya kötüleşmesi, intihar davranışı veya düşüncesine yönelik acil yönlendirme
Kasıtlı olarak kendine zarar verme	İntihar girişimi ve intihar olmadan kendine zarar vermeyi içeren kendine zarar verme davranışı türü

Şekil 1. İntihar ve intihar düşüncesi ve davranışı ile ilgili terimler

2.2.2. Epidemiyoloji

İntihar, stresli yaşam olaylarına yönelik tepki veren sağlıklı kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir (42). Her yıl dünya çapında yaklaşık bir milyon insanın intihardan ölmesi nedeniyle, intiharın evrensel önemi olan bir toplum sağlığı sorunu olduğu belirtilmektedir. İntiharlar önlebilir olmasına rağmen her 40 saniyede bir kişi dünyanın bir yerlerinde intihar yüzünden ölmekte ve çoğu intihar girişiminde bulunmaktadır. İntiharlar dünyanın bütün bölgelerinde ve yaşam boyunca gerçekleşmektedir. Özellikle, 15-29 yaş aralığındaki genç bireyler arasında intiharın ikinci önde gelen ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir (34). İntihara ilişkin kültürel ve ahlaki inançlar ile intiharın tedavisi ve önlenmesi ile ilgili karamsar görüşler, klinisyenlerin intihar düşüncesine yönelik rutin sorgulamalarına ve hastanın kendisini ifade etmesine engel olmaktadır. İntihar ile ölen insanların yaklaşık %45'inin ölümünün birinci ayı içinde birinci basamak hekimine başvurduğu, ancak hekim sorgulaması veya hasta ifadeleri ile ilgili belgelerin az olduğu belirtilmektedir (43). İntihar hassas bir konu olmasına rağmen bazı ülkelerde kayıt altına alınmamaktadır. Doğum ve ölüm kaydının iyi yapıldığı ülkelerde ise, intihar kaza veya başka bir ölüm nedeni gibi genellikle yanlış sınıflandırılmaktadır. Bir intihar kaydı birkaç farklı makamları içeren karışık bir prosedürden oluştuğundan

güvenilir ölüm kaydı yapılmayan ülkelerde, intiharlar sadece ölüm olarak sayılmaktadır (34).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2014 verilerine göre; Türkiye’de kaba intihar hızı yüz binde 3.97 olup her yüz bin kişiden yaklaşık dördünün intihar etmiş olabileceği düşünülmektedir. Ölümle sonuçlanan intihar sayısının, 3065 olduğu saptanmıştır. İntihar nedenlerinin sırasıyla; hastalık (%17.9), aile geçimsizliği (%9.0) ve geçim zorluğu (%8.4) olduğu ifade edilmekte olup nedeni tespit edilemeyen intihar oranının ise %52.9 olduğu tespit edilmiştir (44).

2.2.3. İntiharla İlgili Teoriler

İntihar pek çok dinamiğin ayrı ayrı ya da birlikte rol oynayabildiği, tek bir yaklaşım ile anlaşılacak kadar karmaşık bir olgu olması nedeniyle intihar olgusunu açıklamaya yönelik birçok kuramcı çeşitli görüşler belirtmektedirler. Bu bağlamda Odağ, her bir kuramın intiharın bir yönünü açıkladığını, geliştirilen kurama dayanılarak intiharın bir tanımının yapıldığını, oysa uygulamaların her intihar girişiminde değişik ve her intihar girişimine özgü nedenler kümesinin bulunduğunu belirtmiştir (45).

İntihar ile ilgili kuramsal yaklaşımları biyolojik, psikolojik, sosyolojik, bilişsel ve bütüncül intihar süreci modeli olmak üzere beş ana grupta toplayabiliriz.

2.2.3.1. Biyolojik Teoriler

İntiharların altında yatan ruhsal durumun sıklıkla çökkünlük ile ilgili olması nedeniyle, intihar hakkındaki biyolojik kuramlar çökkünlük çalışmaları içinde ele alınmıştır. Beyinde serotonin ve noradrenalin nörotransmisyonunda görece bir yetmezlik olduğu ve bunun çökkünlükle sonuçlandığı ileri sürülmektedir (1). Serotonin ve onun metaboliti olan 5 hidroksi indol asetik asit (5HIAA) çökkünlük ve intihar ile ilişkili olduğu ve yapılan çalışmalarda, 5 HIAA intihar davranışında bulunan bireylerde bulunmayanlara göre beyin omurilik sıvısında düşük oranlarda olduğu ileri sürülmektedir (46). Serotonin taşıyıcı reseptör (SERT), işlevini tamamlamış serotoninin sinaptik aralıktan geri alınması sağlayarak serotonerjik nörotransmisyonda

dengeleyici bir rol üstlenmektedir. Pek çok çalışmada intihar davranışı ile beynin inhibisyon ve kısıtlama görevi ile ilgili bölgesi olan ventral prefrontal korteksteki SERT bağlanmasındaki değişikliklerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (47).

İntihar olgularında genetik özelliklerin varlığını araştırmak üzere ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmış ve bunun sonucunda; tek yumurta ikizlerinde intihar ve intihar girişimi riskinin daha fazla olduğu, biyolojik ailelerinde intihar oranının yüksek olmasının evlat edinilen çocukta da bu oranların yüksek olmasına yol açtığı gösterilmiştir (48). Statham ve arkadaşlarının (1998), 5995 ikizi, intihar düşünceleri, hafif şiddetli intihar girişimleri, ciddi intihar girişimleri olarak üç grupta inceledikleri bir çalışmada, tüm gruplarda tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı (concordance), çift yumurta ikizlerine oranla yüksek bulunmuştur ayrıca eğer eş ikizde ciddi bir intihar girişimi var ise tek yumurta ikizlerinde intihar riski diğer ikizlere göre 17 kat arttığı bulunmuştur (49).

2.2.3.2. Psikososyal Teoriler

2.2.3.2.1. Psikoanalitik Kuram

Freud'un 1916'da yayınladığı "Yas ve Melankoli" çalışmasında intiharın dinamiklerini tanımlamak için kullandığı regresyon, nesne yitimi, üstbenlik, yıkımın kendine dönmesi, kendini suçlama, libido, özdeşim gibi kavramlar halen geçerliliğini korumaya devam etmektedir. Freud, intiharı bir depresyon sorunu olarak ele almakta ve depresyonun en ağır sonucu olarak tanımlamaktadır. Kişiyi intihara götüren süreç bilinç dışında gerçekleşen bir sevgi nesnesinin yitimi ile başlamaktadır. Sevgi nesnesinin neden olduğu düş kırıklığı sonucu kişi derin acılı bir duygudurum içerisine girerek çevreye olan ilgisini kaybetmektedir. Kişinin benliğinde bir yoksullaşma, boşluk ve terkedilmişlik duygularıyla birlikte özdeğerde belirgin bir azalma ve yoksullaşma meydana gelmektedir. Çevreye olan ilgisini kaybeden kişi sevgi nesnesinden çektiği libidosunu (cinsel enerji) yeni bir nesneye aktaramayıp boşta kalan bu enerjisini benliğine geri döndürerek yitirilen nesne ile özdeşim için kullanmaktadır. Buradaki özdeşim benliğine yitirilen nesne ile içsel kaynaşmasını ve bütünleşmesini sağlamaktadır. Bunun sonucunda kişinin benliği yitirilen sevgi nesnesi haline almaktadır. Kaybedilen sevgi nesnesine karşı duyulan düşmanca duygular

kişinin kendi benliğine dönmekte, yitirilen sevgi nesnesi benliğin bir parçası olmaktadır. Kaybedilen sevgi nesnesi ile kurulan bu özdeşim bu kaybın travmasına ve ruhsal sonuçlarına karşı bir savunma mekanizması olmaktadır (45)

Kurama göre depresif dönemlerde birey geç oral ve erken anal döneme geri dönmektedir. Bu döneme saplanmış yetişkinlerin belirgin özellikleri arasında gereksinimlerini boyun eğerek ya da kendilerini beğendirerek karşılama yer almaktadır. Aynı nesneye karşı sevgi ve nefret gibi ambivalan duygular oluşmaktadır. Ancak gereksinimlerin giderilmesi için saldırganlık, nefret gibi olumsuz duyguların yol açtığı suçluluk duygusu ve sevgi nesnesi tarafından terk edilmenin neticesinde yaşanan anlamsızlık ve boşluk kişinin kendisini tahrip etmesine yol açabilmektedir (50). Bilinçdışı nesne yitimi sonucu gelişen melankolide Freud nesne kaybı, ambivalans ve benlik içindeki regresyonu üç ön şart olarak belirtmektedir. Kişinin öfkesi ve hayal kırıklığı gerçek nesneye değil kendisine yönelmekte, güçlü üstbenliğin bu saldırgan dürtüleri dışa vurmasına izin vermemesi de benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır. İntiharın mantığı üstbenliğin yoğun sıkıştırılmaları, yaşamaya layık görmemesi ile oluşmaktadır. Benlik üstbenliğin baskılarına dayanamayarak intihara yönelebilmektedir (45).

İntihara psikodinamik yaklaşımla bakan Karl Menninger, intiharı başka bir kişiye duyulan öfkenin sonucu olarak, içe alınan bu kişiyi cezalandırma olarak tanımlamakta ve intihar girişimlerini bilinç düzeyinde ölme isteği, bilinçdışında ise ölmeme isteği olarak yorumlamaktadır (51). Menninger intihar eden kişinin üç temel güdüyle hareket ettiğini savunmaktadır. Bunlar sırasıyla; kızgınlık ve öfke duygularıyla ortaya çıkan başkasını öldürme isteği, kişinin başkaları tarafından öldürülme isteği ve kişinin kendisini öldürme isteği olarak belirtilmektedir (14,45,51).

Nesne İlişkileri Kuramı'nda Kind, intiharı içselleştirilen erken dönem nesne ilişkileri yaşantısıyla açıklamaktadır. İntiharın çatışmalı bir ilişkiden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Kurama göre intihar bilinçli bir seçim değildir, içselleştirilmiş kötü nesnelere kurtulma ve sevilen nesnelere koruma amaçlı yapılan bilinç dışı bir süreçtir ve eylemin birinci amacı ölmek değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin odağında bulunan bir nesneyi değiştirmektir (14,45).

2.2.3.2.2. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre, insan davranışlarının küçük yaştan itibaren model alma ve taklit yoluyla öğrenildiği öne sürülmektedir. Büyümekte olan çocuklar çevresindeki kişileri gözlemleyerek, onları model olarak seçmekte ve kendi davranış repertuarını oluşturmaktadır. Sosyal öğrenme kuramcısı Lester (1987) intiharı stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmak için kullanılan öğrenilmiş bir tepki olarak belirtmektedir. İntihar eden, intihar girişiminde bulunan ya da intihar planları yapan kişilerin çevrelerinden bu davranışı öğrendikleri ileri sürülmektedir. Stresli bir yaşam olayıyla karşılaşan, sorunlarını çözmek için bir çıkış bulamayan kişilerin daha önce öğrendikleri intihar davranışlarını repertuarından çağırmaları söz konusu olmaktadır (14,45).

2.2.3.3.Sosyolojik Teoriler

Fransız sosyolog Emile Durkheim (1986) intiharı toplumsal bir olgu olarak ele alarak toplumların kendine özgü olan “toplumsal intihar oranı” olduğunu ileri sürmektedir. Toplumsal dönüşüm ya da olağan dışı bir durum olmadığı sürece bu oranın değişmediğini belirten Durkheim teorisini iki ana boyuta dayandırmaktadır. Bu boyutlardan ilki olan sosyal bütünleşme; bireyin toplum içinde yer aldığı rollerle, katıldığı toplumsal etkinlikler ya da duygusal etmenlerle kendisini toplumun bir parçası olarak görmesi veya toplumdaki bireylerin birbirine ne kadar bağlı olduklarının derecesi olarak ele alınmaktadır. İkinci boyut olan toplumsal düzenleme ise, toplumun kurallarının, normlarının ve değerlerinin gücü ile bireyin rasyonel olmayan arzu ve isteklerinin düzenlenmesi olarak adlandırılmaktadır. İntihar oranının evli olanlarda, çocuk sahibi olanlarda, çalışanlarda, dinine bağlı olan kişilerde daha düşük olduğu; toplumsal değişimlerin arttığı reform dönemlerinde, toplum değerlerinin bozulduğu dönemlerde ise daha yüksek olduğu belirtilmektedir. (45).

Durkheim, toplumsal etkenler ile intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen dört ayrı intihar türünden bahsetmektedir. Bunlar bencil intiharlar, elcil intiharlar, kuralsızlık intiharları ve ölümcül intiharlar olarak sıralanmaktadır (14,45).

Bencil intihar: Sosyal bütünleşmenin düşük olduğu, bireyin toplumsal bağlarının azalması ve toplumsal çevresiyle bütünleşememesi sonucu ortaya çıkan intiharlar

olarak açıklanmaktadır. İçinde yaşanılan toplum bireylerin toplumla bütünleşmesine yeterince imkan sunmuyorsa ve bu bireyler kendi başına bırakılıyorsa, bireyin intihar etme olasılığı artmaktadır. Kişiyi kendi başının çaresine bakmak durumunda bırakan etkenler ne kadar çoğalır, intihar olaylarının da o ölçüde arttığı ileri sürülmektedir. (14,45).

Elcil intihar: Bireyin toplumla tamamen bütünleşmesi, toplum dayatmalarına maruz kalması, geleneklere, dinlere sıkı sıkıya bağlanması sonucu bireylerin kendini öldürmesiyle sonuçlanan intiharlar olarak tanımlanmaktadır. Toplumsal baskı ön plandadır ve bireyler intiharı kendileri için bir ödev olarak görmektedirler. Bu ödevi yerine getirmediklerinde toplumsal veya dinsel yaptırımlarla karşılaşacaklarını düşünmektedirler. (14,45).

Kuralsızlık intiharları: Durkheim bu intihar türünün bireyin davranışlarını düzenleyecek kural ya da ölçütün bulunmaması durumunda ortaya çıktığını belirtmektedir. Ani toplumsal değişimler, toplumsal kriz dönemleri ve bireyin yaşam koşullarında meydana gelen hızlı değişimler toplumsal kuralların düzenleme işlevinin bozulmasına neden olmaktadır. Durkheim'in ifadesiyle “bireyin ufkunun aşırı genişlemesi ya da aşırı biçimde daralması sonucu olmaktadır.” Durkheim beklenmedik zenginleşme ve boşanma durumlarını bu tür intihara örnek olarak göstermektedir (14,45).

Ölümcül intihar, kuralsızlık intiharının tersine bu intihar aşırı toplumsal düzenlemeden kaynaklanmaktadır. Katı ve uyması gereken kuralların olduğu durumlarda kişiler ölümü bir kurtuluş olarak görebilmektedirler (14,45).

2.2.3.4.Bilişsel Kuram

Beck depresyon hastaları ile yaptığı görüşmelerde, neden bazı hastaların intihar girişiminde bulunduğunu, bazılarının bulunmadığını incelemiş ve intihar ile depresyon arasındaki bu ilişkiden yola çıkarak bir “umutsuzluk kuramı” geliştirmiştir. Umutsuzluk kuramı, bireyi intihara sürükleyen bilişsel süreçleri açıklamaktadır. Beck, depresyondaki kişinin kendisine, çevreye ve geleceğe ilişkin olumsuz bakış açılarına ve bilişsel bir katılık içeren düşünme tarzına sahip olduğunu belirtmektedir. Bu bilişsel süreç içindeki kişi kendini değersiz görmekte, çevreyi güvenilmez algılamakta ve

geleceğe ilişkin olumsuz beklentilere sahip olmaktadır. Problemlerinin bir çözümü bulunmadığına inanan bireyler, umutsuzluğa düşmekte ve intiharı tek çıkış yolu olarak görmektedirler (1,2).

2.2.3.5. Bütüncül Bir İntihar Süreci Modeli

Eskin (2012) intihar davranışının bir son değil, bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekerek insanların kendini neden öldürdüğünü, bu süreçlerin neler olduğunu ve nasıl işlediğini açıklayan “Bütüncül Bir İntihar Süreci Modeli” geliştirmiştir. Bu modele göre, intihar davranışı bireye ait içsel süreçleri ve çevreye ait dışsal süreçleri olan belirleyicilerden meydana gelmektedir. İntihar davranışında doğrudan etkili olduğu belirtilen dört etmen öne sürülmektedir. Bu etmenler sırasıyla; yatkinlaştırıcı etmen, risk etmeni, koruyucu etmen ve tetikleyici etmenden oluşmaktadır. Ayrıca, bu modele göre her bireyin öznel bir ruhsal acı eşiği bulunmaktadır. Ruhsal acı eşiği sosyokültürel etmenlerle etkileşerek kişinin ne zaman intihara yöneleceğini belirleyebilmektedir. İntiharın, bireyin yaşadığı acının dayanabileceği eşik değerinin üzerinde olduğu zaman meydana geldiği ileri sürülmektedir. Modelde son olarak intihar sürecine direkt olarak etki etmeyen ancak dolaylı olarak belirleyici olan uzak etmenler yer almaktadır. Bunlar intiharın kültürel anlamı, temel kültürel değerler, intihara ve intihar davranışında bulunanlara karşı tutumlar ve yardım aramaya karşı tutumlar olarak sıralanmaktadır. Bu etmenlerin bir taraftan bireyin intihar davranışına yönelip yönelmeyeceğini belirlerken diğer taraftan da intihar davranışına karşı koruyucu olduğu şeklinde iki farklı etki mekanizmasının olduğu ileri sürülmektedir (14).

2.2.4. İntihar ve İlişkili Risk Faktörleri

İntihar insanın kendini öldürmesi olarak düşünülmekte ve genellikle bu davranışın sonunda meydana gelen durum dikkati çekmektedir. İntihar bilimcileri, intiharın sadece bireyin kendini öldürmesi olayı olmadığını, intiharın öldürme olayından uzun zaman önce başlayan bir süreci kapsadığını belirtmektedirler. İntiharın önlenilebilir bir ölüm sebebi olması, intihar riskinin değerlendirilmesini çok önemli bir konu haline getirmektedir (34).

2.2.4.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri

İntihar her bireyi etkilemektedir, ancak bazı gruplar diğerlerine göre daha yüksek riske sahip olmaktadır. Tamamlanmış intiharlar için erkek olmak, intihar girişimleri için ise kadın olmak risk faktörü olarak belirtilmektedir. Erkeklerin intihar nedeniyle ölme olasılığı kadınlardan yaklaşık dört kat daha fazlayken(52), kadınların intihar düşüncelerini ifade etme ve ölümcül olmayan intihar girişimlerinde bulunma olasılığının erkeklerden daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir (53). Kadınlarda ve erkeklerde intihar hızının farklı olmasına yönelik pek çok olası nedenler bulunmaktadır. Bunlar; cinsiyet eşitliği konuları, stres ve çatışma ile başetme yöntemlerindeki farklılıklar, farklı intihar araçları tercih etmek ve kullanmak, alkol tüketimi örüntüsü, kadın ve erkekler arasında ruhsal bozukluğa yönelik yardım aramadaki farklılıklar şeklinde belirtilmektedir (54).

Dünya Sağlık Örgütü 2012 verilerine göre; dünyadaki hemen hemen tüm bölgelerde hem kadın hem de erkeklerde, yaşa ilişkin intihar hızının 15 yaşın altındaki bireylerde en düşük, 70 yaş ve üzeri bireylerde ise en yüksek olduğu; intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişiminin yaygınlığının 18-29 aralığındaki genç erişkinler arasında 30 yaş ve üzeri erişkinlere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (53). Ülkemizdeki 2014 yılı intihar istatistikleri verilerine göre, intihar nedeniyle ölen 3 bin 65 kişinin %74.3'ünü erkekler, %25.7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Yaş grubuna göre incelendiğinde, intiharın erkeklerde 80-84 yaş grubunda, kadınlarda ise 15-19 yaş grubunda yoğunlaştığı; erkek intiharlarının 15 yaş altı intiharlar hariç tüm yaş gruplarında kadın intiharlarından daha fazla olduğu; cinsiyetler arasındaki farklılığın en yüksek olduğu yaş grubunun 20-24, en az olduğu yaş grubunun ise 15 yaş altı ile 85 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir (44).

Boşanmış, dul veya bekâr olmak ve yalnız yaşıyor olmanın intihar riskini artırdığı, evli ve çocuk sahibi olmanın intihar riskini azalttığı ileri sürülmektedir (34). Ülkemizde intihar eden kişilerin medeni durumu ele alındığında; %47.7'sinin evli, %39.1'inin hiç evlenmemiş, %7.3'ünün dul ve %4.4'ünün boşanmış olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre medeni durum incelendiğinde, 2014 yılında intihar eden erkeklerin %49.3'ünün evli, %38.8'inin hiç evlenmemiş, intihar eden kadınların ise %43.1'inin evli, %40.2'sinin hiç evlenmemiş olduğu belirtilmektedir (44). Poorolajal ve arkadaşları, İran'da altı yıllık nüfusa dayalı anket çalışmasının sonucunda 13810

tane intihar girişiminin olduğunu ve bunların 1564 (%11.33)'ünün tamamlanmış intihar olduğunu saptamışlardır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin büyük bir çoğunluğunun bekar olduğu ve evli bireyler ile kıyaslandığında tamamlanmış intiharlarda tahmini risk oranının, bekar olan bireylerde 1.41, dul olan bireylerde 1.92 ve boşanmış olan bireylerde 1.97 olduğu bildirilmektedir (55).

İntihar davranışları eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde; intihar oranlarının en yüksek olduğu grubu ilkokul mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. İntihar eden kişilerin 2013 yılında %21.2'si ilköğretim mezunuyken; 2014 yılında bu oran %24.9 olup ilköğretim mezunlarını %22.5 ile ilkokul, %19.9 ile lise veya dengi okul ve %10.6 ile okuryazar olup bir okul bitirmeyenler takip etmektedir (44). Ülkemizde 2014 yılı intihar istatistikleri verilerine göre, intihar nedeniyle ölen bireylerin %8.4'ünün geçim zorluğu nedeniyle yaşamına son verdiği belirtilmektedir (44).

2.2.4.2. Ailesel Risk Faktörleri

Aile veya çevreden bir bireyin intiharı kişinin yaşamını yıkıcı bir şekilde etkilemektedir. Yakın birinin kaybı çoğu insan için tahrip edici olmakla birlikte, yasa ek olarak ölümün doğası strese, suçluluğa, utanca, kızgınlığa, öfkeye ve aile üyelerinde üzüntüye neden olmaktadır. Aile dinamikleri değişebilmekte ve destek kaynakları bozulmaktadır. Damgalanma yardım aramaya engel olmakta ve diğer bireylerin destek tekliflerini kısıtlamaktadır (56). Sevilen veya aile üyelerinden birinin intiharı kişinin yasına yönelik intihar eşiğini düşürebilmektedir. Tüm bu nedenlerin intihar veya ruhsal bozukluk riskini artırdığı ileri sürülmektedir (57).

2.2.4.3. Klinik Risk Faktörleri

2.2.4.3.1. Psikopatoloji

Psikiyatrik hastalığın olması intihar davranışına yönelik sürekli ve tutarlı rapor edilen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde, ruhsal bozukluklar intihar nedeniyle ölen insanların %90'ında görülüp belirgin bir tanısı olmayan %10 arasındaki psikiyatrik belirtiler intihar nedeniyle ölen insanlarınkine

benzemektedir. Bazı Asya ülkelerinde ruhsal bozuklukların intihar nedeniyle ölenler arasında yaygınlığının (yaklaşık %60) daha az olduğu belirtilmektedir (58). İntihar davranışı ile ilgili en yaygın hastalıkların depresyon ve alkol kullanım bozukluğu olduğu belirtilmektedir. Yaşamboyu intihar riski duygudurum bozukluklu olan bireyler için %4, alkol bağımlılığı olanlar için %7, bipolar bozukluğu olanlar için %8, ve şizofrenisi olan bireyler için %5 olarak tahmin edilmektedir. İntihar davranışı riskinin eş tanı ile yükseldiği, birden fazla ruhsal hastalığı olan bireylerin intihar riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (59).

Major depresyon, bipolar bozukluk ve alkol kullanım bozukluklarının intihar düşüncesine yönelik riski; madde bağımlılığı, panik bozukluk ve genel anksiyete bozukluğunun intihar girişimine yönelik riski anlamlı derecede arttırdığı saptanmıştır (60). İntihar nedeniyle ölen insanların yaklaşık yarısının major depresyon hastalığı olduğu bildirilmektedir. Duygudurum bozukluklarında intihar nedeniyle ölüm riskinin 20 kat arttığı görülmektedir. Umutsuzluk, gelecek hakkında olumsuz beklentiler ve karamsarlık hastalığın ilerleyen evresinde intihar riskinin artmasına neden olabilmektedir. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda depresyonun genetik eğilim gösterdiği belirtilmesine rağmen, depresyonda intihar davranışının hastalık ve çevresel faktörler arasında karışık bir etkileşim sonucu olduğu ileri sürülmektedir. İntiharların %10'undan fazlasına psikozun bulunması sebep olmaktadır, ve şizofrenide intihar nedeniyle ölüm riskinin on kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Şizofrenide intihar girişimlerine sıklıkla depresyon, psikososyal stresörler ve psikotik belirtiler neden olabilmektedir. Anksiyete bozukluklarının intiharda %15-20 oranında rol oynayabildiği ve özellikle panik atak, alkol kullanımı ve depresyon varsa intihar riskinin %6-10 arttığı görülmektedir. Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığının intihar nedeniyle ölümlerin %25-50'sinde payı olabilmektedir. Genel nüfus ile karşılaştırıldığında intihar ölüm hızının alkol kullanım bozukluğunda altı kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Madde kötüye kullanımı da intihara yönelik bir yordayıcı olabilmektedir. Depresyon ve şizofreninin aksine, madde kötüye kullanımı olan bireyler arasında intihar genellikle hastalığın kronik etkileri sağlık, sosyal, kişiler arası ilişkiler, ekonomi ve meslek gibi yaşam alanlarını etkiledikten sonra, hastalık sürecinin sonunda meydana gelmektedir (7,34).

2.2.4.3.2. Geçmişteki İntihar Girişimleri

Geçmişteki intihar davranışlarının intihar için güçlü bir risk faktörü olduğu ifade edilmektedir (61). Yapılan çalışmalar sonucunda, intihar girişimi veya kendine zarar verme öyküsünün artmış intihar riski ile ilişkili olduğu ve intihar nedeniyle ölenlerin yaklaşık %50'sinin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir (7,34). İntihar girişimleri intihara göre 10-20 kez daha yaygın olmakla birlikte, bir intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğu intihar nedeniyle ölemeyebilir. Geçmişte bir intihar girişimi olan hastalarda intihar nedeniyle ölüm riskini artıran faktörler arasında psikiyatrik hastalıklar (özellikle depresyon ve alkol kötüye kullanımı) veya kronik fiziksel hastalıkların olması, sosyal izolasyon ve düşük sosyal destek yer almaktadır (7). Chiu ve arkadaşlarının yürüttükleri psikolojik otopsi çalışmasında intihar olgularının üçte birinin intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmış olup geçmişte intihar girişimi öyküsünün tamamlanmış intihar riskini arttığına yönelik bir ilişki bulunmuştur (62).

2.2.4.3.3. Bedensel Hastalıklar

Fonksiyonel bozukluk, bilişsel bozukluk, ağrı, başkalarına bağımlı olma durumu, görme ve işitmede azalma gibi fiziksel hastalıkların intihar riskini artırabileceği belirtilmektedir. Fiziksel hastalıklarda intihar girişimi veya intihar riski psikiyatrik hastalıkların (depresyon) veya psikiyatrik belirtilerin (ümitsizlik) var olmasıyla ilişkilendirilmektedir (7). Genel popülasyon ile karşılaştırıldığında intihar davranışının kronik ağrısı olanlarda 2-3 kez daha fazla olduğu saptanmıştır (63). Ağrı ile ilgili tüm hastalıklar, fiziksel engel, sinir gelişimsel bozukluklar, kanser, şeker hastalığı ve HIV/AIDS gibi hastalıkların intihar riskini artırdığı bununla birlikte ergenlik, gebelik, postpartum dönem, menapoz gibi biyolojik geçiş zamanlarının da intihar riskini arttırdığı belirtilmektedir (64).

2.2.4.4. Durumsal Risk Faktörleri

2.2.4.4.1. Yaşam Olayları ve Stressörler

Bir bireyin en yakın olduğu sosyal çevresindeki eş, aile üyeleri, arkadaş gibi önemli kişiler ile iletişiminin kesildiğini hissettiğinde izolasyon meydana gelmekte ve bu duruma sıklıkla depresyon, yalnızlık ve umutsuzluk eşlik etmektedir. Kişi genellikle olumsuz yaşam olayları veya ruhsal bir stres yaşadığında izolasyon duygusu ortaya çıkmaktadır. Diğer risk faktörleri ile izolasyon durumu birleştiğinde, bu durum intihar riskinin artmasına neden olabilmektedir (65). İntihar davranışı sıklıkla destek kaynaklarının olmadığı sosyal ortamda kişisel psikolojik strese bir cevap olarak meydana gelmektedir. Sosyal bütünlük toplumda çeşitli seviyelerde insanları birleştiren bir yapı olarak bireyler, aileler, okullar, komşular, mahalleler ve kültürel grupları kapsamaktadır. Kişisel ve sağlam ilişkiler ile yakınlık paylaşan bireyler bir amaca sahip olup kendilerini güvende hissetmektedirler (66).

Travmalar ve suistimaller duygusal strese neden olup depresyon veya intihara yatkın olan bireyleri harekete geçirebilmektedir. İntihar ile ilişkili psikososyal stresörler farklı tip travmalar (işkence, özellikle sığınmacı ve mültecilere yönelik), ekonomik problemler, yasal krizler, iş ile ilgili krizler ve fiziksel şiddetten dolayı meydana gelebilmektedir (67). Bununla birlikte; çocukluk çağında fiziksel şiddet, cinsel veya duygusal istismar, ihmal, eziyet, aile içi şiddet, anne babanın boşanması gibi çocukluk deneyimine sahip genç bireylerin intihar riski daha yüksek olmaktadır (68). Çocukluk çağındaki olumsuz faktörlerin etkileri birikerek ruhsal bozukluk ve intihar riskini artırmada önemli bir rol oynamaktadırlar (34).

İlişkilerdeki çatışma (örnek, ayrılık), anlaşmazlık (örnek, çocuğun velayeti ile ilgili tartışma) veya kayıp (örnek, bir yakının ölümü) durumsal psikolojik strese ve üzüntüye neden olduğundan yüksek intihar riski ile ilişkilendirilmektedir (69). Sağlıksız ilişkiler de intihar için bir risk faktörü olabilmektedir. Kadına yönelik şiddetin intihar girişimi ve intihar riskini arttırdığı ileri sürülmektedir. Kadınların %35'inin eşleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. (70).

2.2.4.4.2. İntihar Araçlarının Ulaşılabilirliği

İntihar araçlarına ulaşmak, intihar için büyük bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Doğrudan ulaşmak veya yakın olmak (böcek ilaçları, ateşli silahlar, demiryolu hattı, zehirler, ilaçlar, karbonmonoksit kaynakları, zehirli gazlar gibi) intihar riskini artırmaktadır. Özel bir intihar aracını tercih etmek ve erişebilmek coğrafik ve kültürel özelliklere bağlı olarak değişebilmektedir (71).

2.2.4.4.3. Medya

Medyada uygun olmayan haber uygulamaları intihar olaylarına romantik ve çekici bir hava vererek duyuşsal bir etkinin oluşmasına ve intihara yatkın bireylerde “taklit intihar” riskinin artmasına neden olabilmektedir. Medya uygulamaları ünlü kişilerin intiharlarını kendi isteklerine göre yorumladıklarında, alışılmamış intihar metotlarını bildirdiklerinde, kullanılan metot hakkında bilgi verdikleri veya fotoğraflarını gösterdiklerinde, krize kabul edilebilir bir yanıt olarak intiharı normalleştirdiği durumlarda uygun olmamaktadır. İntihar modellerine maruz kalmanın intihara yatkınlığı olan bireylerde intihar davranışı riskinin yükselmesine neden olduğu bildirilmektedir (72). İnternet ve sosyal medyanın intihar haberlerindeki rolü intihar riskine yönelik endişeleri artırmaktadır. İnternette intihar hakkında erişilebilir bilgiler bulunmakta olup kolaylıkla erişilebilen sitelerde intiharın uygun olmayan tanımlamaları yer alabilmektedir (73).

2.3. Yaşamı Sürdürme Nedenleri

İntihar davranışı ile ilgili yapılan araştırmalar intiharın en güçlü psikolojik iki yordayıcısının depresyon ve ümitsizlik olduğu noktasında birleşmektedirler (74). Bu büyük ilişkiye rağmen, yapılan çalışmalar sonucunda major depresyon hastalığı olan bireylerin sadece %3,5- %15'inin intihar ettiği bulunmuş olup bu sonuç dikkat edilmesi gereken bir duruma dikkat çekmektedir (7,34). Depresyon ve ümitsizlikden başka intihara ilişkin ek risk faktörlerini tanımlamaya yönelik gerçekleştirilen çabalara rağmen intihar davranışı tamamıyla açıklanamamaktadır (75). Yapılan araştırmalar sonucunda intihar için risk faktörleri cinsiyet, ümitsizlik, bireyde ve ailede intihar girişimi öyküsü, psikiyatrik bozukluk, dürtüsellik ve çocukluk çağı istismarı şeklinde

sıralanmış olup intihar oranlarını düşürmek için bu risk faktörlerine yönelik hedefler belirlenmektedir. Ancak bu yöntemlerin yetersiz kaldığı ve az miktarda çalışmanın koruyucu faktörlere odaklandığı görülmektedir. İntihara ilişkin koruyucu faktörler arasında yaşamı sürdürme nedenlerinden bahsedilmektedir (76).

Tüm insanların yaşamlarının anlamını bulmak için motive oldukları ileri sürülmektedir. Frankl'a göre yaşamın anlamı insandan insana, günden güne, saatten saate farklılık göstermektedir. Yaşamın anlamı iyi olma (wellbeing), sosyal destek, fiziki sağlık ile ilişkilendirilirken, depresyon ve umutsuzlukta yaşamın anlamının daha düşük olduğu belirtilmektedir (26). İntihar düşüncesini önlemek ve umudu geliştirmek için yaşamın anlamının önemi vurgulanmaktadır (77). Yaşamın anlamı; doğası gereği anlamlı olan dünya içinde keşfetme süreci olarak tanımlanmakta olup her bir kişinin, her bir özel durumun anlamını kendi başına keşfetmek zorunda olduğu; her bir anlamın her bir kişi için eşsiz olduğu ve insanın temel mücadelesinin yaşamın anlamını bulmak olduğu belirtilmektedir (78). Steger ve arkadaşları yaşamın anlamına ilişkin iki tane kuram önermektedir: (i) anlamın varlığı, (ii) anlam arayışı. Anlamın varlığı; kişinin yaşamının anlamı olduğu ile ilgili öznel algısını açıklarken, anlam arayışı kişinin yaşamında anlam bulmaya doğru yönelmesi ve uyum sağlaması olarak açıklanmaktadır (79). Yaşamdaki bir anlamı algılamamanın olumlu ruh sağlığı ile ilgili olduğu, anlamsızlığın hastalık ile ilgili olduğu belirtilmektedir (7).

Temel amacı yaşamak olan bir canlının, kendi isteği ile yaşamına son verme girişiminde bulunmasında hangi etkenlerin veya risk faktörlerinin rol oynadığını belirlemek gerekmektedir. İntihar üzerine yapılan çalışmalar intiharı engelleyen bazı davranışlar olduğunu ve bu davranışların kişiye göre değişmek ile birlikte bütün insanlarda intiharı engelleyen ortak nedenlerin mevcut olduğunu ileri sürmektedir. İntihar bilimi alanında yapılan araştırmaların çoğunun intihar davranışına ilişkin tahminleri güçlendirmek için intihara eğilimli kişilerin özelliklerini tanımlamada kişilerin uyumsuz özelliklerine odaklandığı ancak uyumsuz özelliklere sahip olup intihar etmeyen kişilerin var olup olmadığı ve eğer öyle ise, bu kişilerin özelliklerinin neler olduğu sorusuna çok az dikkat verildiği gözlenmektedir (15,27). Uyuma odaklanıldığında ise, intihar eğilimi olmayan bireylerin yaşamı sürdürme özelliklerinin Frankl tarafından ileri sürülen yaklaşımına benzer olduğu görülmektedir. Nazi kamplarından kurtulmayı başarabilen kişilerin yaşama isteklerini nasıl sürdürdükleri

incelendiğinde, aşırı acı verici yaşam olayları boyunca bireyin hayatta kalmasını sağlayan şeyin gelecek ile ilgili beklentileri ve yaşam ile ilgili inançları olduğu görülmektedir. Mahkumların inançlarının bazı anlamları olduğu ve bu inançların çoğunun yaşamak için kritik olduğunu ileri sürmektedir (27).

İntihar ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle, kişilerin “olumsuz” bilişleri üzerinde odaklanırken, Linehan ve arkadaşları'nın geliştirdiği Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri, kişileri intihar davranışına karşı koruyan “olumlu” bilişler üzerinde odaklanmaktadır. İntihar eden kişiler ile intihar etmeyen kişileri birbirinden ayıran inanç sistemleri olup bu inanç sistemlerine yaşamı sürdürme nedenleri denilmektedir. Yaşamı sürdürme nedenleri, kişinin “kendi kendini öldürmemek” ve “hayatta kalmak” için bağlandığı nedenlerdir (27). Kişileri yaşama bağlayan nedenler ahlaki engeller, toplumsal kınanma korkusu, intihar korkusu, çocuk ile ilgili endişeler, aileye karşı sorumluluk, hayatta kalma ve baş etme inançlarını kapsayan ve intihar riskini hafifletmeyi düşündüren beklentiler veya inançlar şeklinde sıralanmaktadır. Bireylerin bu faktörlere verdikleri önem derecesi ile intihar davranışı arasında negatif bir ilişki olduğu, intihar davranışında bulunan kişilerin intihar etmeyenlere göre daha az yaşama nedenlerinin olduğunu bildirilmektedir (27). Yaşamı sürdürme nedenlerinin intihar düşüncesi ve ümitsizlik arasındaki ilişkinin gücünü azaltarak, bireyleri ümitsizliğin negatif etkilerinden koruduğu ileri sürülmektedir (29,30). Bu konuda yapılan çalışmalarda, intihar düşüncesi veya intihar girişimi olan çoğu hastanın ölüm yerine yaşamı tercih ederek intihar nedeniyle ölme olasılığının azaltılabildiği belirtilmektedir (31).

2.4.Konunun Hemşirelik İle İlişkisi ve Önemi

İntihar ve yaşamı sürdürme nedenleri ile hemşirelik ilişkisine genel bilgilerde yer alan kavramlarda tartışılmasına rağmen konunun hemşirelik için önemi ayrıcada ele alınarak önemi yazılmıştır.

İntihar ciddi bir sağlık konusu olmasına rağmen hemşirelik çalışmalarında çok az ele alındığı görülmektedir. Tsai ve arkadaşlarının yaşlı erkek hastaların yaşamı sürdürme nedenlerini araştırdıkları çalışmada ölüm korkusunun, aileye yönelik endişelerin, sağlığı sürdürmek ve benlik saygısını korumanın intihar olasılığına karşı koruyucu faktörler olduğunu saptamışlardır (40). Walsh ve arkadaşlarının 14-21 yaş

arasında 730 öğrenciler ile intihar davranışına ilişkin risk ve koruyucu faktörleri belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmanın sonucunda kadınların ve yaşı büyük olanların depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğunu ve alkol veya madde kullanımı olan bireylerin koruyucu faktörlerinin düşük olduğunu bulunmuşlardır (80). Sabancıoğulları ve arkadaşlarının psikiyatri kliniğinde yatan 155 hasta ile yürüttükleri çalışmada depresyon tanısı olan, intihar düşüncesi ve intihar öyküsü bulunan hasta bireylerin intihar olasılıklarının anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (81).

Ruh sağlığı ekibinden biri olan hemşirelerin yatan hastaların intihar riskinin değerlendirilmesinde önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir. Hemşireler iletişim, gözlem ve sorgulama becerilerini kullanarak intihar riskini değerlendirip beklenmeyen şiddet ve zarar verici davranışların ortaya çıkmasını kontrol edebilmektedirler. Hasta birey ile yapılan iletişim, gözlem, koruyucu faktörler, uyarıcı işaretler ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi sorumluluğu hasta birey ile hemşire arasındaki terapötik ilişkiyi geliştirerek bakımın planlanmasında ve güvenlik ihtiyaçlarının belirlenmesinde katkı sağlamaktadır (2,6,20). İntihara genellikle yoğun acı, umutsuzluk, suçluluk, kendinden nefret etme gibi duygular ve eşlik edebilmekte olup bireyler çözümün olmadığı ve hiçbir şeyin düzelmeyeceği gibi inançlara sahip olabilmektedirler. Hasta bireylerin intihara ilişkin sıkıntılarını azaltmak için umut uygun bir tedavi olabilmektedir (2,20). Bu bağlamda intiharın nedenlerinin saptanmasının yanı sıra bireyler için yaşamı sürdürme nedenlerinin de belirlenmesi psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda intiharı önleme de oldukça önemli olabilmektedir.

Hasta bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve sürdürmek gibi amaçları olan hemşirelerin sadece klinikte değil aynı zamanda toplum sağlığını da korumak için intihara ilişkin risk faktörleri ile koruyucu faktörlerin farkında olmasının intiharların önlenmesinde gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin risk faktörleri ve koruyucu faktörlerinin intihar olasılığına etkisi belirlenerek kliniğe özgü değerlendirmede katkısı olacağı düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların intihar olasılığı ve yaşamı sürdürme nedenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kliniğinde ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında, pazartesi ve cumartesi günlerinde 8-16 saatleri arasında araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara'nın Çankaya İlçesi, Bilkent Yerleşkesinde bulunmaktadır. 19 Şubat 2004 tarihinden itibaren sağlık hizmeti vermektedir. Psikiyatri Kliniği ise 2004 yılında poliklinik hizmeti vermeye başlamış olup, 2005 yılının sonunda on altı yatak kapasitesi ile yarı açık özellikli yataklı klinik olarak hizmet vermeye başlamıştır. Bu klinikte, 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında 186 hasta yatarak sağlık hizmeti almıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kliniği Ankara'nın Altındağ ilçesinde yer almaktadır. Psikiyatri Anabilim Dalı 1967 yılında yataklı servis olarak hizmete açılmıştır. Otuz yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Bu klinikte, 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında 251 hasta yatarak sağlık hizmeti almıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara'nın Altındağ ilçesinde bulunmaktadır. Kliniğin yataklı servisinde bir

adet yoğun bakım yatağı olmak üzere toplam yirmi bir yatak bulunmaktadır. Bu klinikte, 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında 320 hasta yatarak sağlık hizmeti almıştır.

Araştırmanın Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kliniği ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yürütülmesinin nedenleri yataklı servis kapsamında ruh sağlığı hizmeti vermeleri, farklı sayıda yatak kapasitesine sahip olmaları, farklı sosyokültürel düzeyde hastaların başvurmasına olanak sağlaması şeklinde sıralanabilir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmada evren, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kliniğinde ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında yatarak tedavi gören toplam hasta sayısının N=757 olduğu belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmanın örnekleminin belirlenmesinde evreni belli örneklem hesaplama formülü kullanılarak çalışmanın n=186 kişi ile yürütülmesine karar verilmiştir. Bu formül aşağıda yer almaktadır.

$$x = Z(c/100)2r(100-r),$$

$$n = N x / ((N-1)E^2 + x),$$

$$E = \text{Sqrt}[(N - n)x/n(N-1)]$$

- Hata payı (Error Margin)= %5
- Yanılma payı= %5
- Evren Büyüklüğü= 757
- Tahmini oran=%20
- Örneklem= 186

Veri toplama sürecinde toplam 200 hasta bireye ulaşılmış olup hasta seçim kriterlerine göre 192 hasta birey ile çalışma tamamlanmıştır.

3.4.1. Hasta seçim kriterleri

- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- 18 yaşından büyük olması,
- Mental ve genel tıbbi durumu psikiyatrik görüşmeye uygun olması,
- DSM-V'e göre en az bir psikiyatri tanısı almış olması,
- Psikiyatrist tarafından çalışmaya uygunluğu onaylanmış olması,
- Psikiyatri kliniğinde yatıyor olması.

3.4.2. Çalışmanın dışlama kriterleri:

- Yatış süresi 1 gün ve altında olması.

3.5.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma ile ilgili etik kurul onayı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulundan alınmıştır (Bkz. EK-9). Araştırmanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK-6, 7, 8). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Hasta bireylere çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Araştırmayı kabul eden bireylere görüşme öncesi araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup, araştırmacı tarafından geliştirilen gönüllü olur formu onamları alınmıştır (Bkz. EK-1). “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi ve “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirmiş olup örnekleme dahil edilen 192 bireyin ankete rahat yanıt verebilmeleri için kimlik bilgileri alınmamıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla “Kişisel Bilgi Formu, (Bkz. EK-2)”, “İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), (Bkz. EK-3)”, “Yaşama Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE), (Bkz. EK-4)”, “Beck Depresyon Envanteri (BDÖ), (Bkz. EK-5)” ve “Gönüllü Olur Formu, (Bkz. EK-1)” kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamında uygulama yapılacak yatarak tedavi gören hasta bireylerden oluşan grubun demografik özelliklerinin belirlemesi için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan ve on üç sorudan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır (15,16, 34). Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, çocuk sahibi olma durumları, meslek, evde birlikte yaşadığı kişiler, ekonomik düzeyleri, geçmişte stres yaratan bir olay yaşama durumlarına ilişkin veri toplama amacıyla oluşturulan sorular yer almaktadır.

3.6.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Cull ve Gill tarafından geliştirilmiş, 1-4 arası Likert tipi puanlanan, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir (82). Ölçeğin orjinalinde, maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklindedir. Ölçek, ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. İntiharın davranışsal, bilişsel ve duygusal bileşenlerini belirlemeye yöneliktir. Puan aralığı 36-144 olup ölçekten alınan puanların yüksek olması intihar olasılığının yüksekliğini göstermektedir. İÖÖ'nin orjinali, umutsuzluk (12 madde), intihar düşüncesi (8 madde), kendini olumsuz değerlendirme (9 madde) ve saldırganlık (7 madde) olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin intihar girişimi olan kişiler, psikiyatrik hastalar ve normal örneklem üzerinde yapılan çalışma sonucunda Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının 0.93, test tekrar test güvenirlilik katsayısının 0.92 olduğu belirtilmektedir (82). Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve üzerindeki ilk çalışma Eskin tarafından yapılmıştır. İsveçli üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0.87, test-tekrar test güvenirlilik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (83). İntihar Olasılığı Ölçeği, Şahin ve Durak' ın yapmış olduğu bir

çalışma ile bir miktar değiştirilmiş olup ölçeğin daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, bazı maddelerin çevirisinde değişiklikler yapılmıştır (Örneğin: Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum” maddesi “İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığını düşünüyorum” şeklinde değiştirilmiştir). İntihar girişiminde bulunanlar, depresyon tanısı alan psikiyatrik hastalar ve normal grubun ele alındığı çalışmada, Yanıtlar “%0 uygun”, “%30 uygun”, “%70 uygun” ve “%100 uygun” şeklinde alınmıştır. Bu çalışmada da ölçek bu şekli ile kullanılmıştır. Bu formda 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak saptanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın %51.9’unu açıklayan üç faktör bulunmuştur. Bu faktörleri oluşturan maddeler ve faktör alt ölçeklerinin cronbach alfa güvenilirlik katsayıları aşağıda verilmektedir:

Olumsuz benlik ve tükenme: 5, 9., 10., 12., 15., 16., 17., 18., 19., 23., 25., 26., 27., 28., 29., 30., 32., 33., 35. ve 36. maddeler ($\alpha = .95$).

Hayata bağlılıktan kopma: 2, 6., 7., 11., 20., 21., 22. ve 24. maddeler ($\alpha = .79$).

Öfke: 1., 3., 4., 8., 13., 14., 31. ve 34. maddeler ($\alpha = .73$).

Ölçeğin ayırdedici geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan discriminant (ayırma) analizi sonucunda ölçeğin, intihar girişiminde bulunan hastaların %87.3’ünü, depresyon tanısı alanların %52.4’ünü, normal örneklemin ise %81.5’ini ait oldukları gruplara doğru olarak sınıflandırabildiği görülmüştür (84). Bu araştırmada İÖÖ’nin alt boyutlarının iç tutarlılıkları sırasıyla: İÖÖ Öfke 0.70; İÖÖ Hayata bağlılıktan kopma 0.69 ; İÖÖ Olumsuz Benlik ve tükenme 0.83 olarak bulunmuştur (16,85).

3.6.3. Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE)

İnsanları yaşama bağlayan, hayatlarını sürdürmelerini sağlayan nedenleri belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, Linehan ve arkadaşlarının “Reasons for Living Inventory” adlı 48 maddelik kendini değerlendirme türü ölçeğinden yararlanılarak kültürümüze uyarlanmıştır (85,86) Önceleri 70 madde olan ölçek kısaltma çalışmaları sonucunda 28 maddeye indirilmiştir (84). Yanıtlar 1-6 dereceli bir ölçek üzerinden verilmektedir.

İntihar girişiminde bulunan 56 kişi, Depresyon tanısı almış 41 kişi ve Normal 69 kişi olmak üzere toplam 166 kişi üzerinde yürütülen çalışma sonucu ölçeğin 4 faktörden oluştuğu bulunmuştur (84).

Hayata Bağlılık (14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 26. maddeler, Özdeğer: 10.86, Açıkladığı varyans: %38.8)

Umut ve Sosyal Destek (1, 2, 3, 4, 11, 12, 13, 20, 23, 24, 27, 28. maddeler, Özdeğer: 3.37, Açıkladığı varyans: %12)

Dini Engeller (5, 6, 8, 10, 21, 25. maddeler, özdeğer: 1.92, Açıkladığı varyans: %6.9)

Mücadele (7. ve 9. maddeler, Özdeğer: 1.55, Açıkladığı varyans: %5.5)

Güvenirlilik Değerleri:

Ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayıları 0.21 ile 0.70 arasında değişmektedir. Yapılan discriminant analiz sonuçlarına göre, ölçeğin, normal ve depresif grupları doğru ayırdetme oranı %72.7; intihar grubu ve depresif grubu ayırdetme oranı % 72.2; intihar grubu ve normal grubu ayırdetme oranı ise %61.1 olarak bulunmuştur (84). Bu araştırmada YSNE'nin alt boyutlarının iç tutarlılıkları sırasıyla:YSNE Hayata bağlılık 0.89; YSNE Umut ve sosyal destek 0.87; YSNE Dini engeller 0.61; YSNE Mücadele 0.49 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Beck Depresyon Envanteri (BDÖ)

Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory) Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir (87). Ölçeğin bu formuyla hastanın o anki durumu, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin bu özgün formunun güvenirliliği 0.74, geçerliği ise 0.75'tir. Ölçek daha sonra yine Beck ve arkadaşları tarafından 1978 yılında gözden geçirilmiş olup 4'lü Likert tipte, 0 ila 3 arasında puan alan 21 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeği haline almıştır. Ölçeğin 1978 formu ise Hisli tarafından 1989 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (88). Ölçekten alınan toplam puan 0 ila 63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan nesnel anlamda depresif belirtilerde artışı işaret etmektedir. Ölçekten alınan 0-9 puan minimal düzeyde; 10-16 puan hafif düzeyde, 17-29 puan orta düzeyde ve 30-63 puan şiddetli düzeyde depresif belirtilerin olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir (88).

Ölçek belli bir kurama dayanmamakta, klinik gözlemlerden elde edilen verilerle oluşmakta ve depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçmektedir. Bu belirtiler; Duygudurum, Kötümserlik, Başarısızlık Duygusu, Suçluluk Duygusu, Cezalandırılma Duygusu, Kendinden Nefret Etme, Kendini Suçlama, Kendini Cezalandırma Arzusu, Ağlama Nöbetleri, Sinirlilik, Sosyal İçedönüklük, Kararsızlık, Bedensel İmge, Çalışabilirliğin Ketlenmesi, Uyku Bozuklukları, Yorgunluk-Bitkinlik, İştahın Azalması, Kilo Kaybı, Somatik Yakınmalar, Cinsel Dürtü Kaybı şeklinde sıralanmaktadır (88).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada iki yarım güvenilirlik katsayısı 0.74, sonrasında klinik örnekleme MMPI Depresyon Alt Ölçeği' yle arasında Pearson Korelasyon Katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur . Patoloji kesim noktası 17 puan olarak saptanmış 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (88). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde örneklem hacminin % 10 unu oluşturan yatarak tedavi gören ve en az bir psikiyatrik tanısı olan 10 hasta birey ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama da hasta bireylere “Kişisel Bilgi Formu, (Bkz. EK-2) ”, “İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), (Bkz. EK-3)”, “Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE), (Bkz. EK-4)”, “Beck Depresyon Envanteri (BDÖ), (Bkz. EK-5)” ve “Gönüllü Olur Formu, (Bkz. EK-1)” uygulanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre ölçek formlarında anlaşılmakta güçlük çekilen bazı sorular olduğu, veri toplama sırasında hastaların duygularını kontrol edemediği ve yaşlı hastalar ile veri toplama süresinin yaklaşık 45 dakika sürdüğü gözlenmiştir. Veri toplama sırasında anlaşılmakta güçlük çekilen sorulara yönelik anlatım bozuklukları giderilmiş olup duygularını kontrol edemeyen hastalar sorumlu hekim ve hemşireye iletilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.7.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya katılan bireylere, “Kişisel Bilgi Formu, (Bkz. EK-2)”, “İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), (Bkz. EK-3)”, “Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE), (Bkz. EK4)”, “Beck Depresyon Envanteri (BDÖ), (Bkz. EK5)” ve “Gönüllü Olur Formu, (Bkz. EK1)” kapsayan değerlendirme formları araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanarak toplanmıştır. Veri toplama sırasında mahremiyeti sağlamak için hasta birey ile yapılan görüşmeler kliniğin görüşme odasında sürdürülmüştür. Araştırmacı tarafından hangi hasta ile hangi görüşme odasında görüşme yapıldığına ilişkin kliniğin sorumlu doktoru, hemşiresi ve yardımcı sağlık personeline bilgi verilmiştir. Veri toplama araçlarında yer alan tüm sorular bireyin anlamasını kolaylaştırmak ve yanlış anlamaları önlemek amacıyla araştırmacı tarafından okunarak toplanmıştır. Görüşme sırasında dikkatini verebilmesi ve takip edebilmesi açısından boş bir veri toplama formu da hasta bireye verilmiştir. Hastanın ve araştırmacının güvenliğini sağlamaya yönelik terapötik ortam ilkelerine dikkat edilmiş olup kalem gibi materyaller sadece araştırmacıda olacak şekilde yürütülmüştür. Uygulama her hasta birey için ortalama 20-45 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada yer alan psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin sayısal değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiş olup normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (minimum; maksimum) kullanılarak ek bilgi olarak ortalama±standart sapma değerleri verilmiştir. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE, İÖÖ ve BDÖ puanlarının en düşüğü, en yükseği, ortancaları, ortalama ve standart sapması tanımlayıcı istatistik tabloları olarak gösterilmiştir.

Uygulanan ölçeklere verilen yanıtlara ilişkin iç tutarlılık katsayıları (cronbach alfa) hesaplanmıştır. İÖÖ ile diğer ölçek skorları arasındaki ilişki Spearman rho korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlı ilişki belirlenmesi durumunda, korelasyon katsayısı 0.00 – 0.19 aralığında ise “ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki”, 0.20 – 0.39 aralığında ise “zayıf (düşük) ilişki”, 0.40 – 0.69 aralığında ise “orta düzeyde ilişki”, 0.70 – 0.89 aralığında ise “kuvvetli (yüksek) ilişki” ve 0.90 – 1.0 aralığında ise “çok kuvvetli ilişki” şeklinde yorumlanmıştır.

Ölçek skorlarının belirtilen değişken (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, intihar düşüncesi ve intihar öyküsü) gruplarında farklılığının incelenmesinde Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testlerinden uygun olan yöntem kullanılmıştır. İki'den çok grup karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmeli sonuçlar yorumlanmıştır.

İÖÖ bağımlı değişken; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, intihar düşüncesi, intihar öyküsü, travmatik yaşam olayları, YSNE toplam ve BDÖ bağımsız değişken alınarak etkileri adım adım (stepwise) regresyon yöntemi ile incelenmiştir. Her bir adımda değişkenin regresyon modeline giriş olasılığı 0.05, regresyondan çıkarılma olasılığı ise 0.10 olarak alınarak çoklu bağlantı varlığını incelemek amacıyla bağımsız değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman Rho parametrik olmayan korelasyon katsayısı, model artıklarının normal dağılıma uygunluğu varsayımının incelenmesinde Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Değişken varyans sorunu saçılım grafiği ile görsel olarak incelenmiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Çocuk sahibi olma durumu

- Meslek
- Gelir durumu
- Evde kimlerle yaşadığı
- Klinik tanı
- İntihar düşüncesi
- İntihar öyküsü
- Hayati bir tehlike atlatma durumu
- Kötü muamele görme durumu
- Bir kaza veya şiddet olayında yakınıni kaybetme
- Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürmesi girişimi
- Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürmesi

3.9.2. Bağımlı Değişkenler

- İÖÖ toplam puan ortalaması
- YSNE toplam puan ortalaması
- BDE toplam puan ortalaması

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma yataklı sağlık hizmeti veren üç psikiyatri kliniğinde gerçekleşmiş olup çalışmadan elde edilen sonuçlar katılımcıların anket formu ve ölçeği değerlendirirken belirttikleri bireysel ifadeler ile sınırlı olmaktadır. Bu ifadeleri kullanan hastalara herhangi bir geri bildirim verilmemiştir. Her bir hasta bireyin kliniğe yatış tarihi, tedavisinin başlama tarihi, tedavi süreci, bireysel özellikleri ve yaşam koşullarından kaynaklanan farklılıklar nedeniyle kişisel bilgi formunda kullanılan bir takım sorulara yanıt alınamamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu hasta grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 192).

Tanımlayıcı Özellik	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	104 (54.2)
Erkek	88 (45.8)
Yaş	
18-24	24 (12.5)
25-34	56 (29.2)
35-54	82 (42.7)
55-64	23 (12.0)
65 ve üstü	7 (3.6)
Medeni Durum	
Evli	93 (48.4)
Bekar	72 (37.5)
Diğer	27 (14.1)
Eğitim Düzeyi	
İlkokul	41 (21.4)
Ortaokul	38 (19.8)
Lise	54 (28.1)
Yüksekokul (2 yıllık)	8 (4.2)
Üniversite (4 yıllık)	51 (26.5)
İş-Meslek Durumu	
Ev Hanımı	52 (27.1)
Memur	44 (22.9)
İşçi	32 (16.7)
Çalışmıyor	50 (26.0)
Emekli	14 (7.3)
Gelir Durumu	
Ortanın Altı Gelir Grubu	43 (22.4)
Orta Gelir Grubu	128 (66.7)
Ortanın Üstü Gelir Grubu	21 (10.9)

Tablo 4.1 (Devam). Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 192).

Tanımlayıcı Özellik	n (%)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	
Anne ve Baba	60 (31.3)
Anne veya Baba	18 (9.4)
Yalnız	25 (13.0)
Eş	23 (12.0)
Eş ve Çocuk	59 (30.7)
Akraba	7 (3.6)
Çocuk Sahibi	
Evet	109 (56.8)
Hayır	83 (43.2)
Tam	
Alkol madde	11 (5.7)
Anksiyete	17 (8.9)
Bipolar Affektif Bozukluk	32 (16.7)
Depresyon	61 (31.7)
Psikotik Bozukluk	71 (37.0)
İntihar Düşüncesi	
Evet	127 (66.1)
Hayır	65 (33.9)
İntihar Girişimi	
Evet	26 (13.5)
Hayır	166 (86.5)

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %54.2’ si kadın, %42.7’si 35-54 yaş aralığında, %48.4’ ü evli, %28.1’i lise düzeyinde eğitim almış, %27.1’i ev hanımı, %66.7’si orta gelir düzeyinde, %31.3’ü anne ve babasıyla birlikte yaşayan, %56.8’ i çocuk sahibi ve çocuk sayısı ortancası 2 olan, %37’si psikotik bozukluk tanısına sahip, %66.1’i intihar düşüncesi olan ve %86.5’i intihar girişimi olmayan bireylerden oluşmuştur.

Bu bölümde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarına göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.2. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarına göre dağılımı (n=192).

Travmatik Yaşam Olayları	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Hayati tehlike atlatma	51 (26.6)	141 (73.4)
Kötü muamele görme	37 (19.3)	155 (80.7)
Kaza, şiddet, afet vb. nedeniyle yakını kaybetme	33 (17.2)	159 (82.8)
Bir yakının veya yakın bir arkadaşın intihar girişimi	11 (5.7)	181 (94.3)
İntihar nedeniyle bir yakınının ölmesi	35 (18.2)	157 (81.8)

Çalışmaya katılan bireylerin %73.4'ünün hayati bir tehlike atlatmadığı, %80.7'sinin kötü muamele görmediği, %82.8'inin kaza, şiddet, afet, vb. nedeniyle yakını kaybetmediği, %94.3'ünün bir yakınının veya yakın bir arkadaşının intihar girişimi olmadığı ve %81.8'inin intihar nedeniyle bir yakınının ölmediği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.).

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	Min- Max	Ölçeğin Min-Max
YSNE Toplam	130.1±25.0	137.0	49.0- 167.0	28.0-168.0
Hayata Bağlılık	38.6±9.8	42.0	8.0- 48.0	8.0-48.0
Umut ve Sosyal Destek	58.2±12.2	61.0	16.0- 72.0	12.0-72.0
Dini Engeller	22.9±6.5	23.0	7.0- 36.0	6.0-36.0
Mücadele	10.4±2.2	11.0	2.0- 12.0	2.0-12.0
İÖÖ Toplam	76.6±17.4	76.0	42.0- 127.0	36.0-144.0
Öfke	16.5±4.8	15.0	8.0- 29.0	8.0-32.0
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.8±4.6	14.0	8.0- 30.0	8.0-32.0
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.3±11.3	45.0	21.0- 75.0	20.0-80.0
BDÖ	17.6±13.7	13.5	0.0- 55.0	0.0-63.0
Minimal Düzey	4.3±2.7	4.0	0.0-9.0	0.0-9.0
Hafif Düzey	12.5±1.4	12.0	10.0-16.0	10.0-16.0
Orta Düzey	22.6±3.8	23.0	17.0-29.0	17.0-29.0
Şiddetli Düzey	39.4±6.4	39.0	30.0-55.0	30.0-63.0

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE ölçeği puan ortancası 137.0, YSNE alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; “hayata bağlılık” alt ölçeği ortancası 42.0, “umut ve sosyal destek” alt ölçeği ortancası 61.0, “dini engeller” alt ölçeği ortancası 23.0 ve “mücadele” alt ölçeği ortancası 11.0 olarak; İÖÖ puan ortancası 76.0, İÖÖ alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; “öfke” alt ölçeği ortancası 15.0, “hayata bağlılıktan kopma” alt ölçeği ortancası 14.0 ve “olumsuz benlik ve tükenme” alt ölçeği ortancası 45.0 olarak, BDÖ puan ortancası 13.5 ve BDÖ alt düzeyleri ise sırasıyla; “minimal düzey” 4.0, “hafif düzey” 12.0, “orta düzey” 23.0 ve “şiddetli düzey” 39.0 olarak elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.3.).

Bu bölümde araştırmaya katılan psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin cinsiyetlerine göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Kadın (n=104)	Erkek (n=88)	Test Sonucu ^{&}	
	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Z	p
YSNE Toplam	137.5 (49.0; 167.0) 129.5±28.1	137.0 (53.0; 164.0) 130.6±20.9	0.634	0.526
Hayata Bağlılık	42.0 (8.0; 48.0) 38.0±11.0	40.5 (8.0; 48.0) 39.3±8.1	0.026	0.979
Umut ve Sosyal Destek	62.0 (16.0; 72.0) 58.0±13.9	60.5 (29.0; 72.0) 58.6±10.0	0.754	0.451
Dini Engeller	24.0 (8.0; 36.0) 23.3±6.5	22.0 (7.0; 35.0) 22.3±6.6	0.872	0.383
Mücadele	11.5 (3.0; 12.0) 10.3±2.3	11.0 (2.0; 12.0) 10.5±2.0	0.189	0.850
İÖÖ Toplam	76.0 (43.0; 127.0) 78.1±19.1	76.0 (42.0; 120.0) 74.7±15.0	0.856	0.392
Öfke	15.0 (8.0; 29.0) 16.6±5.1	16.0 (8.0; 27.0) 16.3±4.5	0.082	0.934
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.5 (8.0; 30.0) 15.1±4.7	14.0 (8.0; 29.0) 14.4±4.5	1.048	0.294
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.0 (23.0; 73.0) 46.4±12.0	44.5 (21.0; 75.0) 44.0±10.2	1.068	0.286
BDÖ	14.0 (0.0; 55.0) 18.3±14.3	13.0 (0.0; 45.0) 16.8±13.0	0.635	0.525

*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma/ &: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele”, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ puan ortancalarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir (p>0.05), (Bkz. Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yaş gruplarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	18 – 24 (n=24)	25 – 34 (n=56)	35 – 54 (n=82)	55 – 64 (n=23)	65 ve üzeri (n=7)	Test Sonucu ^s	
	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	χ^2	p
YSNE Toplam	136.0 (49.0;164.0) 127.2±29.0	137.5 (62.0;164.0) 131.9±22.6	134.0 (50.0;167.0) 128.8±26.0	140.0 (92.0;158.0) 136.1±18.1	119.0 (53.0;160.0) 119.2±35.9	1.832	0.767
Hayata Bağlılık	37.0 (9.0;48.0) 37.21±11.2	41.5 (15.0;48.0) 39.2±8.4	41.5 (8.0;48.0) 37.9±10.3	45.0 (23.0;48.0) 42.0±7.2	36.0 (8.0;48.0) 34.0±13.2	4.925	0.295
Umut ve Sosyal Destek	60.50 (20.0;72.0) 56.6±13.5	62.0 (20.0;72.0) 58.2±11.5	59.5 (16.0;72.0) 57.7±12.6	65.0 (37.0;72.0) 62.7±9.6	57.0 (29.0;72.0) 54.7±14.8	4.910	0.297
Dini Engeller	23.0 (12.0;33.0) 23.2±5.8	25.5 (8.0;36.0) 24.0±6.4	22.0 (8.0;36.0) 22.6±6.7	22.0 (7.0;32.0) 21.0±6.1	18.0 (14.0;36.0) 21.1±7.6	5.321	0.256
Mücadele	12.0 (4.0;12.0) 10.1±2.4	11.0 (3.0;12.0) 10.4±2.0	12.0 (4.0;12.0) 10.4±2.0	11.0 (6.0;12.0) 10.2±2.1	11.0 (2.0;12.0) 9.4±3.7	0.516	0.972
İÖÖ Toplam	78.0 (49.0;115.0) 79.2±16.7	75.0 (43.0;127.0) 75.8±17.3	79.0 (42.0;124.0) 77.9±17.3	62.0 (49.0;104.0) 68.9±16.4	80.0 (58.0;108.0) 81.8±19.8	6.844	0.144
Öfke	19.5 (8.0;27.0) 18.4±5.5	16.0 (8.0;28.0) 16.6±4.3	16.0 (8.0;29.0) 16.4±4.7	13.0 (9.0;26.0) 14.7±4.8	15.0 (8.0;24.0) 14.8±5.8	8.513	0.074
Hayata Bağlılıktan kopma	12.5 (8.0;29.0) 14.0±5.5	13.5 (8.0;30.0) 14.7±5.0	15.0 (8.0;25.0) 15.2±4.2	13.0 (9.0;18.0) 13.3±2.5	14.0 (12.0;24.0) 16.8±5.1	5.516	0.238
Olumsuz Benlik ve Tükenme	44.5 (28.0;69.0) 46.7±10.1	44.0 (23.0;72.0) 44.4±10.6	46.0 (21.0;75.0) 46.2±11.5	38.0 (26.0;61.0) 40.8±11.0	48.0 (33.0;70.0) 50.1±14.4	6.197	0.185
BDÖ	12.0 (1.0;54.0) 14.7±14.3	12.5 (0.0;51.0) 16.8±13.9	17.0 (0.0;55.0) 19.0±13.7	12.0 (0.0;38.0) 13.8±10.9	35.0 (11.0;39.0) 27.7±12.2	8.892	0.064

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / ^s: Kruskal-Wallis testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele”, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ puan ortancalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05), (Bkz. Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin medeni durumlarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Evli (n=93)	Bekar (n=72)	Boşanmış (n=27)	Test Sonucu ^s	
	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	χ^2	P
YSNE Toplam	139.0 (49.0; 167.0) 130.0±27.4	134.0 (85.0; 164.0) 130.0±19.6	142.0 (50.0; 161.0) 130.5±30.2	1.734	0.420
Hayata Bağlılık	41.0 (8.0; 48.0) 37.8±11.2	40.0 (23.0; 48.0) 39.0±7.5	44.0 (8.0; 48.0) 40.1±10.2	1.520	0.468
Umut ve Sosyal Destek	61.0 (16.0; 72.0) 58.0±13.2	59.5 (32.0; 72.0) 58.6±9.3	63.0 (19.0; 72.0) 58.0±15.5	1.033	0.597
Dini Engeller	25.0 (8.0; 36.0) 24.0±6.3	22.0 (7.0; 33.0) 21.7±6.7	21.0 (11.0; 36.0) 22.2±6.3	5.049	0.080
Mücadele	11.0 (2.0; 12.0) 10.1±2.3	12.0 (3.0; 12.0) 10.7±1.9	12.0 (6.0; 12.0) 10.3±2.3	2.257	0.324
İÖÖ Toplam	75.0 (42.0; 15.0) 76.4±18.1	77.0 (46.0; 127.0) 76.6±15.3	76.0 (50.0; 124.0) 76.8±20.6	0.083	0.959
Öfke	15.0 (8.0; 28.0) 16.3±4.8	15.5 (8.0; 27.0) 16.4±4.4	17.0 (8.0; 29.0) 17.4±6.0	0.451	0.798
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 27.0) 14.4±4.3	14.0 (8.0; 30.0) 15.1±5.0	14.0 (8.0; 25.0) 15.1±4.5	0.564	0.754
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.0 (21.0; 70.0) 45.5±11.9	45.0 (23.0; 75.0) 45.1±9.8	43.0 (26.0; 73.0) 44.3±13.0	0.497	0.780
BDÖ	16.0 (0.0; 55.0) 18.8±14.4	12.0 (0.0; 50.0) 15.5±12.0	13.0 (0.0; 51.0) 19.1±15.2	1.847	0.397

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / ^s: Kruskal-Wallis testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin medeni durumlarına göre YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele”, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ puan ortancalarının karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilememiştir (p>0.05), (Bkz. Tablo 4.6)

Tablo 4.7. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin eğitim düzeyine göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	İlkokul (n=41)	Ortaokul (n=38)	Lise (n=54)	Yüksekokul (2 yıllık) (n=8)	Üniversite (4 yıllık) (n=51)	Test Sonucu ^s	
	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	Ortanca (<u>min</u> ; max) X±SS *	χ^2	p
YSNE Toplam	149.0 (61.0; 167.0) ^a 139.3±25.0	133.0 (49.0; 161.0) 126.0±28.4	137.5 (62.0; 164.0) 129.8±23.6	136.5 (61.0; 153.0) 125.0±29.7	129.0 (53.0; 164.0) ^a 126.6±22.0	13.778	0.008
Hayata Bağlılık	45.0 (12.0; 48.0) ^b 41.8±9.0	41.0 (8.0; 48.0) 37.8±11.2	42.0 (13.0; 48.0) 38.9±9.3	36.0 (8.0; 48.0) 33.5±13.3	38.0 (8.0; 48.0) ^b 37.1±8.8	11.918	0.018
Umut ve Sosyal Destek	67.0 (29.0; 72.0) 62.1±12.3	60.5 (19.0; 72.0) 55.7±14.5	60.5 (20.0; 72.0) 57.5±11.5	59.0 (16.0; 72.0) 55.1±17.1	58.0 (29.0; 72.0) 58.2±9.7	10.359	0.035
Dini Engeller	26.0 (10.0; 36.0) 24.8±6.4	22.5 (12.0;36.0) 22.5±5.6	22.0 (8.0; 33.0) 22.9±6.2	26.0 (21.0; 31.0) 26.0±3.5	21.0 (7.0; 36.0) 21.1±7.6	8.199	0.085
Mücadele	12.0 (4.0; 12.0) 10.7±2.2	11.0 (4.0; 12.0) 10.0±2.3	12.0 (3.0; 12.0) 10.5±2.2	11.0 (6.0; 12.0) 10.4±2.1	11.0 (2.0; 12.0) 10.2±2.2	4.708	0.319
İÖÖ Toplam	76.0 (50.0; 111.0) 76.0±16.0	77.0 (42.0; 124.0) 80.3±21.9	77.0 (47.0; 120.0) 77.5±14.9	77.0 (54.0; 114.0) 78.0±17.5	70.0 (43.0; 127) 73.0±17.2	3.347	0.502
Öfke	15.0 (10.0; 28.0) 16.3±4.3	16.5 (8.0; 29.0) 17.8±5.8	16.0 (8.0; 27.0) 17.3±4.6	15.5 (11.0; 24.0) 16.8±4.3	14.0 (8.0; 25.0) 14.8±4.4	9.625	0.047
Hayata Bağlılıktan Kopma	12.0 (8.0; 25.0) 13.9±4.5	15.0 (8.0; 29.0) 15.7±5.1	14.0 (8.0; 25.0) 14.5±4.3	15.0 (13.0; 23.0) 15.9±3.2	14.0 (8.0; 30.0) 15.0±4.7	5.385	0.250
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.0 (26.0; 66.0) 45.9±11.2	45.5 (21.0; 73.0) 46.8±14.0	45.0 (28.0; 75.0) 45.7±9.2	45.0 (27.0; 67.0) 45.4±11.2	44.0 (23.0; 72.0) 43.3±11.1	2.404	0.662
BDÖ	14.0 (0.0; 55.0) 18.7±14.6	12.5 (0.0; 54.0) 18.1±16.0	13.0 (1.0; 51.0) 17.1±12.9	23.5 (6.0; 33.0) 22.8±10.3	13.0 (0.0; 50.0) 16.1±12.6	2.614	0.624

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / ^s: Kruskal-Wallis testi sonucu / ^a: p= 0.005 / ^b: p= 0.015

Eğitim düzeyleri arasında yapılan ikili karşılaştırma sonuçları alfabetik olarak üst simgeler ile gösterilmiştir; aynı harfler eğitim düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ve YSNE alt ölçeği “hayata bağlılık” ölçek puan ortancalarının eğitim düzeylerinden en az birinde anlamlı düzeyde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacı ile bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda her iki ölçek puan ortancaları için de yalnızca ilkokul ile üniversite eğitim düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı değildir ($p>0.05$). YSNE “umut ve sosyal destek” alt ölçeğine ait puan ortancaları incelendiğinde, eğitim düzeylerinden en az birinde farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ancak bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Bireylerin İÖÖ toplam ve İÖÖ alt ölçek puan ortancaları eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, yalnızca İÖÖ “öfke” alt ölçeğinin eğitim düzeylerinden en az birinde farklı olduğu tespit edilmiş olup ($p<0.05$), bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda İÖÖ “öfke” puan ortancalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bireylerin eğitim düzeyine göre BDÖ puan ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin iş-meslek gruplarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ev Hanımı (n=52)	Memur (n=44)	İşçi (n=32)	Çalışmıyor (n=50)	Emekli (n=14)	Test Sonucu [§]	
	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	χ^2	p
YSNE Toplam	143.5 (49.0; 167.0) 132.5±29.0	130.0 (61.0; 160.0) 124.0±21.6	138.0 (62.0; 160.0) 131.4±22.0	137.5 (50.0; 164.0) 131.6±24.2	140.5 (53.0; 160.0) 131.4±29.1	8.663	0.070
Hayata Bağlılık	44.0 (9.0; 48.0) 39.6±10.9	37.0 (8.0; 48.0) 36.0±9.4	42.0 (13.0; 48.0) 39.5±8.9	42.0 (8.0; 48.0) 39.1±9.0	45.0 (8.0; 48.0) 39.1±11.4	8.057	0.090
Umut ve Sosyal Destek	65.5 (20.0; 72.0) 58.6±14.2	57.0 (16.0; 70.0) 56.1±10.8	61.0 (20.0; 72.0) 58.3±11.8	62.0 (19.0; 72.0) 59.0±11.7	64.5 (29.0; 72.0) 60.6±12.1	6.149	0.188
Dini Engeller	24.0 (11.0; 36.0) 24.1±6.3	22.0 (7.0; 35.0) 21.6±7.7	22.5 (9.0; 31.0) 23.0±6.1	22.5 (8.0; 33.0) 22.8±6.0	22.0 (14.0; 36.0) 22.4±6.2	2.548	0.636
Mücadele	12.0 (3.0; 12.0) 10.21±2.5	11.0 (6.0; 12.0) 10.3±1.7	12.0 (6.0; 12.0) 10.5±2.1	12.0 (6.0; 12.0) 10.8±1.9	10.0 (2.0; 12.0) 9.3±3.0	5.446	0.245
İÖÖ Toplam	76.0 (45.0; 115.0) 78.2±18.3	78.0 (46.0; 127.0) 76.8±17.4	73.0 (42.0; 109.0) 72.9±17.1	77.0 (43.0; 124.0) 77.4±17.2	76.5 (50.0; 104.0) 75.1±16.5	1.607	0.807
Öfke	15.0 (10.0; 28.0) 16.5±4.6	15.0 (8.0; 25.0) 15.8±4.5	17.0 (8.0; 27.0) 17.1±5.1	16.0 (8.0; 29.0) 17.0±5.1	14.0 (8.0; 26.0) 15.4±5.2	2.672	0.614
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 27.0) 14.8±4.5	15.0 (8.0; 30.0) ^a 15.7±4.6	12.0 (8.0; 22.0) ^a 12.8±3.4	13.0 (8.0; 29.0) 14.8±5.0	15.5 (9.0; 24.0) 16.0±4.2	10.136	0.038
Olumsuz Benlik ve Tükenme	46.0 (23.0; 70.0) 46.9±12.2	45.0 (23.0; 72.0) 45.3±11.1	43.5 (21.0; 64.0) 43.0±10.7	45.0 (26.0; 75.0) 45.5±11.1	44.0 (26.0; 60.0) 43.7±10.8	1.720	0.787
BDÖ	13.0 (0.0; 55.0) 18.0±15.4	13.5 (0.0; 50.0) 17.4±13.2	12.5 (0.0; 51.0) 19.0±15.2	14.5 (0.0; 45.0) 16.2±12.0	19.0 (0.0; 39.0) 18.1±12.1	0.386	0.984

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / §: Kruskal-Wallis testi sonucu / ^a: p= 0.041

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin iş-meslek gruplarına göre YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele” ve BDÖ puan ortancalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Meslek gruplarında yalnızca İÖÖ “hayata bağlılıktan kopma” alt ölçeğine ait puan ortancalarının en az bir grupta diğerlerinden farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, yalnızca memur ve işçiler arasında İÖÖ “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancaları açısından farklılık olduğu ve memurların işçilere göre İÖÖ “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin gelir durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ortanın altı düzey (n=43)	Orta düzey (n=128)	Ortanın üstü düzey (n=21)	Test Sonucu [§]	
	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	χ^2	p
YSNE Toplam	140.0 (49.0; 161.0) 129.3±23.5	138.0 (50.0; 167.0) 130.5±26.2	134.0 (78.0; 157.0) 129.1±21.7	0.683	0.711
Hayata Bağlılık	43.0 (9.0; 48.0) 39.5±8.8	41.0 (8.0; 48.0) 38.4±10.3	40.0 (16.0; 48.0) 38.0±9.1	0.480	0.786
Umut ve Sosyal Destek	60.0 (20.0; 72.0) 57.5±12.1	61.0 (16.0;72.0) 58.5±12.5	62.0 (29.0; 72.0) 58.4±11.6	0.472	0.790
Dini Engeller	22.0 (8.0; 35.0) 22.3±5.4	23.0 (8.0; 36.0) 23.2±6.7	25.0 (7.0; 33.0) 22.1±7.8	1.002	0.606
Mücadele	11.0 (3.0; 12.0) 10.1±2.6	11.0 (2.0; 12.0) 10.4±2.1	11.0 (6.0; 12.0) 10.7±1.7	0.236	0.889
İÖÖ Toplam	82.0 (47.0; 120.0) ^a 81.7±16.8	76.0 (42.0; 127.0) 76.1±17.9	70.0 (49.0; 90.0) ^a 68.6±11.4	10.139	0.006
Öfke	18.0 (8.0; 28.0) ^b 18.2±4.7	15.0 (8.0; 29.0) ^b 16.1±4.9	14.0 (9.0; 27.0) 15.5±4.2	7.959	0.019
Hayata Bağlılıktan Kopma	16.0 (9.0; 25.0) ^c 15.5±4.1	14.0 (8.0; 30.0) 14.9±4.9	11.0 (8.0; 17.0) ^c 12.6±2.6	6.851	0.033
Olumsuz Benlik ve Tükenme	48.0 (26.0; 75.0) ^d 48.0±10.9	44.0 (21.0; 73.0) 45.2±11.6	39.0 (27.0; 58.0) ^d 45.0±7.9	8.012	0.018
BDÖ	19.0 (0.0; 54.0) 19.0±12.7	13.0 (0.0; 55.0) 17.6±14.2	11.0 (2.0; 41.0) 14.8±12.5	1.871	0.392

*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma/[§]: Kruskal-Wallis testi sonucu/ ^a: p= 0.007, ^b: p= 0.026, ^c: p=0.027, ^d: p= 0.016

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele” ve BDÖ puan ortancalarının gelir durumu düzeylerine göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin İÖÖ toplam ölçek puan ortancalarının gelir durumu gruplarının en az birinde farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İÖÖ toplamı için bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda ortanın altı gelir grubunda yer alanların İÖÖ toplam puan ortancalarının ortanın üstü gelir grubunda yer alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları da gelir durumu gruplarında farklıdır ($p<0.05$). İkili karşılaştırmalar sonucunda; İÖÖ “öfke” puan ortancalarının ortanın altı gelir grubunda orta gelir grubuna göre ($p= 0.007$), “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancalarının ortanın altı gelir grubunda ortanın üstü gelir grubuna göre ($p= 0.027$) ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının da ortanın altı gelir grubunda ortanın üstü gelir grubuna göre ($p= 0.016$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p< 0.05$), (Bkz. Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Anne ve Babayla (n=60)	Anne veya Babayla (n=18)	Yalnız (n=25)	Eşiyle (n=23)	Eş ve Çocuklarla (n=59)	Akrabayla (n=7)	Test Sonucu ^s	
	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$ *	χ^2	p
YSNE Toplam	137.0 (76.0; 164.0) 131.0±22.0	139.0 (93.0; 164.0) 134.9±18.9	133.0 (92.0; 161.0) 129.7±22.3	142.0 (53.0; 160.0) 128.1±31.8	137.0 (49.0; 167.0) 130.6±25.9	134.0 (50.0; 146.0) 112.1±39.4	2.261	0.812
Hayata Bağlılık	42.0 (9.0; 48.0) 39.4±8.4	42.0 (23.0; 48.0) 39.9±8.4	44.0 (26.0; 448.0) 40.7±6.8	42.0 (8.0; 48.0) 36.7±12.8	40.0 (9.0; 48.0) 37.7±10.4	43.0 (8.0; 48.0) 34.7±16.2	1.471	0.916
Umut ve Sosyal Destek	61.5 (32.0; 72.0) 58.5±10.3	60.5 (42.0; 72.0) 60.4±9.3	61.0 (37.0; 72.0) 59.0±11.3	61.0 (16.0; 72.0) 58.1±14.6	60.0 (20.0; 72.0) 58.1±12.9	62.0 (19.0; 68.0) 49.4±21.3	1.723	0.886
Dini Engeller	22.0 (8.0; 36.0) 22.6±6.3	25.5 (11.0; 32.0) 23.8±6.5	20.0 (7.0; 30.0) ^a 19.5±6.7	24.0 (8.0; 36.0) 23.4±6.8	26.0 (11.0; 36.0) ^a 24.6±6.2	20.0 (11.0; 26.0) 19.0±5.3	12.869	0.025
Mücadele	12.0 (3.0; 12.0) 10.6±2.0	12.0 (6.0; 12.0) 10.8±2.0	12.0 (6.0; 12.0) 10.5±2.0	11.0 (2.0; 12.0) 10.0±2.6	11.0 (4.0; 12.0) 10.2±2.3	9.0 (6.0; 12.0) 9.0±2.4	6.233	0.284
İÖÖ Toplam	77.5 (43.0; 120.0) 77.3±15.7	76.0 (59.0; 104) 75.4±12.0	70.0 (49.0; 127.0) 73.7±21.1	74.0 (42.0; 114.0) 76.8±20.7	76.0 (47.0; 115.0) 77.0±16.5	63.0 (54.0; 124.0) 79.9±27.8	1.915	0.861
Öfke	16.5 (8.0; 28.0) 17.2±4.9	15.5 (8.0; 26.0) 16.9±4.8	14.0 (8.0; 25.0) 15.2±4.5	14.0 (8.0; 26.0) 15.7±5.4	15.0 (8.0; 26.0) 16.4±4.3	13.0 (11.0; 29.0) 17.6±7.6	4.229	0.517
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 29.0) 15.1±5.0	12.0 (8.0; 22.0) 12.9±3.9	15.0 (9.0; 30.0) 15.9±5.3	14.0 (8.0; 24.0) 14.8±4.3	15.0 (8.0; 25.0) 14.3±4.1	14.0 (11.0; 22.0) 15.9±4.2	4.975	0.419
Olumsuz Benlik ve Tükenme	44.5 (23.0; 75.0) 44.9±9.7	46.0 (32.0; 63.0) 45.6±9.0	45.0 (26.0; 72.0) 42.6±12.9	45.0 (21.0; 70.0) 46.3±14.2	45.0 (26.0; 70.0) 46.2±11.0	38.0 (31.0; 73.0) 46.4±16.5	2.256	0.813
BDÖ	13.0 (0.0; 45.0) 16.3±12.0	11.5 (0.0; 44.0) 15.0±12.2	9.0 (0.0; 50.0) 14.8±14.5	19.0 (0.0; 39.0) 19.9±12.3	18.0 (0.0; 55.0) 19.5±15.3	12.0 (5.0; 51.0) 21.0±18.3	4.097	0.536

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / ^s: Kruskal-Wallis testi sonucu / ^a: p=0.039

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin birlikte yaşadığı kişilere ait belirlenen gruplar arasında İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme”, YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri olan “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “mücadele” ortancaları ile BDÖ puan ortancaları açısından fark bulunamamıştır ($p>0.05$). YSNE “dini engeller” alt ölçek puan ortancalarının birlikte yaşadığı kişilere ait değişken gruplarından en az birinde diğerlerinden farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda yalnızca eş ve çocuğu ile yaşayanlar ile yalnız yaşayanların puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.10).



Tablo 4.11. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin çocuk sahibi olma durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Evet (n=109)	Hayır (n=83)	Test Sonucu ^{&}	
	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Z	p
YSNE Toplam	139.0 (49.0; 167.0) 130.3±27.3	135.0 (61.0; 164.0) 129.7±21.8	0.960	0.337
Hayata Bağlılık	43.0 (8.0; 48.0) 38.7±10.5	40.0 (8.0; 48.0) 38.5±8.8	0.785	0.432
Umut ve Sosyal Destek	62.0 (19.0; 72.0) 58.2±13.3	59.0 (16.0; 72.0) 58.3±10.7	0.844	0.399
Dini Engeller	23.0 (7.0; 36.0) 23.3±6.7	23.0 (8.0; 33.0) 22.4±6.3	0.764	0.445
Mücadele	11.0 (2.0; 12.0) 10.2±2.3	12.0 (3.0; 12.0) 10.6±2.0	0.909	0.363
İÖÖ Toplam	75.0 (42.0; 124.0) 75.5±17.7	78.0 (43.0; 127.0) 77.9±17.0	1.057	0.291
Öfke	15.0 (8.0; 29.0) 16.3±5.1	16.0 (8.0; 27.0) 16.7±4.5	0.871	0.384
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 25.0) 14.2±3.8	15.0 (8.0; 30) 15.5±5.4	1.154	0.248
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.0 (21.0; 73.0) 45.0±11.8	45.0 (23.0; 75.0) 45.7±10.6	0.606	0.545
BDÖ	14.0 (0.0; 55.0) 18.4±14.4	12.0 (0.0; 50.0) 16.5±12.8	0.744	0.457

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma/ [&]: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada çocuk sahibi olan bireylerin YSNE toplam ve YSNE alt ölçekleri olan “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “dini engeller” puan ortancalarının çocuk sahibi olanlarda bir miktar yüksek, “mücadele” puan ortancalarının ise düşük olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (p>0.05). İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ puan ortancalarının çocuk sahibi olan bireyler ile çocuk sahibi olmayan bireyler arasında anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir (p>0.05), (Bkz. Tablo 4.11)

Tablo 4.12. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanı gruplarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Alkol madde (n= 11)	Anksiyete (n= 17)	Bab (n= 32)	Depresyon (n= 61)	Psikotik bozukluk (n= 71)	Test istatistiği ^s	
	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	χ^2	p
YSNE Toplam	134.0 (53.0; 160.0) 125. 3±31.0	138.0 (49.0; 167.0) 128.2±31.3	141.0 (93.0; 164.0) 136.1±19.1	128.0 (50.0; 164.0) 122.2±27.5	140.0 (85.0; 164.0) 135.2±21.0	9.287	0.054
Hayata Bağlılık	48.0 (8.0; 48.0) 38.9±13.0	40.0 (8.0; 48.0) 37.8±11.9	43.5 (26.0; 48.0) 41.0±7.0	37.0 (8.0; 48.0) ^a 35.1±11.1	43.0 (13.0; 48.0) ^a 40.6±7.8	11.179	0.025
Umut ve Sosyal Destek	62.0 (29.0; 72.0) 57.5±14.8	59.0 (16.0; 72.0) 55.4±16.5	65.0 (41.0; 72.0) 61.6±9.3	57.0 (19.0; 72.0) 55.0±12.9	62.0 (32.0; 72.0) 60.3±10.6	9.260	0.055
Dini Engeller	19.0 (7.0; 28.0) 18.2±6.4	26.0 (11.0; 35.0) 25.0±6.2	22.0 (8.0; 36.0) 22.5±6.7	23.0 (8.0; 36.0) 22.3±7.1	24.0 (8.0; 36.0) 23.8±5.7	8.914	0.063
Mücadele	12.0 (2.0; 12.0) 10.7±3.0	11.0 (4.0;12.0) 10.1±2.5	12.0 (6.0; 12.0) 11.0±1.7	11.0 (3.0; 12.0) 9.8±2.4	12.0 (6.0; 12.0) 10.6±1.9	11.184	0.025
İÖÖ Toplam	65.0 (46.0; 101.0) 69.9±19.1	76.0 (47.0; 115.0) 76.7±19.7	73.0 (42.0; 116.0) ^c 72.2±18.2	84.0 (57.0; 127.0) ^{b, c} 85.9±17.0	73.0 (47.0; 100.0) ^b 71.5±13.1	25.533	<0.001
Öfke	14.0 (8.0; 28.0) 16.6±6.9	17.0 (8.0; 26.0) 16.8±5.2	15.0 (8.0; 24.0) 15.2±4.7	17.0 (10.0; 29.0) 17.8±4.7	15.0 (8.0; 27.0) 15.9±4.4	7.840	0.098
Hayata Bağlılıktan Kopma	12.0 (8.0; 24.0) 13.2±5.0	14.0 (9.0; 23.0) 14.2±4.1	13.5 (8.0; 25.0) 14.2±4.3	16.0 (8.0; 30.0) 16.3±4.8	13.0 (8.0; 29.0) 14.1±4.3	10.713	0.030
Olumsuz Benlik veTükenme	39.0 (23.0; 56.0) ^d 40.2±11.3	43.0 (28.0; 69.0) 45.8±11.7	42.0 (21.0; 70.0) ^f 42.8±12.7	50.0 (33.0; 75.0) ^{d, e, f} 51.8±10.4	43.0 (26.0; 62.0) ^e 41.5±8.6	30.373	<0.001
BDÖ	12.0 (1.0; 41.0) 15.8±13.8	12.0 (0.0; 54.0) 19.2±16.1	7.5 (0.0; 45.0) ^g 12.1±12.6	26.0 (1.0; 55.0) ^{g, h} 26.3±12.6	8.0 (0.0; 44.0) ^h 12.4±10.5	42.452	<0.001

*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / ^s: Kruskal-Wallis testi sonucu/ ^a:p= 0.034 ^b: p<0.001 ^c: p=0.005 ^d:p=0.037 ^e: p<0.001 ^f: p= 0.002 ^g: p<0.001 ^h:p<0.001

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “umut ve sosyal destek”, “dini engeller” ve İÖÖ alt ölçeği “öfke” puan ortancalarının tanı gruplarında benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). YSNE alt ölçeği “mücadele” ve İÖÖ alt ölçeği “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancalarının tanı gruplarında incelenmesi sonucunda, her iki ölçek puan ortancaları için de tanı gruplarının en az birinde farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ancak bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

YSNE alt ölçeği “hayata bağlılık” puan ortancalarının tanı gruplarından en az birinde farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda yalnızca depresyon ve psikotik bozukluk tanı grupları arasında YSNE alt ölçeği “hayata bağlılık” puan ortancalarının farklılığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Depresyon tanısı olan bireylerin İÖÖ toplam ve BDÖ puan ortancalarının bipolar affektif bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı olan bireylere göre; İÖÖ alt ölçeği “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının alkol madde kullanım bozukluğu, bipolar affektif bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin intihar düşüncesi ve intihar öyküsüne göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	İntihar Düşüncesi		Test Sonucu ^{&}		İntihar Öyküsü		Test Sonucu ^{&}	
	Evret (n=127)	Hayır (n=65)			Evret (n=26)	Hayır (n=166)		
	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Z	p	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *	Z	p
YSNE Toplam	131.0 (49.0;167.0) 125.8±26.5	143.0 (61.0;162.0) 138.4±19.6	3.402	0.001	121.5 (49.0;157.0) 114.2±33.1	138.0 (61.0;167.0) 132.5±22.7	2.749	0.006
Hayata Bağlılık	39.0 (8.0; 48.0) 36.2±10.4	45.0 (12.0; 48.0) 43.2±6.5	5.291	0.001	32.0 (8.0; 48.0) 31.0±13.1	42.0 (8.0; 48.0) 39.8±8.6	3.378	0.001
Umut ve Sosyal Destek	58.0 (16.0; 72.0) 56.4±12.7	65.0 (29.0; 72.0) 61.8±10.4	3.180	0.001	56.0 (19.0; 71.0) 52.5±15.4	62.0 (16.0; 72.0) 59.1±11.5	2.151	0.031
Dini Engeller	23.0 (8.0; 35.0) 23.0±6.5	22.0 (7.0; 36.0) 22.6±6.7	0.743	0.457	22.5 (11.0; 31.0) 21.1±5.8	23.0 (7.0; 36.0) 23.2±6.6	1.564	0.118
Mücadele	11.0 (2.0; 12.0) 10.1±2.2	12.0 (3.0; 12.0) 10.8±2.1	2.624	0.009	10.5 (2.0; 12.0) 9.5±3.0	11.5 (3.0; 12.0) 10.5±2.0	1.470	0.141
İÖÖ Toplam	81.0 (53.0; 127.0) 83.6±15.3	60.0 (42.0; 106.0) 62.9±12.5	8.208	0.001	92.0 (64.0, 127.0) 94.5±17.6	74.0 (42.0; 114.0) 73.8±15.6	5.038	0.001
Öfke	17.0 (8.0; 29.0) 17.7±4.9	14.0 (8.0; 27.0) 14.1±3.8	4.989	0.001	18.0 (8.0; 29.0) 18.6±5.5	15.0 (8.0; 28.0) 16.2±4.6	2.122	0.034
Hayata Bağlılıktan Kopma	15.0 (8.0; 30.0) 15.7±4.5	12.0 (8.0; 29.0) 13.0±4.2	4.256	0.001	17.5 (9.0; 30.0) 18.3±5.8	14.0 (8.0; 29.0) 14.2±4.1	3.330	0.001
Olumsuz Benlik ve Tükenme	49.0 (28.0; 75.0) 50.2±9.5	35.0 (21.0, 63.0) 35.7±7.7	8.963	0.001	58.0 (44.0; 75.0) 57.6±9.3	43.0 (21.0; 70.0) 43.4±10.3	5.689	0.001
BDÖ	20.0 (0.0; 54.0) 21.7±13.6	7.0 (0.0; 55.0) 9.6±9.9	6.149	0.001	34.0 (6.0; 54.0) 32.6±12.8	12.0 (0.0; 55.0) 15.2±12.3	5.454	0.001

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / &: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin intihar düşüncesinde olup olmama durumlarına göre YSNE toplam puan ortancalarının farklılık gösterdiği ve intihar düşüncesi olduğunu belirtenlerde YSNE toplam puan ortancalarının anlamlı düzeyde düşük bulunduğu belirlenmiştir (p<0.05). Benzer şekilde; YSNE alt ölçekleri olan “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “mücadele” puan ortancaları intihar düşüncesi olduğunu belirten bireylerde anlamlı düzeyde düşüktür (p<0.05). YSNE “dini engeller” puan ortancaları ise intihar düşüncesi olan ve olmayanlarda benzer bulunmuştur (p>0.05). İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ

puan ortancaları intihar düşüncesi olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.13).

YSNE “dini engeller” ve “mücadele” puan ortancalarının intihar öyküsü olan bireyler ile olmayan bireylerde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık” ve “umut ve sosyal destek” puan ortancalarının ise intihar öyküsü olan bireylerde intihar öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İntihar öyküsü olan bireylerin BDÖ, İOÖ toplam ve İOÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının intihar öyküsü olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.13).



Bu bölümde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarına göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.14. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin hayati tehlike atlatma durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Hayati tehlike atlatmak		Test Sonucu ^{&}	
	Hayır (n=141)	Evet (n=51)	Z	p
	Ortanca (min; max) X±SS *	Ortanca (min; max) X±SS *		
YSNE Toplam	137.0 (49.0; 167.0) 129.9±26.3	134.0 (61.0; 160.0) 130.5±21.4	0.447	0.655
Hayata Bağlılık	42.0 (8.0; 48.0) 38.7±9.9	41.0 (9.0; 48.0) 38.4±9.7	0.260	0.795
Umut ve Sosyal Destek	61.0 (16.0; 72.0) 57.9±12.8	62.0 (29.0; 72.0) 58.2±10.7	0.262	0.793
Dini Engeller	23.0 (8.0; 36.0) 23.0±6.7	23.0 (7.0; 33.0) 22.7±5.9	0.246	0.806
Mücadele	12.0 (2.0; 12.0) 10.4±2.2	11.0 (4.0; 12.0) 10.2±2.1	0.657	0.511
İÖÖ Toplam	74.0 (42.0; 124.0) 74.5±16.3	82.0 (46.0; 127.0) 82.3±19.1	2.753	0.006
Öfke	15.0 (8.0; 29.0) 16.1±4.8	18.0 (8.0; 28.0) 17.7±4.7	2.253	0.024
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 29.0) 14.3±4.2	15.0 (8.0; 30.0) 16.0±5.3	1.903	0.057
Olumsuz Benlik ve Tükenme	43.0 (21.0; 73.0) 44.1±10.7	48.0 (23.0; 75.0) 48.6±12.2	2.448	0.014
BDÖ	13.0 (0.0; 54.0) 16.5±13.6	20.0 (0.0; 55.0) 20.6±13.6	1.985	0.047

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / &: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarından hayati tehlike atlatma durumunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele” ile İÖÖ alt ölçeği “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancaları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Hayati tehlike atlatan bireylerin BDÖ, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan

ortancalarının hayati tehlike atlatmayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin kötü muamele görme durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Kötü muamele görmek		Test Sonucu ^{&}	
	Hayır (n=155)	Evete (n=37)	Z	p
	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS$ *		
YSNE Toplam	135.0 (50.0; 167.0) 129.6±24.5	141.0 (49.0; 164.0) 132.0±27.4	0.993	0.321
Hayata Bağlılık	41.0 (8.0; 48.0) 38.7±9.5	44.0 (9.0; 48.0) 38.4±10.9	0.094	0.925
Umut ve Sosyal Destek	60.0 (16.0; 72.0) 57.8±12.1	65.0 (20.0; 72.0) 60.0±13.0	1.431	0.153
Dini Engeller	22.0 (7.0; 36.0) 22.8±6.4	26.0 (9.0; 33.0) 23.1±7.0	0.485	0.628
Mücadele	11.0 (2.0; 12.0) 10.3±2.2	12.0 (4.0; 12.0) 10.6±2.3	1.112	0.266
İÖÖ Toplam	75.0 (42.0; 127.0) 74.6±16.9	85.0 (47.0; 116.0) 84.7±17.3	3.211	0.001
Öfke	15.0 (8.0; 29.0) 15.9±4.7	20.0 (11.0; 28.0) 19.0±4.5	3.599	0.001
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 30.0) 14.5±4.5	15.0 (8.0; 27.0) 15.7±4.7	1.529	0.126
Olumsuz Benlik ve Tükenme	44.0 (21.0; 75.0) 44.2±11.0	49.0 (28.0; 70.0) 50.0±11.2	2.784	0.005
BDÖ	13.0 (0.0; 51.0) 16.8±13.4	17.0 (1.0; 55.0) 20.8±14.6	1.567	0.117

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / &: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarından kötü muamele göre durumunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele” İÖÖ alt ölçeği “hayata bağlılıktan kopma” ve BDÖ puan ortancalarının arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kötü muamele gören bireylerin İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçeği “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan

ortancalarının kötü muamele görmeyen bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin kaza nedeniyle yakınını kaybetme durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Kaza nedeniyle yakınını kaybetmek		Test Sonucu ^{&}	
	Hayır (n=159)	Evet (n=33)	Z	p
	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS$ *		
YSNE Toplam	136.0 (49.0; 167.0) 130.6±23.9	139.0 (53.0; 159.0) 127.2±30.1	0.103	0.918
Hayata Bağlılık	42.0 (8.0; 48.0) 38.7±9.4	42.0 (8.0; 48.0) 37.9±11.7	0.078	0.938
Umut ve Sosyal Destek	61.0 (16.0; 72.0) 58.3±11.7	64.0 (20.0; 72.0) 57.9±14.8	0.615	0.538
Dini Engeller	23.0 (7.0; 36.0) 23.2±6.7	21.0 (11.0; 31.0) 21.3±5.4	1.711	0.087
Mücadele	11.0 (3.0; 12.0) 10.4±2.0	12.0 (2.0; 12.0) 10.1±2.9	0.174	0.861
İÖÖ Toplam	76.0 (43.0; 124.0) 76.5±16.8	77.0 (42.0; 127.0) 77.1±20.1	0.145	0.885
Öfke	15.0 (8.0; 29.0) 16.6±4.8	15.0 (8.0; 27.0) 16.2±5.0	0.285	0.776
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 29.0) 14.5±4.3	15.0 (8.0; 30.0) 16.0±5.6	1.197	0.231
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.0 (23.0; 75.0) 45.4±11.0	46.0 (21.0; 72.0) 44.9±12.5	0.090	0.929
BDÖ	13.0 (0.0; 54.0) 17.5±13.4	14.0 (0.0; 55.0) 18.0±15.4	0.078	0.938

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / &: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarından kaza nedeniyle yakınını kaybetme durumunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele”, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yakınının intihar girişimi olması durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Yakınının intihar girişimi		Test Sonucu ^{&}	
	Hayır (n=181)	Evete (n=11)	Z	p
	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS^*$	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS^*$		
YSNE Toplam	137.0 (49.0; 167.0) 129.9±25.3	138.0 (93.0; 158.0) 132.6±20.6	0.145	0.884
Hayata Bağlılık	42.0 (8.0; 48.0) 38.6±9.9	42.0 (23.0; 48.0) 39.3±8.5	0.059	0.953
Umut ve Sosyal Destek	61.0 (16.0; 72.0) 58.1±12.4	62.0 (44.0; 72.0) 60.4±9.4	0.417	0.677
Dini Engeller	23.0 (7.0; 36.0) 22.9±6.5	24.0 (13.0; 33.0) 22.5±6.7	0.291	0.771
Mücadele	11.0 (2.0; 12.0) 10.3±2.2	11.0 (6.0; 12.0) 10.6±2.1	0.113	0.910
İÖÖ Toplam	76.0 (42.0; 127.0) 76.7±17.4	79.0 (50.0; 104.0) 74.9±17.0	0.157	0.876
Öfke	15.0 (8.0; 29.0) 16.5±4.8	19.0 (11.0; 27.0) 16.7±5.0	0.008	0.993
Hayata Bağlılıktan Kopma	14.0 (8.0; 30.0) 14.8±4.6	15.0 (11.0; 22.0) 14.9±3.8	0.359	0.720
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.0 (21.0; 75.0) 45.4±11.3	43.0 (26.0; 63.0) 43.3±11.2	0.517	0.605
BDÖ	14.0 (0.0; 55.0) 17.7±13.8	12.0 (0.0; 37.0) 15.6±13.1	0.473	0.637

*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / &: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarından bir yakınının intihar girişiminde bulunması durumunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele”, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma”, “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05), (Bkz. Tablo 14.17).

Tablo 4.18. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yakınının intihar nedeniyle ölmesi durumuna göre YSNE, İÖÖ ve BDÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Yakınının intihar nedeniyle ölmesi		Test Sonucu ^{&}	
	Hayır (n=157)	Evvet (n=35)	Z	p
	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS$ *	Ortanca (min; max) $\bar{X}\pm SS$ *		
YSNE Toplam	135.0 (50.0; 164.0) 129.5±24.4	141.0 (49.0; 167.0) 132.6±28.0	1.183	0.237
Hayata Bağlılık	41.0 (8.0; 48.0) 38.7±9.3	44.0 (9.0; 48.0) 38.1±11.7	0.396	0.692
Umut ve Sosyal Destek	61.0 (16.0; 72.0) 57.7±12.2	64.0 (20.0; 72.0) 60.5±12.5	1.655	0.098
Dini Engeller	23.0 (7.0; 36.0) 22.8±6.5	24.0 (8.0; 36.0) 23.2±6.7	0.306	0.759
Mücadele	11.0 (2.0; 12.0) 10.3±2.2	12.0 (4.0; 12.0) 10.8±2.3	2.116	0.034
İÖÖ Toplam	76.0 (42.0; 127.0) 75.8±17.4	79.0 (52.0; 120.0) 79.9±17.0	1.270	0.204
Öfke	15.0 (8.0; 29.0) 16.0±4.7	19.0 (8.0; 28.0) 18.5±4.9	2.808	0.005
Hayata Bağlılıktan Kopma	15.0 (8.0; 30.0) 14.9±4.6	12.0 (8.0; 24.0) 14.1±4.6	1.080	0.280
Olumsuz Benlik ve Tükenme	45.0 (21.0; 73.0) 44.9±11.3	45.0 (31.0; 75.0) 47.3±11.0	0.961	0.337
BDÖ	13.0 (0.0; 51.0) 17.3±13.5	14.0 (1.0; 55.0) 18.8±14.8	0.528	0.597

* Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma / &: Mann Whitney U testi sonucu

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerden bir yakını intihar nedeni ile ölmeyenlerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, “mücadele” puan ortancaları düşük olup yalnızca YSNE “mücadele” puan ortancaları için elde edilen fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Bir yakını intihar nedeniyle ölen bireylerin İÖÖ alt ölçeği “öfke” puan ortancasının bir yakını intihar nedeniyle ölmeyen bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bir yakını intihar nedeniyle ölen bireylerin BDÖ, YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.18).

Bu bölümde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE ve BDÖ ölçeklerinden elde edilen puan ortancalarının İÖÖ ölçek puan ortancaları ile ilişkisine ait korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.19. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE ve BDÖ ölçek puan ortancalarının İÖÖ ölçek puan ortancaları ile ilişki.

	İÖÖ Toplam		Öfke		Hayata Bağlılıktan Kopma		Olumsuz Benlik ve Tükenme	
	rho	p *	rho	p *	rho	p *	rho	p *
YSNE Toplam	-0.448	<0.001	-0.185	0.010	-0.523	<0.001	-0.402	<0.001
Hayata Bağlılık	-0.545	<0.001	-0.285	<0.001	-0.563	<0.001	-0.501	<0.001
Umut ve Sosyal Destek	-0.451	<0.001	-0.158	0.028	-0.510	<0.001	-0.429	<0.001
Dini Engeller	-0.016	0.825	0.060	0.405	-0.149	0.039	0.024	0.744
Mücadele	-0.298	<0.001	-0.106	0.142	-0.328	<0.001	-0.268	<0.001
BDÖ	0.755	<0.001	0.502	<0.001	0.479	<0.001	0.759	<0.001

*Spearman rho korelasyon testi sonucudur.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ile İÖÖ toplam puan ortancaları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiş olup ($0.40 < |\rho| = 0.448| < 0.69$, $p < 0.001$) YSNE toplam puan ortancaları arttıkça İÖÖ toplam puan ortancaları azalmaktadır. YSNE toplam puan ortancaları ile İÖÖ “öfke” alt ölçeği arasında önemsenmeyecek düzeyde negatif yönde ilişki belirlenmiştir ($0.00 < |\rho| = 0.185| < 0.19$; $p = 0.010$). İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” ile YSNE toplam ilişkisi orta düzeyde ve negatif yönde olarak saptanmıştır ($0.40 < |\rho| = 0.523| < 0.69$, $p < 0.001$; $0.40 < |\rho| = 0.402| < 0.69$; $p < 0.001$).

YSNE alt ölçeği “hayata bağlılık” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki (sırasıyla, $0.40 < |\rho| = 0.545| < 0.69$, $0.40 < |\rho| = 0.563| < 0.69$), $0.40 < |\rho| = 0.501| < 0.69$) İÖÖ alt ölçeği “öfke” ile negatif yönlü, zayıf(düşük) ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($0.20 < |\rho| = 0.285| < 0.39$), ($p < 0.001$).

YSNE alt ölçeği “umut ve sosyal destek” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki (sırasıyla, $0.40 < |\rho| = 0.451 < 0.69$, $0.40 < |\rho| = 0.510 < 0.69$), $0.40 < |\rho| = 0.429 < 0.69$; $p < 0.001$), İÖÖ alt ölçeği “öfke” ile ilişkisi önemsiz düzeyde düşük olarak bulunmuştur ($0.00 < |\rho| = 0.158 < 0.19$; $p < 0.001$).

YSNE alt ölçeği “dini engeller” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenirken, hayata bağlılıktan kopma ile ilişkisi önemsiz düzeyde düşük olarak bulunmuştur ($0.00 < |\rho| = 0.149 < 0.19$; $p < 0.001$).

YSNE alt ölçeği “mücadele” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları arasında negatif yönlü, zayıf (düşük) ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $0.20 < |\rho| = 0.298 < 0.39$, $0.20 < |\rho| = 0.328 < 0.39$), $0.20 < |\rho| = 0.268 < 0.39$; $p < 0.001$).

BDÖ ile İÖÖ toplam ve İÖÖ alt ölçeği “olumsuz benlik ve tükenme” arasında pozitif yönlü, kuvvetli (yüksek) ve anlamlı ilişki ($0.70 < |\rho| = 0.755 < 0.89$; $0.70 < |\rho| = 0.759 < 0.89$, $p < 0.001$), “öfke” ve “hayata bağlılıktan kopma” ile orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($0.40 < |\rho| = 0.502 < 0.69$; $0.40 < |\rho| = 0.479 < 0.69$, $p < 0.001$), (Bkz. Tablo 4.19).

Bu bölümde İÖÖ toplam puan ortancası üzerine etkisi olduğu öngörülen değişkenler ile çoklu regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.20. İÖÖ ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenlerin çoklu regresyon sonuçları*

Değişken	$\hat{\beta}$	$SE(\hat{\beta})$	t	p
Sabit katsayı	108.074	5.616	19.242	<0.001
Kötü muamele görmek	5.800	1.739	3.335	0.001
Depresyon	0.679	0.058	11.647	<0.001
Yaş	-0.108	0.054	-2.000	0.047
Yaşamı sürdürme nedenleri	-0.156	0.030	-5.279	<0.001
Eğitim düzeyi	-3.008	1.491	-2.018	0.045
Gelir durumu	-8.325	2.503	-3.325	0.001
İntihar düşüncesi	-9.270	1.586	-5.844	<0.001

*n= 192, p= 8, $R^2=0.728$, $\bar{R}^2= 0.716$, Durbin Watson d= 2.009, F= 61.125, p<0.001

İÖÖ bağımlı değişken; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, intihar düşüncesi, intihar öyküsü, hayati tehlike atlattık, kötü muamele görme durumu, yakınının intihar girişimi, yakınının intihar nedeniyle ölmesi, yaşamı sürdürme nedenleri ve depresyon bağımsız değişken alınarak etkileri adım adım (stepwise) regresyon yöntemi ile incelenmiştir. İÖÖ toplam puan ortancalarına etkisi olduğu öngörülen değişkenlerin adımsal regresyon analizi sonucunda anlamlı etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenler depresyon, intihar düşüncesi, yaşamı sürdürme nedenleri, kötü muamele görmek, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yaş olarak bulunmuştur. Belirlenen bu bağımsız değişkenler ile modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0.728$ olup model anlamlı bulunmuştur (F= 61.125; p<0.001), (Bkz. Tablo 4.20).

5. TARTIŞMA

Araştırma, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların intihar olasılıklar ile yaşamı sürdürme nedenlerinin saptanması ve aralarındaki ilişkinin analiz edilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaç ile çalışmaya Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kliniği ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören 192 hasta birey alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımının tartışılması.
- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre İÖÖ, YSNE ve BDÖ genel puan ortancalarının karşılaştırılmasını tartışılması
- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin İÖÖ, YSNE ve BDÖ genel puan ortancalarının dağılımları ve aralarındaki ilişkinin tartışılması
- İntihar olasılığını yordayan değişkenlerin tartışılması

5.1. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin özelliklerinin dağılımının tartışılması

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %54.2'si kadın, %45.8'i erkektir (Bkz. Tablo 4.1). Araştırmadan elde edilen bu bulgulara göre psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören kadın sayısının fazla olduğu bulunmuştur. Benzer çalışmalarda da psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören kadın sayısının erkeklerden fazla olduğu bildirilmektedir (13,89,90). Genel nüfus çalışmalarında ve Türkiye'de yapılan intihar çalışmalarında kadın olmak sosyodemografik değişkenlerle ilişkili bulunmuştur. Bu durum depresyon, anksiyete bozukluğu gibi bir takım psikiyatrik hastalıkların kadınlarda daha sık görülmesiyle birlikte kadınların erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulunup kliniğe yatırılmasıyla açıklanabilir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yaş ortancası 38.00 (min= 19; maks= 75) olup %42.7'si 35-54 yaş aralığındadır (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre orta yetişkinlerin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmesi diğer yaş gruplarına göre daha fazladır. Benzer çalışmalarda da psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yaş ortalamalarının 35-54 aralığında olduğu saptanmıştır (91,92). Genç yaş grubundaki bireylerde madde kötüye kullanımının, orta yaş grubundaki bireylerde major depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı ve yüksek anksiyetenin, yaşlılıkta ise major depresyonun intihar olasılığını arttırdığı belirtilmektedir (7). Yaşın ilerlemesiyle birlikte kronik hastalıkların ve buna bağlı olarak da intihar riskinin arttığı düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %48.4'ü evli, %37.5'i bekar, %14.1'i ise boşanmıştır. Bireylerin %56.8'i çocuk sahibi olup çocuk sayısı ortancası 2'dir (Bkz. Tablo 4.1). Sağınç ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hasta bireylerin %47.2'sinin evli olduğu ve hasta bireylerin çocuk sayısı ortalamasının 2.59 ± 1.82 olduğu görülmüştür (89). Choi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişimi nedeniyle psikiyatri kliniğinde yatan bireylerin %54.5'inin, psikiyatrik hastalığı nedeniyle yatanların %53'ünün evli olduğu (93); McClure ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada ise yatan hastaların %21'inin evli olduğu saptanmıştır (94). Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin %78.9'unun evli olduğu bulunmuştur (95). Psikiyatrik hastalığı olan bireyler arasında evli olma durumu farklılık göstermektedir. Bu durum psikiyatrik tanıya, hastalığın şiddetine, farklı kültürel özelliklere göre açıklanabilir. Bazı kültürlerde evliliğin psikiyatrik hastalığı olan bireyleri iyileştirebileceğine olan inanç yaygın olup evlilik ile birlikte hasta bakımının da sağlanacağı düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %21.4'ü ilkokul, %19.8'i ortaokul ve %26.5'i üniversite mezunudur (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hasta bireylerin eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur. Benzer çalışmalarda da psikiyatrik tanısı olan bireylerin eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur (96,97). Psikiyatrik hastalıklar ve tedavinin bireylerin işlevselliğini ve sosyal becerilerini etkileyerek bireylerin eğitim öğretim sürecini sürdürmede zorluk yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %27.1'i ev hanımı, %7.3'ü emekli, %26'sı ise geliri olan herhangi bir işte çalışmamakta ve %39.6'sı geliri olan bir işte çalışmakta olup %22.4'ü ortanın altı gelir grubunda, %66.7'si orta gelir grubundadır (Bkz. Tablo 4.1). Benzer çalışmalarda da psikiyatri hastalarının çalışma durumu ve ekonomik düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (81,98,99). Psikiyatrik hastalıklar ve tedavi amaçlı kullanılan ilaçlardan dolayı bireylerin üretkenliği azalmakta ve bu durum bireylerin işlerini kaybetmesine neden olabilmektedir. Bu durumun psikiyatrik hasta grubunun düşük gelir düzeyine sahip olma durumunu açıkladığı düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %13.0'ü yalnız yaşamaktadır (Bkz. Tablo 4.1). Sudupe ve arkadaşları psikiyatri kliniğinde yatan hasta bireyler ile yürüttükleri çalışmalarında intihar girişimi olmayan hastaların 13.4'ünün, intihar girişimi olan hastaların 13.3'ünün yalnız yaşadığını (100); Zincir ve arkadaşları yaptığı çalışmada ise hasta bireylerin %6.5'inin yalnız yaşadığını saptamışlardır (13). Ülkemizin hasta bireylerin yalnız bırakılmadığı ve aile üyeleri tarafından sosyal destek sağlandığı görülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %66.1'i daha önce intihar düşüncesine sahip olup %13.5'i daha önce intihar girişiminde bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1). Neuner ve arkadaşlarının psikiyatride yatan hastaların intihara yönelik risk faktörlerini belirlemek için yürüttükleri çalışmalarında hastaların %39.0'ının intihar girişimi öyküsü ve %26.8'inin intihar düşüncesine sahip olduğu (101); Deisenhammer ve arkadaşlarının çalışmasında ise psikiyatride yatan hastaların %50'sinin intihar girişimi öyküsü olduğu bulunmuştur (102). Park ve arkadaşlarının psikiyatri kliniğinde yatan hastaların intihar oranını ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada daha önceki intihar girişiminin ve intihar düşüncesinin intihar olasılığını arttırdığını saptamışlardır (103). Psikiyatrik hastalığın özelliği, hastalığın akut veya kronik evresi, uzun süreli ilaç tedavisi, fiziksel hastalığa sahip olma, sosyal desteğin olmaması gibi faktörlerin bireyin intihar düşüncesi veya intihar girişiminin oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin %5.7'si alkol madde bozukluğu, %8.9'u anksiyete bozukluğu, %16.7'si bipolar affektif bozukluk, %31.7'sinin depresyon ve %37'si psikotik bozukluk tanısına sahiptir (Bkz. Tablo 4.1).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre tedavi gören bireylerin en çok psikotik bozukluk ve depresyon hastalığına sahip oldukları görülmektedir. Benzer çalışmalarda da psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören bireylerin çoğunun psikotik bozukluk veya depresyon tanılı olduğunu belirtmektedir (91,104,105,106). Bu durum hem hasta bireylerin düzenli kontrollere gelmemesi veya ilaç uyumsuzluğu gibi bireysel nedenleri hem de dünya çapında psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının artması ve hastalığın kronik ve tekrarlı doğasını da düşündürmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin; %26.6'sının hayati bir tehlike atlattığı, %19.3'ünün kötü muamele gördüğü, %17.2'sinin kaza, afet, vb. nedeniyle yakınına kaybettiği ve %5.7'sinin bir yakını intihar girişiminde bulunmuş olup %18.2'sinin bir yakını intihar nedeniyle ölmüştür (Bkz.Tablo 4.2). Jeon ve arkadaşları çalışmalarına dahil ettikleri hasta bireylerin %8.1'inin ailesinde intihar girişimi öyküsünün olduğunu saptamışlardır (99). Eskin ve arkadaşlarının çalışmasında ise araştırmaya katılan hasta bireylerin %75.4'ünün başlarına en az bir travmatik yaşam olayının geldiği belirtilmektedir (107). Klinik veya klinik dışında intihar olasılığına yönelik risk faktörleri belirlemek için yapılan çalışmalarda şiddet, çocukluk çağı ihmal veya istismarı, kötü muamele görmek, ailede intihar öyküsü, bir arkadaş veya akrabanın ölümü gibi strese neden olan yaşam olaylarının psikiyatri hastalarında yaygın olduğu belirtilmektedir (108).

5.2.Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre İÖÖ, YSNE ve BDÖ genel puan ortancalarının dağılımının tartışılması

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ve alt ölçekleri, BDÖ ve İÖÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının cinsiyetine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). YSNE “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “dini engeller” alt ölçek skorları kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.4). İntihar konusunda klinik ve klinik olmayan gruplarla yapılan çeşitli araştırma sonuçlarında da cinsiyetler arasında fark olmadığı saptanmıştır (105,109,110). Cinsiyetin intihar olasılığı üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği çalışmalarda yatan hastalarda intihar oranının kadınlarda daha fazla (111,112) veya erkeklerde daha fazla olduğu (104,113) şeklinde farklı bulgulara

rastlamak mümkündür. Edelstein ve arkadaşlarının çalışmalarında yaşamı sürdürme nedenleri cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık göstermezken (114), Şahin ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların daha çok yaşamı sürdürme nedenlerinin olduğu saptanmıştır (86). Bu çalışmada cinsiyetler arasında farklılığın olmaması kadın sayısının erkeklerden fazla olmasıyla açıklanabilir. İntiharı önleme çabalarında sadece psikiyatrik hastalıkları olan kadınlara yönelik tetikte olunmaması gerektiği bildirilmekle birlikte intiharı önlemede erkek hastalara ulaşmanın ve tanımlamanın zorluğu devam etmektedir (116). İntihar riskini önlemeye yönelik yapılan klinik izlem ve gözlemlerde hem kadın hem de erkek hasta bireylere karşı aynı düzeyde dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ile YSNE alt boyutları, İÖÖ toplam ile İÖÖ alt boyutları ve BDÖ ölçek puan ortancalarının yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). İÖÖ öfke alt ölçek skoru ile yaş arasında zayıf (düşük) ilişki olduğu belirlenirken; diğer skorlar ile bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir. YSNE dini engeller alt boyutu ile yaş arasında önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki olduğu belirlenirken; diğer skorlar ile bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Araştırmadan elde edilen bulgulara göre 55-64 yaş grubundaki bireylerin intihar olasılıkları diğer yaş gruplarından daha düşük olup intihar olasılığı ölçeğinin öfke alt ölçeğinden alınan puanla yaş değişkeni arasında da negatif yönde anlamlı ilişki olduğu söylenebilir. İntiharın en yüksek olduğu yaş grupları 15- 29 ve 70 yaş ve üzeri olarak belirtilmektedir (34). Benzer çalışmalarda da 55-64 yaş grubu dışında kalan yaş grupları arasında intihar oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (15,89,94,116). Miller ve arkadaşlarının çalışmalarında yetişkin bireylerin gençlere göre daha çok yaşamı sürdürme nedenlerinin olduğu ve dini engellerin güçlü yaşamı sürdürme nedenleri olduğu bulunmuştur (117). Ergenlik ve genç erişkinlik çağında intihar oranlarının yükselmesine paralel olarak psikiyatrik hastalıkların görülüş sıklığı da artmakta olup çoğu psikiyatrik hastalıklar ergenlik döneminde başlamaktadır. Hastalığın şiddeti arttığında (şizofreni, depresyon, bipolar bozukluklar) intihar oranı da artmaktadır (7). Genel inanın aksine intihara ergenlikte yaşanan stresin neden olmadığı, ileri yaşlılarda intihar oranının yüksek olmasında fiziksel dayanıklılığın daha düşük olması, bir fiziksel hastalıktan dolayı acı çekme, toplumdan izole olma,

yoksulluk yaşama gibi faktörlerin rol oynadığı ve yaşlı intiharların genç intiharlara göre daha öldürücü olmakla birlikte yaşlı bireylerin intihar düşünce veya intihar planına ilişkin herhangi bir uyarıcı vermediği düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ile YSNE alt boyutları, İÖÖ toplam ile İÖÖ alt boyutları ve BDÖ ölçek puan ortancalarının medeni duruma ve çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.6, 11). Çalışmamızda çocuk sahibi olan bireylerin YSNE toplam, hayata bağlılık, umut ve sosyal destek ve dini engeller skorlarının çocuk sahibi olanlarda bir miktar yüksek, mücadele skorlarının ise düşük olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p=0.05$) (Bkz. Tablo 4.11). Çalışmada evli bireylerin intihar olasılıkları bekar ve boşanmış bireylerden; çocuk sahibi olan bireylerin intihar olasılıkları çocuk sahibi olmayanlardan düşüktür. Forkmann ve arkadaşları çalışmalarında evli ve çocuk sahibi olanlarda intihar düşüncesinin daha az olduğunu saptamışlardır (118). Zincir ve arkadaşları ise yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar oranının evli erkeklerde ve bekar kadınlarda daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (13). Evli ve çocuk sahibi olan bireyler daha çok yaşamı sürdürme nedenlerine sahip olup intihar olasılıklarının düşük olduğu belirtilmektedir (30, 119,120). Evlilik ilişkisinin sosyal destek sistemi oluşturması durumunda evli olmanın intihara karşı koruyucu olabileceği, ancak çelişkili ve çatışmalı evliliklerde ise intihar olasılığının artabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin İÖÖ toplam ve alt ölçek skorları eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında, yalnızca İÖÖ öfke alt ölçeğinin eğitim düzeylerinden en az birinde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bireylerin YSNE toplam ve hayata bağlılık ölçek skorlarının ilkökul ile üniversite eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). YSNE umut ve sosyal destek alt ölçeğine ait skorlar incelendiğinde, eğitim düzeylerinden en az birinde diğerlerinden farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bireylerin eğitim düzeylerine göre BDÖ skorlarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.7). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre üniversite mezunu olan bireylerin intihar olasılıkları diğer eğitim düzeyindeki bireylerden düşüktür. Literatürde düşük eğitim düzeyinin intihara yönelik

bir risk etmeni olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Sabancıoğulları ve arkadaşları çalışmalarında üniversite mezunu olan hastaların intihar olasılıklarını düşük bulmuşlardır (81). Kølves ve arkadaşları ile Atli ve arkadaşlarının çalışmasında da düşük eğitim seviyesine sahip olan bireylerin intihar olasılıkları yüksek bulunmuştur (91,121).Çalışmadan elde edilen bulgulara göre ilkököl mezunu olan bireylerin daha çok yaşamı sürdürme nedenlerine sahip olduğu görülmektedir. Benzer çalışmalarda da düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha çok yaşamı sürdürme nedenlerine sahip olduğu saptanmıştır (113). Yaşamı sürdürme nedenlerinin intihar riskine karşı koruyucu olduğu belirtilmekte (29,30) olup intiharı önlemede bir çok faktör ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin karşılaştıkları problemlerle ve stresle başa çıkmada gerekli becerilere yeteri kadar sahip olmadıkları söylenebilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin benlik saygısı da yükselmekte olup benlik saygısı yüksek bireylerin olaylar karşısında daha fazla kontrol gücüne sahip olarak problemleri etkili baş etme yöntemleri ile çözdükleri düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin iş-meslek gruplarına ve gelir durumuna göre BDÖ, YSNE toplam ve alt ölçek skorlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Meslek gruplarına göre yalnızca memur ve işçiler arasında İÖÖ hayata bağlılıktan kopma skorları açısından farklılık olduğu tespit edilmiş ($p<0.05$) olup ortanın altı gelir grubunda yer alanların İÖÖ ölçek skorlarının ortanın üstü gelir grubunda yer alanların skorlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İÖÖ öfke skorlarının ortanın altı gelir grubunda orta gelir grubuna göre ($p<0.05$), hayata bağlılıktan kopma skorlarının ortanın altı gelir grubunda ortanın üstü gelir grubuna göre ($p<0.05$) ve olumsuz benlik ve tükenme skorlarının da ortanın altı gelir grubunda ortanın üstü gelir grubuna göre ($p<0.05$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.8, 9). Literatürde farklı sonuçlara rastlamak mümkündür. Herhangi bir işte çalışmayan bireylerin intihar olasılığının yüksek olduğunu saptayan çalışmaların (92,122,123) yanı sıra intihar girişiminin en çok çalışan grupta meydana geldiğini gösteren çalışma da bulunmaktadır (100). İşsizliğin ve düşük gelir düzeyinin intihar olasılığını artırdığı ifade edilmektedir (124,125). Maddi gelir düzeyi bireylerin yaşam standartlarını belirlemenin yanı sıra yaşanan pek çok problemin çözümünde finansal kaynak sağlamaktadır. İş kaybı ile birlikte yaşanan finansal kayıplar, konut kaybı ve

kişilerarası ilişki kayıpları duygusal strese neden olabilmektedir. İşsizlik ve gelir düzeyi ile intihar arasındaki ilişkide fiziksel veya ruhsal hastalıklar, uyum bozucu kişilik özellikleri, kötü çocukluk deneyimleri gibi bir çok etkenin rol oynayabileceği düşünülmelidir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ve “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “mücadele” alt ölçekleri, BDÖ ve İÖÖ toplam ve alt ölçeklerin puan ortancalarının birlikte yaşadığı kişilere ait belirlenen gruplar arasında farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). YSNE “dini engeller” alt ölçek skorlarının eş ve çocuğu ile yaşayanlar ile yalnız yaşayanların skorlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.10). Benzer çalışmalarda da yalnız yaşamının intihar olasılığına yönelik bir risk faktörü olmadığı gibi (106,126,127); intihar olasılığını arttırdığına ilişkin sonuçlar da bulunmaktadır (128,129). Yalnız yaşamak ve sosyal izolasyonun umutsuzluğa yol açarak intihar olasılığını artırabileceği düşünülmektedir. Eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin yalnız yaşayan bireylere göre daha fazla yaşamı sürdürme nedenlerine sahip olmakla birlikte intihar olasılığı puanlarının yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde aileye karşı sorumluluğun depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi arttırdığına yönelik sonuçlara rastlanmaktadır (29). Ailesine karşı sorumluluk duygusu olan depresif ve umutsuz bireylerin yetersizlik hissetmeleri nedeniyle bu bunaltıya son vermek için intihar düşüncelerinin artabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada YSNE toplam, YSNE umut ve sosyal destek, YSNE dini engeller ve İÖÖ öfke skorlarının tanı gruplarında benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). YSNE “mücadele” ve İÖÖ “hayata bağlılıktan kopma” alt ölçek skorlarının tanı gruplarında incelenmesi sonucunda, her iki ölçek skoru için de tanı gruplarının en az birinde farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiş olup ($p<0.05$) ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Depresyon ve psikotik bozukluk tanı grupları arasında YSNE “hayata bağlılık” skorlarının farklılığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İÖÖ toplam, “olumsuz benlik ve tükenme” ve BDÖ skorlarına ait ikili karşılaştırmalarda tanı gruplarının en az birinde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.12). Çalışmamızda depresyonu olan bireylerin intihar olasılıkları ve depresyon düzeylerinin diğer tanı grubundaki bireylere göre daha

yüksek, yaşamı sürdürme nedenlerinin ise daha düşük olduğu görülmektedir. İntihar genel topluma göre psikiyatri hastalarında daha yaygın olup özellikle psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi almış olanlarda intihar riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (59,139). Yapılan çalışmalarda depresyon tanısı olan ve yatarak tedavi gören hasta bireylerin intihar olasılıkları yüksek, yaşamı sürdürme nedenleri ise düşük bulunmuş olup bu çalışmadan elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olduğu saptanarak umutsuzluk, karamsarlık ve geleceğe ilişkin olumsuz beklentilerin depresyon belirtilerine eklenmesiyle intihar riskinin arttığı düşünülmektedir. (11,13,15,31,89,140,141,142). Depresyon nedeniyle meydana gelen psikomotor yavaşlama hastanın kendine zarar verme davranışlarının gecikmesine neden olmaktadır. Ancak, hastalığa ait semptomların iyileşmeye başlamasıyla birlikte gerekli psikomotor güce ulaşan hastaların intihar riskinin arttığı belirtilmektedir (143). Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan bireylerde sosyal izolasyon,iş kaybı, ailede rol kaybı, kişilerarası ilişki kayıpları, umutsuzluk, madde veya alkol kullanımı, etkisiz problem çözme becerileri ile beceri veya yetenek kayıpları gibi faktörlerin olması intihar olasılığının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada YSNE toplam ve YSNE alt ölçekleri olan “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “mücadele” skorlarının intihar düşüncesi olduğunu belirtenlerde farklılık gösterdiği ve anlamlı düzeyde düşük olduğu; İÖÖ toplam ve alt ölçekleri skorlarının intihar düşüncesi olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve iki grubun BDÖ skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). YSNE toplam, “hayata bağlılık” ve “umut ve sosyal destek” skorlarının intihar öyküsü olan bireylerde intihar öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu; İÖÖ toplam ve alt ölçekleri skorlarının intihar öyküsü olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve intihar öyküsü olanların BDÖ skoru intihar öyküsü olmayanlardan elde edilen BDÖ skorlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.13). Literatürde intihar düşüncelerinin ve intihar girişimi öyküsünün yatan hastalarda intihar olasılığını artırdığına yönelik güçlü bir faktör olduğu belirtilmektedir (12,33,101). Benzer çalışmalarda da intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsünün intihar riskini arttırdığı saptanmıştır (130,131,132,133,134). İntihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü olan bireylerin daha az yaşamı sürdürme nedenlerine sahip olup intihar olasılıklarının ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir

(31,135,136,137). İntihar girişimi olan bireylerin depresyon seviyeleri yüksek olup madde kullanım bozukluğu, anksiyete ve duygudurum bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların da eşlik ettiği görülmektedir (138). Depresyon ve umutsuzluk intihar düşüncesi ve davranışına yönelik güçlü risk faktörleri olup yaşamı sürdürme nedenlerinin intihar olasılığına karşı koruyucu bilişsel bir faktör olduğu görülmektedir. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinin ve intihar düşüncesini değerlendirmenin intihar girişimini önlemede yardım edebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ve alt ölçekleri puan ortancalarının hayati tehlike atlatma, kötü muamele görme, bir kaza nedeniyle yakınına kaybetme ve bir yakınının intihar girişiminde bulunması göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Bir yakınının intihar nedeni ile ölmesi durumunu seçmeyen bireylerin YSNE toplam ve alt ölçek skorları ilgili olayı yaşayanlara göre düşük bulunmuş olup “mücadele” alt ölçek skoru için elde edilen fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.14, 15, 16, 17, 18). Hayati bir tehlike atlatan, kötü muamele gören, bir kaza nedeniyle yakınına kaybeden, bir yakını intihar girişiminde bulunan ve bir yakını intihar nedeni ile ölen bireylerin intihar olasılıkları yüksek bulunmuştur. Hayati tehlike atlatma olayını ve kötü muamele görme olayını yaşayan bireylerin İÖÖ toplam, “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” alt ölçek skorlarının ilgili olayı seçmeyen bireylerden anlamlı düzeyde yüksek oldukları belirlenmiştir ($p<0.05$). Yakını intihar nedeni ile ölenlerin İÖÖ “öfke” skorlarının, yakını intihar nedeni ile ölmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Travmatik yaşam olaylarından sadece hayati tehlike atlatma durumunu yaşayan bireylerin BDÖ skorunun farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.14). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre bir yakınına intihar nedeniyle kaybeden bireylerin daha çok yaşamı sürdürme nedenlerine sahip olduğu görülmektedir. Travmatik yaşam olaylarında intihar olasılığını belirlemeye ilişkin yaşamı sürdürme nedenlerinin tek başına etkisi olmadığı belirtilmektedir (136). Lizardi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ailesinde intihar öyküsü olan bireylerin öfke düzeylerinin yüksek, yaşama sürdürme nedenlerinin az olduğu saptanmıştır (144).Jokinen ve arkadaşları daha önce intihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan bireyler ile yürüttükleri çalışmalarında, intihar girişimi olanların çocukluk veya erişkinlik dönemlerinde kötü muameleye maruz kaldıkları sonucuna ulaşmışlardır (145). Ajdacic-Gross ve arkadaşlarının yatarak tedavi gören

psikiyatri hastalarının intihar olasılığını belirlemek için yürüttükleri araştırmada intihar nedeniyle hastaneye başvuran bireylerin %74'ünün stresli yaşam olayları yaşadıkları bulunmuştur (146). De-ying HU ve arkadaşları olumsuz yaşam olayları nedeniyle intihar eden vakaların incelenmesine yönelik yaptıkları çalışmada ise bir hastanın oğlunu trafik kazasında kaybetmesi nedeniyle, diğer bir hastanın babasının kanser olması nedeniyle intihar ettiklerini saptamışlardır (98). Benzer çalışmalarda da bir yakını intihar girişiminde bulunan veya intihar nedeniyle ölen bireylerin intihar riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (15,107, 126,147). Olumsuz yaşam olayları bireyin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale getirmektedir. Depresyon gibi çeşitli psikiyatrik bozuklukların başlangıcının tetiklenmesiyle intihar riskinin arttığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, öfkenin intihar girişimi sıklığını arttırdığı yapılan araştırmalarda görülmektedir. Ailesinde intihar öyküsü olan depresif bireylerin daha dürtüsel ve öfkeli olması nedeniyle intihar olasılıklarının yüksek olduğu ve başatma becerileri olarak intihar davranışını model aldıkları düşünülmektedir.

5.3. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin İÖÖ, YSNE ve BDÖ genel puan ortancalarının dağılımları ve aralarındaki ilişkinin tartışılması

Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE ölçeği puan ortancası 137.0, YSNE “hayata bağlılık” alt ölçeği ortancası 42.0, YSNE “umut ve sosyal destek” alt ölçeği ortancası 61.0, YSNE “dini engeller” alt ölçeği ortancası 23.0 ve YSNE “mücadele” alt ölçeği ortancası 11.0 olarak; İÖÖ puan ortancası 76.0, İÖÖ alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; “öfke” alt ölçeği ortancası 15.0, “hayata bağlılıktan kopma” alt ölçeği ortancası 14.0 ve “olumsuz benlik ve tükenme” alt ölçeği ortancası 45.0 olarak ve BDÖ puan ortancası 13.5 olarak elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.3).

YSNE toplam ile İÖÖ toplam skorları arasında orta düzeyde negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($\rho = -0.448$; $p < 0.001$). Bireylerin YSNE toplam skoru arttıkça İÖÖ toplam skorları azalmaktadır. YSNE toplam skor ile İÖÖ “öfke”, “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $\rho = -0.185$; $p = 0.010$, $\rho = -0.523$; $p < 0.001$ ve $\rho = -$

0.402; $p < 0.001$). YSNE “dini engeller” alt ölçek skorlarının İÖÖ toplam, “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” ile anlamlı düzeyde ilişki göstermediği belirlenirken, “hayata bağlılıktan kopma” ile ilişkisi önemsiz düzeyde düşük olarak bulunmuştur ($\rho = -0.149$; $p = 0.039$). BDÖ ile İÖÖ toplam ve “olumsuz benlik ve tükenme” arasında pozitif yönde kuvvetli (yüksek) ilişki, öfke ve hayata bağlılıktan kopma ile orta düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.001$) (Bkz. Tablo 4.19). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre bireylerin depresyon düzeyleri yükseldikçe ve yaşamı sürdürme nedenleri azaldıkça intihar olasılıkları artmaktadır. Klinik ve klinik dışında yapılan benzer çalışmalarda da yaşamı sürdürme nedenlerinin intihar düşüncesi, depresyon ve ümitsizlik arasındaki ilişkinin gücünü azaltarak bireyleri ümitsizliğin negatif etkilerinden koruduğu belirtilmektedir (28,29,30,144,148,149). Oquendo ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada intihar girişimi olan hasta bireylerin depresyon düzeyi 26.72 ± 10.74 ve yaşamı sürdürme nedenleri 154.36 ± 41.14 olarak, intihar girişimi olmayan hasta bireylerin depresyon düzeyi 16.32 ± 10.00 ve yaşamı sürdürme nedenleri 185.44 ± 43.29 olarak saptanmıştır (135). Bagge ve arkadaşları 1075 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları araştırmada, yaşamı sürdürme nedenlerinin intihar düşünceleri ve girişimleri ile depresyon belirtileri ve ümitsizlik gibi temel risk faktörleri arasında dengeleyici olduğunun sonucuna ulaşırken (31), Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma sonucunda ise, aileye karşı sorumluluğun ve yaşama sevincinin intihara karşı koruyucu olduğu bulunmuştur (84). Hasta bireylerin olumlu düşünme, aile ve çocuk gibi yaşamlarında sahip olduklarına odaklanmaları sağlanarak umutsuzluk ve karamsarlığa karşı başetme becerilerinin yaşamı sürdürme nedenlerinin gelişmesinde katkısı olacağı ve intihar riskine karşı koruyucu olacağı düşünülmektedir.

5.4. İntihar Olasılığını Yordayan Değişkenlerin Tartışılması

Çalışmada İÖÖ skorlarına etkisi olduğu öngörülen değişkenlerin adimsal regresyon analizi sonucunda anlamlı etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenler depresyon, intihar düşüncesi, yaşamı sürdürme nedenleri, kötü muamele görmek, eğitim, gelir durumu ve yaş olarak bulunmuştur ($F = 61.125$; $p < 0.001$), (Bkz. Tablo 4.20). Benzer çalışmalarda da depresyon, intihar düşüncesi, yaşamı sürdürme nedenleri, kötü muamele görme durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yaşın intihar olasılığının önemli yordayıcıları olduğu saptanmıştır (91,100,113,140,144,153).

Mohammadkhani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşamı sürdürme nedenleri (150); Edelstein ve arkadaşlarının çalışmasında depresyon, yaş ve yaşamı sürdürme nedenleri (114); O'Connor ve arkadaşlarının çalışmasında intihar düşüncesi ve yaşamı sürdürme nedenleri (151); Eskin ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada travmatik yaşam olayları (107); Qin ve arkadaşlarının çalışmasında düşük gelir düzeyi (147); Oquendo ve arkadaşlarının çalışmasında ise depresyon, yaşam olayları, intihar düşüncesi ve yaşamı sürdürme nedenleri intihar olasılığını yordayan faktörler olarak saptanmıştır (135).

Chen ve arkadaşları psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların intihar olasılıklarını belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmalarında; genç yaş grubu, yüksek eğitim düzeyi, önceki intihar girişimi ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünü intihar ile ilişkili güçlü yordayıcılar olarak saptarken (152), Li ve arkadaşları 1956-2005 tarihleri arasında psikiyatri kliniğinde yatan hastaların intihar olasılıklarını araştırdıkları çalışmalarında suçluluk duygusu, depresyon ve intihar düşüncesinin intiharı yordayan faktörler olduğu sonucuna ulaşmışlardır (96).

Psikiyatri kliniklerinde ruh sağlığı ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin ruh sağlığı hizmeti kapsamında hasta gözlemi, hasta görüşmeleri ve hasta tedavisi sırasında bu sonuçları gözden geçirmelerinin hastaların ve terapötik ortamın güvenliğinin sağlamasında katkısı olabileceği düşünölmektedir. İntihar riskini artıran etkenler ile birlikte koruyucu faktörlerin de bilinmesinin ve takip edilmesinin intiharların önlenmesinde gerekli olduğu düşünölmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların intihar olasılığı ve yaşamı sürdürme nedenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

6.1. Araştırmanın Sonuçları

1. Araştırmaya psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 192 hasta birey katılmıştır. Hasta bireylerin %54.2' si kadın, %42.7'si 35-54 yaş aralığında, %31.3'ü anne ve babasıyla birlikte yaşayan, %48.4' ü evli, %56.8' i çocuk sahibi ve çocuk sayısı ortancası 2 olan, %28.1'i lise düzeyinde eğitim almış, %27.1'i ev hanımı, %66.7'si orta gelir düzeyinde, %37'si psikotik bozukluk tanısına sahip, %66.1'i intihar düşüncesi olan ve %86.5'i intihar girişimi olmayan bireylerden oluşmuştur (Bkz. Tablo 4.1).
2. Çalışmaya katılan bireylerin %73.4'ünün hayati bir tehlike atlatmadığı, %80.7'sinin kötü muamele görmediği, %82.8'inin kaza, şiddet, afet, vb. nedeniyle yakınına kaybetmediği, %94.3'ünün bir yakınının veya yakın bir arkadaşının intihar girişimi olmadığı ve %81.8'inin intihar nedeniyle bir yakınının ölmediği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.).
3. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE ölçeği puan ortancası 137.0, YSNE alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; "hayata bağlılık" 42.0, "umut ve sosyal destek" 61.0, "dini engeller" 23.0 ve "mücadele" 11.0 olarak; İÖÖ puan ortancası 76.0, İÖÖ alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; "öfke" 15.0, "hayata bağlılıktan kopma" 14.0 ve "olumsuz benlik ve tükenme" 45.0 olarak ve BDÖ puan ortancası 13.5 olarak elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.3.).
4. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ve YSNE alt ölçekleri, İÖÖ toplam ve İÖÖ alt ölçekleri ile BDÖ puan ortancalarının hasta bireyin cinsiyetine, yaşına, medeni durumuna, çocuk sahibi olma durumuna, kaza nedeniyle bir yakınına kaybetme durumuna ve bir

yakınının intihar girişiminde bulunması durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.4, 5, 6, 11, 16, 17).

5. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ve YSNE “hayata bağlılık” ölçek puan ortancalarının ilköğretim ile üniversite eğitim düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ($p<0.05$), YSNE “umut ve sosyal destek” alt ölçeğine ait puan ortancaları incelendiğinde, eğitim düzeylerinden en az birinde farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bireylerin İÖÖ “öfke” alt ölçeğinin eğitim düzeylerinden en az birinde farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bireylerin eğitim düzeyine göre BDÖ puan ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.7).
6. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin meslek gruplarına göre YSNE toplam ve YSNE alt ölçekleri ile BDÖ puan ortancalarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Memurların işçilere göre İÖÖ “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.8).
7. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ve YSNE alt ölçekleri ile BDÖ puan ortancalarının gelir durumu düzeylerine göre anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Ortanın altı gelir grubunda yer alanların İÖÖ toplam puan ortancalarının ortanın üstü gelir grubunda yer alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İÖÖ “öfke” puan ortancalarının ortanın altı gelir grubunda orta gelir grubuna göre ($p= 0.007$), “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancalarının ortanın altı gelir grubunda ortanın üstü gelir grubuna göre ($p=0.027$) ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının da ortanın altı gelir grubunda ortanın üstü gelir grubuna göre ($p= 0.016$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.9).
8. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin birlikte yaşadığı kişilere ait belirlenen gruplar arasında İÖÖ toplam ve İÖÖ alt ölçekleri, YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri olan “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “mücadele” ortancaları ile BDÖ puan ortancaları açısından

fark bulunamamıştır ($p>0.05$). YSNE “dini engeller” alt ölçek puan ortancalarının eş ve çocuğu ile yaşayanlar ile yalnız yaşayanların puan ortancalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.10).

9. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “umut ve sosyal destek”, “dini engeller” ile İÖÖ alt ölçeği “öfke” puan ortancalarının tanı gruplarında benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). YSNE alt ölçeği “mücadele” ve İÖÖ alt ölçeği “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancalarının tanı gruplarında incelenmesi sonucunda, tanı gruplarının en az birinde farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). YSNE alt ölçeği “hayata bağlılık” puan ortancalarının depresyon ve psikotik bozukluk tanı grupları arasındaki farklılığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Depresyon tanısı olan bireylerin İÖÖ toplam ve BDÖ puan ortancalarının bipolar affektif bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı olan bireylere göre; İÖÖ alt ölçeği “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının alkol madde kullanım bozukluğu, bipolar affektif bozukluk ve psikotik bozukluk tanısı olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.12).
10. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin intihar düşüncesinde olup olmama durumlarına göre YSNE toplam puan ortancalarının farklılık gösterdiği ve intihar düşüncesi olduğunu belirtenlerde YSNE toplam puan ortancalarının anlamlı düzeyde düşük bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde; YSNE alt ölçekleri olan “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek” ve “mücadele” puan ortancaları intihar düşüncesi olduğunu belirten bireylerde anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.05$). YSNE “dini engeller” puan ortancaları ise intihar düşüncesi olan ve olmayanlarda benzer bulunmuştur ($p>0.05$). İÖÖ toplam ve İÖÖ alt ölçekleri ile BDÖ puan ortancaları intihar düşüncesi olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.13). YSNE “dini engeller” ve “mücadele” puan ortancalarının intihar öyküsü olan bireyler ile olmayan bireylerde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık” ve “umut ve sosyal destek” puan

ortancalarının ise intihar öyküsü olan bireylerde intihar öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İntihar öyküsü olan bireylerin İÖÖ toplam ve İÖÖ alt ölçekleri ile BDÖ puan ortancalarının intihar öyküsü olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.13).

11. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarından hayati tehlike atlama durumunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri ile İÖÖ alt ölçeği “hayata bağlılıktan kopma” puan ortancaları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Hayati tehlike atlatan bireylerin BDÖ, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının hayati tehlike atlatmayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). (Bkz. Tablo 4.14).
12. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin travmatik yaşam olaylarından kötü muamele göre durumunu yaşayan ve yaşamayan bireylerin YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri, İÖÖ alt ölçeği “hayata bağlılıktan kopma” ve BDÖ puan ortancalarının arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kötü muamele gören bireylerin İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçeği “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının kötü muamele görmeyen bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.15).
13. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerden bir yakını intihar nedeni ile ölmeyenlerin YSNE “mücadele” puan ortancaları için elde edilen fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$). Bir yakını intihar nedeniyle ölen bireylerin İÖÖ alt ölçeği “öfke” puan ortancasının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bir yakını intihar nedeniyle ölen bireylerin BDÖ, YSNE toplam, YSNE alt ölçekleri “hayata bağlılık”, “umut ve sosyal destek”, “dini engeller”, İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$), (Bkz. Tablo 4.18).

14. Çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin YSNE toplam ile İÖÖ toplam puan ortancaları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiş olup ($0.40 < |\rho| = 0.448 < 0.69$, $p < 0.001$) YSNE toplam puan ortancaları arttıkça İÖÖ toplam puan ortancaları azalmaktadır. YSNE toplam puan ortancaları ile İÖÖ “öfke” alt ölçeği arasında önemsenmeyecek düzeyde negatif yönde ilişki belirlenmiştir ($0.00 < |\rho| = 0.185 < 0.19$; $p = 0.010$). İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” ile YSNE toplam ilişkisi orta düzeyde ve negatif yönde olarak saptanmıştır ($0.40 < |\rho| = 0.523 < 0.69$, $p < 0.001$; $0.40 < |\rho| = 0.402 < 0.69$; $p < 0.001$). YSNE alt ölçeği “hayata bağlılık” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki (sırasıyla, $0.40 < |\rho| = 0.545 < 0.69$, $0.40 < |\rho| = 0.563 < 0.69$), $0.40 < |\rho| = 0.501 < 0.69$) İÖÖ alt ölçeği “öfke” ile negatif yönlü, zayıf(düşük) ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($0.20 < |\rho| = 0.285 < 0.39$), ($p < 0.001$). YSNE alt ölçeği “umut ve sosyal destek” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları arasında negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişki (sırasıyla, $0.40 < |\rho| = 0.451 < 0.69$, $0.40 < |\rho| = 0.510 < 0.69$), $0.40 < |\rho| = 0.429 < 0.69$; $p < 0.001$), İÖÖ alt ölçeği “öfke” ile ilişkisi önemsenmeyecek düzeyde düşük olarak bulunmuştur ($0.00 < |\rho| = 0.158 < 0.19$; $p < 0.001$). YSNE alt ölçeği “dini engeller” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “öfke” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancalarının arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenirken, hayata bağlılıktan kopma ile ilişkisi önemsenmeyecek düzeyde düşük olarak bulunmuştur ($0.00 < |\rho| = 0.149 < 0.19$; $p < 0.001$). YSNE alt ölçeği “mücadele” ile İÖÖ toplam, İÖÖ alt ölçekleri “hayata bağlılıktan kopma” ve “olumsuz benlik ve tükenme” puan ortancaları arasında negatif yönlü, zayıf (düşük) ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $0.20 < |\rho| = 0.298 < 0.39$, $0.20 < |\rho| = 0.328 < 0.39$), $0.20 < |\rho| = 0.268 < 0.39$; $p < 0.001$). BDÖ ile İÖÖ toplam ve İÖÖ alt ölçeği “olumsuz benlik ve tükenme” arasında pozitif yönlü, kuvvetli (yüksek) ve anlamlı ilişki ($0.70 < |\rho| = 0.755 < 0.89$; $0.70 < |\rho| = 0.759 < 0.89$, $p < 0.001$), “öfke” ve “hayata bağlılıktan kopma” ile orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($0.40 < |\rho| = 0.502 < 0.69$; $0.40 < |\rho| = 0.479 < 0.69$, $p < 0.001$), (Bkz. Tablo 4.19).

15. İÖÖ bağımlı değişken; cinsiyet, yaşı, medeni durum, çocuk sahibi, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, intihar düşüncesi, intihar öyküsü, hayati tehlike atlatmak, kötü muamele görme durumu, yakınının intihar girişimi, yakınının intihar nedeniyle ölmesi, YSNE toplam ve BDÖ bağımsız değişken alınarak etkileri adım adım (stepwise) regresyon yöntemi ile incelenmiştir. İÖÖ toplam puan ortancalarına etkisi olduğu öngörülen değişkenlerin adımsal regresyon analizi sonucunda anlamlı etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenler BDÖ, intihar düşüncesi, YSNE toplam, kötü muamele görmek, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yaş olarak bulunmuştur. Belirlenen bu bağımsız değişkenler ile modelin açıklayıcılık katsayısı $R^2=0.728$ olup model anlamlı bulunmuştur ($F= 61.125$; $p<0.001$), (Bkz. Tablo 20).

6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler

- Ruh sağlığı profesyonelleri tarafından intihar riskini artıran ve intiharı önleyen faktörlerin bilinmesi,
- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin, tedavi süresince intihar olasılığı riskini artıran faktörler göz önünde bulundurularak takip edilmeleri,
- Hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin intihar riskine yönelik etkilerinin bilinmesi, sağlık profesyonellerinin buna yönelik hasta güvenliği protokolleri geliştirmeleri,
- İntihar olasılığına neden olan risk faktörlerinin yanı sıra intihara karşı koyucu etkenlerin bilinmesi ve hastalar bu açıdan danışmanlık yapılması,
- Yaşamı sürdürme nedenlerinin intihara karşı koruyucu olduğu, depresyonun intihar riskini arttırdığının bilinmesi ve hemşirelerin bakım sürecinde kullanmaları,
- Bu konuya yönelik çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireylerin yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, travmatik yaşam öyküsü, depresyon düzeyi, intihar düşüncesi, intihar girişimi ve yaşamı sürdürme nedenlerinin değerlendirilmesi intiharı önlemede doğru ve etkili olduğu görüşüne varılmıştır. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerle literatürde klinik ve klinik dışı gruplar ile yapılmış çalışmalar mevcut olmakla beraber, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta bireyler ile yürütülmüş bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu yönüyle önemli bir çalışma olmakla beraber, en önemli kısıtlılığın örneklem sayısı olduğu görülmüştür. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda evreni genişletilmenin ve kontrol grubu ile çalışmanın yararlı olabileceği düşünülmektedir. Çalışma klinik uygulamada intiharın risk faktörleri ile birlikte koruyucu faktörlerinin de belirlenmesi ve hasta bireylerin bu kapsamda izlenmesi için bir fırsattır. Bu sebeple gelecekte yapılacak bilimsel çalışmalara da ışık tutacaktır.

7.KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık Ltd. Şti., 2011:1-15
2. Halter MJ, Varcarolis EM. *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. 7th ed. New York, Elsevier Health Sciences, 2013: 73-74.
3. Ulaş H. Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye’de psikiyatrik hizmetler, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 2008, 11(2): 2-12.
4. Bogaert P, Clarke S, Willems R, Mondelaers, M. Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: implications for workforce stability and quality of care, *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22(11-12):1717-1728, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04341.x
5. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2014, 59(3):131-140, doi: 10.1177/070674371405900304
6. Çam O, Engin, E. *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*, 1.Baskı. Ankara, İstanbul Tıp Kitapevi, 2014:155-179.
7. Kutcher SP, Chehil S. *Suicide risk management: A manual for health professionals*, 1st. Oxford, Blackwell Publishing Ltd., 2012:5-33.
8. Muijen M. Focus on mental health care reforms in Europe. Mental health services in Europe: an overview, *Psychiatric Services*, 2008, 59(5):479-482, doi:10.1176/appi.ps.59.5.479
9. Bryan CJ, Hitschfeld MJ, Palmer BA, Schak KM, Roberge EM, Lineberry TW. Gender differences in the association of agitation and suicide attempts among psychiatric inpatients, *General Hospital Psychiatry*, 2014, 36:726-731, doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.09.013

10. Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2015, 131(3):174-184, doi: 10.1111/acps.12383
11. Dong JY, Ho TP, Kan CK. A case-control study of 92 cases of in-patient suicides, *J Affect Disord*, 2005, 87(1):91-9.
12. Madsen T, Agerbo E, Mortensen PB, Nordentoft M. Predictors of psychiatric inpatient suicide: a national prospective register-based study, *J Clin Psychiatry Feb*, 2012, 73(2):144-51, doi: 10.4088/JCP.10m06473.
13. Zincir SB, Zincir S, Köşker SD, Sünbül EA, Aksoy AE, Elbay RY, Cengiz FF, Gürdal S, İzci F, Semiz ÜB. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girişiminin klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi, *Journal of Mood Disorders*, 2014, 4(2):53-8.
14. Eskin M. *İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. Ankara: HYB Basım Yayın; 2012.
15. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip, *Klinik Psikiyatri*, 2012,15:218-25.
16. Batıgün AD. Gençler ve intihar: Diğer yaş gruplarıyla farklılaşan özellikler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2002.
17. Alptekin K, Duyan V. *İntihar ve İntihar Girişimi*, 1.Baskı. İstanbul, Yeni İnsan Yayınevi, 2014.
18. Sayıl I. *Krize Müdahale ve İntiharı Önleme*, 1. Baskı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2008.
19. Erşan EE, Kılıç Ç. Sivas Numune Hastanesi acil servisine başvuran intihar girişimlerinin değerlendirilmesi, *Klinik Psikiyatri*, 2013, 16:98-109

20. Phaneuf M. Psychiatric observation: a skill worth developing. http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Psychiatric_observation_a_skill_worth_developing.pdf. 17 Ocak 2016.
21. Chen WJ, Huang YJ, Yehb LL, Rinb H, Hwub HG. Excess mortality of psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry Res*, 1996, 62:239-50, doi:10.1016/0165-1781(96)02875-2.
22. Şahin AR, Özkan A. Hastane tedavisi gerektiren intihar girişimleri, *Kriz Dergisi*, 1993, 1(3):129-133.
23. Ulaş H, Tunca Z. Cost analysis of inpatients in a psychiatric clinic of a university hospital. *Archives of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi*, 2010, 47 (2):144-149.
24. Böke Ö, Sarısoy G, Aker S. Ruh sağlığı hastanesinde ölümler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2007, 44:54-7.
25. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide, *Ann Intern Med*, 2002, 136:302- 311, doi:10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010
26. Sezer S. Yaşamın anlamı konusuna kuramsal ve psikometrik çalışmalar açısından bir bakış. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 2012, 45(1).
27. Linehan MM, Goldstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory, *J Consult Clin Psychol*, 1983, 51:276–286.
28. Batıgün AD. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: Öfke/saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, *Kriz Dergisi*, 2004, 12(2):49-61.
29. Britton PC, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Hirsch JK, Conwell Y. Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2008, 16(9):736-741, doi:10.1097/JGP.0b013e31817b609a

30. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living, *The American Journal Of Psychiatry*, 2000,157:7
31. Bagge LC, Lamis DA, Nadorff M, Osman A. Relations between hopelessness, depressive symptoms and suicidality: mediation by reasons for living, *Journal of Clinical Psychology*, 2014, 70 (1):18 -14, doi: 10.1002/jclp.22005
32. Bakanlığı S. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruhsagligieylemlani.pdf>. 14 Mayıs 2016
33. Maree EG. Hospital-based psychiatric nursing care. GW Stuart, MT Laraia (eds). *Principles and Practices of Psychiatric Nursing*, 7th. St. Louis, Mosby, 2001:712-727.
34. World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*, World Health Organization, 2014.
35. Aydın E, Tabo A, Karamustafalıoğlu O, Alataş G, Yiğit S, Aydın E, Erkuş GH. Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2014, 15:185-191.
36. World Health Organization. *Mental Health Atlas: 2005*. Revised Edition. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva, 2005.
37. Simon RI, Shuman DW. Psychiatry and the law. In RE, Hales SC, Yudofsky GO, Gabbard (eds). *Textbook of psychiatry*, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2008:1555–1959.
38. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56febcb10d62c6.77066120. 1 Nisan 2016.

39. Uçan Ö. Türkiye’de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması, *Kriz Dergisi*, 2005, 13(3):15-26.
40. Tsai YF, Wong TK, Ku YC, Liu WC. Reasons for living among older male Chinese residents of veterans’ homes, *Journal of advanced nursing*, 2012, 68(9):1978-1987, doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05884.x
41. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA’s pediatric suicidal risk analysis of antidepressants, *Am J Psychiatry*, 2007, 164: 1035–43.
42. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve krize müdahale. *Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları*, 2000, 6.
43. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder B E, Rossom R, Operskalski BH. Health care contacts in the year before suicide death, *Journal of general internal medicine*, 2014, 29(6):870-877, doi:10.1007/s11606-014-2767-3.
44. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049>. 14 Kasım 2015
45. Odağ C. *İntihar (Özkıym) Tanım-Kuram-Sağaltım*, İzmir, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları,1995:84-95.
46. Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M, Träskman-Bendz L, Åberg-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, doi: 10.1111/j.1943-278X.1994.tb00657.x
47. Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region, *Science*, 1996, 274(5292):1527.

48. Sarandöl A. İntihar, *Birinci Basamak için Psikiyatri*, 2003, 2(1):32-45.
49. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, Martin NG. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study, *Psychological medicine*, 1998; 28(04), 839-855.
50. Mikhailova O. Suicide in psychoanalysis, *Psychoanalytic Social Work*, 2005, 12(2): 19-45, doi:10.1300/J032v12n02_02
51. Özsoy SD, Eşel E. İntihar (Özkiyim), *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003, 4(3):151-158.
52. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). National Center for Injury Prevention and Control, CDC (producer). www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html. 10 Şubat 2016.
53. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings, NSDUH Series H-49, HHS Publication No. (SMA) 14-4887. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services. <http://digitallibraries.macrointernational.com/gsdll/cgi-bin/library.exe?e=d-01000-00---0cmhsdigi--00-1--0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--11-en-50--20-about---01-3-1-00-0011-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL2>. 10 Şubat 2016.
54. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings, *Archives of Suicide Research*, 2008, 12(2):93-110.
55. Poorolajal J, Rostami M, Mahjub H, Esmailnasab N. Completed Suicide and Associated Risk Factors: A Six-Year Population Based Survey. *Archives Of Iranian Medicine (AIM)*, 2015, 18(1):39-43.
56. Jordan JR, McIntosh JL, editors. *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement)*, New York, Routledge, 2011.

57. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide, *Psychol Rev.*, 2010, 117(2):575–600, doi:0.1037/a0018697.
58. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective, *Indian J Psychiatry*, 2012, 54(4):304–19.
59. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 2011, 68(10):1058–64, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.113.
60. Dong X, Chang ES, Zeng, Simon MA. Suicide in the global Chinese aging population: a review of risk and protective factors, consequences, and interventions, *Aging and disease*, 2015, 6(2):121, doi: 10.14336/AD.2014.0223.
61. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up, *Aust NZ J Psychiatry*, 2003, 37(5):595–9.
62. Chiu HFK, Yip PSF, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF. Elderly suicide in Hong Kong- A case controlled psychological autopsy study, *Acta Psychiatr Scand.*, 2004, 109:299-305, doi: 10.1046/j.1600-0447.2003.00263.x.
63. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links, *Psychol Med.*, 2006, 36(5):575–86, doi:10.1017/S0033291705006859.
64. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning, *Br J Psychiatry*, 2010, 196:241–2, doi:10.1192/bjp.bp.109.065185
65. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review, *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013, 22(2):118–24.

66. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt, *Nord J Psychiatry*, 2008, 62(6):431–5, doi:10.1080/08039480801959273.
67. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies, *Arch Suicide Res.*, 2011, 15(1):1–15, doi:10.1080/13811118.2011.540213.
68. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations, *Mol Psychiatry*, 2013, 18(7):758–66, doi:10.1038/mp.2012.86.
69. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk, *J Epidemiol Community Health*, 2003, 57(12):993, doi:10.1136/jech.57.12.993.
70. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> .14 Nisan 2016.
71. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database, *Bull World Health Organ*, 2008, 86(9):726–32, doi:10.1590/S0042-96862008000900017.
72. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people, *PloS ONE*, 2013, 8(10):e77555, doi:10.1371/journal.pone.0077555.
73. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians, *J Med Internet Res.*, 2012, 14(5):122, doi:10.2196/jmir.1979p.

74. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients, *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147:190e195.
75. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 2010, 167(7):801-808.
76. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality:the buffering hypothesis, *Clin. Psychol*, 2011, 31:63e591, doi:10.1016/j.cpr.2010.12.007.
77. Mascaro N. Rosen DH. Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms, *Journal of Personality*, 2005, 73:1467-1494, doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x.
78. Frankl VE. Self-transcendence as a human phenomenon, *Journal of Humanistic Psychology*, 1969, 6:97-106.
79. Steger MF, Frazier P, Kaler M, Oishi S. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life, *Journal of Counseling Psychology*, 2006, 53:80-93, doi:10.1037/0022-0167.53.1.80
80. Walsh E, Eggert LL. Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties, *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007, 16:349–359, doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00483.x.
81. Sabancıoğulları S, Avcı D, Doğan S, Kelleci M, Ata E. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda intihar olasılığı ve etkileyen etkenler, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16(3), doi: 10.5455/apd.1402480271.

82. Cull JG, Gill WS. *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*, Los Angeles, Western Psychological Services, 1988.
83. Eskin M. Age specific suicide rates and the rates of increase, and suicide methods in Sweden and Turkey: A comparison of the official suicide statistics, *Reports from the Department of Psychology, Stockholm University*, 1993, 772.
84. Şahin NH, Batıgün AD. Yaşamı sürdürme nedenleri ve intihar olasılığı, *Yayınlanmamış çalışma*, 2000.
85. Durak A, Yasak GY, Şahin NH. İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin geçerliliği ve güvenilirliği, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1993, 8(30):7-19.
86. Şahin NH, Batıgün AD, Şahin, N. Reasons for living and their protective value: A Turkish sample, *Archives of Suicide Research*, 1998, 4, 157-168.
87. Beck AT. An inventory for measuring depression, *Arch Gen Psychiatry*, 1961, 4:561-571.
88. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, *Psikoloji Dergisi*, 1988, 6(22):118-122.
89. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000, 1(2), 83-88.
90. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. Gender Differentiation in Indirect Self-Destructiveness and Suicide Attempt Methods (Gender, Indirect Self-Destructiveness, and Suicide Attempts), *Psychiatric Quarterly*, 2014, 85(2):197-209, doi:10.1007/s11126-013-9283-1
91. Kølves K, Ide N, De Leo D. Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: Gender differences, *Journal of affective disorders*, 2010, 120(1):48-53, doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.019.

92. Lim AY, Lee AR, Hatim A, Tian-Mei S, Liu CY, Jeon HJ, Chua HC. Clinical and sociodemographic correlates of suicidality in patients with major depressive disorder from six Asian countries, *BMC psychiatry*, 2014, 14(1):1, doi: 10.1186/1471-244X-14-37
93. Choi JW, Park S, Yi KK, Hong JP. Suicide mortality of suicide attempt patients discharged from emergency room, nonsuicidal psychiatric patients discharged from emergency room, admitted suicide attempt patients, and admitted nonsuicidal psychiatric patients, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2012, 42(3), 235-243, doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00085.x.
94. McClure JR, Criqui MH, Macera CA, Ji M, Nievergelt CM, Zisook S. Prevalence of suicidal ideation and other suicide warning signs in veterans attending an urgent care psychiatric clinic, *Comprehensive psychiatry*, 2015, 60:149-155, doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.010.
95. Üçkardeş EA. Psychiatric diagnosis and sociodemographic characteristics of patients admitted to psychiatry clinic in a rural area, *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015, 28(1):8-16, doi: 10.5350/DAJPN2015280101.
96. Mann JJ, Bortinger J, Oquendo MA, Currier D, Li S, Brent DA. Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders, *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162(9), 1672-1679, doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1672.
97. Li J, Ran MS, Hao Y, Zhao Z, Guo Y, Su J, Lu H. Inpatient suicide in a Chinese psychiatric hospital, *Suicide and life-threatening behavior*, 2008, 38(4), 449-455, doi: 10.1521/suli.2008.38.4.449.
98. Hu DY, Huang D, Xiong Y, Lu CH, Han YH, Ding XP, Liu YL. Risk factors and precautions of inpatient suicide from the perspective of nurses: A qualitative study, *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*, 2015, 35:295-301, doi: 10.1007/s11596-015-1427-0.

99. Jeon HJ, Lee JY, Lee YM, Hong JP, Won SH, Cho SJ, Cho MJ. Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample, *Journal of affective disorders*, 2010, 127(1):274-280, doi:10.1016/j.jad.2010.05.027.
100. Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, Pértega-Díaz S. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007), *BMC psychiatry*, 2011, 11(1):1, doi:10.1186/1471-244X-11-51.
101. Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spießl H. Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data?, *General hospital psychiatry*, 2008, 30(4):324-330, doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.03.003.
102. Deisenhammer EA, DeCol C, Honeder M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. In-patient suicide in psychiatric hospitals, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102(4):290-294, doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004290.x.
103. Park S, Choi JW, Yi KK, Hong JP. Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989–2006, *Psychiatry research*, 2013, 208(2):145-150, doi:10.1016/j.psychres.2012.09.039
104. Ikeshita K, Shimoda S, Norimoto K, Arita K, Shimamoto T, Murata K, Kishimoto T. Profiling Psychiatric Inpatient Suicide Attempts in Japan, *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2014, 16:40-43.
105. Räsänen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2003, 38(6):297-304, doi:10.1007/s00127-003-0635-2.
106. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Campbell, MJ. The Wessex recent inpatient suicide study, 2, *The British Journal of Psychiatry*, 2001, 178(6):537-542, doi: 10.1192/bjp.178.6.537

107. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözüme becerileri: intihar davranışıyla ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17(4):266-275.
108. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms, *Suicide and life-threatening behavior*, 2013, 43(1):97-108, doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x.
109. Kerby DS. CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits, *Personality and Individual Differences*, 2003, 35(2):249-261, doi:10.1016/S0191-8869(02)00174-5
110. Arsel C, Batıgün DA. İntihar ve Cinsiyet: Cinsiyet Roller, İletişim Becerileri, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme, *Türk Psikoloji Dergisi*, 2011, 26 (68): 1-10
111. Ashrafioun L, Kane C, Stephens B, Britton PC, Conner KR. Suicide attempts among alcohol-dependent pain patients before and after an inpatient hospitalization, *Drug and alcohol dependence*, 2016, 163:209-215, doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.04.024.
112. Qin P, Mortensen PB, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark, *The British Journal of Psychiatry*, 2000, 177(6):546-550.
113. Batıgün AD. İntihar olasılığı: yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005,16(1):29-39.
114. Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, Martin RR, Koven LP, Duberstein PR, Britton PC. Development and psychometric evaluation of the reasons for living—older adults scale: A suicide risk assessment inventory, *The Gerontologist*, 2009, gnp052, doi: 10.1093/geront/gnp052.
115. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process, *Journal of affective disorders*, 2012, 138(1), 19-26, doi:10.1016/j.jad.2011.03.050

116. Akgün N, Özcan AA, Karaman M, Yılmaz H, Başyiğit S, Karahan D. Özkıyım yaşı yükseliyor mu?, *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 2011,24(1).
117. Miller J, Segal D, Coolidge F. A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults, *Death Studies*, 2001, 25(4):357-365, doi:10.1080/07481180126250.
118. Forkmann T, Brähler E, Gauggel S, Glaesmer H. Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population, *The Journal of nervous and mental disease*, 2012, 200(5):401-405, doi: 10.1097/NMD.0b013e31825322cf.
119. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum M, Burke AK, Mann JJ. Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression: A Prospective Study, *The American Journal of Psychiatry*, 2007, 164(1):134–141, doi:10.1176/appi.ajp.164.1.134.
120. Zhang Y, Law CK, Yip PS. Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation, *Journal of affective disorders*, 2011, 133(3):584-590, doi:10.1016/j.jad.2011.05.003.
121. Atli A, Uysal C, Kaya MC, Bulut M, Güneş M, Karababa İF, Sır A. Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme. *Journal of Mood Disorders*, 2014, 4(3), 110-4, doi:10.5455/jmood.20131230123128.
122. Platt S, Hawton K. Suicidal behaviour and the labour market. The international handbook of suicide and attempted suicide, *John Wiley*, 2000, 309-84, doi:10.1002/9780470698976.ch20
123. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries, *BMJ*, 2013, 347:f5239, doi:10.1136/bmj.f5239

124. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study, *BMJ* 2002, 325:7355-7374, doi: 10.1136/bmj.325.7355.74
125. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı, *Kriz Dergisi*, 1997, 5(1), 37-42.
126. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M. Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power, *British Journal of Psychiatry*, 2000, 176:266–272, doi: 10.1192/bjp.176.3.266
127. Bickley H, Hunt IM, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study, *Psychiatric Services*, 2013, 64(7):653-659, doi:10.1176/appi.ps.201200026
128. Judd F, Jackson H, Komiti A, Bell R, Fraser C. The profile of suicide: changing or changeable? , *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2012, 47 (1):1–9, doi:10.1007/s00127-010-0306-z
129. Stack S. Gender, marriage, and suicide acceptability: A comparative analysis, *Sex Roles*, 1998, 38(7-8), 501-520, doi:10.1023/A:1018770124576
130. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides, *The Journal of nervous and mental disease*, 2010, 198(5):315-328, doi: 10.1097/NMD.0b013e3181da47e2
131. Coryell W, Kriener A, Butcher B, Nurnberger J, McMahon F, Berrettini W, Fiedorowicz J. Risk factors for suicide in bipolar I disorder in two prospectively studied cohorts, *Journal of affective disorders*, 2016, 190, 1-5, doi:10.1016/j.jad.2015.10.007.
132. Britton PC, Stephens B, Wu J, Kane C, Gallegos A, Ashrafioun L, Conner KR. Comorbid depression and alcohol use disorders and prospective risk for suicide attempt in the year following inpatient hospitalization, *Journal of affective disorders*, 2015, 187:151-155, doi:10.1016/j.jad.2015.08.029.

133. Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12-month prospective study among patients with depressive disorders, *Psychiatry research*, 2014, 220(3):867-873, doi:10.1016/j.psychres.2014.08.055.
134. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review, *Harvard review of psychiatry*, 2013, 21(6):281-295, doi:10.1097/HRP.0000000000000001.
135. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters, *Journal of affective disorders*, 2000, 59(2), 107-117, doi:10.1016/S0165-0327(99)00129-9.
136. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients, *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156(2):181-189, doi:10.1176/ajp.156.2.181
137. Lizardi D, Currier D, Galfalvy H, Sher L, Burke A, Mann J, Oquendo M. Perceived reasons for living at index hospitalization and future suicide attempt, *The Journal of nervous and mental disease*, 2007, 195(5):451.
138. Conner KR. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior, *Suicide Life Threat Behav.* 2004, 34:89–98, doi:10.1521/suli.34.2.89.32780
139. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization:evidence based on longitudinal registers, *ArchivesofGeneralPsychiatry*, 2005, 62:427–432, doi:10.1001/archpsyc.62.4.427.
140. Lin SK, Hung TM, Liao YT, Lee WC, Tsai SY, Chen CC, Kuo CJ. Protective and risk factors for inpatient suicides: a nested case–control study, *Psychiatry research*, 2014, 217(1):54-59, doi:10.1016/j.psychres.2014.03.008

141. Scott EM, Hermens DF, Naismith SL, White D, Whitwell B, Guastella AJ, Hickie IB. Thoughts of death or suicidal ideation are common in young people aged 12 to 30 years presenting for mental health care, *BMC psychiatry*, 2012, 12(1):1, doi:10.1186/1471-244X-12-234.
142. Aishvarya S, Maniam T, Karuthan C, Sidi H, Ruzyanei N, Oei TPS. Psychometric properties and validation of the Reasons for Living Inventory in an outpatient clinical population in Malaysia, *Comprehensive psychiatry*, 2014,55:107-S113, doi:10.1016/j.comppsy.2013.06.010.
143. American Foundation for Suicide Prevention. Understanding Suicide. <https://www.afsp.org/understanding-suicide/frequently-askedquestions>. 15 Haziran 2016
144. Lizardi D, Sher L, Sullivan GM, Stanley B, Burke A, Oquendo MA. Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 119(5):406-410, doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01365.x
145. Jokinen J, Forslund K, Ahnemark E, Gustavsson JP, Nordström P, Åsberg M. Karolinska Interpersonal Violence Scale predicts suicide in suicide attempters, *The Journal of clinical psychiatry*, 2010, 71(8):1025-1032, doi: 10.4088/JCP.09m05944blu
146. Ajdacic-Gross V, Lauber C, Baumgartner M, Malti T, Rössler W. In-patient suicide—a 13-year assessment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009, 120(1):71-75, doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01380.x
147. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997, *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160(4):765-772, doi:10.1176/appi.ajp.160.4.765

148. Wang MC, Joel WY, Tran KK, Nyutu PN, Spears A. Reasons for living, social support, and afrocentric worldview: Assessing buffering factors related to Black Americans' suicidal behavior, *Archives of Suicide Research*, 2013, 17(2):136-147, doi:10.1080/13811118.2013.776454.
149. Lee SY. Reasons for living and their moderating effects on Korean adolescents' suicidal ideation, *Death studies*, 2011, 35(8):711-728, doi:10.1080/07481187.2011.553316.
150. Mohammadkhani P, Khanipour H, Azadmehr H, Mobramm A, Naseri E. Trait mindfulness, reasons for living and general symptom severity as predictors of suicide probability in males with substance abuse or dependence, *Iranian journal of psychiatry*, 2015, 10(1):56.
151. O'Connor SS, Comtois KA, Wang J, Russo J, Peterson R, Lapping-Carr L, Zatzick D. The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors, *General hospital psychiatry*, 2015, 37(5):427-433, doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.05.001.
152. Chen YL, Tzeng DS, Cheng TS, Lin CH. Sentinel events and predictors of suicide among inpatients at psychiatric hospitals, *Annals of general psychiatry*, 2012, 11(1):1, doi:10.1186/1744-859X-11-4.
153. Deveci A, Taşkın EO, DüNDAR PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı, *Türk Psikiyatri Derg*, 2005, 16(3):170-8.

8. EKLER

EK- 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Arş.gör. Reyhan Eskiurt tarafından yürütülen “ Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların intihar olasılığı ve yaşamı sürdürme nedenleri arasındaki ilişkinin incelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniziz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların intihar olasılığı ve yaşamı sürdürme nedenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.
- b. Araştırmanın İçeriği:

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İntihar Olasılığı ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”dir. Bu araştırmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların intihar olasılığı ve yaşamı sürdürme nedenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu araştırmada size anket doldurma yöntemi kullanılarak uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 30 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 186’ dır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizin herhangi bir sorumluluğunuz yoktur. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir; ancak sizin için beklenen yararların tedavi sürecinize uyumunuzu artırmak olabilir. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Arş. Gör. Reyhan Eskiuyurt tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0537 983 59 86 no.lu telefonda Arş. Gör. Reyhan Eskiuyurt’a başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan gerekleri yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız nedeni ile sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla

kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

c. Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez alışması

d. Araştırmanın ngrlen Sresi: Şubat – Mayıs 2016

e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
186

f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Psikiyatri Kliniğinde ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapılacaktır. Çalışmayı yüksek lisan ğrencisi Arş. Gör. Reyhan Eskiuyurt gerçekleştirecektir.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **alışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici vanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Araştırmacı: Reyhan Eskiuyurt

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

TEL: 0312 324 15 55-4534

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birgöl ÖZKAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yatarak tedavi gören hasta bireylerden oluşan grubun demografik özelliklerinin belirlenmesi için belirlenmiş sorular;

Aşağıdaki her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve hiç bir soruyu atlamadan kendiniz için uygun olan parantezin içerisine (X) işareti koyunuz, (.....) noktalı yerlere ise uygun olan cevapları yazınız.

1. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış () Dul
() Diğer:

4. Çocuk Sahibi Olma Durumunuz () Evet.....(Çocuk Sayısı) () Hayır

5. Eğitiminiz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () 2 yıllık yüksekokul
() 4 yıllık yüksekokul () Diğer:

6. Mesleğiniz:

7. Ekonomik koşullarınızı değerlendirdiğinizde aşağıdaki seçeneklerden hangisinin size daha uygun olduğunu düşünüyorsunuz?

() Alt gelir grubu () Ortanın altı gelir grubu () Orta gelir grubu
() Ortanın üstü gelir grubu () Üst gelir grubu

8. Evde kimlerle yaşıyorsunuz?

() Anne ve baba ile () Anne ile () Baba ile
() Yalnız başına () Ev arkadaşı ile () Eş ile
() Eş ve Çocuk/Çocuklar ile
() Diğer (Lütfen belirtiniz)

10. Aşağıdaki olaylardan herhangi birinin hiç başınıza gelip gelmediğini (X) işareti koyarak belirtiniz. (Birden fazla olay işaretleyebilirsiniz.)

Evet Hayır

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hayati bir tehlike atlatmak |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kötü muamele görmek |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depremi yaşamak |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bir kaza veya şiddet olayında bir yakınını kaybetmek |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ciddi bir kaza geçirmek |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürme girişimi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cinsel tacize uğramak |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürmesi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depremde bir yakını veya yakın bir arkadaşı kaybetmek |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Silahlı bir çatışmaya katılmak |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | İşkence görmek |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tutuklanmak |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hapse girmek |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diğer..... |

11. Daha önce kendinizi öldürmeyi hiç düşündünüz mü? Evet Hayır

12. Kendinizi öldürmek için hiç girişimde buldunuz mu? Evet Hayır

13. Hastaneye gelmenizi gerektiren şikayetleriniz (hastalık tanısı) nelerdir?

.....

EK-3. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İÖÖ)

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

Sizi Tanımlama Derecesi

	% 0	% 30	%70	%100
1. . Kızınca birşeyler fırlatırım.	()	()	()	()
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	()	()	()	()
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	()	()	()	()
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	()	()	()	()
5. Çok fazla sorumluluğum var.	()	()	()	()
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	()	()	()	()
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	()	()	()	()
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	()	()	()	()
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	()	()	()	()
11. Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	()	()	()	()
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklik yapabileceğimi düşünüyorum.	()	()	()	()
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	()	()	()	()
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	()	()	()	()
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	()	()	()	()

Sizi Tanımlama Derecesi**% 0 % 30 %70 %100**

18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	()	()	()	()
19. İnsanların benden çok şey belediklerini hissediyorum.	()	()	()	()
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	()	()	()	()
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	()	()	()	()
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	()	()	()	()
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	()	()	()	()
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	()	()	()	()
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	()	()	()	()
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	()	()	()	()
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	()	()	()	()
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	()	()	()	()
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	()	()	()	()
34. Kızınca birşeyler kırarım.	()	()	()	()
35. Kendimi babama yakın hissediyorum / hissediyordum.	()	()	()	()
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	()	()	()	()

EK-4. YAŞAMI SÜRDÜRME NEDENLERİ ENVANTERİ (YSNE-28)

Aşağıda, insanları hayata bağlayan, onları intihar davranışından uzak tutan bazı nedenler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuduktan sonra o konunun sizi hayata bağlamak açısından ne kadar önemli olduğunu yan taraftaki uygun yere işaret koyarak belirleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Kararsızlık çektiğiniz durumlarda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Eğer herhangi bir madde sizin için geçerli değilse (ya da durumunuza uygun değilse) (örneğin, henüz evlenmemiş iseniz ve çocuklarınız yoksa “çocuklarımın üzerinde zararlı olur” maddesi sizin için geçerli olmayacaktır), o maddenin yanındaki bölmeyi boş bırakınız. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

	Çok önemli 6	Oldukça önemli 5	Biraz önemli 4	Önemli 3	Pek önemli değil 2	Hiç önemli değil 1
1. Gelecekte umudunuzun ve beklentilerinizin olması	()	()	()	()	()	()
2. İşlerin daha iyi gideceğine ve geleceğinizin daha iyi olacağına ilişkin umudunuz	()	()	()	()	()	()
3. Kendinizi sevmeniz	()	()	()	()	()	()
4. Sevdiğiniz ve güvendiğiniz insanların olması	()	()	()	()	()	()
5. Beceriksiz olduğunuzu düşündüğünüz için kullanacağınız yöntemin işe yaramayacağı	()	()	()	()	()	()
6. Ölümden korkmanız	()	()	()	()	()	()
7. Çalışmanın insanı mutlu ve başarılı kılacağına olan inancınız	()	()	()	()	()	()
8. Cehenneme gitmekten duyduğunuz korku	()	()	()	()	()	()
9. Hayatla mücadele edecek cesarete sahip olmanız	()	()	()	()	()	()
10. Dini inançlarınızın bunu	()	()	()	()	()	()

yasaklaması						
11. İnsanlara olan sevginiz	()	()	()	()	()	()
12. Hayatınızdan hoşnut ve mutlu olmanız	()	()	()	()	()	()
13. Yaşamak için istek duymanız	()	()	()	()	()	()
14. Hayatı sevmeniz	()	()	()	()	()	()
15. Hayatınızın ve kaderinizin kendi kontrolünüzde olduğuna inancınız	()	()	()	()	()	()
16. Kendinizin yaşamayı sürdürecektik kadar değerli bir insan olduğuna inancınız	()	()	()	()	()	()
17. Hayatta her zaman için bir anlam ve yaşamak için bir neden bulabileceğinize ilişkin inancınız	()	()	()	()	()	()
18. Kendinize olan güveniniz	()	()	()	()	()	()
19. Hayatın sona erdirilemeyecek kadar güzel ve değerli olması	()	()	()	()	()	()
20. Sıkıntılarınızı paylaşacak, dertleşebileceğiniz, size destek olacak dostlarınızın bulunması	()	()	()	()	()	()
21. Cesaretinizin olmayışı	()	()	()	()	()	()
22. Kendinizi öldürmeyecek kadar değerli ve sağlıklı olmanız	()	()	()	()	()	()
23. Hala daha yapacağınız çok şeyin oluşu	()	()	()	()	()	()
24. Yapmaktan zevk aldığınız uğraşlarınızın olması	()	()	()	()	()	()
25. Kadere ve Allah'a olan inancınız, Allah korkunuz	()	()	()	()	()	()
26. Olayların sizi ölümü isteyecek kadar mutsuz ve umutsuz bir hale sokabileceğine inanmayışınız	()	()	()	()	()	()
27. Arkadaşlarınızdan ayrılmak istemeyişiniz	()	()	()	()	()	()
28. Bir sevdiğinizin olması	()	()	()	()	()	()

EK-5. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDÖ)




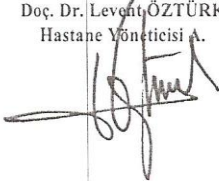
Bu form son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim bir şey yok.
d) Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tamamiyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular yaşıyorum.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda hissediyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer, bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha çok ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şu sıralarda her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybettim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi kadar kolay ve rahat karar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şu sıralarda karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiç bir şey yapamayacak kadar yorgunum
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilo kadar kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni çok fazla endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi sıkıntılarım beni çok endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek bana zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkati çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgiliyim.
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

EK-6. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ- 1

 <p>T. C. Sağlık Bakanlığı Kıyeye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği</p>	 <p>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi</p>	 <p>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi</p>
SAYI : 28295788/ KONU : Reyhan ESKİYURT		ATATÜRK E.A.H. 28295788 29.03.2016 10:42:00 GİDEN 3187
<p>T.C. YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Genel Sekreterlik ANKARA</p>		
<p>Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Reyhan ESKİYURT'un 'Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İntihar Olasılığı ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' başlıklı tezinin Kişisel Bilgi Formu, intihar olasılığı ölçeği, yaşamı sürdürme nedenleri envanteri isimli anketler ile tez uygulamasını hastanemizin psikiyatri servisinde yapabilmesi tarafımızdan uygun görülmüştür.</p> <p>Gereğini bilgilerinize arz ederim.</p>		
<p>Doç. Dr. Levent ÖZTÜRK Hastane Yöneticisi A.</p> 		
<p>Adres : Bilkent Yolu 3. Km. Çankaya Ankara Eğitim Şube Telefon : 0312 291 25 25 / 4064 www.ataturkhastanesi.gov.tr</p>		

EK-7. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ-2

ANKARA İL 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ ANKARA İL 2. BÖLGE KAMU
İDARI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
0312 326 51 51/3025-3026
03023302596

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara İl 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189/855.01
Konu : Araştırma ve Keşif Çalışmaları

DAĞITIM YERLERİNE

Yükseköğretim kurumlarında öğrenim gören veya kurum/kuruluşlarında görev yapan kişi/kişilere yapılabilecek bilimsel araştırmalar kapsamında bağlı sağlık tesislerimizden girişimsel olmayan klinik araştırmalar (gözlemsel çalışmalar, anket çalışmaları, retrospektif taramalar...) yoluyla tıbbi Üplama konusundaki izin talepleri diğer bazı hususlarla birlikte çalışma sonucunun benzeri örneğinin ilgili üniversite/kurum tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla kabul görülmektedir.

Kayıtlarımızın gerçekleştirilmesi neticesinde bahsi geçen çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize iletilmiş ve tespit edilmiştir. Ekli listede yer alan çalışma sonuçlarının benzeri örneğinin Genel Sekreterliğimize ivedilikle gönderilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Aziz Alper BİTEN
Genel Sekreter
İdari Hizmetler Başkanı

Ek:
1-Dağıtım Listesi (1 sayfa)
2-Tablo (.... sayfa)

NASA KAZI
Uzun
Alınan
İstisna
Okuluna

Bilginiz için
El. Postası
06.106.2016

Eltili Zübeyde Hanım Kadın Hastahane ve Etili Kampüsü Yeni Etili Cad. No:55/B
Yeni Mahalle ANKARA
Fak. No:0312 323 00 67

e-Posta: tagulden.bayraktara@sa.gov.tr İnternet Adresi:
http://www.ankara2bolge.khb.saglik.gov.tr Web Adresi:
E-Posta: iletisim@ankara2bolge.khb.saglik.gov.tr E-Posta:
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İletişim: Gülşen BAYRAKTAR

E-posta: EMŞİRE

Telefon: 0312 326 51 51/3025-3026

E-posta: iletisim@ankara2bolge.khb.saglik.gov.tr E-posta: iletisim@ankara2bolge.khb.saglik.gov.tr

EK-8. İLGİLİ KLİNİKTEN ALINAN İZİN BELGESİ- 3



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-975/952
Konu: Reyhan ESKİYURT

08/04/2016

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterliği' nin 30.03.2016 tarih ve 2306 sayılı yazısı.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Reyhan ESKİYURT un 21.03.2016 - 01.09.2016 tarihleri arasında tez uygulamasını Hastanemiz Psikiyatri Servisinde yapması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

SEVGİLİ MİŞEK
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürü

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Adres: Sıhhiye Yeriçkesi Tefefon: 0312-3051108-0312-3051241 Faks: 0312-3110794



6024594411

EK-9. ETİK KURUL RAPORU

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Fakültesi /
Enstitüsü öğrencilerinden
..... adlı araştırması
değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	09/05
Karar Tarihi	03.05.2016
Karar No.	235

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	

EK-10. ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Reyhan Eskiyurt
Doğum tarihi	: 14.08.1986
Doğum yeri	: Ankara
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0312 324 15 55
Faks	:
E-mail	: reskiyurt@ybu.edu.tr
EĞİTİM	
Lise	: Keçiören Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi
Lisans	: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: B seviye
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Psikiyatri Hemşireliği Derneği Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği	

