

**BELİREN YETİŞKİNLİKTE DEPRESYON, İNTİHAR OLASILIĞI
VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ:
PSİKOLOJİK ACI VE KORUYUCU FAKTÖRLERİN ROLÜ**



BENGÜ SARE SEVDA PELİN KILIÇ ÖZER

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ
OCAK, 2024**

BELİREN YETİŞKİNLİKTE DEPRESYON, İNTİHAR OLASILIĞI VE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ:
PSİKOLOJİK ACI VE KORUYUCU FAKTÖRLERİN ROLÜ

BENGÜ SARE SEVDA PELİN KILIÇ ÖZER
Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,
Klinik Psikoloji Doktora Programı

Bu tez, Işık Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'ne Doktora (PhD.) derecesi için
sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ
OCAK, 2024

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

BELİREN YETİŞKİNLİKTE DEPRESYON, İNTİHAR OLASILIĞI VE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: PSİKOLOJİK ACI VE KORUYUCU
FAKTÖRLERİN ROLÜ

BENGÜ SARE SEVDA PELİN KILIÇ ÖZER

ONAYLAYANLAR:

Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel (Doktora Tez Danışmanı)	Işık Üniversitesi
Prof. Dr. Başak Yücel	İstanbul Üniversitesi
Doç. Dr. Berna Akçınar Yayla	Işık Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Emel Erdoğan	Işık Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Kahraman	Acıbadem Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 17/01/2023

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION, SUICIDE POSSIBILITY, AND CHILDHOOD TRAUMAS IN EMERGING ADULTHOOD: THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL PAIN AND PROTECTIVE FACTORS

ABSTRACT

Objective: The aim was to collect quantitative data on the suicide probability and other variables from individuals in emerging adulthood, and to determine the predictive role of depression, childhood traumas, multidimensional perceived social support, and psychological pain on the suicide probability. The second aim was to examine whether psychological pain has a mediating effect on the predictive role of depression on suicide probability. In addition, determining the clinical and sociodemographic protective and risk factors of suicide was aimed. In the second phase of the study, the objective was to examine the features associated with the suicide possibility of emerging adults diagnosed with depression and currently undergoing treatment.

Method: A total of 1189 participants, (773 females and 416 males) between the ages of 18-25, were included in the study. Suicide Probability Scale, Beck Depression Inventory, Childhood Traumas Questionnaire, Psychological Pain Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale were used to collect quantitative data. In the second phase, semi-structured interviews were conducted with 10 emerging adult participants, (6 females and 4 males) who were diagnosed with depression.

Results: Depression scores explained approximately 54% of the variance in suicide probability scores, while this ratio was approximately 6% for childhood trauma scores, 3.4% for psychological pain scores and 1.8% for multidimensional perceived social support scores. Psychological pain scores partially mediated the association between probability of suicide and depression. Among the protective factors identified for suicide, above average education, high perceived social support, having a romantic relationship, and medium or high socioeconomic status were identified. The risk factors determined for the suicide possibility were having high depression, childhood trauma and psychological pain scores, growing up in a broken family, experiencing chronic pain, taking pain medication, having a family history of illness, having a psychiatric or physical illness in

the individual, having previous suicidal ideations and attempts, having someone in their social circle who attempted suicide. In the second phase of the study, among the themes that make suicidal thoughts accentuating was the presence of a psychiatric diagnosis in the individual or family, loneliness, interpersonal relationship problems and life difficulties. Among the responses found to be protective against suicidal thoughts were the feelings of people who are left behind, having social support, and resorting to relaxing activities.

Conclusion: The probability of suicide is influenced by interpersonal relationships, childhood/adulthood traumas, and various sociodemographic and clinical factors. Depression, childhood trauma, psychological pain, and multidimensional perceived social support scores play a predictive role in the likelihood of suicide. However, it has been identified that in the predictive role of depression on the probability of suicide, there is a partial mediating effect of psychological pain.

Keywords: Emerging Adulthood, Depression, Suicide Possibility, Psychological Pain, Childhood Traumas

BELİREN YETİŞKİNLİKTE DEPRESYON, İNTİHAR OLASILIĞI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: PSİKOLOJİK ACI VE KORUYUCU FAKTÖRLERİN ROLÜ

ÖZET

Amaç: Çalışmanın ilk aşamasında beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerden intihar olasılığı ve diğer değişkenlerine yönelik nicel verinin toplanması ve depresyon, çocukluk çağı travmaları, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik acının intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Diğer amaç ise depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı etkisine psikolojik acının aracı etkisinin olup olmadığının incelenmesidir. Ayrıca, intihara karşı koruyucu olan/risk oluşturan klinik ve sosyodemografik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise beliren yetişkinlik dönemindeki depresyon tanısı almış ve ayaktan tedavisi devam eden bireylerin intihar riskine ilişkin özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya 18-25 yaş aralığında 1189 katılımcı (773 kadın ve 416 erkek) dahil edilmiştir. Birinci aşamada İntihar Olasılığı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Anketi, Psikolojik Acı Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise nitel yöntem kullanılarak 18-25 yaş aralığında depresyon tanısı almış 10 katılımcı (6 kadın ve 4 erkek) ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Depresyon puanları intihar olasılığı puanlarındaki varyansın yaklaşık %54'ünü açıklarken, bu oran çocukluk çağı travmaları puanları için yaklaşık %6, psikolojik acı puanları için %3.4 ve çok boyutlu algılanan sosyal destek için %1.8 olmuştur. Depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı etkisinde psikolojik acının kısmi aracı etkiye sahip olduğu görülmektedir. İntihara dair belirlenen koruyucu faktörler içerisinde ortalama üzeri eğitim, algılanan sosyal desteğin yüksek olması, romantik bir ilişkiye ve orta veya yüksek sosyoekonomik duruma sahip olmak tespit edilmiştir. İntihar olasılığına dair belirlenen risk faktörleri ise yüksek depresyon, çocukluk çağı travmaları ve psikolojik acı puanlarına sahip olmak, parçalanmış bir ailede büyümek, bireyde kronik ağrı, fiziksel bir hastalık tanısı, bireyde veya ailesinde psikiyatrik bir hastalık tanısı, daha önce intihar düşüncesine ve girişime sahip olmak ve sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunan

birinin olması şeklindedir. Araştırmanın ikinci aşamasında katılımcıların intihar düşüncelerini belirginleştiren temalar: bireyde veya ailesinde psikiyatrik tanı olması, yalnızlık, kişilerarası ilişki sorunları, yaşamsal zorluk ve sorunlar şeklindedir. İntihar düşüncelerine karşı koruyucu olduğu belirlenen durumlar ise geride kalan insanların duyguları, sosyal desteğe sahip olma ve rahatlatıcı etkinliklere başvurmadır.

Sonuç: İntihar olasılığı kişilerarası ilişkiler, çocukluk/yetişkinlik çağı travmaları ve birçok sosyodemografik-klinik faktörlerden etkilenmektedir. Depresyon, çocukluk çağı travmaları, psikolojik acı ve çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının intihar olasılığı üzerinde yordayıcı rolü bulunmaktadır. Bununla birlikte, depresyonun intihar olasılığını üzerindeki yordayıcı rolünde psikolojik acının kısmi aracı etkisi tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beliren Yetişkinlik, Depresyon, İntihar Olasılığı, Psikolojik Acı, Çocukluk Çağı Travmaları

TEŞEKKÜR

İlk olarak tez sürecime birlikte başladığımız değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ezgi DEVECİ'ye sabır ve özveri ile tezimin tüm aşamalarında bana rehberlik ettiği için içtenlikle teşekkür ederim. Eleştirileri, önerileri ve bilimsel merakı ile çalışmamın temelini güçlendirdiği, tezimi hayal ettiğimin çok daha ötesinde bir yere taşımama yardımcı olduğu, umutsuzluk ve kaygımın arttığı noktalarda bana bir tez danışmanından daha fazlası olduğu için minnettarım. Lisans sürecimde intihar ve travma alanında yürütüp Amsterdam'da sunma fırsatı edindiğim bir çalışmadan, doktora tez sürecimde de birlikte çalışmamıza evrilen bu deneyimi hep mutluluk ile anacağım.

Yüksek lisans eğitimimde tanışıp birlikte çalışma fırsatı edindiğim, tez sürecimin en başından beri yanımda olan ve tezimi birlikte tamamlama şansı edindiğim değerli hocam Prof. Dr. Feryal ÇAM ÇELİKEL'e tüm aşamalarda gösterdiği ilgi, destek ve motivasyon için teşekkürlerimi sunmak isterim. Psikolojik travma alanında kendisinden edindiğim sonsuz bilgiler, travmaya olan bakış açımı geliştirmiş ve tezimin oluşmasında büyük bir ilham kaynağı olmuştur. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılarına olan ilgim kendisinin son derece kıymetli bilgileriyle şekillendi. Eğitim sürecimde, beni yönlendiren ve en önemli rehberlerden biri olan hocama, bana kattığı değerli bilgiler ve verdiği ilham için şükranlarımı sunuyorum.

Tez sürecimin en başından beri yanımda olan bir diğer çok kıymetli hocam Prof. Dr. Başak YÜCEL'in hem tezimin şekillenmesinde hem de veri toplama sürecindeki sonsuz desteği için kendisine teşekkürlerimi sunmak isterim. Güler yüzü, iş birliği ve destekleri sayesinde tez sürecim benim için hem çok öğretici hem de çok keyifli bir hale geldi. Sunduğu tüm öneriler, veri toplama sürecindeki desteği ve yönlendirmeleri için kıymetli hocam Prof. Dr. Başak YÜCEL'e ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı asistan hekimlerine teşekkürlerimi sunuyorum.

Teşekkürlerimi sunmak istediğim bir diğer kıymetli hocam Doç. Dr. Berna AKÇINAR YAYLA'ya bana güvendiği ve tez sürecimde bana en iyi gelen şeylerden biri olan öğretim görevliliğine beni uygun gördüğü için minnettarım. Bu süreçte kazandığım bilgi ve deneyimler, akademik gelişimimde önemli bir dönemeç oluşturdu. Bir zamanlar öğrencisi olarak bulunduğum sınıflarda ders anlatmanın benim için kıymeti kelimelerle ifade edilemeyecek kadar büyük. Bana verdiği bu şans için değerli hocama ve benden bugüne kadar ders almış tüm öğrencilerime gösterdikleri saygı, sevgi ve ilgi için teşekkürlerimi sunuyorum. En az öğrettiğim kadar öğrendiğim ilk akademisyenlik heyecanıma eşlik eden tüm öğrencilerim ve gelecekteki meslektaşlarımı tanımak, onlarla birlikte bu güzel yolculuğa çıkmak benim için bir ayrıcalıktı.

Doktora tezimin bir TÜBİTAK projesi olması yönündeki desteklerinden dolayı Dr. Öğr. Üyesi Ezgi DEVECİ ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma KAHRAMAN hocama teşekkürlerimi sunarım. Araştırmanın uygulanması, analizi, raporlanması gibi tüm süreçlerde bana ayırdıkları zaman ve kattıkları bilimsel merak için çok şanslıyım. Göstermiş oldukları yakından ilgi ile proje danışmanlığını üstlendikleri için kendilerine minnettarım.

Doktora eğitimimin ve her zaman hayalini kurduğum akademisyenliğin önünü açan en önemli isimlerden biri olan değerli Dr. Saime Vicdan YÜCEL hocamı anmadan olmazdı. Kendisi ne yazık ki aramızda olmasa da öğretileri her zaman aklımda ve kalbimde yer alacak. Dr. Saime Vicdan YÜCEL benim için bir hoca, süpervizör veya meslek büyüğünden çok daha fazlasıydı. Daha iyi bir psikolog olma yönünde bana kattığı her şey için kıymetli hocama sonsuz şükranlarımı sunmak isterim, kendisine minnettarım.

Akademik ve mesleki hayatımda yollarımızın kesiştiği, ismini anamadığım tüm hocalarıma teşekkür etmek isterim. Sizlerle çalışma fırsatı bulduğum için minnettarım ve gelecekteki çalışmalarında edindiğim bilgi birikimini en iyi şekilde değerlendirmek için çaba sarf edeceğimi ifade etmek isterim.

Tez sürecimde bana destek olan aileme ve sevdiklerime de ayrıca teşekkür etmek isterim. Onların desteği ve anlayışı, bu zorlu süreci çok kolaylaştırdı. Onların desteği olmasaydı, hayatımın zorlu dönemlerinde başarıya ulaşmak ve güçlü kalmak mümkün olmazdı. Her birinin benim için yaptığı fedakarlıklar, göstermiş oldukları sevgi ve ilgileri için kendilerine teşekkür etmek istiyorum. Başta bugünkü insan olmamda en büyük emeği geçen canım anneannem Fatma ALKAN'ı anmak isterim. Kendisi ben ve kardeşim için bir anneanneden çok daha fazlasıydı. Tüm eğitim hayatımdaki kaygı ve çabalarımı şahit olduğu için hep mezun olacağım günü beklediğini söylerdi. Her ne kadar bunu görmeye

ömrü yetmemiş olsa da benimle gurur duyduğunu biliyorum. Kendisini özlem ve minnetle anıyorum.

Hayatımın her anında yanımda olan, sevgi dolu destekleri, sabır ve anlayışı için canım dedem Asım KILIÇ'a, bana güçlü bir kadın olmayı öğreten, sevgi dolu gülüşüyle canım babaannem Habibe KILIÇ'a ve her zorluğumda destek olan, her başarımda gurur duyan canım babam Hakan KILIÇ'a teşekkür etmek isterim. Sizlere sahip olduğum için kendimi çok şanslı hissediyorum, iyi ki varsınız.

Bana kattığı her şey için, birlikte büyüdüğüm, annelik ile birlikte dostluğu da öğrendiğim canım annem Sibel FAYDALI'ya ve hayatımızda olmasından sevinç duyduğum eşi biricik abim Bekir FAYDALI'ya teşekkürlerimi sunuyorum. Sizlerin varlığı, beni cesaretlendirdi ve güçlendirdi. Birlikte geçirdiğimiz zamanların değerini bilmek ve birbirimize olan sevgi ve saygıyı korumak, benim için çok kıymetli. Her şey için teşekkür ederim.

Hayattaki en değerli hazinem olan canım kardeşim ve en iyi arkadaşım Av. Beray Sena KILIÇ'a güçlü mücadelesi, sevgi dolu gülüşü ve sonsuz merhameti ile hayatımın en değerli parçası olduğu için teşekkür ediyorum. Her zorluğumda destek oluşu, en karanlık anlarda bile içimi ısıtan bir ışık gibi yanımda oluşu ve en büyük kahkahalarımın sahibi olduğu için kendisine minnettarım. O olmadan geçen her an, sevgisi ve desteği olmadan kazanılan her başarı, benim için eksik kalırdı. Seninle büyümek, anılar biriktirmek ve birbirimize destek olmak en büyük mutluluk. İyi ki varsın kopuk uçurtmam.

Bu süreçte her türlü çökkünlük ve yorgunluğumda yanımda olan arkadaşlarım, Nisa İŞBİLİR, Zehra Rana İKİZOĞLU, Neslihan Samyeli AL, Nilay TUNCAL, Seren SALTOĞLU ve Ece HOŞCEYLAN'a teşekkür etmek isterim. Anlayışları, sevgi ve destekleri benim için çok kıymetliydi. Sağladıkları mutluluk ve birlikte yaşadığımız dostluklar için onlara minnettarım.

Son olarak, lise sıralarından beri yanımda olan, en yakın dostum, sevgili eşim Alihan ÖZER'e ve kıymetli ailesine teşekkür etmek isterim. Hayatımın her döneminde ve zorluğunda göstermiş olduğu sevgi, destek ve anlayış benim için çok kıymetli. Kendisini tanıdığım on beş yıldan beri her üzüntümde benimle üzüldüğü, her sevincimde benimle sevindiği için çok şanslıyım. Hayatın iniş çıkışlarında, birlikte yaşadığımız güzel anılarda hep yanımda olduğunu bilmek, benim için büyük bir güç kaynağı. Elbette gırlamaları ve sevimli yüzleri ile ruhuma iyi gelen, evlat bildiklerimiz Kivi, Peri ve meleşimiz Timmy'e tüm anıları için minnettarım. Size ailem demek en büyük mutluluğum.

Beni destekleyen, güldüren ve daima yanımda olan herkese teşekkür ederim. Sizler olmadan doktora yolculuğunu bu kadar anlamlı ve özel kılamazdım.

Sözlerimi bana güvenip araştırmamda yer almış 1466 kişiye teşekkür ederek bitirmek istiyorum. Katkılarınız olmadan bu çalışmam mümkün olmazdı. Aklından bir kez bile intihar düşüncesi geçmiş, sevdikleri birini intihara kaybetmiş veya umutsuzluk hisseden tüm insanlar için Maya Angelou'nun şu sözlerini aktarmak isterim. *“No matter what happens, or how bad it seems today, life does go on, and it will be better tomorrow.”*.

Bengü Sare Sevda Pelin KILIÇ ÖZER



Bu çalışma TÜBİTAK 1002 programı tarafından desteklenmiştir. Proje No: 222K344

Aileme...



İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
ABSTRACT	ii
ÖZET.....	iv
TEŞEKKÜR	vi
İTHAF	ix
İÇİNDEKİLER	xii
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xviii
BÖLÜM 1.....	1
1. GİRİŞ	1
BÖLÜM 2.....	4
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 İntihar	4
2.1.1 İntihar Düşüncesi.....	5
2.1.2 İntihar Davranışı.....	6
2.1.3 İntihar Girişimi.....	7
2.1.4 İntihar Motivasyonu	8
2.1.5 İntihar Epidemiyolojisi ve İntihar Hızı	10
2.1.6 İntihar ile İlişkili Kuramlar	12
2.1.7 İntihar ile İlişkili Risk ve Koruyucu Faktörler	22
2.2 Depresyon.....	53
2.2.1 Depresyon Tanımı ve Semptomatolojisi	54
2.2.2 Depresyonun Epidemiyolojisi	55
2.2.3 Depresyon ve İntihar İlişkisi	56

2.3 Çocukluk Çağı Travmaları	58
2.3.1 Cinsel İstismar	59
2.3.2 Duygusal İstismar	60
2.3.3 Fiziksel İstismar	61
2.3.4 Fiziksel İhmal	62
2.3.5 Duygusal İhmal	62
2.3.6 Aşırı Koruma ve Aşırı Kontrol	63
2.3.7 Çocukluk Çağı Travmaları ve İntihar İlişkisi	63
2.4 Psikolojik Acı ve İntihar İlişkisi	65
2.5 Araştırmanın Amacı	68
2.6 Araştırmanın Özgünlüğü	69
2.7 Araştırmanın Önemi	70
2.8 Araştırmanın Hipotezleri	70
BÖLÜM 3	74
3. YÖNTEM	74
3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	74
3.2 Örneklem	75
3.2.1 İşleme ve Dışlama Kriterleri	76
3.3 Araştırmanın Etik Boyutu	77
3.4 Araştırmada Yer Alan Değişkenler	79
3.5 Veri Toplama Araçları	79
3.5.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	79
3.5.2 Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu	80
3.5.3 İntihar Olasılığı Ölçeği	80
3.5.4 Beck Depresyon Envanteri	81
3.5.5 Çocukluk Çağı Travmaları Anketi	81
3.5.6 Psikolojik Acı Ölçeği	82
3.5.7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	82
3.5.8 İntihara İlişkin Risk ve Koruyucu Faktörlerin İncelenmesi için Hazırlanan Yüz Yüze Görüşme Formu	83
3.6 Araştırma Deseni	84
3.7 İşlem	84
3.8 Veri Analizi	85

BÖLÜM 4.....	89
4. BULGULAR.....	89
4.1 Araştırmanın Örneklemi	89
4.2 Örneklemeye Dair Betimleyici Analizler.....	89
4.3 Ölçeklere Ait Betimsel Bilgiler	98
4.4 Normallik Dağılımın Sınanması ve Ölçeklerin Basıklık, Çarpıklık Değerleri ile Güvenirlilik Analizleri	100
4.5 Hipotezlerin Analizleri	102
4.5.1 Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	102
4.5.2 Psikolojik Acı, Depresyon, Çocukluk Çağı Travmaları ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek değişkenlerinin İntihar Olasılığını Yordayıcı Rolünün Sınanması	104
4.5.3 Depresyonun İntihar Olasılığını Yordayıcı Etkisinde Psikolojik Acının Aracı Rolünün Sınanması.....	106
4.5.4 Değişkenlerin Sosyodemografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması	109
4.6 Katılımcıların Psikolojik Acı ile Baş Etme Biçimlerinin İncelenmesi.....	128
4.7 Araştırmanın Nitel Analizlerinin Yer Aldığı İkinci Aşamasına Dair Bulgular.....	131
4.7.1 Klinik Örneklemnin Sosyodemografik Özellikleri	131
4.8 Nitel Verilerin Analizi	134
4.8.1 Temalar ve Kodlar.....	134
BÖLÜM 5.....	154
5. TARTIŞMA	154
5.1 Bulguların Tartışılması	161
5.2 Nitel Bulguların İncelenmesi.....	181
5.3 Çalışmanın Güçlü Yönleri	191
5.4 Çalışmanın Sınırlılıkları	192
5.5 Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler	193
5.6 Sonuç	194
5.7 Araştırmanın Klinik Çıktıları.....	196
KAYNAKÇA	198
EKLER.....	242
ÖZGEÇMİŞ.....	266

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1.5 Türkiye’de 2001-2022 Arası Yıllara Göre İntihar Sayısı ve Kaba İntihar Hızlar.....	13
Tablo 4.2.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	91
Tablo 4.2.2 Katılımcıların Aile Yaşantısı ve Aile Bireyleriyle İlgili Bilgilerin dağılımları.....	92
Tablo 4.2.3 Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanıma Göre Dağılımları.....	93
Tablo 4.2.4 Katılımcıların Psikolojik Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları (n=1189).....	94
Tablo 4.2.5 Katılımcıların Fiziksel Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları (n=1189).....	100
Tablo 4.2.6 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımları (n=1189).....	101
Tablo 4.3.1.1 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarına Dair Betimsel Bilgiler (n=1189).....	104
Tablo 4.5.4.6.2 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Anne ve Baba Kaybı Yaşama Durumları Bakımından İncelenmesi.....	105
Tablo 4.4.1 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Analizleri (n=1189).....	106
Tablo 4.5.1.1 İntihar Olasılığı, Çocukluk Çağı Travmaları, Psikolojik Acı, Depresyon ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri Arasındaki İlişkide Pearson Korelasyon Değerleri (n=1189).....	107
Tablo 4.5.1.2 Araştırmada Yer Alan Ölçekler ve Altboyutları Arasındaki İlişkilere Ait Pearson Korelasyon Değerleri.....	109
Tablo 4.5.2 Yordanan Değişkenin İntihar Olasılığı Puanları Olduğu Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları.....	111
Tablo 4.5.3 Depresyonun İntihar Olasılığını Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Psikolojik Acının Aracı Rolüne Dair Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Mediyatör Regresyon Analizi Bulguları.....	113

Tablo 4.5.4.2 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim, Romantik İlişki, Sosyoekonomik Durumu ve Aile Yapısı Değişkenleri Bakımından İncelenmesi.....	120
Tablo 4.5.4.1 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarının Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi.....	116
Tablo 4.5.4.6.1 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Sevilen Birini Kaybetme ve Dini İnanca Sahip Olma Durumları Bakımından İncelenmesi.....	123
Tablo 4.5.4.6.2 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Anne ve Baba Kaybı Yaşama Durumları Bakımından İncelenmesi Bakımından İncelenmesi	123
Tablo 4.5.4.9.1 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımı Bakımından İncelenmesi (n=1189)	125
Tablo 4.5.4.9.2 İntihar olasılığı puanlarının katılımcıların madde kullanımı bakımından incelenmesi (n=56)	126
Tablo 4.5.4.12 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Psikiyatrik ve Fiziksel Bir Hastalık Tanısı Olması, Fiziksel Bir Engele veya Kronik Ağrı Deneyimleme ve Ağrı Kesici İlaç Kullanım Durumları Bakımından İncelenmesi.....	129
Tablo 4.5.4.17.1 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımlar.....	132
Tablo 4.5.4.17.2 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımlar.....	133
Tablo 4.5.4.17.1 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımlar.....	132
Tablo 4.6.1 Katılımcıların Psikolojik Acı ile Baş Etme Biçimlerinin Frekans Analizi Sonuçları.....	133
Tablo 4.7.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	136
Tablo 4.7.2 Katılımcıların Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	137
Tablo 4.7.3 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve İntihar Davranışı Bakımından İncelenmesi.....	138
Tablo 4.8.1 İntihar İle İlgili Çağrışımlar Kategorisine İlişkin Bulgular.....	140
Tablo 4.8.2 İntihar Düşüncesi Başlangıcı Kategorisine İlişkin Bulgular.....	141
Tablo 4.8.3 Travmatik Yaşantı Kategorisine İlişkin Bulgular.....	145
Tablo 4.8.4 İntihar Düşüncesinden Önce Bireylerin Kendilerini Nasıl Hissettiğine Dair Bulgular.....	147
Tablo 4.8.5 İntihar Düşüncesiyle Birlikte Duyguların Değişmesi Kategorisine Ait Bulgular.....	148
Tablo 4.8.6 İntihar Düşüncelerini En Çok Belirginleştiren/Tetikleyen Sebeplere İlişkin Bulgular.....	150
Tablo 4.8.7 İntihar Düşüncelerine Engel Olan Faktörlere İlişkin Bulgular.....	152
Tablo 4.8.8 İntihar Düşüncelerini Bir Başkasıyla Paylaşma Kategorisine İlişkin	

Bulgular.....	154
Tablo 4.8.9 Psikolojik Acı Deneyimleme Kategorisine İlişkin Bulgular.....	154
Tablo 4.8.10 Psikolojik Acı İle Baş Etme ile Baş Etme Kategorisine İlişkin Bulgular...	155
Tablo 4.8.11 Birinci ve İkinci Aşamadaki Katılımcıların Psikolojik Acı ile Baş Etme Tarzlarına dair Bulgular.....	156



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.6.2.1 Wenzel'in İntihar Eylemi İçin Gerekli Olduğunu Tanımladığı Üç Yapı (Wenzel Ve Beck, 2008).....	18
Şekil 2.1.6.2.2 Wenzel Ve Beck'in Modeline Göre (2008) İntihar Girişiminin Meydana Gelme Biçimi.....	17
Şekil 2.1.6.3 Kişilerarası Psikoloji İntihar Kuramı'nın Varsayımları (Van Orden Ve Ark., 2010).....	19
Şekil 2.1.6.4.1 Shneidman'ın (1987) Kübik İntihar Modeli (Cubic Model of Suicide) ...	24
Şekil 3.8.1 Psikolojik Acı, Depresyon, Çocukluk Çağı Travmaları Ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Değişkenlerinin İntihar Olasılığı Üzerindeki Yordayıcı Rolünün Sınanacağı Model.....	90
Şekil 3.8.2 Depresyonun İntihar Olasılığı Üzerindeki Yordayıcı İlişkisinde Psikolojik Acı'nın Mediyatör Rolüne Dair Beklenen Model.....	91
Şekil 4.5.3.1 Depresyonun İntihar Olasılığı Üzerindeki Yordayıcı İlişkisinde Psikolojik Acı'nın Aracı Rolüne Dair Gözlenen Model.....	113
Şekil 4.8.11 Nitel Analiz Sonucu Oluşturulan Tematik Model.....	151

KISALTMALAR LİSTESİ

ACE: Adverse Childhood Experiences
ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi
APA: American Psychiatric Association
ASS: American Association of Suicidology
BDE: Beck Depresyon Envanteri
ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi
CAP: Child Abuse Prevention Center
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DİE: Devlet İstatistik Kurumu
DSM 5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
ICD-10: International Classification of Disease-10
İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği
IPTS: Interpersonal Psychological Theory of Suicide
KPIK: Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı
NCCAN: National Center on Child Abuse and Neglect
PAÖ: Psikolojik Acı Ölçeği
S.H.: Standart Hata
S.S.: Standart Sapma
TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO: World Health Organization

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

İntihar kavramı ile ilişkili, edebiyat, sosyoloji, felsefe, psikoloji ve tıp gibi pek alanda yapılan çalışmalar ve tanımlanan modeller olmasına rağmen ilgili değişkenlerin intihar üzerindeki yordayıcı rolü ile alakalı çalışmalar yetersiz kalmakta ve bu çalışmalar intihar puanının yalnızca %10'lük gibi görece küçük bir kısmını açıklayabilmektedir (Orbach ve ark. 2003). Geliştirilmeye çalışılan her model psikanalitik/ psikodinamik (Freud, 1913; Kernberg, 2012; Bion, 1959; Winnicot, 1971; Horney, 1950; Kohut, 1984) bilişsel davranışçı (Beck, 1996; Rudd, 2004; Wenzel ve Beck, 2008), kişilerarası psikolojik intihar kuramı (Joiner, 2007), Shneidman intihar kuramı (1993), toplumbilimsel (Durkheim, 1858-1917; Lester, 1997) gibi farklı kuramsal zeminlerden beslenmektedir. Ancak bütüncül bir yaklaşımı benimseyen modeller henüz yeterince bilinmemekte veya geliştirilme aşamasındadır. Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2019 raporuna göre her 40 saniyede bir insan intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. Bu rakam dünya genelinde yılda 703.000'den fazla insanın intihar sonucu hayatını kaybettiğini gözler önüne sermektedir (DSÖ, 2021). Büyük bir halk sağlığı sorunu olarak intihar oranlarının onlarca yıldır azalmadığı bildirilmektedir (Franklin ve ark., 2017).

İntihar riski her ne kadar birçok yaş grubundaki bireyi etkilese de en beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin en büyük risk grubunda olduğu vurgulanmaktadır (Karataş, 2018). Beliren yetişkinlik dönemi, Arnett (2000) tarafından 18-25 yaş aralığındaki kişilerin içinde bulunduğu yaşam dönemi olarak tanımlanmıştır.

Bu yaşam döneminde bireylerin ne tamamen ergen ne de tamamen yetişkin olarak

değerlendirilemeyeceğini ve bu dönemin, birçok yönden bireylerin hayatında önemli değişikliklerin olduğu ayrı bir yaşam dönemi olarak tanımlanması gerektiği ileri sürülmüştür (Arnett, 2000; Arnett ve ark., 2015). Beliren yetişkinlik döneminde önemli değişikliklerin yaşanması ve kimlik keşiflerinin olması bu dönemde bulunan bireylere istikrarsızlık ve arada kalmışlık hissi yaşatmaktadır (Arnett ve Schwab, 2013). Bireylerin yaşamlarında önemli değişikliklerin olduğu bu dönem birçok sağlık sorunu ile ilişkili bulunmuştur (Arnett ve ark., 2014). Bu sorunlar arasında özellikle intihar ile yakından ilişkili olan duygudurum bozuklukları, şizofreni ve madde kullanımı gösterilmiştir (Wilcox ve ark., 2010). Bununla birlikte 15-29 yaş aralığındaki bireylerin en sık karşılaşılan ölüm sebeplerinden ikincisinin intihar olduğu bildirilmiştir (DSÖ, 2019b). Dönemin özelliklerine bağlı olarak deneyimlenen arada kalmışlık hissi, kimlik keşfi süreci ve sürekli değişim döngüsü intihar riskinin yüksek olma nedenleri arasında gösterilmiştir (Hooven ve ark., 2012).

İntihar ile ilişkili koruyucu ve risk faktörlerinin belirlenmesi için birçok çalışma yapılmıştır. İntihar için riskli faktörler arasında cinsiyet (Miranda ve ark., 2019), intihar düşüncesinin olması (Berman, 2018), duygudurum bozuklukları (Opakunle ve ark., 2019), depresyon (Johnson ve ark., 2018), fiziksel tanıya sahip olma (Bachmann, 2018), olumsuz çocukluk yaşantıları (O'Neill ve ark., 2018), alkol kullanımı (Pandey ve ark., 2022), madde kullanımı (Flores ve ark. 2020), sigara kullanımı (Evins ve ark., 2017), kişinin aile ve sosyal çevresinde intihar öyküsü olan birinin olması (Young ve ark., 2022), sevilen birinin kaybı (Campos ve Holden, 2015), kronik ağrı deneyimi (Ji Lee ve ark., 2019; Wildeboer, 2023), ağrı kesici ilaç kullanımı (Zullig ve Divin, 2012), psikolojik acı (Özkan, 2022; Lambert ve ark., 2020), medeni durum (Øien ve ark., 2021), işsizlik ve düşük eğitim seviyesi (Li ve Page, 2011) bildirilmiştir. Öte yandan, intihar riskine karşı koruyucu olduğu öne sürülen faktörler arasında ise sosyal destek (Mackin ve ark, 2017), çok boyutlu algılanan sosyal destek (Scardera, 2020), dini inanç (Cole-Lewis ve ark., 2016), arkadaşlık ilişkileri (Fulginiti ve ark., 2022; Canbaz ve Terzi, 2018), özgüven (Primananda ve Keliat, 2019), etkili baş etme ve problem çözme becerileri (Yong ve ark., 2023), yüksek eğitim seviyesi (Vuscan ve ark., 2022), psikiyatrik ilaç kullanma (Rihmer ve ark., 2013; Pompili ve ark., 2016), psikoterapi alma (Calati ve ark., 2016), iyimserlik, dışa dönüklük, fiziksel aktivite, olumluya odaklanma (Vancampfort ve ark., 2018) aileye karşı duydukları sorumluluk ve güçlü yaşama sebepleri (Turecki ve Brent, 2016; Bazrafshan ve ark., 2017) bildirilmiştir.

İntihar alanında önemli çalışmalar yapan Shneidman intihar kuramında psikolojik acı kavramından bahsetmektedir. 1993 yılında yayınladığı “Suicide As Psychache” isimli çalışmasında intiharın kaynağını psikolojik acı kavramı ile yakından ilişkilendirmiştir. Shneidman’a göre (1993) psikolojik acı bireylerin sevmeye, sevilme, anlaşılma, güvende hissetme, utanç ve suçluluk duymama gibi karşılanmamış veya ihmal edilmiş temel psikolojik ihtiyaçlarından kaynaklanmakta ve intihar süreçlerinin merkezini oluşturmaktadır. Bu görüş, intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar riski için ayrı ayrı incelendiğinde dahi bildirilmiş ve psikolojik acı ile intihar arasındaki ilişki birçok bilimsel çalışma ile desteklenmiştir (Verrocchio, 2016; Campos ve ark., 2018; Hinze ve ark., 2019; Spínola ve ark., 2022).

Yukarıda ele alınan bilgiler ışığında bu çalışmanın iki ayrı aşama ve örneklemden oluşturulması planlanmıştır. Birinci aşamada 18-25 yaş arasında olan bireylerle (klinik olmayan grup) çalışılmış ve depresyon, çocukluk çağı travmaları, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik acının intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünün belirlenmesi ile depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı etkisine psikolojik acının aracı rolü olup olmadığının incelenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca, intihar olasılığı ile ilişkili olduğu bilinen diğer koruyucu ve risk faktörlerinin de (cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik durum, romantik bir birlikteliğe sahip olma, aile yapısı, bireylerin anne-baba kaybı yaşaması, sevilen bir insanı kaybetme durumu, dini bir inanca sahip olma, alkol, madde, sigara kullanımı, psikiyatrik hastalık tanısı, fiziksel hastalık tanısı, fiziksel bir engelle sahip olma, kronik ağrı deneyimleme, daha önce intihar düşüncesine sahip olma, daha önce intihar girişiminde bulunma, intihar girişim sayıları ve sosyal çevrelerinde intihar girişimi olan birinin bulunması) ele alınması amaçlanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise 18-25 yaş aralığındaki depresyon tanısı almış (klinik grup) bireyler ile intiharla ilgili risk ve koruyucu faktörlerin neler olduğuna yönelik bilgiler almak üzere yüzyüze görüşmelerin yapılması planlanmıştır.

Araştırma tüm bu yönleri ve karma (nitel ve nicel) araştırma yöntemlerinin kullanılmasıyla önemli ve özgün olma özelliği taşımaktadır. Ayrıca araştırma sonucunda elde edilmesi hedeflenen bu veriler vasıtasıyla hem beliren yetişkinlik döneminde olan bireylerin intihar olasılığının ardındaki risk faktörleri tanımlanıp özellikle Shneidman’ın intihar kuramında en çok vurguladığı psikolojik acı kavramının Türkiye örnekleminde ele alınması sağlanacak hem de koruyucu faktörlerin belirlenmesi ile intiharı önlemeye yönelik klinik çalışmalara katkı sağlanması hedeflenmektedir.

BÖLÜM 2

2. GENEL BİLGİLER

2.1 İntihar

İntihar kavramı ölüm ile ilişkili olması sebebiyle yaşamdan ayrı düşünülemez. Tüm canlıların ortak özelliği olarak yaşamın olduğu her yerde ölüm de vardır. Buna rağmen ölüm yoluna bağlı olarak yaşamın sonlanmasına yönelik duygu, düşünce ve davranışlar farklılık gösterebilir. En genel haliyle insanların yaşamının sona ermesi beş farklı şekilde tanımlanmıştır. Bunlar; doğal yollarla, kaza yoluyla, başkaları tarafından öldürülme sonucu, doğal afetlerin yol açtığı yıkımlar ve intihar yoluyla olmak üzere sınıflandırılmıştır (Devrimci-Özgüven ve Eskin, 2019). Yaşamın son bulma yolları içerisinde çok faktörlü etiyolojisi, birçok farklı etkenin birbirinden etkilenişi ve iç içe geçmesi sebebiyle anlaşılması ve tanımlanması en güç olan intihar kavramı (Alptekin ve Duyan, 2014) bu sebeplerle diğerlerinden ayrılmaktadır.

Günümüzde intiharın İngilizce karşılığı olan “suicide” kelimesinin ilk kez İngiliz Sir Thomas Browne tarafından tasarlanıp 1643 yılında yayınladığı “Religio Medici” isimli kitabında yer aldığı raporlanmaktadır (Barracough ve Shepherd, 1994). Latince kelime kökeni “kendini” anlamına gelen “sui” ve “öldürme” anlamına gelen “caedere” (De Leo ve ark., 2002) eklerinden türetilmiş ve günümüze kadar anlamını koruyan “suicide” kelimesi böylece tanımlanmıştır. Türkçe ’de kullanılan intihar kelimesi ise kökünü Arapça’da “göğüs, göğse vurma, boğazından asılma, gırtlakla bıçakla kesme” anlamlarını taşıyan “nahr” dan almıştır. Arapça kökenli intihar kelimesine karşı Türk Dil Kurumu

“özkıyım” kullanımını önermektedir (Atasoy ve Köşle, 2019). Bununla birlikte tıbbi kullanım içerisinde “suisid” kavramı da sıklıkla kullanılmaktadır (Eskin, 2003).

İntihar kavramının çeşitli yönleri üzerine çalışmaları kapsayan bilim dalı İngilizce’de “suicidology” olarak kullanılmakta ve bu alanda çalışan uzmanlara “suicidologist” veya “intiharbilimci” denmektedir. Bu kavramların dilimizdeki karşılığı “suisidoloji” veya “intihar bilimi” şeklindedir (Alptekin ve Duyan, 2019).

İntihar kavramına dair günümüzde de sıklıkla kullanılmaya devam edilen en bilindik tanım Fransız Sosyolog Émile Durkheim (1897, akt. Odağ, 2008) tarafından “Le Suicide- Etude Sociologique” (İntihar-Toplumbilimsel İnceleme) isimli eserinde yapılmıştır. Durkheim’in tanımını Çuhadaroğlu ve Sonuvar (1992) “Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya veya dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme özkıyım denir” şeklinde özetlemiştir (Odağ, 2008). Ringel’e (1952) göre intihar patolojik bir gelişimin sonucu oluşan bir rahatsızlık durumudur ve diğer tüm rahatsızlıklar gibi bir gelişim süreci içerisinde ortaya çıkar, bu yüzden de yavaş bir gelişim seyrine sahiptir. Bu patolojik gelişim süreci tamamlandığında ise bireyin psikolojik iyi oluşu intihar semptomlarından biri olur ve “presuisidal syndrome” yani “intihar öncesi sendrom” şeklinde tanımlanır. Jacobson ve Jacobson da (1972) intihar kavramını Ringel ve arkadaşlarına (1952) benzer şekilde ilk olarak bir psikopatolojik gelişim şeklinde tanımlamış, ardından depresyon semptomları gösteren bir psikopatoloji olduğunu söylemiştir.

İntihar bilimcileri arasında intiharın tanımına ve sınıflandırılmasına ilişkin farklı görüşler mevcuttur. Bununla birlikte intihar kavramının bir “davranış” olarak ele alınması yaygın bir görüştür (Eskin, 2003). İntiharla ilişkili literatürde yer alan birçok kavramın birbirini yerine kullanılması ve yeterince açık olmayan tanımların yapılması tanımlama ve anlaşılma yönüyle zorluklar oluşturmaktadır (Bauer ve ark., 1997). Sonraki bölümlerde intihar kavramı ile ilişkili olan diğer kavramların tanımları yapılacak ve bu kavramların birbirinden nasıl ayrılabilmesine yönelik noktalara değinilecektir.

2.1.1 İntihar Düşüncesi

İntihar düşüncesinin tanımına ve içeriğine dair tıpkı intihar kavramında olduğu gibi farklı birçok görüş bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) en basit haliyle intihar düşüncesi tanımını “ölmeyi isteme düşünceleri” şeklinde yapmaktadır. Ancak bu

tanım intihar düşüncelerinin amacına, kapsamına ve kaynağına dair bilgi verme noktasında yeterince detaylı değildir. Alptekin ve Duyan (2012)’a göre intihar düşünceleri “bireyin zihninden atamadığı ve ölümle ilişkili düşünceler” şeklindedir.

Benzer bir tanım “yalnızca ölüm düşünceleri değil, aynı zamanda intihara ilişkin detaylandırılmış bir plan tasarısında bulunmakla (örneğin hangi yöntemin kullanılacağı, bu araçlara nasıl erişileceği vb.) ilgili düşünceler” anlamına geldiğini belirten Spirito ve Lewander (2004) tarafından yapılmıştır. Öte yandan, intihar düşüncelerini “aktif” ve “pasif” düşünceler olmak üzere iki kategoride tanımlayan görüşlere göre ise “aktif intihar düşünceleri” kendini öldürmekle ilgili bir plan içerisinde olma ve bu planı harekete geçiren düşünceler şeklindeyken, herhangi bir hazırlık ve planın eşlik etmediği ancak ölüm istediğinin olduğu düşünceler “pasif intihar düşünceleri” şeklinde değerlendirilmektedir (Posner ve ark. 2007).

İntihar düşüncelerine yönelik bir diğer tanım da Odağ (2008) tarafından yapılan intihar düşüncelerinin niteliksel özelliklerine yönelik bilgiler içeren tanımdır. Odağ (2008)’e göre intihar düşünceleri kişilerin “kurtulamadıkları”, “atamadıkları” ve “inatla sürmeye devam etmeleri” sebebiyle yaklaşan bir tehlikenin habercisi niteliğinde olup hemen müdahale gerektiren, birdenbire veya giderek şiddetlenmesi yönüyle tehlikeli olup yavaş yavaş ortaya çıkabilen, ruhsal öğelerdeki dengesizlikle ilişkili, bilinçdışı bir çatışma ve ciddi bir ruhsal sorunun habercisi olma özelliği taşıyan düşüncelerdir.

2.1.2 İntihar Davranışı

Literatür incelendiğinde intihar davranışın tanımına ve sınıflandırılmasına dair farklı görüşler dikkate çarpmaktadır. 1970’li yılların başında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü ve İntiharı Önleme Merkezi tarafından yürütülen toplantılar ardından intihar davranışının sınıflandırılmasına ilişkin görüşler sunulmuştur (Alptekin ve Duyan, 2012). Bu toplantı ve komiteler ardından Beck Komitesi’nin başkanlığını yapan Aaron Beck ve komitesi günümüzde hala sıklıkla kabul gören görüşlerini sunmuştur. Bu görüşe göre intihar davranışları “tamamlanmış intihar”, “intihar girişimi” ve “intihar düşüncesi” olarak sınıflandırılmıştır (Maris 1992’den Akt.: Eskin 2003). Yapılan bu sınıflandırma içerisinde intihar düşüncelerinin de birer davranış olarak tanımlanması dikkat çekmektedir.

İntihar alanındaki çalışmalarında intihar niyetinin önemine vurgu yapan ve intihar

niyetinin sınıflandırma için önemini tartışan Lester (1997) ise intihar davranışının sonuç kısmına dair çalışmalar yürütmüştür. Lester'in (1997) intihar davranış sınıflandırmasında beş bölümden bahsedilmektedir. Buna göre tüm intihar davranışları; “tamamlanmış intihar”, “intihar girişimi”, “intihar tehdidi”, “intihar düşüncesi” ve “daha önce düşünülmemiş-planlanmamış intihar” şeklinde birbirinden ayrılmalıdır. Bununla birlikte sonucu ölümle biten bir intihar davranış anlamına gelen “tamamlanmış intihar” kavramı literatürde sıklıkla kısaca “intihar” olarak geçmektedir (Alptekin ve Duyan, 2012).

Lester'in (1997) sınıflandırmasına benzer bir başka açıklama ise Bauer ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Bu doğrultuda intihar davranışlarını “sözlü intihar davranış” ve “sözsüz intihar davranış” şeklinde iki ana sınıfa bu yaklaşım, Lester'in dördüncü kategoride değerlendirdiğı “daha önce düşünülmemiş-planlanmamış intihar” sınıflandırmasını kabul etmeyip, “tekrarlayan intihar girişimi” kavramını tercih etmiştir.

2.1.3 İntihar Girişimi

İntihar girişimleri en basit haliyle sonu ölümle sonuçlanmayan intihar davranışları şeklinde tanımlanmaktadır. İntihar ve intiharla ilişkili kavramların birbiri yerine veya farklı kavramlarla tanımlanması intihar girişimi için de geçerlidir (Arslan-Çelik, 2018). Amerikan literatüründe tamamlanmamış intiharlardan bahsederken ülkemizce intihar girişimi olarak kullanılan “attempted suicide” kavramı kullanılırken Avrupa kaynaklı yayınlarda ülkemizce kasıtlı olarak kendine zarar verme şeklinde kullanılan “deliberate self-harm” veya “parasuisid” kavramlarının tercih edildiğı görülmektedir (Wasserman ve ark., 2012).

DSÖ'nün 1986 yılında “Avrupa Çok Merkezli İntihar Davranış Çalışması” ismi ile yürüttüğü çalışmada intihar girişimi kavramına dair yaptığı tanım yapılan tanımlamaların en önemlilerinden biridir. De Leo (2001) bu tanıma şu şekilde özetlemektedir: “Başkalarının müdahalesi olmaksızın kişinin çevresinde değişiklikler gerçekleştirmek ve bu yolla arzuladığı somut birtakım sonuçlara ulaşmak amacıyla alışılmışın dışında; kasıtlı olarak kendisine zarar verecek bir davranışta bulunma veya belirlenen reçete/ uygulanan tedaviden daha fazla dozda ilaç almasıyla gerçekleşen, sonu ölümcül olmayan bir eylemdir.” Bu tanıma göre sonu ölümle tamamlanmamış bireyin kendini öldürmeyi amaçladığı tüm istemli davranışlar intihar davranış olarak değerlendirilmektedir.

İntihar girişimine dair farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Bunlardan biri Lester'in (1972) intihar girişimini "jestler", "ambivalent girişimler" ve "ciddi girişimler" şeklinde üç farklı sınıfta ele aldığı açıklamadır. Burada intihar davranışlarının ciddiyetine dair bir ayırım yapılmaktadır. Benzer bir sınıflandırma Apaydın, Özdemir ve Zoroğlu-Ünal (2016) tarafından da yapılmıştır. Buna göre, kişinin çevresindeki insanların ilgi ve yardımlarını sağlamak, onları korkutmak veya sevgi görmek amacıyla intihar girişiminde bulunması şeklinde tanımladıkları demonstratif (gösteri, teşhir) intiharlar ile kişinin kendini gerçekten öldürmeyi amaçladığı "gerçek intihar arzusu" vardır. Benzer bir yaklaşım intihar girişimlerinde "yardım çağrısının" önemli bir etkisi olduğunu ileri süren Sonneck (1993) tarafından benimsenmiş ve "yardım çağrısının" ön planda olduğu intihar girişimlerini "parasuisidal jestler" veya "iletişimsel intihar girişimleri" şeklinde tanımlanmıştır.

İntihar girişimlerini "parasuisid" olarak ele alan bir başka görüş ise Shneidman'a (1985) aittir. Bu görüşe göre intihar girişimi engellenmiş gereksinimlerin doğurduğu psikolojik acılardan kaynaklanan ve "yaşamın değişimini" amaçlayan kararsız bir davranıştır. Murphy (1998) de parasuisid davranışta bulunan kişilerin intihar girişiminde bulunmaya yönelik risk alan kişiler olduğunu ancak bu davranışın gerçek bir intihar olmadığını belirtmiş, "parasuisid" kavramını başarısız bir intihar olarak tanımlamıştır.

Shneidman (1985/1987) tanımına göre intihar kavramı (suisid) ölüm ve kalım arasındaki bir kararsızlık ve sıkışmayı ifade ederken intihar girişimi (parasuisid) ölüm ve kalım dışındaki seçenekleri kapsamakta ve yardım arayışını içermektedir. Öte yandan intihar ve intihar davranışlarını iki ayrı kavram olarak ele alınmaması gerektiğini savunan Odağ (2008) ise ölümle sonuçlansın veya sonuçlanmasın intiharla ilişkili davranışların ayırımını yapmanın önemli olduğunu, sadece sonuca bakılmasının yeterli olmayacağını, bireylerin sorunlarını nasıl çözdüklerinin, yaşantılarının, istemlerinin, ölüm hakkındaki bilim dışı tasarımlarının, ilişki kurma biçimlerinin ve motivasyonlarının da göz önünde bulundurulması gerektiğini ileri sürmüştür.

2.1.4 İntihar Motivasyonu

Birçok yazarın da ifade ettiği gibi bireylerin intihar riskini arttıran ve onları intihara eğilimli kılan tek bir unsuru işaret etmek mümkün değildir. İntiharın karmaşık ve çok yönlü yapısının bir diğer sebebi ise tam olarak budur. İntihar motivasyonlarına dair farklı

tanımların ve sınıflandırmaların bulunması bu sebeple anlaşılır görülmektedir. Bir tanıma göre intihar motivasyonu, bireylerin fizyolojik, duygusal, bilişsel ve sosyal deneyimleriyle bağlantılı olarak, kendilerini intihar etme eğilimine sokan, ölüm isteğiyle ilişkili itici ve dinamik bir güçtür (Alptekin ve Duyan, 2012).

Ergenler üzerinde yapılan intihar çalışmalarından birinde bireylerin sahip oldukları intihar motivasyonu ele alınmış ve üç temel fonksiyon tanımlanmıştır (Velkoff ve Huberty, 1988). İntihar davranışının motivasyonunu açıklayan bu fonksiyonların ilki ergenlerin kişisel ilişkilerinde yaşayacakları sıkıntı ve acıdan korunmaları şeklinde tanımlanan “kaçma” fonksiyonudur. Bir diğer fonksiyon ise ergenlerin kendileri dışında gerçekleşen olaylar veya kişiler üzerinde denetim kurabilecekleri şeklindeki düşünceler olup “kontrol” olarak tanımlanmıştır. İntihar davranışlarının motivasyonuna dair öne sürülen son fonksiyon ise “iletişim” fonksiyonudur. Ergenlerin çevrelerindeki insanlara duygusal olarak acı içinde olduklarını göstermek veya yaşamlarında değiştirmek istedikleri şeyler olduğu ifade etmek amacıyla yaptıkları davranışlar “iletişim” fonksiyonuna örnektir. Velkoff ve Huberty (2013)’ün intihar motivasyonuna dair ileri sürdüğü bu görüş ergen intiharlarını anlama ve müdahale edebilme bakımından önemlidir.

Odağ (2008)’e göre intihar motivasyonu basit bir “ölüm güdüsü” olarak düşünülmemelidir. Bireylerin ölüm güdülerinin yaşam güdülerinden ayrı ele alınmaması gerektiğini öne süren Odağ (2008), tamamlanmış intihar olgularında (ölümle sonuçlanmış) dahi yaşam güdüsünün tamamen kaybolmadığını savunmaktadır. Bununla birlikte intihar motivasyonlarında önemli bir diğer unsurun bireylerin çevrelerindeki insanlara bir şeyler yaptırma amacının göz ardı edilmemesi gerektiğini savunmuştur.

İntihar girişimlerinde ulaşılması istenen amaç ve yapılan eylem arasındaki ilişkiyi görmenin çoğu zaman kolay olduğunu ileri süren Odağ (2008), gösteri yanı ağır olan intiharın motivasyonlarında baskı yapma isteminin ön planda olduğunu belirtmiştir. Bireyleri intihara güdüleyen nedenleri ise şu şekilde tanımlamıştır:

- Bireylerin sahip oldukları isteklerin yerine getirilmesi için çevrelerine baskı yapma
- İçinde bulundukları “umarsızlığı” ve yaşadığı acıları çevrelerine bildirme
- Çektikleri acılardan kurtulmak için sebebi ne olursa olsun konumlarını değiştirme
- Özellikle ergenlerin çevrelerindeki insanlardan gelen ilgi ve sevgiyi zorlamaya çalışıp bu sevginin gerçekliğini sınamak isteme
- İlişki kurup yalnızlıktan kurtulma

- Çevrelerindeki insanlara sorunlarını bildirme yolu olarak intiharı seçme
- Çatışmalarda bir kurtarıcı veya yardımcı unsur olarak görülmesi
- Deneyimlenen acıya katlanmayı ve yaşamını yitirmeyi göze alabilmeyi büyüklük ve değerlilik olarak görme

İntihar motivasyonuna dair farklı bir görüş ise bireylerin sahip oldukları sosyal destek ve ilişki ağlarıyla ilişkilidir. Bireylerin sahip oldukları ilişkilerin varlığı veya yokluğundan bağımsız olarak niteliğinin de önemli bir intihar motivasyonu olabileceği bildirilmektedir (Eskin, 2003). Bununla birlikte sahip olunan ilişkinin bitmesi veya yakın bir gelecekte bitecek olmasının da intihar girişimlerinde önemli bir motivasyon olduğu belirtilmiştir (Bronisch, 2004). Bu ilişkilerin sadece intihar girişimlerinde bir motivasyon sebebi olmaksızın aynı zamanda intihar gelişiminde de önemli bir yere sahip olduğunu vurgulayan Bronisch (2004) bu nedenleri psikolojik güdüler olarak ele almaktadır.

Benzer bir şekilde kişilerin sahip oldukları sosyal desteğin ve ilişki ağlarının önemini vurgulayan bir görüşe göre ise bireylerin sosyal çevrelerindeki küçülmenin ve ilişkilerin yokluğunun intihar olasılığına karşı koruyucu faktörlerdeki azalmalardan biri olarak değerlendirilmesi gerektiğini öne süren Murphy (1998) ayrıca psikiyatrik bozuklukların da intihar girişimlerdeki en önemli güdüleyicilerin biri olduğunu belirtir.

2.1.5 İntihar Epidemiyolojisi ve İntihar Hızı

Kaba intihar hızı belli bir yıl ve sınırları belli bir alan (genellikle ülke) içerisinde her 100 bin nüfus başına düşen intihar sayısını anlamına gelmektedir (Şahbaz, 2022). İntihar hızında artış her yıl 100 bin nüfus başına düşen intihar sayılarındaki artma ile ifade edilmektedir. Türkiye’de sonu ölüm ile tamamlanmış, başka bir ifade ile tamamlanmış intihar verileri 1962 yılından 2005 yılına kadar T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından, 2005 yılından sonra ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından toplanmakta ve açıklanmaktadır. TÜİK 2010-2019 İntihar İstatistikleri incelendiğinde Türkiye’de intihar hızının özellikle 2017 ve 2019 yılları arasında arttığı görülmektedir. 2019 yılına ait veriler incelendiğinde kadınların intihar hız oranı yüz binde 1.90 iken erkeklerin intihar hızı 6.34 şeklinde belirtilmiştir (TÜİK, 2019).

Bir yıl önceki veriler incelendiğinde hem kadın hem de erkeklerin intihar hızlarında artış göze çarpmaktadır. Bununla birlikte tamamlanmış intiharlara ait intihar hızlarının her on yılda bir 100.000’de 1 oranında artması (Alptekin ve Duyan, 2019) intiharın önemini

ve güncel bir halk sağlığı sorunu olmasını dikkate değer kılmaktadır. Türkiye’ye ait 2001-2019 yılları arası intihar sayısı ve hızları Tablo 2.1.5’te sunulmuştur. DSÖ yaşıa göre standardize edilmiş intihar hızını 2015 yılında 100.000’de 11.4 açıklarken, bu oran 2016 yılında 100.000’de 10.6 şeklinde bir düşüş ile rapor edilmiştir (WHO, 2018). Buna rağmen global bir sorun olan intiharın tüm dünya genelindeki hızının düştüğü ifade edilirken düşük ve orta gelirli ülkelerin intihar hızlarının arttığı görülmektedir (nc, 2016). Bir başka çalışmada ise 2019 yılında intihara bağlı 47.500 ölümün gerçekleştiği ve intihar hızının 1999’a kıyasla %33 oranında arttığı bildirilmiştir (Abdou ve ark., 2022)

TK ve DSÖ’nün açıkladığı intihar hızına dair verilerin farklı oluşu dikkat çekmektedir. nc’ye (2016) göre bu durumun nedeni TK’in açıkladığı verileri yaşıa göre standardize etmeden kaba intihar hızı olarak açıklamasıdır. Ancak, literatür incelendiğinde intihar oranlarının doğruluğuna dair birçok farklı bilgi ile de karşılaşmak mümkündür. Örneğin, intiharın sosyal, politik, kültürel, dini ve psikolojik pek çok alandan etkilenen karmaşık ve çok faktörlü yönü sebebiyle (Alptekin ve Duyan, 2019) lm nedenlerinin doğru bir şekilde belirlenemediği, birçok ülkede intiharın dinen yasak olması sebebiyle gerçek verilerin saklandığı veya hasta yakınları tarafından doğru ifade edilmediği (zen, 2021) düşünülmektedir. Bu da intiharın epidemiyolojisinin belirlenmesini g kılmaktadır.

DSÖ (2018)’e göre her yıl 800.000’e yakın kişi intihar sebebiyle yaşamını kaybetmektedir. Bu oran her kırk saniyede bir kişinin intihar sonucu yaşamını yitirdiğini göstermektedir (WHO, 2018). Bununla birlikte, intihar alanındaki farklı terminolojilerin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Nitekim veriler genellikle tamamlanmış intiharlar baz alınarak değerlendirilirken intihar girişimlerinin çok daha fazla olduğu raporlanmaktadır. Bir görüşe göre intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlardan en az 8-10 kat daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (De Leo, 2001). Bununla birlikte DSÖ’ye göre intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlara kıyasla en az 20 kat fazla olduğu kabul edilmektedir (WHO, 2018).

Tablo 2.1.5 Türkiye’de 2001-2022 Arası Yıllara Göre İntihar Sayısı ve Kaba İntihar Hızları

Yıl	İntihar Sayısı	Kaba İntihar Hızı (Yüz binde)
2001	2 584	3.97
2002	2 301	3.49
2003	2 705	4.05
2004	2 707	4.00
2005	2 703	3.95
2006	2 829	4.08
2007	2 793	3.98
2008	2 816	3.96
2009	2 898	4.02
2010	2 933	4.01
2011	2 677	3.61
2012	3 287	4.37
2013	3 252	4.27
2014	3 169	4.11
2015	3 246	4.15
2016	3 193	4.03
2017	3 168	3.94
2018	3 342	4.11
2019 ^(r)	3 476	4.21
2020 ^(r)	3 710	4.45
2021 ^(r)	4 194	4.98
2022	4 146	4.88

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri (Erişim tarihi: Şubat, 2023)

*^r İntihar verileri güncel idari kayıtlarla revize edilmiştir.

2.1.6 İntihar ile İlişkili Kuramlar

İntihar davranışı biyoloji, psikoloji, sosyoloji, felsefe gibi birçok farklı disiplin tarafından incelenir ve çok yönlü olarak kabul edilir (Medscape, 2017). Çok yönlü yapısı gereği bu bölümde intihar alanında sıklıkla vurgu yapılan psikoloji alanına yönelik kuramlardan birkaçına değinilecektir.

2.1.6.1 Psikanalitik ve Psikodinamik Kuram

Psikodinamik bakış açısı, intihar ve kendine zarar verme davranışlarını ele alırken bilinçdışıyı anlamlandırmaya ve duygulanımsal deneyimlere odaklanır. Bu yönüyle diğer intihar kuramlarından farklı olduğu ancak onları tamamlayabilecek bir özelliğe sahip

olduğu ileri sürülür (Yakeley ve Burbridge-James, 2018).

Psikanalitik Kuram'ın kurucusu olan Freud, intiharın kişiye yakın birine yöneltilen içselleştirilmiş öfkeden kaynaklandığını ileri sürer (Yakeley ve Burbridge-James, 2018). Freud (1922) “Haz İlkesinin Ötesinde” isimli kitabında “organizmanın organik öncesi, cansız bir duruma dönme eğilimi” olarak tanımladığı ölüm itkisi kavramından bahseder. Yas ve Melankoli (1917) makalesinde ise kaybedilen nesneye karşı ambivalans (çift değerlilik) ve düşmanlığın hakim olması durumunda yasın sekteye uğradığını ve melankolinin ortaya çıktığını açıklar. Bu bağlamda Freud (1913) intiharı içe atılan nesnenin yok edilmesinin bir yolu olarak tanımlanmıştır. Bu içsel nesnenin içeriye döndürülmüş düşmanlık ile yok edilmesi intihar eylemi olarak açıklanır. İntiharın temelinde kaybedilen nesne ile bu nesneye yönelik sahip olunan ambivalans duyguların yer aldığını öne sürer (Freud, 1917). Ayrıca, bireylerin intihar eylemi içerisinde kaybedilen nesneden egoya yöneltilen bir nefret ve düşmanlık beklentisinin olduğu ileri sürülmüştür (Freud, 1920). Bir başka ifade ile intihar, bireylerin kaybedilen kişiyle bilinçdışında özdeşim kurmaları sonucunda, duydukları nefreti kendilerine yöneltmesiyle gerçekleşir (Yakeley ve Burbridge-James, 2018). Ayrıca Freud (1914), intiharın bireylerin kendilerine bir başkasıymış gibi, dışarıdan baktığı ve kendini nesneleştirdiği bir aşamayla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (Canbolat ve Gençöz, 2019).

İntihar üzerine çalışan Freud sonrası diğer kuramcılardan bazıları Menninger (1996), Lacan (1946), Klein (1935), Kernberg (2012), Bion (1959), Horney (1950), Winnicott (1991) ve Kohut (1971/1978/2009) olmuştur. Menninger (1996) intiharı gerçek nesne yerine, içe yansıtılan nesnenin yok edilmesi şeklinde açıklamış ve intiharı “öldürme”, “öldürülme” “öldürülme isteği” gibi kavramlarla anlatmıştır. Lacan (1946) intiharı ayna evresiyle ilişkilendirerek, bebeğin simgesel (dile geçiş) öncesi döneme geri dönüp anne ile tekrar birleşme arzusuyla açıklamıştır. Lacan'ın bu yaklaşımını temelini Kant'ın ahlaki eylem görüşlerinden alır (Žižek, 2002). Ölüm itkisini anne ve çocuk arasındaki beslenme ilişkisiyle, eyleme dökme, eyleme geçiş ve narsisizm ile ilişkilendirmiştir (Canbolat ve ark., 2019). Klein (1935) ise Nesne İlişkileri Kuramı'nda bireyleri intihara yönelten sebepleri içe atılan kötü nesneyi yok etmek ve iyi nesneyi korumakla da ilişkilendirmiştir. Kernberg (2012) ölüm dürtüsünü bireyin hem kendinin hem de diğerlerinin tahribe uğradığı, kendiliğin düşmancıl duygularla içselleştirilmesi ve psikopatolojiyle ilişkilendirmiştir. Bu görüşe göre intihar, aşırı nefret duygularını ve kötücül narsisizmden kaynaklanır. Bion'a göre (1959) intihar ve kendine zarar verme

davranışları olumsuz bir aktarıma benzemektedir. İntihara dair görüşlerini nesne ilişkisi kuramına benzer bir yaklaşımla ele almış, ancak intiharın yalnızca iç nesnenin imhasıyla ilişkili olmayıp dışardaki gerçek nesneyi yıkma dürtüsüyle de ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Bion (1959), kuramında ayrıca eyleme vurmaya işaret etmektedir. Horney (1950) intiharı bireyin kendisinden nefret etmesiyle ilişkilendirdiği bir nevroz belirtisi olarak tanımlar.

Horney'in (1950) intihara dair görüşleri içerisinde yapıcı ve yaratıcı arzuların engellenmesi, ümit, hayal kırıklığı, nefret duyguları ve mükemmeliyetçilik gibi kavramlar yer alır. Winnicot (1971) intiharı, ego ve kişilik kavramlarıyla açıklar. Bu görüşe göre intihar gerçek benliğin korunması doğrultusunda bütün benliğin yok edilme amacı taşıyan mantıklı, anlamlı ve hedef odaklı bir davranıştır. Winnicot (1960) intiharın sebebi olarak bireylerin sahte benlikte kalmaları ve gerçek benliğin rehberliğinde davranmamaları olduğunu ileri sürer. Kohut (1971), narsisistik öfkeden ortaya çıkan intihar girişimini depresyondan dolayı ortaya çıkan intihar eyleminden ayırır. Kohut'a göre (1978) intihar eylemi; utanç, başarısızlık, hayal kırıklığı, haset gibi deneyimlerin ego tarafından yok edilme çalışılması veya bu deneyimlerden uzaklaşmaya çalışılmasıdır. Kohut (1984) intihar ile ilgili görüşlerinde ayrıca içsel nesnenin yokluğu, başka bir ifade ile kayıp kendilik nesnesi ve içsel boşluk gibi kavramlara yer verir.

Özetle, psikodinamik/psikanalitik kuram içerisinde intihar genellikle içe atılan nesnenin imhası, süperegonun egoyu imha etmesi, dışardaki gerçek nesnenin tahribatı, kendiliğin yok edilmesi, içe atılan nesnenin var olmayışı, narsisizm, ambivalans ve saldırganlık gibi birçok farklı görüş üzerinden ele alınmıştır (Canbolat ve Gençöz, 2019).

2.1.6.2 Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel Davranışçı Kuramda bireylerin yaşadıkları sorunların temelinde belirli bir bilişsel yanlışlığın olduğu kabul edilir (Beck, 1996). Bu nedenle, bilişsel davranışçı kurama dayanarak yürütülen tedavilerde bireyleri kendileri, dünya ve gelecek hakkında olumsuz değerlendirmeler yapmaya iten bu bilişsel yanlışlığın belirlenmesi veya önyargıların tespit edilmesi ve bunlara müdahale edilmesi son derece önemlidir (Devrimci-Özgüven ve Keskin, 2019).

Bilişsel davranışçı kuramın önemli temsilcilerinden biri olan Beck (1996) intihar davranışlarının bilişsel çarpıtmalar ve modlardan kaynaklandığını belirtmektedir. Beck'e

göre (1996) mod kavramı kişiliğin bir alt yapısı olup, kişiliğin bilişsel, duygusal, davranışsal ve güdüleyici bileşenlerini kapsamaktadır. Bu bağlamda, bilişler, duygular, davranışlar ve güdüleyici bileşenler birbiriyle ilişkilidir ve çevreden gelen uyaranlara karşı eşzamanlı olarak tepki verir (Sargın ve Türkçapar, 2019). Modlar gündelik aktivitelerimizden bizi hayatta tutan yaşamsal süreçlere kadar farklılık gösterebilir. Tehlike uyarısına karşı verilen “savaş veya kaç” tepkisinin birincil modlar tarafından üstlenildiğini ileri süren Beck (1996) birincil modların uygun çalışmadığı durumlarda anksiyete ve diğer psikopatolojilerin ortaya çıktığını savunur.

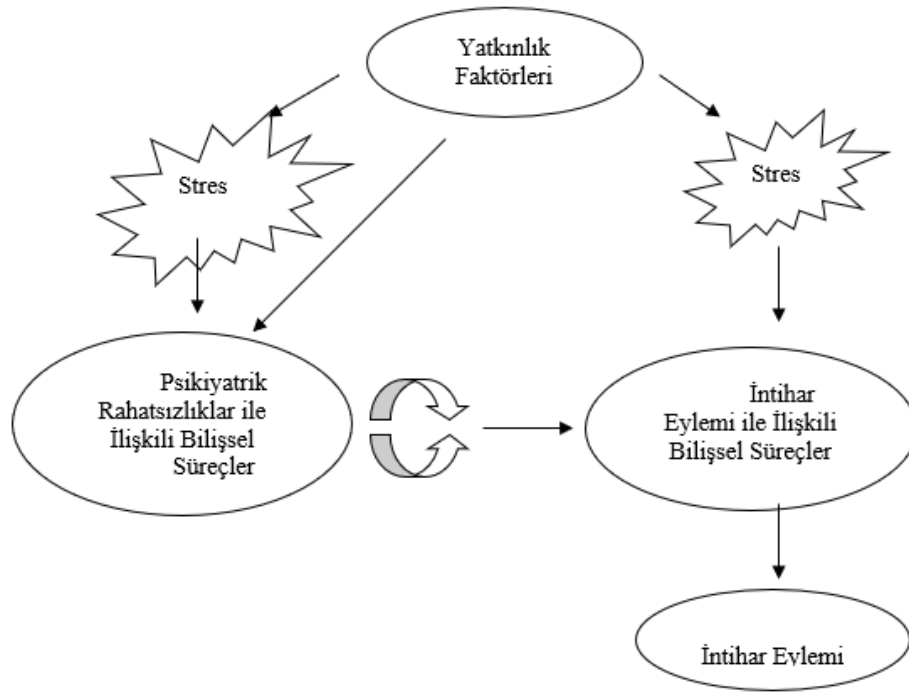
Bilişsel davranışçı kuramın diğer temsilcileri de intihara dair görüşlerini açıklamışlardır. Örneğin, Rudd (2004) intihara dair görüşlerini Beck’in tanımladığı modlar üzerinden ele alıp “intihar modunu” tanımlamıştır. Rudd’a (2004) göre, duygusal değişkenliği ve işlevsel baş etme becerileri olmayan bireyler intihar eylemi için risk taşımakta ve risk faktörlerinin de artmasıyla intihar modu etkinleşebilmektedir. Wenzel ve Beck’in (2008) oluşturduğu bir başka modelde ise intihar davranışı için gerekli olan üç temel yapı olduğu ileri sürülmüştür. Bu yapılar *yatkınlık etmenleri*, *psikiyatrik rahatsızlık ile ilişkili bilişsel süreçler* ve *intihar eylemi ile ilişkili bilişsel süreçlerdir*.

Bu yapılardan ilki olan *yatkınlık etmenleri*, sorun çözme yetersizliği, aşırı genellenmiş bellek, sürekli uyumsuz bilişsel tarz, kişilik ve dürtüsellik ile ilişkili kavramlar tarafından oluşmaktadır. Modelde tanımlanan ikinci yapı, *psikiyatrik rahatsızlık ile ilişkili bilişsel süreçlerdir*. Bu yapı psikiyatrik bozukluk ile alakalı uyumsuz bilgi, bilişsel içerik ve bilgi işleme yanlılığıyla tanımlanmıştır. Psikiyatrik rahatsızlıklar ile ilişkili bilişsel süreçler yapısı içerisinde şemalara vurgu yapılmaktadır.

Şemalar erken dönem deneyimleri ile şekillenen, değişimleri zor, yeni yaşantıları organize eden ve anlamlandıran bilişsel yapılardır (Sargın ve Türkçapar, 2019). Wenzel ve Beck’in (2008) psikiyatrik bozukluk ile ilişkili bilişsel süreçler içerisinde tanımladığı şemaların her psikopatolojiye göre farklılık gösterebileceğini ileri sürmektedir. Bertolote (2003) intihar eyleminde bulunan bireylerin %90’ında bir psikiyatrik tanı olduğunu ve bu tanının psikiyatrik rahatsızlıkla ilgili bir şema oluşturduğunu ifade eder. Ancak psikiyatrik rahatsızlıkla ilgili şemaların daha genel ve ruhsal sıkıntılarla ilişkili olduğunu belirtir. Bu şemalara ait yoğunluğun, sıklığın ve sürenin artması intihar ile ilişkili şema ve bilişsel süreçleri aktive etmektedir (Wenzel ve Beck, 2008).

Aktive olan bu yapı modelde tanımlanan son yapı olan *intihar eylemi ile ilişkili bilişsel süreçlerdir*. Bu yapı içerisinde “*sürekli umutsuzluk şeması*” ve “*katlanamama*

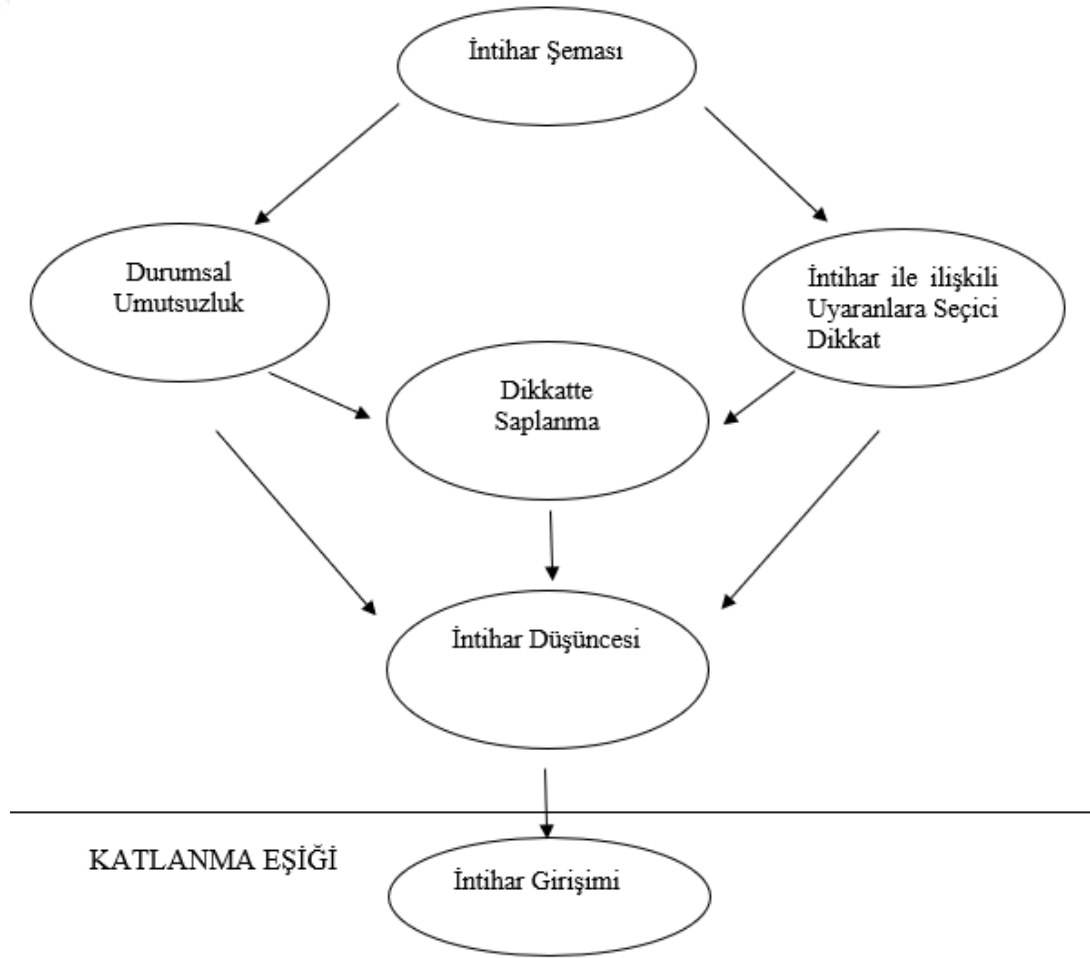
şeması” tanımlanmaktadır. Tanımlanan bu şemalarda umutsuzluk kavramına vurgu yapılmış, umutsuzluk kavramı sürekli ve durumsal olarak iki ayrı şekilde ele alınmıştır. Sürekli devam eden umutsuzluk intihara özgü bir şemadır. Buna göre sürekli umutsuzluk şemasının çeşitli sebeplerden dolayı tetiklenmesi sonucunda “*durumsal umutsuzluk şeması*” aktive olur. Önceden planlanmış ve depresif özellik taşıyan intihar eylemleri bu umutsuzluk şeması ile açıklanmaktadır (Sargın ve Türkçapar, 2019). Modelde tanımlanan bir diğer şema ise “*katlanamama şeması*” olmuştur. Katlanamama şeması bireylerin maruz kaldıkları olumsuz yaşam olaylarına karşı zorlanmaları ve bunu kaldıramamaları şeklinde açıklanmıştır (Sargın ve Türkçapar, 2019). İntihar davranışının gerçekleşmesi için tanımlanan üç yapı Şekil 2.1.6.2.1’de özetlenmiştir.



Şekil 2.1.6.2.1 Wenzel’in intihar eylemi için gerekli olduğunu tanımladığı üç yapı (Wenzel ve Beck, 2008).

Bu temel üç yapı dışında Wenzel ve arkadaşları (2009) olumsuz intihar bilişlerinde dikkatin daralmasını “*dikkatte saplanma*” olarak tanımlamış ve tüm bu kavramların bireylerin katlanma eşiğini aşması sonucu intihar girişimlerinin ortaya çıktığını ileri

sürmüştür. Başka bir ifade ile tüm bu yapılar birbirini etkilemekte ve tetiklemektedir. Yaşamsal zorluklar ve stres ile tetiklenip aktive olan şemalar kişinin katlanma eşiğini aştığında intihar girişimi meydana gelmektedir. Özetle, Wenzel ve Beck (2008) intihar davranışını açıklarken yatkınlık, psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkili bilişsel süreçler ve intihar eylemi ile ilişkili bilişsel süreçler olmak üzere üç yapı tanımlamış, durumsal ve sürekli umutsuzluk kavramlarına vurgu yapmış, yaşam olaylarıyla tetiklenen intihar şemasının bireylerin dikkatlerinde saplanma yaratması aracılığı ile intihar düşüncelerinin arttırdığını ifade etmiş ve katlanma eşiğinin geçilmesi durumunda intihar girişiminin meydana geldiğini öne sürmüştür. (Bkz. Şekil 2.1.6.2.2)



Şekil 2.1.6.2.2 Wenzel ve Beck'in modeline göre (2008) intihar girişiminin meydana gelme biçimi

2.1.6.3 Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı

Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı (Interpersonal Psychological Theory of Suicide, IPTS) Amerikalı Psikolog ve intihar bilimci (suicidologist) Thomas Edwin Joiner (2005) tarafından ileri sürülmüştür. Bu kurama göre intihar davranışları bireysel ve çevresel-toplumsal dinamiklerin birleştirilmesi ile anlaşılmaya çalışılmalıdır. İntihar riski yüksek bireylerin belirlenmesi ve bu bireylerin neden intihar davranışında bulunduklarını açıklamaya çalışan Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı (KPIK) engellenmiş aidiyet (*thwarted belongingness*), algılanan yük olma (*perceived burdensomeness*) ve edinilmiş intihar yeterliliği (*acquired capability for suicide*) olmak üzere üç temel kavramdan bahseder.

Engellenmiş aidiyet bireylerin en temel psikolojik ihtiyaçları arasında yer alan ait olma ihtiyacının karşılanmamasıyla ilişkilendirilmiştir. Shneidman'ın (1998) daha önce ileri sürdüğü insanların intihar davranışlarının temelinde engellenmiş ihtiyaçlarıyla ilişkili olduğuna benzer bir görüş sunan Joiner (2009) psikolojik ihtiyaçlardan biri olan aidiyet hissinin engellenmesi sonucu bireylerin ölümü arzuladıklarını ifade etmektedir. Bu kavram ayrıca daha önce intihar davranışlarını toplumsal bir bakış ile ele alan Durkheim'in intihar kuramına ([1897] 1951) yakınlık göstermektedir (Eskin, 2020).

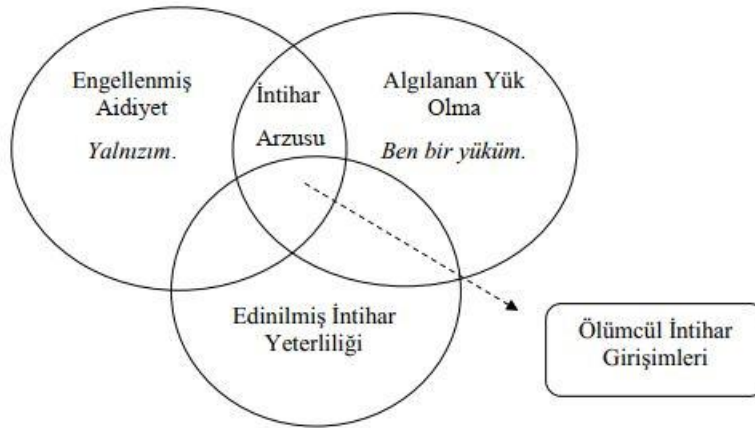
Bir diğer kavram olan *algılanan yük olma* kavramına göre bireylerin çevrelerindeki insanlarla olan ilişkilerinde kendini yük olarak algılamalarının intihar riski üzerinde önemli bir yordayıcı rolü vardır (Van Orden ve ark., 2012). Örneğin, yapılan çalışmalarda aile ve çevreleri için yük olduğunu düşünen insanların özgüvenlerinin (Sowislo ve Orth, 2013) ve kendilerine yönelik öz sevgilerinin azalmasının (Mitchell ve ark., 2016) intihar davranışlarıyla doğru orantılı olduğu bulunmuştur.

KPIK'nın ileri sürdüğü son kavram olan *edinilmiş intihar yeterliliği* bireylerin algıladıkları yük olma ve engellenmiş aidiyet hislerinin etkileşimi sonucu ölüm korkusunun azalmasıyla ilişkilendirilmiş bir kavram olarak ele alınmaktadır. 122 çalışma ile yürütülen bir meta analizde algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet hissinin intihar düşünceleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Ayrıca, kuramda işaret edilen algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet hissi ve edinilmiş intihar yeterliliğinin etkileşiminin yüksek sayıda intihar girişimi ilişkili olduğu bildirilmiştir (Chu ve ark., 2017). Van Orden ve Cukrowicz (2010) ele aldıkları bir derleme çalışmasında KPIK'in varsayımlarını dört hipotezde özetlemektedir. Bunlar:

- Engellenmiş aidiyet ve başkalarına yük olma duyguları pasif intihar düşünceleriyle ilişkili olup yeterli nedenler olarak değerlendirilir.
- Engellenmiş aidiyet ve başkalarına yük olma duygularının eşzamanlı olarak sabit ve değişmez varlığı aktif intihar düşünceleriyle ilişkili olup yeterli nedenler olarak değerlendirilir.
- İntihar isteğine eşlik eden ölüm korkusunda azalmanın varlığı ölüm arzusunun intihar niyetine dönüşmesini kolaylaştırır.
- İntihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar, algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve azalmış ölüm korkusuna ek olarak bedensel acı eşiğinin yükselmesi sonucu gerçekleşir.

Özetlemek gerekirse, Van Orden ve Cukrowicz'in de (2010) eklemeleri ile KPIK'nın ileri sürdüğü görüş doğrultusunda: intihar girişimlerinin veya tamamlanan intiharlara bağlı yaşanan ölümlerin nedeni olarak, kişilerin engellenmiş aidiyetlerinin ve algılanan yük olma duygularının zemin hazırladığı ölüm arzusuna artmış bir bedensel ağrı/acı toleransının eşlik etmesi ile, bu kişilerin edinilmiş intihar yeterliliğine ulaşılması sonucu gerçekleştiği söylenebilir. Kişilerarası Psikoloji İntihar Kuramı'nın varsayımları şekil 2.1.6'da sunulmuştur.



Şekil 2.1.6 Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı'nın Varsayımları (Van Orden ve ark., 2010)

2.1.6.4 Shneidman'ın İntihar Kuramı

İntiharı sosyal, bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak açıklayan yaklaşımların

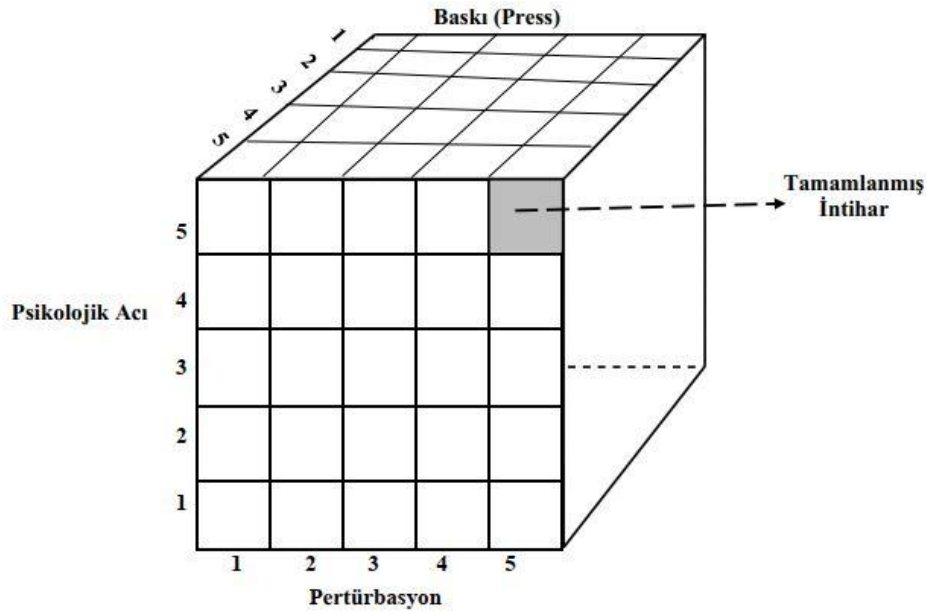
en önemlilerinden biri Amerikan Suisidoloji Birliği (American Association of Suicidology, ASS) kurucusu Amerikalı Klinik Psikolog ve suisidolojist (intihar bilimci) Edwin Shneidman'ın (1985) tanımladığı on faktörlü nedensellik çalışmasıdır (Odağ, 2008). Odağ (2008)'e göre Shneidman'ın intiharın sebepleri arasında tanımladığı on faktör arasında yer alan dayanılması güç bir acının dindirilmeye çalışılmasında ifade edilenin fiziksel veya psikolojik-zihinsel bir acı mı olduğu birçok kaynakta açık değildir.

Shneidman'ın (1985) tanımladığı on faktörlü nedensellik çalışmasına göre, intiharın sebepleri dayanılması güç acıyı dindirmek, umutsuzluk hissini ve çaresizliği reddetmeyi hedeflemek, ihmal edilmiş ve baskılanmış ihtiyaçların varlığı, intiharın problemlerin çözümü gibi görünmesi, intiharın ilişkileri koparıcı, sekteye uğraticı yönünün olması, bilinci yok etme, obsesif ölüm düşüncesi varlığı, problem çözme konusunda sınırlı bir bilişsel yapılanma, ilişkilerde kopma, hayattan kaçma arzusu ve ölümle ilgili telafi edilemez düşünceler şeklindedir. İlerleyen yıllarda Shneidman intihar kuramında önemli bir değişkeni ele almış ve buna göre intiharın en önemli kaynağının psikolojik acı olduğunu ileri sürmüştür (1999/1998). Shneidman'a (1957/1993) göre, psikolojik acı utanç, suçluluk, çaresizlik, yalnızlık, yas ve ıstırap gibi olumsuz duygular ile ilişkili olup, bireylerin engellenmiş, yetersiz kalmış veya sekteye uğramış aitiklik, bağlılık, özerklik, zarardan kaçınma gibi psikolojik ihtiyaçları sonucu ortaya çıkmakta ve varlığını sürdürmektedir. Baryshnikov ve Isometsä (2022) Shneidman'ın karşılanmaması durumunda intiharın merkezinde yer aldığını ifade ettiği psikolojik ihtiyaçları şu şekilde özetlemiştir: Egemenlik ihtiyaçı (diğerleri üzerinde kontrol sağlamak, etkilemek ve yönlendirmek), otonomi ihtiyaçı (bağımsız ve özgür olmak, kısıtlamalardan kurtulmak, zorlamaya ve kısıtlamaya karşı direnmek), karşı eylem ihtiyaçı (bir başarısızlık veya kaybın karşısında yeniden çaba göstererek üstesinden gelmek, bir küçük düşmüşlüğü yeniden eylemle ortadan kaldırmak), yardım ihtiyaçı (başka bir kişinin sempatik yardımıyla ihtiyaçlarının karşılanması, birisinin kendisiyle ilgilenmesi ve ya biri tarafından sevilmesi), ilişki ihtiyaçı (saygı duyulan bir kişinin hoşnutluğunu kazanmak) ve düzen ihtiyaçı (fikir veya diğer şeyleri düzeni koyma, denge ve düzene sahip olma, dış ve iç dünyadaki fikirlerin belli oluşu).

Bolger (1999), Shneidman'ın sevme, sevilme, anlaşılma, güvende hissetme, utanç ve suçluluk duymama gibi karşılanmamış, ihmal edilmiş psikolojik ihtiyaçlardan kaynaklanan ve çaresizlik, utanç, yas, korku, panik, yalnızlık, ıstırap ve suçluluk hissetme şeklinde tanımladığı psikolojik acının, intihar davranışlarının birinci sebebi olduğu

aktarır. Ayrıca, Shneidman (1957) 40 yıllık psikolojik otopsi çalışmalarında psikolojik acının intihar için merkezi bir önkoşul olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, psikolojik acının sadece tamamlanmış intiharlarda değil, intihar sürecinin, düşüncesinin ve girişiminin de merkezinde yer aldığı bildirmiştir (Shneidman, 1957). Buna örnek olarak intihar notlarında karşılaştığı “Acıma artık dayanamıyorum.” şeklinde ortak cümleyi aktarmaktadır (Shneidman, 1957). Bu noktada, intiharın dayanılması güç psikolojik acıdan kurtulmak için başvurulmuş bir kaçış yolu olduğunu ileri sürmüştür (Shneidman, 1993).

Shneidman intihar ile ilgili görüşlerini İntiharın Küp Modeli’nde (Cubic Model of Suicide) derlemiştir. Üç bileşenden oluşan modelinde “*acı*” (*pain*), “*pertürbasyon/karışıklık*” (*perturbation*) ve “*stres/baskı*” (*press*) kavramlarını ele almıştır. Tüm bu kavramları en düşük 1 (düşük acı, düşük ajitasyon/karışıklık ve olumlu baskı) ve en yüksek 5 (dayanılmaz acı, yüksek ajitasyon/karışıklık, olumsuz baskı) şeklinde derecelendirmiştir. Shneidman (1993), kelime anlamı bir sistemin dengesinin veya düzeninin bozulması olan “*pertürbasyon*” kavramının psikolojik acıdan kurtulmak için intiharın tek çözüm olarak görülmesine yol açan bir algısal daralmaya, başka bir ifade ile bilişsel çarpıtmaya sebep olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, *pertürbasyon* dürtüsel bir şekilde bireylerin kendilerine hızla zarar verme davranışında bulunabileceği veya düşmanca eylemlere eğiliminin artabileceği bir süreç anlamına gelir. “*Pres*” kavramı ise hem gerçek hem de hayali stresörleri ifade etmek için kullanılmıştır. “*Perturbation of the mind*” olarak adlandırdığı aşama ise bireylerin dayanılmaz acılar yaşadığı ve mental bozukluklara eşlik eden çökkün duygudurum ve ajitasyon deneyimlediği aşamadır. Bu modele göre yalnızca her üç bileşenden de en yüksek puan olan 5’i alan kişilerin kendini öldürme isteği taşıdığı öne sürülür. Ayrıca, bu üç bileşenden birinin dahi seviyesinin hafifletilmesinin intihar riskini azalttığı ileri sürülmüştür (Shneidman, 1987/1993). Shneidman’ın Kübik İntihar Modeli Şekil 2.1.6.4.1’de paylaşılmıştır.



Şekil 2.1.6.4.1 Shneidman'ın (1987) Kübik İntihar Modeli (Cubic Model of Suicide)

2.1.7 İntihar ile İlişkili Risk ve Koruyucu Faktörler

İntihar davranışı içinde damgalamayı barındıran, bireyler tarafından konuşulmaması gerektiğine inanılan ve tabulaştırılmış karmaşık ve çok faktörlü bir yapıya sahiptir (Turecki ve ark., 2019). Aynı zamanda, kavramsal açıklaması, altta yatan nedenleri, risk faktörlerinin belirlenmesi, tedavi edilmesi ya da koruyucu faktörlerin belirlenmesi kolay değildir (Silverman ve De Leo, 2016). Bu nedenle, bu bölümde özellikle risk ve koruyucu faktörlerin bir arada ele alınmasının anlaşılabilirliği arttırmak açısından yardımcı olacağı düşünülmüş ve intihar ile ilişkili risk faktörleri ve intihara karşı koruyucu faktörler ana başlıklar altında birlikte ele alınmıştır. İlk olarak intihar risklerinin nasıl sınıflandırıldığı ve bu sınıflama içinde yer alan faktörlerin neler olduğu açıklanmıştır. Ardından intihar ile ilgili risk faktörlerinin her biri ayrı ayrı ele alınmış ve ilgili çalışmalar paylaşılmıştır.

DSÖ'nün (WHO, 2023) yayınladığı rapora göre intihar riskleri hem bireysel hem de global olarak değerlendirilmektedir. Global riskler içerisinde çeşitli hastalık ve felaketlerin; bireysel risklerin içerisinde ise alkol kullanımı, zihinsel engeller, daha önce intihar girişimlerinin olması, maddi kayıp ve ekonomik zorluklar, aile bireylerinden birini intihar sonucu kaybetmiş olma ve kronik ağrılar yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir başka sınıflandırmasına göre intihar risk etmenleri bireysel (ruhsal hastalıklar, ailede

veya bireyde intihar girişim öyküsü), ilişkisel (sosyal desteğin olmaması, ekonomik kayıplar, kronik ağrı), çevresel (travma, ayrımcılık, göç, savaş), toplumsal (intihar araçlarına kolay ulaşım, medya, stigmatizasyon) ve sağlık sistemlerine ulaşmakta zorluk ile ilgili etmenler şeklinde ele alınmaktadır (WHO, 2014). Bir başka görüş ise bu faktörleri intihar davranışına yatkınlık yaratan etmenler ve intihar davranışını tetikleyen etmenler olarak iki şekilde değerlendirilmiştir (Turecki ve Brent, 2016). Ayrıca yaş, cinsiyet gibi faktörlerin sabit risk etmenleri olarak değerlendirildiği; alkol-madde kullanımı, zorlayıcı yaşamsal olaylara maruz kalmak vb. durumların ise intiharı tetikleyici etmenler olarak ele alındığı görüşler de mevcuttur (Turner ve ark., 2018).

Turecki ve Brent (2016) intihar davranışına dair risk etmenleri arasında yalnız yaşamak, yüksek içe dönüklük, depresyon, yetişkinlik döneminde yaşanan travmatik olaylar, kişilerarası stresörler, kayıp ve yas, yasal ve ekonomik zorluklar, fiziksel hastalıklarla ilişkili tanılar, kronik mental bozukluklar, düşük sosyal destek, fiziksel yaralanmalar ve uyku bozukluklarını göstermiştir. İntihar riskli oluşturan diğer faktörler arasında disfonksiyonel aile ilişkileri, fiziksel/cinsel şiddete maruz kalmak, şiddetli bir toplulukta yaşamak ve madde kullanımı gösterilmektedir.

Bununla birlikte daha önce bir intihar girişiminde bulunmuş olmak, sosyal izolasyon, ailede psikiyatrik bir tanı olması, ailede şiddet veya istismar öyküsü olması, intihar niyetinin olması, madde kullanımı (Litwiller ve Brausch, 2013; López-Goñi ve ark., 2019), alkol kullanımı (Pandey ve ark., 2022), okul zorbalığı (Cheng-Fang Yen ve ark., 2015), online zorbalık (Peng ve ark., 2019) ve ağrı deneyimi de (Ji Lee ve ark., 2019) intihar riski oluşturan diğer faktörler arasında gösterilmektedir. Stone ve arkadaşları ise (2016) intihar davranışlarında önemli bir etkiye sahip olan yaşamsal zorluklara işaret etmekte ve intihar davranışlarının kaynağı olarak %34 ile romantik ilişki sorunlarını, %29.4 ile ekonomik zorlukları, %28.3 ile sağlık problemlerini, %18.3 ile aile içi problemleri ve %15.6 ile yasal birtakım problemlerde kaynaklandığını iletmiştir.

Koruyucu faktör kavramı Rutter (1985) tarafından tanımlanmıştır. Rutter'e (1985) göre bireylerin olumsuz bir sonuca yatkınlık oluşturabilecek çevresel tehlikelere karşı verdiği yanıtı iyileştiren, değiştiren veya düzenleyen sonuçlar koruyucu faktör olarak tanımlanır. Koruyucu faktörler her zaman risk faktörlerinin tersi olmayabilir; aynı zamanda risk faktörü ile aynı süreklilik üzerinde bulunmayan değişkenleri içerebilir. Başka bir ifadeyle koruyucu faktörler ve risk faktörleri birbirinin tam olarak zıttı veya aynı oranda tersi olarak değerlendirilmeyebilir (Gustafsson ve ark., 2009). Bu sebeple

koruyucu faktörlerin, risk faktörlerinin yokluğu ile ilişkili olmayan bir şekilde değerlendirilmesi önerilmektedir (Tylka ve Diest, 2015). Aşağıdaki bölümde literatür incelendiğinde intihara karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu belirtilen değişkenler ve bu değişkenler ile yürütülen çalışmalar paylaşılmıştır.

İntihar riskine karşı koruyucu olduğu bildirilen faktörler arasında iyimserlik, dışa dönüklük, fiziksel aktivite, olumluya odaklanma (Vancampfort ve ark., 2018) arkadaş desteği (Fulginiti ve ark., 2022; Canbaz ve Terzi, 2018) ve aile desteği (Thomas ve ark., 2022) gibi değerli kişilerarası ilişkiler ve dindarlık (Cole-Lewis ve ark., 2016), ebeveynler için küçük yaşta çocuklarına ve aileye karşı duydukları sorumluluk ve güçlü yaşama sebepleri (Bazrafshan ve ark., 2017) etkili baş etme ve problem çözme becerileri (Yong ve ark., 2023) ve yüksek özgüven (Primananda ve Keliat, 2019) bildirilmektedir.

Ülkemizde intihar olasılığı ve risk faktörleri arasındaki ilişkiye dair yapılan bir çalışmada bireyin aile hikâyesinde intihar girişimi veya ölümle sonuçlanan bir intihar vakasının olması, boşanmış veya bölünmüş bir aileye sahip olma, aile içinde şiddete maruz kalma veya tanıklık etme, istismar yaşantısına sahip olma, herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olan bir aile üyesine sahip olma, düşük sosyoekonomik gelir ve sosyal destek intihar için ailesel risk faktörleri arasında gösterilir (Alpay, 2015).

2.1.7.1 Beliren Yetişkinlik Dönemi ve İntihar

Beliren yetişkinlik kavramı Jeffrey Arnett (2000) tarafından “Beliren Yetişkinlik: Geç Ergenlikten Yirmili Yaşlara Gelişim Teorisi” (Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens Through the Twenties) isimli çalışmasında tanımlanmıştır. Arnett’e göre (2002), endüstriyelleşmiş ülkelerde son elli yılda meydana gelen yüksek eğitim almaya bağlı eğitim hayatının bittiği yaşların ilerlemesi (Arnett ve Taber, 1994), evliliklerin daha önceki yaşlara kıyasla daha geç bir yaşa ertelenmesi (U.S. Bureau of the Census, 1997, akt. Arnet, 2000), anne baba olma yaşının ilerlemesi gibi demografik birçok değişiklik ergenlik ve genç yetişkinlik dönemleri arasında tanımlanma ihtiyacı olan yeni bir döneme yol açmıştır. Tüm bu değişiklikler, geç ergenlik ve yirmili yaşların başında bulunan bireylerin yetişkinliğe geçiş sürecini sınırlı bir bakış açısıyla ele almaktansa, bu dönemin kendine özgü özellikleri ve öneminin vurgulanması gerektiği anlamına gelmektedir (Arnett, 2000; Arnett, 2016).

Bireylerin ne tam olarak yetişkin rollerine ne de ergen rollerine sahip olmadığı bir

dönem olarak tanımlanan beliren yetişkinlik (emerging adulthood) dönemi 18-25 yaş aralığındaki kişiler için kullanılmaktadır (Arnett, 2000; Arnett, 2015). Bu dönem bireylerin hayatlarında dünya görüşü, aşk ve kariyer alanlarında sık değişiklikler yaşadıkları, keşiflerin ve olasılıkların son derece zengin olduğu bir dönemdir (Erikson, 1968; Rogers, 2018). Döneme has özellikler içerisinde bireylerin çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki bağımlılıklarının azalması ancak bununla beraber henüz yetişkinlik dönemine dair toplumsal beklentilerin getirdiği rol ve sorumlulukların üstlenilmemesi gösterilmektedir. Ortalama evlilik ve ebeveynlik yaşlarının artmasına bağlı olarak bireylerin evlilik ve ebeveynlik sorumlulukları gibi yetişkin rollerine daha geç girmesi bu dönemlerinde eğitim, kariyer ve keşfe ayırabilecekleri bir dönem yaratmaktadır. Arnett'e göre (2000) beliren yetişkinlik olarak tanımladığı bu dönem bireylerin geleceğe dair planlarının az bir kısmının kesinleştiği, birçok fırsatın yer aldığı ve hayatın kendilerine sundukları fırsatları keşfetme şansının en yüksek olduğu dönemdir.

Arnett (2000, 2014, 2016) teorisinde Erik Erikson (1950, 1968) ve Kenneth Keniston'un (1971) çalışmalarına vurgu yapmaktadır. Her ne kadar Erikson (1950, 1968) teorisinde genç yetişkinlik (ilk yetişkinlik) olarak bir yaşam dönemi tanımlasa da bu döneme bir isim vermemiştir. Erikson'un (1950) ilk yetişkinlik veya uzamış ergenlik olarak ele aldığı bu dönem birçok yönden beliren yetişkinlik dönemi özelliklerini taşımaktadır. Benzer bir şekilde geç ergenlik ve yirmili yaşların başına dair çalışmalar yapan en önemli teorisyenlerden biri olan Keniston (1971) da bu dönemi "benlik ve toplum arasındaki bir gerilim" şeklinde tanımlamaktadır. Ancak hem Erikson (1950, 1968) hem de Keniston (1971) çalışmalarında önemini vurguladıkları bu yaş aralıklarını ayrı bir yaşam dönemi olarak ele almamıştır (Arnett, 2000; Sussman ve Arnett, 2014). Arnett (2000) ise ilk yetişkinlik kavramının ne tamamen ergen ne de tamamen genç yetişkin olan 18-25 yaş aralığındaki beliren yetişkinlik dönemi bireyleri için daha uygun olduğunu ileri sürmüştür. Öte yandan, yapılan çalışmaların üzerinden yirmi yıl geçmesi, sürekli gelişen ve değişen sosyal ve çevresel koşullar geç ergenlik ile yirmili yaşların başına kadar olan yaşam döneminin tekrar ele alınmasını gerekli bir hale getirmiştir (Arnett, 2000).

Değişen sosyodemografik özelliklere bağlı olarak 18-25 yaş aralığındaki bireylerin keşif ve deneme yanılma yaptıkları bu dönemde birçok yönden öngörülemez ve çeşitli davranışların olması dönemin bir başka özelliğidir. Bu dönemde durağanlığın olmaması, benliğin keşfedilmesi, öze dönüklüğün önem kazanması yer almakta, ayrıca bireylerin bu dönemde sahip oldukları olasılıkların yaşamlarının diğer dönemlerine kıyasla çok daha

fazla olduğu bildirilmektedir (Arnett, 2015). Bu dönemde bireylerin ergenlikten farklı olarak oy kullanma, ehliyet alma, sigara ve alkol satın alma, cinsel ilişki için rızada bulunma gibi yetişkinlik dönemine özgü yeni toplumsal ve kültürel roller kazandığı görülmektedir (Dahl ve ark., 2018). Herhangi bir ebeveynlik veya evlilik sürecine bağlı olmadıkları için bu roller tarafından kısıtlanmayan beliren yetişkinlik dönemindeki bireyler birçok yönden daha riskli davranışlara sahiptir (Arnett, 2000; Arnett, 2010).

Beliren yetişkinlik döneminin bireylerin yaşamlarında neden birçok açıdan riskli olduğuna dair açıklamalar içerisinde benliklerini keşfetme ve yetişkin hayatının sorumluluklarının/rollerinin getirdiği kısıtlılıklara girmeden daha çeşitli deneyimleri kazanma isteği gösterilmektedir (Arnett, 2000). Ergenlik dönemi ile karşılaştırıldığında beliren yetişkinlik dönemindeki riskli davranışların yaygınlığının çok daha fazla olduğunu ileri süren Arnett (2000) bu durumu 18-25 yaşında bireylerin, ergenlere kıyasla bir ebeveyn tarafından daha az izlenmesi ve yetişkin rollerin sorumluluğu tarafından yetişkinler kadar kısıtlanmamaları ile açıklamıştır. Bu riskli davranışlar arasında madde kullanımı, korunmasız cinsel ilişki ve alkol-madde etkisi altında veya hızlı araba kullanma gibi tehlikeli davranışlarını örnek gösterilmiştir (Arnett, 2000; Sussman ve Arnett, 2014).

Beliren yetişkinlik dönemine özgü bu özellikler birçok ruhsal bozukluk için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir taşımaktadır (Arnett ve ark., 2014). Bununla birlikte DSÖ'nün 2018 raporuna göre orta ergenlik ve beliren yetişkinlik döneminde yer alan bireylerin ölüm sebepleri arasında intihar ikinci sırada yer almaktadır (WHO, 2018a). İntihar ve yaş arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmaların çoğunlukla ergenlik dönemine odaklandığı görülmektedir (Olatunji ve ark., 2020). Ancak, çalışmalarda beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar riskinin daha yüksek olduğu raporlanmaktadır (DSÖ, 2019b). Yine benzer şekilde Karataş (2018)' e göre intihar olasılığı en riskli gruplardan biri beliren yetişkinlik döneminde yer alan 18-25 yaş arasındaki bireylerdir. Türkiye'deki intihar hızları incelendiğinde en yüksek ikinci yaş aralığının 6.29 hız ile 20-24 yaş arası olduğu görülmektedir (TÜİK, 2019). TÜİK (2015) verilerine göre tamamlanmış intiharların %34.3'ü 15-29 yaş aralığındaki bireylerden oluşurken, intihar eden kadınların %46'sının, erkeklerin ise %33.3'ünün 30 yaşından küçük olduğu bildirilmiştir.

Beliren yetişkin dönemi ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara göre ruhsal bozuklukların, yüksek anksiyete seviyesinin, etkin sosyal destek ağların yoksunluğunun, daha önce intihar girişimi ve düşüncesi varlığının, düşük özgüven,

özyeterlilik seviyeleri ve olumsuz aile ilişkilerinin intihar için risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir. İntihar riskine karşı koruyucu olduğu bildirilen faktörler arasında ise daha önce intihar girişimi ve düşüncesine sahip olmamak, psikiyatrik bir tanının olmaması, yüksek özyeterlilik, özgüven ve daha iyi aile ilişkilerine sahip olmak tespit edilmiştir. Bu bulgular ve ilgili çalışmalar aşağıda paylaşılmıştır.

Brezilya’da 3.781 kişi ile yürütülen 22 yıllık boylamsal bir çalışmada beliren yetişkinlik döneminde bireylerin majör depresyon, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile intihar riskinin yaygınlıkları incelenmiştir (Gomes ve ark., 2019). Sonuçlar araştırmada yer alan beliren yetişkinlik dönemindeki katılımcıların yaklaşık %19’unun en az bir ruhsal bozukluğa sahip olduğu ve intihar risk yaygınlığının %8.8 olarak bulunduğunu göstermiştir. Çalışmada intihar düşüncesi olan katılımcıların %60’nın bir intihar planına sahip olduğu ve yaklaşık %45’inin ise intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, çalışmada yaygınlık oranları yaygın anksiyete bozukluğu için %10.4, sosyal anksiyete bozukluğu için %5, TSSB için %5, DEHB için %4.5, majör depresyon için %2.9, bipolar 1 için %1.6, antisosyal kişilik bozukluğu için %1.1 ve bipolar 2 için %0.1 şeklinde bulunmuştur. Alkol, madde, sigara kullanımı ve psikotik bozuklukların dahil edilmediği bu çalışmada ilgili riskli sağlık davranışları ve psikopatolojilerin dahil edilmesiyle beliren yetişkinlikteki ruhsal bozuklukların ve intihar riskinin artabileceği düşünülmektedir (Gomes ve ark., 2019).

Başka bir çalışmada ise beliren yetişkinlik dönemindeki 510 katılımcının sosyal becerileri ve intihara ilişkin koruyucu/riskli faktörler araştırılmıştır. Sonuçlara göre örneklemin %10’undan daha fazlası intihar girişiminde bulunduklarını bildirmiştir (Pereira, 2015). Çalışmanın sonuçlarına göre yüksek sosyal anksiyetenin etkili destek ağları kurmayı zorlaştırması sebebiyle intihar için bir risk faktörü olduğu; etkili sosyal destek sistemlerinin ise intihara karşı koruyucu bir role sahip olduğu belirtilmiştir.

Beliren yetişkinlik dönemi ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada klinik ve klinik olmayan grupların intihar düşüncesi, intihar girişimi, anksiyete, özgüven, özyeterlilik ve arkadaşlık/aile ilişkileri incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre daha önce intihar girişimi ve düşüncesi olmayan bireylerin daha yüksek özyeterlilik, özgüven ve daha iyi aile ilişkilerine sahip olduğu görülmüştür. Bu araştırmada özyeterlilik, özgüven ve iyi aile ilişkileri koruyucu faktörler olarak bildirilirken intihar

düşüncesine sahip bireylerin daha yüksek sosyal anksiyete puanları ve intihar riskine sahip olduğu ifade edilmiştir. Daha önce intihar girişimi ile intihar düşüncesinin var olması ve yüksek sosyal anksiyeteye sahip olmanın intihar için risk oluşturduğu raporlanmıştır (Pereira ve ark., 2018).

2.1.7.2 Cinsiyet

İntihar kavramının geniş bir kapsama sahip olması yapılan çalışmaların intihar düşüncesi, intihar davranışı ve intihar riski gibi intiharın farklı yönleriyle ele alınmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, cinsiyete yönelik yürütülen çalışmalar da birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, Avrupa ve Kuzey Amerika’da kadın ve erkek intiharları arasındaki farkın arttığı raporlanırken (Reeves ve ark., 2014) intiharın cinsiyetler arası farkının azaldığını ileri süren çalışmalar da görülmektedir (Curtin ve ark., 2016). Bununla birlikte, intihar girişimlerinin kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık ancak tamamlanan intiharların ise erkeklerde kadınlara göre daha sık gerçekleştiği görülmektedir (Köroğlu, 2016).

Chehil ve Kutcher (2012) cinsiyetler arası intihar risklerini incelemiş ve kadınlar için toplumsal cinsiyet rolleri, postpartum depresyon, istismar, aile içi şiddet ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin; erkekler için ise psikolojik sorunlarda daha az yardıma başvurma, düşük sosyal destek ağları, aşırı alkol ve madde kullanımı ve yüksek dürtüsellik durumlarını intihar riskini arttıran özellikler olduğunu bildirmişlerdir.

Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar riskini araştıran boylamsal bir çalışmada kadınların mental bozukluk ve intihar riskine dair yaygınlığın erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Gomes ve ark., 2019). İngiltere’de yaş ortalaması 16.8 yıl olan 4.772 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiş kohort bir çalışmada katılımcıların %9.6’sı intihar düşüncesi ve %6.8’i intihar girişimi bildirmiştir. Araştırmanın sonucuna göre kadın olmanın intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Culpin ve ark., 2018). 15-20 yaş arasında 510 kişi ile yürütülen bir çalışmada kadınların intihar olasılığının erkeklere kıyasla iki kat daha fazla olduğu ve kadınlar için intihar riskine dair yaygınlığının %23.1 şeklinde belirtilmiş, erkekler için bu oran %11.3 olarak raporlanmıştır (Silva ve ark., 2023). 13-17 yaş aralığındaki ergenlerin intihar risklerinin incelendiği bir meta analiz çalışmasında kadınların intihar düşüncelerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu ancak intihar girişimleri arasında bir farklılık olmadığı bildirilmiştir

(Campisi ve ark., 2020).

12-26 yaş aralığındaki bireylerin intihar riskleri ve cinsiyetler arası farklılığı inceleyen bir başka çalışma ise kadınların intihar girişiminde bulunma riskini erkeklere kıyasla daha yüksek bildirmiştir (Miranda ve ark., 2019). Başka bir çalışmada ise erkeklerin tamamlanmış intiharlara bağlı ölüm oranlarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu ancak intihar girişim oranlarının kadınlarda daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Turecki ve Brent, 2016). Bu görüş erkeklerin intihar davranışlarında daha ölümcül yöntemleri seçmeleri ile açıklanmıştır (Tsirigotis ve ark., 2011). Erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek ölüm oranlarına sahip olması pek çok çalışma ile desteklenmiştir. Türkiye’de de TÜİK’in 2019 verilerinde 20-24 yaş arası kadınların intihar hızı 3.39 iken bu oran erkekler için 9.05 şeklinde açıklanmıştır. Bununla birlikte, intihar eyleminde bulunan bireylerin %75.6’sı erkeklerden, %24.4’ü ise kadınlardan oluşmaktadır (TÜİK, 2019).

İntihar ile ilişkili cinsiyete özgü risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada erkekler için düşük eğitim başarısı ve düşük dereceli meslek sınıflarında bulunmanın kadınlarda ise işsizliğin ve düşük eğitim seviyesinin intihar için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Li ve Page, 2011). İntihar ve cinsiyet farklılıkları arasında yürütülen pek çok çalışma cinsiyetler arası farklılığın tam olarak anlaşılmadığını belirtmekle birlikte bu farkın cinsiyet hormonları, düşük özgüven, beden imgesinde bozulma, stres tepkileri gibi bireysel veya toplumsal cinsiyet eşitsizliği, şiddet veya yüksek olumsuz çocukluk travmaları gibi sosyal sebeplerden kaynaklanabileceğini belirtmiştir (Gomes ve ark., 2019). Ek olarak, Nunavik, Quebec’de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, kadınlar arasında intihar girişimi için en güçlü risk faktörlerinin psikiyatrik morbidite, alkol kötüye kullanımı ve madde kullanımı olduğu tespit edilirken, erkeklerin intihar riskleri arasında madde kullanımı ve geçen yıl yaşanan yaşam olaylarının sayısı en belirgin riskler olarak tespit edilmiştir (Kirmayer ve ark., 1998).

Cinsiyetle ilgili risk faktörlerini belirlemeye yönelik yürütülen çalışmaların dışında cinsiyete özgü koruyucu faktörlerin neler olabileceği de araştırılmıştır. Bir çalışmada erkeklerin intihar girişimiyle ilişkili etmenler arasında psikolojik stres, alkol kötüye kullanımı ve yetişkinlik döneminde fiziksel şiddete uğramaları tespit edilirken, cinsiyete bağlı herhangi bir koruyucu faktör tespit edilememiştir (Fraser ve ark., 2014). Benzer bir şekilde altmış yedi çalışmanın incelendiği bir derlemede erkeklerde intihar girişimi için risk faktörleri arasında uyum sorunları, umutsuzluk, ebeveyn ayrılığı/boşanması ve

arkadaşın intihar eğilimi bulunmuş, ancak koruyucu bir faktör belirlenememiştir (Miranda-Mendizabal ve ark., 2019). Kadınlara özgü intihar risk faktörleri içerisinde yeme bozukluğu, TSSB, bipolar bozukluk, depresif belirtiler, kürtaç yaptırma, flört şiddetine maruz kalma ve kişilerarası sorunlar belirlenmiş, ancak kadınlara özgü koruyucu faktör tespit edilememiştir (Miranda-Mendizabal, 2019).

Buna rağmen cinsiyete özgü koruyucu faktörler olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, erkeklerde evli olmanın koruyucu bir faktör olduğu, evli kadınlarda ise çocuk sahibi olmanın intihar riski için koruyucu bir faktör olduğu belirlenmiştir (Hawton 2000; Qin ve ark., 2000). Bir çalışmada ise kadınların intihar girişimi için risk oluşturan etmenler arasında alkol ve madde kullanımı, psikolojik stres, düşük özgüven, öfke duygusu, fiziksel ve cinsel şiddet tespit edilirken sosyokültürel aktivitelere katılmanın ise koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Fraser ve ark. 2014).

2.1.7.3 Sosyoekonomik Statü

Bireylerin sahip oldukları sosyoekonomik statü ve ruh sağlığı arasındaki ilişki sıklıkla bildirilmiştir. Bir çalışmaya göre herhangi bir ruhsal bozuktan mustarip kişilerin %80'i düşük veya orta gelir durumuna sahip ülkelerde yaşamaktadır (Jacob ve ark., 2007). Öte yandan, 14-20 yaş arasındaki ergenlerin yüksek sosyoekonomik duruma sahip olmasının intihar riskini arttırdığını bildiren karşıt görüşler de mevcuttur (Silva ve ark., 2023). 2008'deki küresel ekonomik krizle intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, krize bağlı işsizliğin arttığı ülkelerde intihar vakalarının arttığı ve özellikle erkeklerde ekonomik şokun intiharla ilişkilendirilen etkilerini önlemek için cinsiyet eşitliğinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Chang ve ark., 2019; Reeves ve Stuckler, 2016).

Sosyoekonomik statü ve intihar riski arasındaki ilişkinin yönüne dair incelemeler yapan bir derleme çalışmasında ilgili iki değişken arasındaki ilişkiler, pozitif ilişki (yüksek sosyoekonomik statü ve yüksek intihar oranları), negatif ilişki (yüksek sosyoekonomik statü ve düşük intihar oranları) veya ilişki olmama durumu bakımından diğer pek çok değişken kontrol edilerek ele alınmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, düşük sosyoekonomik statünün intihar riski ile pozitif yönde en yüksek seviyede ilişkili olduğu, orta sosyoekonomik statünün ise intihar riski ile en düşük seviyede ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bununla beraber, eğitim seviyesi ve çalışma durumunun da risk faktörleri içinde olduğu raporlanıp, bu bulguların cinsiyet bakımından farklılaşmadığı belirlenmiştir

(Rehkopf ve Buka, 2006). Yakın tarihli bir çalışmada ise sosyal izolasyon ve sosyoekonomik statünün intihar oranları ile ilişkisi incelenmiş ve düşük sosyoekonomik statünün daha yüksek seviyede intihar riski ile ilişkili olduğu ve düşük sosyoekonomik statü ve yüksek sosyal izolasyon ortak etkisinin yüksek intihar oranları için risk taşıdığı bildirilmiştir (Näher ve ark., 2020).

Araştırma bulgularınca, düşük sosyoekonomik statü ile ruh sağlığı düzeyindeki artış arasında bir bağlantı olduğu ve iki yönlü nedenselliğe izin verebilecek olası bir mekanizmanın değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Başka bir ifade ile zayıf ruh sağlığının düşük sosyoekonomik statü tarafından tetiklenebileceği gibi, düşük sosyoekonomik statü de zayıf ruh sağlığı tarafından tetiklenebilir (Näher ve ark., 2020). Örneğin, 18-34 yaş arası bireylerin intihar riski üzerinde sosyoekonomik ve psikiyatrik faktörlerin ilişkisinin incelendiği kontrollü bir çalışmada düşük sosyoekonomik statüye sahip erkekler katılımcıların kontrol grubu ve kadınlara kıyasla daha yüksek intihar davranışlarına sahip olduğu raporlanmıştır. Yine aynı çalışmada intihar ile en yakın ilişkili psikiyatrik faktörler arasında madde kullanımı, duygudurum ve anksiyete bozuklukları bildirilmiştir (Page ve ark., 2014). Bu sonuçlar intihar ve ruh sağlığı bölümünde tartışılacaktır.

Özetle bireylerin sahip oldukları sosyoekonomik statü ve intihar riski arasındaki ilişkiye dair farklı görüşler mevcuttur. İntihar eylemlerinin çoğunun düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler tarafından gerçekleştirildiği bildirilse de (Jacob ve ark., 2008) yüksek sosyoekonomik statünün de intihar için risk oluşturabildiği bildirilmektedir (Silva, 2023). Bu durum sosyoekonomik statünün koruyucu bir faktör olarak tek başına ele alınmasının güç olmasından kaynaklanabileceği gibi ayrıca ruh sağlığı ve sosyoekonomik statü arasındaki ilişkinin de bu sonuçlar üzerinde bir karıştırıcı etkiye sahip olmasından kaynaklanabilir (Näher ve ark., 2020).

2.1.7.4 Eğitim Durumu

Durkheim (1897) intihar kuramında, iyi bir eğitime sahip olmanın önemine vurgu yapar ve eğitim seviyesindeki artışın intihar için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilen işsizlik oranını düşüreceğini, bir iş sahibi olmakla birlikte bireylerin daha fazla fırsatlar yakalayabileceğini, buna bağlı olarak daha fazla sorumluluk alıp sosyal ağlar oluşturarak yüksek seviyede sosyal etkileşime girebileceğini ve böylelikle daha düşük intihar riskine

sahip olacağını savunur. Ancak, kuramın vermiş olduğu bu bilgi doğrultusunda yapılan araştırma sonuçları birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin, üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışma öğrencilerin, yeni bir akademik ortamda olmaları, evden ayrılmaları, yeni ilişkiler kurmaları ve akademik baskı gibi sebeplerden dolayı birçok ruh sağlığı sorunu yaşadığını ve intihar riski için en kritik dönemde olduğunu göstermektedir (Liu ve ark., 2019). Öte yandan, 14-20 yaş aralığında 510 katılımcı ile yürütülen başka bir çalışma eğitim seviyeleri ilköğretim, lise ve yüksek eğitim olarak gruplandırılmış bireylerde intihar riskinin eğitim düzeyleri bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiş ve eğitim düzeyleri ile intihar riski arasında bir ilişki bulamamıştır (Silva ve ark., 2023).

Phillips ve Hempstead'ın (2017), eğitim ve intihar arasındaki ilişkiyi incelendiği çalışmada ise tamamlanmış intiharların karakteristik özellikleri analiz edilmiştir. Buna göre, üniversite eğitimi almamış bireylerin daha yüksek intihar oranına sahip olduğu, ardında intihar notu bırakmadıkları ve intihar niyeti açıklamadıkları bildirilmiştir. Ayrıca, lise eğitimine sahip erkeklerin üniversite eğitimine sahip erkeklere kıyasla iki kat daha fazla intihar sonucu hayatını kaybettiği görülmüştür. Yine aynı çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin daha fazla kişilerarası sorun yaşadığı ve madde kullandığı, üniversite eğitimine sahip bireylerin ise daha yaygın iş ile alakalı problemler ve ruh sağlığı sorunları yaşadıkları raporlanmıştır.

Romanya'da 1102 yetişkinin katıldığı bir çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin intihar düşüncesi geliştirme riskinin diğer eğitim seviyelerine sahip bireylere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Vuscan ve ark., 2022). 35 ülkenin verileri üzerinden yürütülen yakın tarihli bir çalışmaya göre ise düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin intihar oranlarının yüksek eğitime sahip bireylere kıyasla 2 - 12 kat daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Lorant ve ark., 2018). Bununla beraber, Malezya'da klinik bir örneklemle yürütülen bir çalışmada düşük sosyal sınıfta bulunma durumunun intihar düşüncesi ve girişimleri üzerinde yordayıcı bir role sahip olduğu ancak işsizlik ve eğitim seviyelerinin intihar girişimleri ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (Chan ve ark., 2014).

Ülkemizde ise tüm yaş grupları içerisinde intihar eden kişilerin eğitim seviyeleri incelendiğinde bu kişilerin %1,9'unun okuma yazma bilmediği, %4,5'inin bir okul bitirmediği, %19,9'unun ilkokul mezunu, %36'sının ilköğretim, %23,5'inin lise ve dengi okul, %13,3'ünün ise yüksek öğretim mezunu olduğu yani bu grubun %62,3'ünün ilköğretim ve öncesi eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir (TÜİK, 2019).

Ayrıca düşük ve orta gelir seviyesine sahip ülkelerdeki insanların %75'inden daha fazlasının mental bozukluklarına ilişkin herhangi bir tedaviye ulaşamadıkları bilinmektedir (Evans-Lacko ve ark., 2018). Mental sağlığa ulaşım önündeki engeller arasında sağlık bakım hizmetlerine yönelik yetersiz yatırımlar, iyi eğitim almış sağlık uzmanların az oluşu ve sosyal etiketlenme gösterilmektedir.

Eğitim seviyesindeki düşüklüğün bir risk faktörü olarak ele alınmasının dışında, yapılan araştırmalar koruyucu bir faktör olduğunu da göstermektedir. Örneğin, Lannoy ve arkadaşlarının (2022) boylamsal İsveç veri kayıtlarını kullanarak 2.335.763 kişi ile yürüttükleri analizlere göre yüksek eğitimin intihar girişimi için koruyucu bir etkisi olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, eğitim seviyesinden bağımsız olarak okulların olumlu öğrenci-öğretmen ilişkilerini desteklemesi ve güvenli bir ortam sağlaması sebebiyle intihara karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Marraccini ve Brier, 2017). 1218 makalenin incelendiği bir meta analizde ise okulda güvenli hissetmenin, yüksek akademik başarının, ebeveynlerin öğrencilerin eğitimi ile ilgilenmesinin ve okullarda intiharı önleme programlarının olmasının koruyucu faktörler olduğu tespit edilmiştir (Marraccini ve ark., 2021).

2.1.7.5 Medeni Durum ve Romantik İlişkiler

Eşlerin günlük hayatta veya hastalık dönemlerinde birbirlerine duygusal ve işlevsel destek sağladığı bilinmektedir (Umberson ve Montez, 2010). Durkheim (1897) sosyal etkileşim ve intihar arasındaki ilişkilere dair de görüşler sunmuş ve intihar riskinin farklı medeni durumlar bakımından değiştiğini ileri sürmüştür. Bu görüşe göre evlilik bireylere duygusal destek sunması, sosyal etkileşim sağlaması ve bir stabilizasyon sunması gibi işlevleri ile bireylerin intihar riskini azaltmaktadır. Buna karşı bekar, ayrılmış veya eşini kaybetmiş bireylerin sosyal izolasyona bağlı olarak daha yüksek intihar riskine sahip olduğunu ileri sürmüştür. Bu görüş birçok çalışma ile desteklenmiştir.

Bununla birlikte Lorant ve arkadaşlarının (2005) 8 Avrupa ülkesinden topladıkları veriler ile gerçekleştirdiği bir çalışmaya göre evliliğin, ekonomik sorunların yarattığı intihar riskine karşı koruyucu bir göreve sahip olduğu bildirilmiştir. Norveç'te yapılan bir başka çalışma da yakın kişisel ilişki varlığının intihar riski için önemli bir koruyucu faktör olduğunu, ayrılma ve boşanma gibi durumların intihar riskini arttırdığını, evli ve/veya bir çocuğa sahip olmanın intihar riskini belirgin oranda düşürdüğünü ortaya koymuştur. Aynı

çalışmada evlilik ile cinsiyet, eğitim seviyesi ve intihar riskleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde; evlenmemiş ve boşanmış orta eğitilmiş erkeklerin intihar riskinin daha yüksek olduğu, en düşük eğitim seviyesine sahip erkeklerin ise medeni durum fark etmeksizin yüksek intihar riski taşıdığı bildirilmiştir. Benzer şekilde yüksek eğitilmiş erkeklerin ise medeni durumu fark etmeksizin düşük intihar riskine sahip olduğu raporlanmıştır (Øien ve ark., 2021). Kadınların eğitim seviyesi, medeni durumu ve intihar riski incelendiğinde erkeklerle benzer sonuçlar bulunmuştur. Ancak kadınların erkeklerden farklı olarak orta ve yüksek eğitime sahip olmalarının intihar riski bakımından anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür (Øien ve ark., 2021). Halen evli olmama durumunun eğitim seviyeleri fark etmeksizin kadınlar için intihar riski ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu, bu riskin ise boşanmış ve ayrılmış kadınlar için daha da arttığı bildirilmiştir. Bir başka deyişle evliliğin sona ermesinin her iki cinsiyet için de intihar riskini arttırdığı, en yüksek riskin ise boşanmış, ayrılmış düşük eğitim seviyesine sahip bireyler tarafından taşındığı bildirilmiştir (Øien ve ark., 2021).

Danimarka’da 1981-1997 yılları arasında yaşları 9 ile 103 arasında değişen 21.169 intihar davranışının incelendiği bir çalışmada bekar olmanın intihar için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Qin ve ark., 2003). Benzer bir başka sonuç, İngiltere ve Galler’de 1982-1996 yılları arasındaki intiharların medeni durum bakımından karşılaştırıldığı başka bir çalışmada da bulunmuştur (Yip ve Thorburn, 2004). Lorant ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü ve Belçika, Norveç, Avusturya ve İsviçre’nin içinde bulunduğu Avrupa ülkelerinin intihar risklerinin sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırıldığı çalışma da yine bekar olmanın intihar üzerinde bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir (Lorant ve ark., 2005).

Yukarıda ele alınan tüm bu verilerle birlikte, genç yetişkinlerin evlenmeyi ertelemesi (Vespa, 2017) sebebiyle beliren yetişkinlik döneminde intihar davranışı çalışılırken yalnızca medeni durum değil romantik bir ilişkiye sahip olma durumu da önemsenmektedir. Bu durum koruyucu faktör olarak romantik ilişki varlığının ele alınması açısından da önem taşımaktadır. Örneğin, genç yetişkinlerle yürütülen bir çalışmada bireylerin romantik ilişkileri, bu ilişkilerin nitelikleri ve intihar düşünceleri incelenmiş ve romantik bir ilişkiye sahip olmanın veya romantik partner ile yaşamının intihar düşüncesi üzerinde koruyucu bir etkisi olmadığı ancak romantik ilişkinin niteliğinin (iyi bir romantik ilişkinin düşük, kötü bir ilişkinin yüksek intihar riski ile ilişkili olması sebebiyle) intihar riskine karşı koruyucu olduğu raporlanmıştır (Still, 2021). Bu da

romantik ilişkilerde niteliğin önemini bir kez daha ortaya çıkarmıştır.

2.1.7.6 Dini Bir İnanca Sahip Olma

Birçok inanç sisteminde intihar hoş görülmemekle birlikte, intiharın Tanrı tarafından affedilmeyeceği insanlar için kaygı verici olabilmektedir (Eşsizoglu, 2019). Sercan (2019) “ölümden sonra yaşamın” devam ettiğine inanılan Şamanizm, Paganizm veya tek Tanrılı birçok dini inançtan birine sahip olmanın intihar ile ilişkisini “olumsuz olan yaşamdan uzaklaşıp, olumlu olan yaşama erken ulaşma” temel güdüsüyle açıklamıştır.

İslam dininde intiharın açık bir şekilde yasaklandığı görülmektedir. Kuran-ı Kerim’in Nisa Suresi’nde (4/29-30) “Kendi nefislerinizi de öldürmeyin. Doğrusu Allah size karşı çok merhametlidir” şeklinde bulunan Ayet ve Hz. Muhammet’in “Sizden önceki ümmetlerden birinde bir adamın yarası vardı. Bundan dolayı rahatsızlandı ve bir bıçak çıkarıp elini kopardı. Fakat elinden o kadar kan aktı ki sonunda öldü. Allah Teâlâ bunun üzerine şöyle buyurdu: “Kulum nefisine kıymakta benden aceleci davrandı. Ben de ona cenneti haram kıldım.” (Buhârî, Enbiyâ’ 50; Müslim, İman 181) şeklindeki aktarmaları İslamiyet’te intihar girişiminin kesin bir şekilde yasaklandığını göstermektedir.

Din ve intihar arasındaki ilişkiye dair pek çok farklı görüş sunulmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde dinin intihara karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğunu belirten çalışmalar (Perlman ve ark. 2011) olmasına rağmen dinin intihar riskini arttıran bir özelliğe sahip olduğunu savunan çalışmalar da (Zhao ve ark., 2012) mevcuttur. Bununla birlikte bazı çalışmalarda ise dini bir inanca sahip olmak ile intihar riski arasında riskli veya koruyucu bir etkiye sahip olduğunu gösteren bir ilişkinin olmadığı, bir başka ifade ile dini bir inanca sahip olmanın intihar riski bakımından farklılaşmadığı bildirilmektedir (Le ve ark., 2012). Bir derleme çalışmasının sonucuna göre ise dinin intihar düşüncesine karşı koruyucu bir faktör olmadığı ancak intihar girişimi ve tamamlanmış intihara karşı koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Lawrence ve ark., 2015).

Farklı dini inanç sistemlerinin intihar ile ilişkisini inceleyen bazı çalışmalara rastlamak mümkündür. Tayvan’da 4.000 kişinin katılımıyla yürütülen bir çalışmada Hristiyan inancına sahip bireylerin intihar düşünceleri ve girişimlerinin Budizm’e inanan insanlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Fang ve ark., 2011). Buna rağmen Malezya’da 20.552 kişinin katılımı ile yürütülen bir çalışmada Hindu dinine bağlı

bireylerin intihar düşüncelerinin Hristiyan inancına sahip bireylere kıyasla daha yüksek olduğu saptanırken, İslam dini ve Hristiyanlık arasında intihar düşüncesi bakımından anlamlı farklılıklar bulunamamıştır (Maniam ve ark., 2013). İsrail’de 3997 Yahudi ve 469 Müslüman ile yapılan nitel bir çalışmada Yahudi bireylerin intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarının Müslüman bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak intihar düşünceleri bakımından anlamlı farklılıklar bildirilmemiştir (Gal ve ark., 2012).

Aynı dini inanç içerisinde farklı mezhepler bakımından intihar ile ilişkili bulguların farklılık gösterdiği de görülmektedir. Bir çalışmada, muhafazakar Katolik bireylerin Protestan bireylere kıyasla daha düşük intihar oranlarına sahip olduğu tespit edilmiş ve bu durumun muhafazakar Katolik bireylerde intihar için risk faktörü olan alkol kullanımı ve diğer riskli davranışların daha düşük oranda olmasıyla açıklanabileceği aktarılmıştır (O’Reilly ve Rosato, 2015). Ayrıca, yine aynı çalışmada Roman Katolik ve Protestan bireylerin benzer intihar risklerine sahip olduğu saptanırken Muhafazakar Hristiyan bireylerin Katolik bireylere kıyasla daha düşük intihar riskine sahip olduğu bildirilmiştir.

İslamiyet ve intihar arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda Müslüman bireylerin daha düşük intihar prevalansına sahip olduğu bildirilmiştir (Stack ve Kposowa, 2011). İran’da yapılan yakın tarihli bir çalışmada bireylerin yoğun stresli yaşam olayları ve ağır psikiyatrik semptomlara sahip olduğunda dahi yüksek dini inancın koruyucu bir role sahip olduğu saptanmış, bu durum yüksek aile desteği ve başarılı problem çözme becerilerinin varlığında özellikle artmıştır (Baneshi ve ark., 2017). Öte yandan, ülkemizde 25 yaş ve altı 2.232 kişi ile yürütülen bir çalışmada dini bayramlarda intihar girişimlerinin çok daha yüksek olduğu saptanmış ve bu durumun günlük rutinlerin bozulması, aile içi etkileşimin ve çatışmaların artmasıyla açıklanabileceği aktarılmıştır (Akkaya-Kayacı ve ark., 2015). Aynı şekilde, çoğunlukla Müslümanların yaşadığı ülkelerde depresyon, obsesyon-kompulsiyon, karamsarlık, ölüm obsesyonu, anksiyete ve nevrozizmin batı kültürüne kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lester, 2006). Cinsiyetler arası farklılıklar incelendiğinde özellikle şeriat ile yönetilen ülkelerde ise toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların maruz kaldığı sosyal kontrol ve kısıtlı sosyal etkileşimin intihar için risk faktörü olduğu görülmekte (Aliverdinia ve Pridemore, 2009) ve şeriat ile yönetilen birçok Orta Doğu ülkesinde kadınların intihar oranlarının arttığı bildirilmektedir (Rezaeian, 2010). Ayrıca cinsiyet ve intihar oranlarıyla ilgili bir başka önemli bulgu ise Pakistan’da yürütülen bir çalışmada elde edilmiştir. Buna göre, Pakistan’da Müslüman bireylerin

sahip oldukları bazı alt kültürlerde tecavüze uğrayan veya uğramak üzere olan kadınların kendilere ve ailelerine utanç ve leke getirmemek adına intihar etmelerinin onurlu bir davranış olarak değerlendirildiği ortaya konmuştur (Aijaz ve Ambareen, 2014).

Özetle genel olarak dinin intihara karşı koruyucu bir etkisi olduğu kabul edilse de dinlerin bazı yönleriyle intihar için yüksek potansiyele sahip bir risk faktörü olduğu ve dini inanca sahip bireyler için intihar olasılığını arttırdığı bildirilmektedir (Gearing ve Alonzo, 2018).

2.1.7.7 Fiziksel Hastalıklar

Fiziksel sağlık da tıpkı ruh sağlığı gibi intihar ile ilişkili olup, fiziksel bir hastalığa sahip olmak intihar girişim ve risklerini arttırmaktadır (Bachmann, 2018). Fiziksel hastalıklar içerisinde birçok farklı tanı gösterilebilir. Bununla birlikte intihar ile ilişkili kronik hastalıklar içerisinde sıklıkla epilepsi (Tsigebrhan ve ark., 2017), astım (Vargas ve Robles 2018), sistemik lupus (Parperis ve ark., 2022) ve multiple skleroz (Barak-Corren ve ark., 2023) bildirilmektedir. Ayrıca kanser (Luo ve ark., 2022), kafa travmaları (Madsen ve ark., 2018), felç (Chung ve ark., 2016; Zhang ve ark., 2022) ve HIV enfeksiyonlarının da (Ruffieux ve ark., 2019) intihar ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

8.331 katılımcı ile yürütülen boylamsal bir çalışmada erken yetişkinlik döneminde olan bireylerin sağlık durumunun intihar düşüncesi üzerindeki yordayıcı rolü bildirilmiştir. Bununla birlikte ergenlikte zayıf sağlık durumunun artması ile genç yetişkindeki intihar düşüncelerinde artış olmadığı ancak orta yetişkinlik döneminde intihar düşünceleriyle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu durum sağlık problemlerinin şiddetinin artması ve düşük sosyal etkileşimin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (Graham ve Fenelon, 2023).

Ülkemizde kronik solunum yolu hastalığı, kronik endokrin hastalığı, kronik idrar yolu hastalığı ve kronik kalp-damar hastalığına sahip 286 katılımcının yer aldığı bir çalışmada kronik hastalıkların intihar girişimi ve depresyon için risk oluşturduğu, ayrıca zayıf mental sağlık, yaşam kalitesi, düşük sosyal destek ve düşük sosyoekonomik duruma sahip bireylerin depresyon ve intihar düşüncesi ve girişimi bakımından daha riskli olduğu bildirilmiştir (Gürhan ve ark., 2019).

ABD'deki yetişkinlerin COVID-19 pandemi sürecindeki intihar riskleri, depresyon

ve anksiyete bozuklukları inceleyen bir çalışmada toplam 3.431 katılımcı yer almıştır. Yürütülen bu çalışmada intihar riski en yüksek yaş aralığının 18-24 yaş aralığındaki bireylerden oluştuğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, çalışmanın 18-24 yaş aralığındaki katılımcıları, 2020 yılının Mayıs ve Haziran aylarında devam eden COVID-19 pandemisi sırasında intihar etmeyi ciddi bir şekilde düşündüklerini aktarmıştır (Czeisler ve ark., 2021).

Ayrıca, fiziksel engele sahip olmanın intihar için risk taşıdığı ve fiziksel engele sahip bireylerin diğer bireylere kıyasla daha yüksek intihar olasılığına sahip olduğu bildirilmiştir (Rahman ve ark., 2016). Bir başka çalışmada ise herhangi bir fiziksel engeli olan ve olmayan bireylerin intihar düşünceleri, intihar girişimi ve intihar planları karşılaştırılmış ve herhangi bir engele sahip bireylerin araştırılan tüm intihar davranışları bakımından çok daha yüksek riske sahip olduğu tespit edilmiştir (Marlow ve ark., 2021).

Yukarıda da değinildiği üzere fiziksel hastalık varlığı intihar açısından risk faktörü olarak bildirilmektedir. Bu nedenle fiziksel hastalıkları olan bireylerle yürütülen koruyucu sağlık çalışmaları büyük önem taşımaktadır. Örneğin, bir çalışmada bireylerin kronik hastalıklarla başa çıkarken hayata dair bir anlamın geliştirilmesi ve sürdürülmesinin önemli bir koruyucu işleve sahip olduğu vurgulanmaktadır (Lutzman ve Sommerfeld, 2023). Postural taşikardi sendromu tanısı almış yaşlı bireylerle yürütülen bir çalışmada ise yaşın koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Pederson ve Wagner, 2022). Bu durum yaşlı bireylerin genç yetişkinlere kıyasla fiziksel hastalıktan kaynaklanan zorlukları daha iyi yönetebilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini yardıma ihtiyaç duymadan gerçekleştirmeyi daha az önemsemesi ile ilişkilendirilmiştir (Onyeka ve ark., 2020). Bir başka koruyucu faktör ise bireylerin kronik hastalıkları boyunca deneyimledikleri fiziksel semptom sayısında artış olmasıdır. Buna göre fiziksel semptomların sayısının artması postural taşikardi sendromu gibi görünür olmayan hastalıkların inanılabilirliğini arttırmakta ve intihar riskini azaltmaktadır (Pederson ve Wagner, 2022).

2.1.7.8 Kronik Ağrı

Ağrı karmaşık bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Başka bir yaralanma veya bozukluk ile açıklanabilen ve üç aydan kısa süre devam eden ağrılar akut ağrı (Grichnik ve Ferrante, 1991), üç aydan uzun süre devam eden ve altta yatan bir tıbbi durumun tedavisine rağmen bireylerin iyilik hali ve işlevselliğini önemli derecede olumsuz

etkileyen, tekrarlayıcı ve kalıcı ağrı ise kronik ağrı olarak tanımlanmıştır (Merskey ve Bogduk, 1994). Bununla beraber pek çok çalışmada ağrı deneyiminin akut veya kronik olarak bir arada incelendiği de görülmektedir.

Kronik ağrı intihar için bir risk faktörü olup, kronik ağrı yaşayan insanların daha çok intihar düşüncelerine sahip olduğu bilinmektedir (Wilson ve ark., 2013; Rizvi ve ark., 2017; Hooley ve ark., 2014). Bununla birlikte kronik ağrının düşük yaşam kalitesi, depresyon ve uyku sorunları ile ilişkili olup intihar davranışları üzerinde yordayıcı role sahip olduğu raporlanmıştır (Bernert ve ark. 2014). Kronik ağrıya sahip 184 ergenin yer aldığı bir çalışmada katılımcılar ile yapılan klinik görüşmeler sonucu örneklemin %22.8'nin intihar eğilimine sahip olup, intihar puanları ile yüksek depresyon semptomları ve akran zorbalığı arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Wildeboer ve ark., 2023).

Kronik ağrı yaşayan bireylerle gerçekleştirilen kontrollü bir çalışmada, kronik ağrıya sahip grupta intihar oranlarının kontrol grubuna göre 2-3 kat daha yüksek olduğu ve daha sık intihar girişimleri yaşandığı bildirilmiştir (Campbell ve ark., 2016). İntihar düşüncesi ve girişimi üzerinde yürütülen başka bir çalışmada ise kronik ağrı ve intihar arasındaki ilişki psikiyatrik bozukluklar kontrol edildiğinde dahi anlamlı olmaya devam etmiştir (Ratcliffe ve ark., 2008). Mee ve arkadaşları (2006) kronik ağrı deneyimleyen bireylerin kişisel kayıp, finansal kayıp veya sosyal işlevselliğe bağlı kayıplar yaşamasına bağlı olarak maruz kaldığı stresin psikolojik acıyı arttırdığı ve böylelikle depresyon ve intihar eğiliminde de artışa sebep olduğunu bildirmiştir. Ergenler üzerinde yapılan boylamsal bir çalışmada kronik ve akut ağrının intihar riski arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ağrı deneyiminin ergenlerde intiharı iki kat arttırdığı, ağrının uzun vadede intihar üzerinde yordayıcı bir rolünün olduğu, depresyon ve intihar arasındaki ilişki anlamlı olmasına rağmen depresyonun intihar ve ağrı deneyimi arasındaki ilişkiyi ortadan kaldırmadığı bildirilmiştir (Hinze ve ark., 2019).

Bir derleme çalışmasına göre, kronik ağrının türüne bakılmaksızın, kronik ağrının intihar riski için önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Özellikle herhangi bir işte çalışmayan ve fiziksel bir engele sahip bireylerin intihar riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, zayıf mental sağlık durumu, uyku problemleri ve ağrı epizodları sıklığının, intihar için önemli faktörler olduğu ifade edilmiştir (Racine, 2018). Örneğin, küme baş ağrısı (Cluster headache) yaşayan 175 hasta ile yürütülen bir çalışmada atak sırasında katılımcıların %64.2'sinin pasif intihar düşüncesi, %35.8'inin aktif intihar düşüncesi, %5.8'inin intihar planı ve %2.3'ünün intihar girişimi olduğu bildirilmiştir. Bu

oranlar aktif ağrı nöbetlerinin olmadığı dönemlerde ise aktif intihar düşüncesi ve girişimi için %0; pasif intihar düşüncesi ve intihar planı için %1.9 şeklinde tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada kronik ağrının uzun ve kısa vadede intihar ile ilişkili bulunup, depresyon ve umutsuzluk riskini arttırdığı bildirilmiştir (Lee ve ark., 2019).

Özetle, kronik ağrının intihar açısından risk faktörü olarak bildirilmektedir. Kronik ağrı deneyimi olan bireylerle yürütülen koruyucu sağlık çalışmaları incelendiğinde çeşitli koruyucu faktörler göze çarpmaktadır. Örneğin, herhangi bir işte çalışma, eğitim görme veya emekli olma durumunun kronik ağrı deneyimleyen bireylerin intihar riskine karşı koruyucu bir etkisi olduğu bildirilmiştir (Racine ve ark., 2014). Bir başka çalışmada ise kronik ağrı deneyimi olan bireylerin baş etme becerileri incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları, ağrıyla baş etmeye yönelik bir umuda sahip olmanın ve dua etmenin intihar düşüncelerine karşı koruyucu olduğunu göstermiştir (Hewitt ve ark., 2006).

2.1.7.9 Alkol, Madde ve Sigara Kullanımı

Madde kullanım bozuklukları, ergenlerde intihar girişimi ve tamamlanmış intihar ile ilişkili olup komorbidite, intihar girişimleri ve madde kullanım bozuklukları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (Nock, 2014). Örneğin, bir derleme çalışmasında 12-24 yaş arasındaki bireylerin mental sağlıkları ve ilişkili risk faktörleri global olarak incelenmiş ve madde kullanımının mental sağlık üzerinde bir risk oluşturduğu bildirilmiştir (Patel, 2007).

Avusturalya’da yapılan bir çalışmaya göre 18 yaşından küçük ergenlerin takip eden 12 ay içerisinde en az bir psikiyatrik tanı veya madde kullanım bozukluğu tanısı alma oranlarının %14 olduğu, aynı riskin 18-24 yaş aralığındaki bireyler için %27 oranında olduğu bildirilmiştir (Sawyer ve ark., 2000).

Darke ve Ross (2002) da eroin kullanan bireylerin intihar oranlarını, risk ve koruyucu faktörleri incelemiş ve madde kullanımının tamamlanmış intihar oranlarını 14 kat arttığını bildirilmiştir. Literatür gözden geçirildiğinde madde türü ve intihar arasındaki ilişkiler incelenmiş ve kenevir kullanımının tek başına intihar için bir risk olmadığı ancak kokain ve metamfetaminin kullanıcıların %20’sinde intihar girişimi ve yine kullanıcıların yaklaşık üçte ikisinde intihar eğilimi ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (Vijayakumar ve ark., 2011; Darke ve ark., 2008). Alkol ve madde kullanım bozukluğunda tamamlanmış intihar oranlarının incelendiği 42 çalışmanın meta-analiz sonuçlarına göre de bu oranların

opioid kullanımı için 13 kat, çoklu madde kullanımı için 17 kat, intravenöz madde kullanımı için 14 kat ve alkol kullanımı için 10 kat arttırdığı bildirilmiştir (Flores ve ark. 2020). Yine aynı çalışmada intihar riskinin cinsiyetler arası farklılıkları alkol kullanım bozukluğu bakımından değerlendirilmiş ve alkol kullanım bozukluğunun kadınlarda intihar riskini 17, erkeklerde ise 5 kat arttırdığı görülmüştür.

Madde bağımlılığı tedavisi gören 527 opioid bağımlısı hasta ile yürütülen bir çalışmada katılımcıların %39'unun intihar girişimine sahip olduğu ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerin büyük oranda kadınlardan, ailede intihar öyküsü olan, çocukluk çağında travmaya maruz kalmış ve herhangi bir işe sahip olmayan insanlardan oluştuğu tespit edilmiştir (Roy, 2010). Aynı risk faktörleri kokain bağımlısı olan hastalar ile yürütülen bir çalışmanın sonuçlarıyla desteklenmiş, bununla birlikte kokain bağımlısı hastaların %43.5'inin intihar girişimi olduğu bildirilmiştir (Roy, 2009). Norveç'te yatılı ve ayaktan madde bağımlılığı tedavisi gören 260 hasta ile yürütülen bir çalışmada çoklu madde kullanımı olan hastaların %58'sinde yaşam boyu intihar girişimi bildirilirken bu oran yalnızca alkol bağımlısı olan grupla karşılaştırıldığında intihar girişim oranı %38 olarak tespit edilmiştir (Landheim ve ark., 2006).

Ülkemizde 1017 üniversite öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu düzeyinde değerlendiren kişilerin oranının %13.3 olduğu, tehlikeli alkol kullanımı ile bağımlılık belirtileri, sosyal anksiyetenin kaçınma boyutu, intihar düşünceleri ve depresyon seviyelerinin pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada üniversite öğrencilerinin depresyon, intihar düşüncesi ve dışadönüklüklerinin alkol kullanımı üzerinde yordayıcı bir rolü olduğu bildirilmiştir (Berbercuma, 2019). Üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir çalışmada alkol ile ilişkili değişkenler, depresif semptomlar ve intihar düşünceleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş ve üniversite öğrencilerinin intihar düşüncelerinde alkol kullanımının önemli bir yordayıcı rolü olduğu bildirilmiştir (Gauthier ve ark., 2017). Danimarka'da 18.000 kişi ile yürütülen 26 yıllık kohort bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan katılımcıların intihara bağlı ölümlerinin 8 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Flensburg-Madsen ve ark., 2009). Alkol kullanım bozukluğu olan 146 hasta ile yürütülen başka bir çalışmada ise yaşam boyu intihar girişimi yaygınlığı her iki cinsiyet için de yakın derecede %27 oranında bildirilmiş, bununla birlikte kullanım süresi ve şiddetinin erkeklerde intihar girişiminde önemli olduğu tespit edilmiştir (Pandey, 2022).

Ergenlikte sigara kullanımının genç yetişkinlikte intihar davranışı ile ilişkinin

incelendiği 7 yıllık bir çalışma 1330 ikiz (626 kadın, 704 erkek) katılımcı ile 14 ve 22 yaşlarında yarı yapılandırılmış çoklu tanısal görüşmeler yapılmıştır. Pek çok karıştırıcı değişkenin kontrol edildiği analizler sonucunda 14 yaşında sigara kullanımı olan grubun kullanımı olmayan gruba kıyasla 22 yaşında yakma ve kesme gibi kendini yaralama davranışlara sahip olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte günlük içilen sigara miktarı ile gelecekte bilerek kendine zarar verme eğilimi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, kadınlarda 14 yaşında sigara kullanımının 22 yaşında intihar düşüncesi üzerinde yordayıcı bir role sahip olduğu, ancak erkekler için anlamlı sonuçlar bulunmadığı bildirilmiştir (Evins ve ark., 2017).

İntihar riskine dair faktörlerin incelendiği bir çalışmada 14-20 yaş aralığındaki bireylerin alkol ve sigara kullanım durumları incelenmiştir. Buna göre geçen ay alkol kullandığını bildiren katılımcıların intihar riski, alkol kullanımı bildirmeyen katılımcılara kıyasla daha fazla bulunmuş, alkol kullanımı olan ve olmayan gruplarda intihar riskine dair yaygınlığın oranları ise sırasıyla %23.3 ve %11.6 şeklinde bildirilmiştir. Buna rağmen aynı çalışmada bireylerin sigara kullanım durumları ve intihar riski arasında bir ilişki görülmemiştir (Silva ve ark., 2023).

İntihar riski olarak değerlendirildiğinde sigara, alkol ve madde kullanımının önemli bir risk olduğu göze çarpmaktadır. Bu bağlamda bireylerin intihar risklerini azaltmak adına alkol ve madde kullanımının engellenmesi ya da düzenlenmesi için yapılan koruyucu sağlık çalışmaları incelendiğinde hijyen, beslenme, yaşam alanı, eğitim ve koruyucu sağlık sistemlerinde kapsamlı iyileştirmeler yapılması gerektiği görülmektedir (Zubrick ve ark., 1995). Ayrıca, psikiyatrik ve fiziksel bozukluklar için etkili klinik bakımın, klinik müdahalelere kolay erişimin, yardım arayışının desteklenmesinin, aile ve toplum desteğinin, problem çözme becerilerinin, dini ve kültürel inançların alkol ve madde kullanımı bulunan bireyler için koruyucu bir etki gösterdiği belirtilmektedir (Sher, 2006).

2.1.7.10 Algılanan Sosyal Destek ve İntihar İlişkisi

Sosyal desteğin tanımlanmasına ve kavramlaştırılmasına yönelik alanda yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. En çok kabul gören tanımlardan biri Cobb (1976) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre sosyal destek, bireylere sevildiklerine, önemsendiklerine, değer verildiklerine, karşılıklı sorumluluklarının olduğuna,

ilgilenildiklerine ve bir iletişim ağına ait olduklarına dair inanç sağlayan bilgiler şeklinde açıklanır (Cobb, 1976). Benzer bir tanımda sosyal destek bireylerin bir ihtiyaç anında diğer insanların kendilerine ne kadar destek olacağına dair inançları olduğu şeklinde tanımlanmıştır (Tarhan, 2012).

Bir başka tanıma göre ise sosyal destek, desteği veren veya alan kişi tarafından sağlanan en az iki kişi arasında geçen ve destek alanın iyilik halinin artırılması amacıyla yapılan kaynak alışverişi olarak tanımlanmıştır (Shumaker ve Brownell, 1984). Sosyal desteğin en az iki kişi arasında gerçekleşmesi yönüyle karşılıklı ve etkileşimli bir doğaya sahip olduğu ileri sürülmüş ve bu kavrama dair farklı yönler tanımlanmıştır. Bu tanımlanan yönler arasında sosyal desteğin alınması veya verilmesi şeklinde ele alınması, desteğin varlığı veya kullanılması, desteğin belirtilmesi veya destekten sonraki memnuniyetin değerlendirilmesi, desteğin içeriği ve biçimi ve son olarak desteğin hangi sosyal sitemlerden sağlandığı şeklinde örnekler gösterilebilir (Tardy, 1985).

Lin (1986) ise sosyal desteği algılanan sosyal destek ile toplum, sosyal ağlar ve güvenilir kişiler tarafından sağlanan araçsal veya ifadesel sosyal destek olmak üzere iki grupta ele almıştır. Benzer bir yaklaşım Feeney ve Collins (2014) tarafından da desteklenmiş ve sosyal destek kavramı “alınan” ve “algılanan” olarak incelenmiştir. Sosyal destek kavramı üzerinde önemli katkılar sunan Zimet ve arkadaşları (1988) sosyal desteğin tampon görevi gören ve doğrudan etkisi, desteğin doğası, desteğin iyileştirici etkisinin odağı ve iyilik halini sağlayan sosyal desteğin kimden alındığına dair konulara odaklanmıştır. Bu doğrultuda sosyal destek, aileden, arkadaşlardan veya flört, akraba, komşu, doktor gibi özel birinden algılanan sosyal destek olmak üzere gruplandırılmıştır (Zimet ve ark., 1988).

Goldsmith (2018) beliren yetişkinlik döneminde özellikle aile desteği üzerine görüşlerini sunmuştur. Buna göre, beliren yetişkinlik döneminde aileden alınan sosyal destek içerisinde zaman, ilgi ve finansal katkılar sunmak ile yetersiz kararlar almaya karşı savunmasız olan bu dönemdeki bireylere karşı kurtarıcı rolde olabilme yer almaktadır. Yine bu dönemde özel birinden alınan destek içerisinde bireylerin ihtiyaç anlarında yanında olmaları, üzüntü ve sevinçlerini paylaşabilmeleri, ilgi ve rahatlama kaynağı olmaları gösterilmiştir (Adamczyk, 2016).

Aktarılan bir görüşe göre sağlanan sosyal desteğin olumlu veya olumsuz etkileri olabilmektedir (Cohen ve Syme, 1985). Bununla birlikte sosyal desteğin bireylerin psikososyal iyilik hali üzerinde olumlu etkisi olduğu sıklıkla bildirilmiştir. Cohen ve Wills

(1985) bu görüşlerini stres tampon modelinde (the stress-buffering model) tanımlamıştır. Buna göre, sosyal destek bireylerin iyilik hali üzerindeki olumsuz etkileri olan stresi azaltmak için bir tampon işlevi görmektedir. Başka bir deyişle, sosyal destek özellikle de stres altında veya stresli yaşam olaylarıyla karşılaşan bireylere güçlü yönlerini koruma, yeniden kazandırma ve stresin potansiyel zararlı sonuçları azaltma yoluyla koruyucu bir göreve sahiptir (Ensel ve Lin 1991; Thoits, 2011).

Beliren yetişkinlerle yapılan bir çalışmaya göre bireylerin aile ve arkadaş desteği almaları özgüvenleri ile ruh sağlıklarını etkilemektedir (Szkody ve McKinney, 2019). Beliren yetişkinlerle yürütülen başka bir çalışmada bireylerin algıladıkları çok boyutlu sosyal destek ile yalnızlık ve stres arasındaki ilişki incelenmiş ve sosyal destek türünün yalnızlık ve stres üzerindeki koruyucu rolünün farklılaştığı bildirilmiştir. Başka bir ifade ile yalnızca arkadaş desteğinin stres ve yalnızlık arasındaki ilişkide bir tampon görevi gördüğü, stres kontrol edildiğinde ise yalnızlık ve sosyal destek arasındaki ilişkide romantik partner ve arkadaş ilişkilerinin anlamlı olmaya devam ettiği, aile desteğinin anlamsız olduğu bildirilmiştir (Lee ve Goldstein, 2015). Bu durum beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin arkadaş ve özel kişilerden aldıkları sosyal desteğin önemine işaret edilerek açıklanmıştır.

Birçok çalışmada sosyal desteğin intihar riski için koruyucu bir etkisi olduğunu bildirmiştir (Kleiman ve ark., 2013). Bu bağlamda, sosyal destek her yaş grubu içinde bir risk faktörü olarak değil, aksine bireyleri koruyan bir yapı olarak değerlendirilebilmektedir. Araştırmalar, aile, arkadaş ve topluluk gibi sosyal desteğinin mevcut oluşu, ergenler ve genç yetişkinlerin ruh sağlığı ile ilgili stres yaratan olaylarla etkili bir şekilde baş etmeleri açısından büyük öneme sahip olduğunu göstermektedir (Xi ve ark., 2019). Örneğin, geçmişte depresyon tanısı alan 114 gazi ile yürütülen bir çalışmada bireylerin kendilerini yük gibi algılamalarının depresyon, intihar düşüncesi ve riskini arttırdığı, arkadaşlardan alınan sosyal desteğin ise depresyon üzerinde koruyucu bir rolü olduğu bulunmuştur. Öte yandan, depresyon tanısı alan, kendini yük olarak algılayan ve aile, arkadaş sosyal desteği düşük grubun yüksek intihar riski taşıdığı bildirilmiştir (Bell ve ark., 2017). 23 Avrupa ülkesinin 75 farklı bölgesinde genel sosyal desteğin intihara karşı koruyucu etkisinin incelendiği bir çalışmada sosyal desteğin her iki cinsiyet için de intihara karşı koruyucu bir rolü olduğu, sosyal desteğin arttırılmasına yönelik müdahalelerin özellikle intihar riski yüksek ve sosyal desteği düşük bölgelerde yaşayan erkekler için daha etkili olacağı aktarılmıştır (Šedivya ve ark., 2017). 13.290 kişi

ile yürütülen 5 yıllık boylamsal bir çalışma da sosyal desteğin zamanla intihar düşüncesi için koruyucu bir faktör olup olmadığı ve cinsiyete bağlı farklılıklar incelenmiştir. Buna göre, kadınların erkeklere kıyasla; cinsiyetten bağımsız olarak düşük sosyal desteğe sahip grubun orta ve yüksek sosyal desteğe sahip gruba kıyasla daha yüksek intihar düşüncesine sahip olduğu bildirilmiştir. Sosyal desteğe dair bu bulgular sosyodemografik değişkenler kontrol edildiğinde anlamlı olmaya devam etmiştir. Aynı zamanda algılanan sosyal desteğin cinsiyetler arasında bir farklılık göstermediği de raporlanmıştır (Otten, 2022).

Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada daha önce intihar girişimi olan öğrencilerin daha zayıf bir sosyal destek sistemine ve intihar davranışlarına yönelik daha olumlu bir tutuma sahip olduğunu bildirmiş ve sosyal destek ile intihar riski arasında negatif yönde bir ilişki olduğu raporlanmıştır (Coppersmith ve ark., 2019). Bununla birlikte yaygın ve sık değişikliklerin yaşanması, azalan sosyal destek ve sosyal bağlantıların olması ve ergenlikten önceki zorlukların olması beliren yetişkinleri intihar riskine daha açık hale getirmektedir (Hooven ve diğerleri, 2012).

Genç yetişkinlerle yürütülen başka bir çalışmada desteğin, bireylerin intihar davranışı riskini azalttığı ve depresyonun intihar girişimi üzerindeki etkisini düzenlediği gösterilmiştir (Donald ve ark., 2006). Üniversite öğrencilerinde intiharı düşünmeye iten riskli yaşam olaylarını ve sosyal desteğin intihar riskine karşı koruyucu etkisini araştıran 4000 katılımcılı bir araştırmada sosyal desteğin hem intiharın kabul edilirliliğini azalttığı hem de intihar ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkide aracı etkiye sahip olup intihar riskini azalttığı bildirilmiştir (Chu ve ark., 2021). ABD ve İngiltere iş birliği ile yürütülen bir çalışmada bireylerin yaşam boyu intihar girişimleri ve sosyal destekleri arasındaki ilişki birçok psikopatoloji ve sosyodemografik değişken kontrol edilerek incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre sosyal destek bireylerin yaşam boyu intihar girişim olasılığını her iki örneklem (ABD ve İngiltere) için de azaltmıştır (Kleiman ve Liu, 2013).

Üniversite öğrencileriyle yürütülen başka bir çalışmada sosyal destek, dürtüsellik ve intihar riskleri araştırılmış ve sosyal desteğin dürtüsellik ile intihar riski arasındaki ilişkide düzenleyici bir role sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, yüksek dürtüselliğe sahip olan katılımcıların yüksek sosyal desteğe sahip olmaları durumunda intihar risklerinin daha düşük olduğu iletilmiştir (Kleiman, Riskind ve ark., 2012). Ergenlerle yürütülen bir çalışmada sosyal destek, intihar düşüncesi ve girişimi arasındaki ilişki incelenmiş ve duygularını ifade etmelerine izin veren destekleyici ailelere sahip

ergenlerin intihar girişimi ve düşüncesinin aile desteği düşük katılımcılara kıyasla daha az olduğu bulunmuştur (Winfree ve Jiang, 2010). Yine üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada intihar düşüncesi ve sosyal destek arasındaki ilişkide yük olma algısının aracı bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Hollingsworth ve ark., 2018).

Ülkemizde ergenlerle yapılan bir çalışmada kadınların intihar olasılığı, arkadaş ve özel birinden algılanan sosyal destekleri erkek katılımcılara göre daha yüksek bulunmuş, sosyal desteğe başvurmayan erkeklerin ise intihar olasılığının daha yüksek olduğu iletilip, etkili baş etme becerilerinin geliştirilmesi ile intihar olasılığının azaltılabileceği savunulmuştur (Cenkseven-Önder, 2018). 15-16 yaş aralığında 12.801 katılımcı ile yürütülen bir araştırmada stresli yaşam olaylarına maruz kalmanın ergen intiharını hem doğrudan hem de depresyon ve madde kullanım semptomlarını artırarak ve algılanan sosyal desteği azaltarak dolaylı olarak artırdığı belirlenmiştir (Yıldız ve ark., 2020). Buna karşıt olarak, benzer bir aracılık ilişkisini klinik örneklemle inceleyen başka bir çalışmada ise algılanan sosyal desteğin stresli yaşam olayları ve intihar girişimleri arasında aracı veya düzenleyici bir role sahip olmadığı ancak bu değişkenler ile anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur (Panesar ve ark., 2021).

Başka bir çalışmada ise beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal desteklerinin intihar düşünceleri ile arasında negatif bir ilişki olduğu ancak yalnızca aile desteğinin intihar düşüncelerini negatif yönde yordadığı bildirilmiştir. Bu durum, beliren yetişkinlik döneminde bireylerin aile desteği almalarının önemini vurgulamış ve sosyal destek aracılığı ile özyeterliliğin artmasının beliren yetişkinlik dönemindeki intihar düşüncelerine karşı koruyucu olacağı bildirilmiştir (Olatunji ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise sosyal destek arkadaş, aile, yakınlık ve sosyal aktiviteler olmak üzere türlerine ve seviyelerine göre dört ayrı grupta incelenmiştir. Buna göre, en düşük sosyal desteğe sahip grubun intihar riskinin diğer üç gruba kıyasla yaklaşık 4 kat daha fazla olduğu ve düşük sosyal destek bildiren grubun intihar riski yaygınlığının %38.1 olduğu bildirilmiştir (Silva ve ark., 2023).

1998 ve 2018 yılları arasında 1174 katılımcıdan toplanan veriler yürütülen boylamsal bir çalışmada beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin 19 yaşında algıladıkları sosyal destek ile 20 yaşına geldiklerinde sahip oldukları depresyon, anksiyete semptomları ve intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin 19 yaşında algıladıkları yüksek düzeyde sosyal desteğin 20 yaşına geldiklerinde sahip oldukları depresyon-anksiyete semptomları,

intihar düşüncesi ve girişimi ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar bireylerin 15-17 yaşlarında depresyon, anksiyete belirtileri, intihar girişimi ve düşüncesi gibi yaşadıkları mental sağlık sorunları ve aile yapısı ve sosyoekonomik durum değişkenleri kontrol edildiğinde dahi anlamlı kalmaya devam etmiştir.

Böylece beliren yetişkinlik döneminde algılanan sosyal desteğin, ergenlikte var olan intihar düşüncesi, intihar girişimi, depresyon ve anksiyete semptomları varlığından bağımsızlık olarak, bireylerin 20 yaşındaki ruh sağlığı ve intihar riski için koruyucu olduğu bildirilmiştir (Scardera ve ark., 2020).

2.1.7.11 Bireyin Kendinde veya Aile, Arkadaş gibi Sosyal Çevresinde Daha Önce İntihar Düşüncesi veya Girişimi Olması

Bireylerin geçmişte intihar girişimlerinde bulunmuş olmaları intihar riski üzerinde yordayıcı rolü olduğu bilinen önemli faktörlerden biridir (Evans ve ark., 2017; Çolak ve Özgüven, 2019). Bununla birlikte, intihar düşüncesinin, intihar girişiminin, intihar planını veya davranışının bir arada ele alınarak ifade edildiği “*intiharın en büyük yordayıcısı intihardır*” görüşüne de rastlamak mümkündür (Have ten ve ark., 2009). DSÖ’ye göre her bir tamamlanmış intihar olgusuna karşılık olarak 20 intihar girişimi olduğu tahmin edilmektedir. Literatür incelendiğinde de bu oranın her bir tamamlanmış intihara karşılık 30 intihar girişimi olduğunu aktaran çalışmalar mevcuttur (Bachmann, 2018). İntihar düşüncesi ve intihar davranışları sıklığının özellikle ergenlerde ve genç yetişkinlerde zirve yaptığı bildirilmiş, yaşam boyu yaygınlık oranları intihar düşüncesi için %33, intihar davranışı için ise %9.3’e kadar yükselebildiği tespit edilmiştir (Nock ve ark., 2013; Brezo ve ark., 2008). Bir görüşe göre, intihar düşüncesi olan ergenlerin üçte biri intihar girişiminde bulunmaktadır (Culpin, 2018). Yakın tarihli bir çalışma bireylerin geçmişte intihar girişiminde bulunması ile intihar riski arasında yakın ilişkiler bildirmiştir (Franklin ve ark., 2017).

Geçmiş bir yıl içinde intihar düşüncesi bildiren bireylerin 12 aylık süredeki intihar girişim yaygınlıklarının daha yüksek olduğu ve intihar planı yapmanın da yine önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Nock ve ark., 2013; Borges ve ark., 2010). Turner ve Kleiman (2018), klinik veya klinik olmayan örneklemdeki tamamlanmış intiharların birçoğunun fark edilmeden gerçekleştiğini ve intihar girişiminde bulunan bireylerin neredeyse yarısının ilk girişiminde hayatlarını kaybettiğini aktarmaktadır. Bu bilgi

Türkiye’de yapılan araştırma sonuçları ile de tutarlılık göstermektedir. Örneğin, Keten ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada Türkiye’de intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran hastaların %82.9’unun psikiyatrik değerlendirmeden geçmediğini raporlanmıştır. Oysa İngiltere’nin Ulusal Ruh Sağlığında İntihar ve Güvenliğe İlişkin Yıllık Raporu (2019) intihar sonucu yaşamını kaybetmiş bireylerin %28’inin yaşamını kaybetmeden önce bir mental sağlık kuruluşuna başvuru yaptığını belirtilmiştir. Üstelik, bireylerin intihar sonucu yaşamlarını kaybetmeden önceki 30 gün içerisinde birinci basamak sağlık merkezlerine başvurduğu bildirilmiştir (Pearson ve ark., 2009).

19-30 yaş aralığındaki bireylerin intihar girişimi, intihar düşüncesi, depresyon ve anksiyete tanıları arasındaki ilişkinin incelediği bir derlemede ergenlik döneminde intihar düşüncesine sahip olmak ile genç yetişkinlik döneminde intihar girişiminde bulunma arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Cantor ve ark., 2023). Ülkemizde aile sağlığı merkezine başvuru yapmış 507 kişi ile yürütülen bir çalışmada her dört katılımcıdan birinin depresyon tanısı aldığı, her sekiz katılımcıdan birinin ise intihar düşüncesine sahip olduğu ve yaşam boyu intihar düşüncesine sahip olan bireylerin olmayanlara kıyasla 5.24 kat daha fazla intihar düşüncesi riski gösterdiği bildirilmiştir (Balatacı, 2022).

Ergenler ile yürütülen bir çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde intihar düşüncesi olan ergenlerin yaklaşık üçte birinin takip eden bir yıl içinde intihar girişiminde bulunduğu öngörülmüştür (Nock ve ark., 2013). İntihar girişiminde bulunan ve acil servise başvurmuş bireylerin takip eden bir yıl içerisinde intihara bağlı ölüm yaygınlığının %1.6, tekrar eden intihar girişimi yaygınlığının %16.3 ve takip eden 5 yıl içinde intihar riskine dair yaygınlığı ise %3.9 olduğu bildirilmektedir (Carrol ve ark., 2014). Dört yıllık boylamsal bir çalışmada daha önce intihar girişimi olan erkeklerin, genel popülasyon ile kıyaslandığında sahip oldukları intihar riskinin 29 ile 55 kat arasında arttığı; kadınlarda ise bu oranın 50-77 kat daha fazla olduğu ve intihar sonucu hayatını kaybetmiş kişilerin %20- %25’inin daha önce intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Cooper ve ark, 2005). Başka bir çalışmada ise intihar riski, intihar düşüncesi ve girişimi bakımından değerlendirilmiş ve intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin yalnızca intihar düşüncesine sahip bireylere kıyasla daha yüksek intihar riskine sahip olduğu bildirilmiştir (Culpin ve ark., 2018).

Goldston ve arkadaşlarının (2015) klinik bir grupta yürüttükleri bir çalışmada geç ergenlik dönemindeki intihar girişimlerinin tekrarlandığı, daha sık intihar girişiminde bulunmanın girişimler arasındaki süreyi kısalttığı ve yaş arttıkça ölüm niyeti ile intihar

girişiminin de arttığı saptanmıştır. Beliren yetişkinlik döneminde yer alan bireylerle yürütülen bir çalışmada ise intihar riskine dair yaygınlığın %8.8 olduğu, intihar düşüncesine sahip katılımcıların %60'ının intihar planı yaptıkları, plan yapan bireylerin %45'inin ise intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir (Gomes ve ark., 2019).

Bireylerin aile, akraba, arkadaş gibi sosyal çevrelerinde intihar girişimi olması önemli bir diğer intihar risk faktörüdür (Rajalin ve ark., 2013). Shneidman (1972) her bir intiharın en az 6 kişiyi etkilediğini, Wroblewski (2002) ise her bir intihardan sonra 10 kişi bıraktığını bildirmiştir. Yakın tarihli bir çalışmaya göre ise her intiharın ortalama beş aile üyesini ve neredeyse 135 topluluk üyesini etkilediği belirlenmiştir (Levi-Belz ve Feigelman, 2021). Özgüven ve Eskin (2019) bireylerin aile üyelerinde psikiyatrik bir bozukluk olup olmadığı fark etmeksizin aile üyelerinden birinde intihar davranışının olmasının diğer üyeler için intihar riskini büyük ölçüde artırdığını ve birinci dereceden akrabalarda bulunan intihar davranış öyküsünün intihar için risk taşıyan bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Ailede intihar davranışının, diğer bireyler için intihar riskini artırdığı ve bu ilişkinin, psikiyatrik bozuklukların yol açtığı sorunlar ve düzensiz/olumsuz aile ortamının kontrol edildiğinde dahi anlamlı olduğu bildirilmiştir (Tondo ve ark., 2016).

Bir aile üyesini intihar sonucu kaybetmiş bireylerin psikolojik acı ve intihar risk seviyeleri kontrol grubuna kıyasla daha yüksek düzeyde bildirilmiştir ve psikolojik acının çevresel faktörlerle etkileşiminin intiharı tetiklediği saptanmıştır (Campos ve ark., 2018). Bununla birlikte aile, arkadaş, akraba gibi sosyal çevresinde intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihar riskinin benzer bir yaşantıya sahip olmayan kişilere kıyasla dört kat daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Brent ve ark., 1996). Benzer başka bir çalışmada ise duygudurum bozukluğu tanısı almış ve intihar girişimi olan ebeveynlere sahip çocukların intihar riskinin, intihar girişimi olmayan ebeveynlere sahip çocuklara kıyasla 6 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Brent ve ark., 2002). Campos ve Holden (2015) ailede intihar davranışına tanık olmanın ve psikolojik acının intihar riskini artırdığını, insanları intihar ve zorlu yaşam olaylarına karşı daha savunmasız hale getirdiğini bildirmiştir.

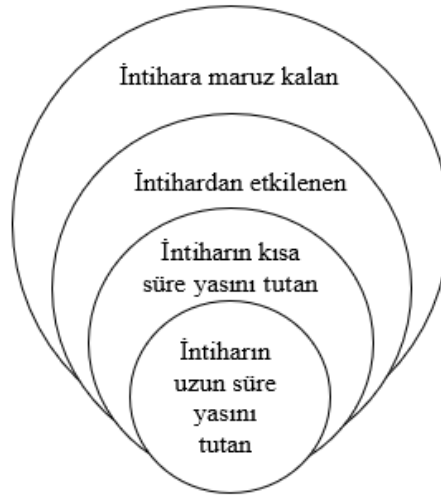
Bununla birlikte intihar sonucu bir kişinin ölümüne tanıklık etmenin bir diğer deyişle tamamlanmış bir intihara şahitlik etmenin yalnızca aile üyeleri için değil, toplumsal olarak da intihar riski ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Campos ve ark., 2018; Cerel ve ark., 2019). Buna göre tamamlanmış bir intihardan etkilenen insanların dört gruba ayrıldığı bildirilmektedir: intihar yasını uzun süreli tutanlar (aile ve yakın arkadaşlar), intihar yasını kısa süreli tutanlar (yaşıt, çalışma arkadaşı, öğretmenler ve uzun

sürekli bakım sağlayan sağlık ve sosyal hizmet uzmanları) intihardan etkilenenler (intihar sürecine doğrudan tanık eden aile, arkadaş, polis, toplum, ilk yardım uzmanları, intiharın bir parçası olan kişiler, komşular, öğretmenler, sınıf arkadaşları, iş arkadaşları, sağlık ve sosyal hizmet uzmanları) ve intihara maruz kalan kişiler (topluluklar, tanıdıklar, yerel, sosyal, dini gruplar ve sosyal medya bağlantıları/arkadaşlıkları). Şekil 2.1.7.11’de bu grupların İngiltere Halk Sağlığı Dairesi’nin İntihar Sonrası Destek: Yerel Hizmetler Sunma El Kitabı’nda nasıl gösterildiği paylaşılmıştır.

Literatür incelendiğinde intihar kaybı yaşayan bireylerin diğer yas grupları ve genel nüfusa kıyasla psikolojik zorluk ve sağlık sorunları yaşama riskinin çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Levi-Belz ve ark., 2023). Yakın tarihte yapılan bir araştırma sevilen birini intihar sonucu kaybetmiş bireylerin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerine sahip olduğu bildirilmiştir (Djelantik ve ark., 2017). Bireylerin intihar sonrası kayıplar ardından yüksek düzeylerde anksiyete ve depresyona sahip olduğu bildirilmektedir (Cerel ve ark., 2016; Levi-Belz ve Aisenberg, 2021; Levi-Belz ve Gilo, 2020). Ayrıca intihara bağlı ölümlerde görülen yasın, intihar dışı kayıplarda yaşanan yasa kıyasla daha fazla komplike/travmatik özelliğe sahip olduğu saptanmıştır (Kölves ve De Leo, 2018; Levi-Belz ve Lev-Ari, 2019). Ayrıca sevilen kişinin intiharına maruz kalmanın bireylerin eğitim ve meslek hayatı gibi psikososyal alanlarda olumsuz etkilere sahip olduğu, katılımcıların %80’inin eğitim ve meslek hayatını yarıda bırakma eğiliminde olup %8’inin ise sonlandırdığı ifade edilmektedir (Pitman ve ark., 2016). İntihar sonrası sevilen birinin kaybına dair tanık olan kişilerin deneyimledikleri duygular ile ilgili 3432 kişi ile yürütülen bir çalışmaya göre; sevdiklerini intihar sonucu kaybetmiş katılımcıların, sevdiklerini kaza, hastalık gibi doğal yollarla kaybeden diğer katılımcılara göre daha yüksek psikolojik acı, utanç ve suçluluk yaşadığı saptanmıştır (Pitman ve ark. 2016).

Sevilen bir kişinin intihar sebebiyle kaybetmiş kişilerin sıklıkla ifade ettiği suçluluk duygusunun içeriği hakkında görüşler sunan Grad ve Andriessen (2016) bir takım ortak sebepler sunmuştur. Bu sebepler arasında kişilerin intiharla ilgili ipuçlarını yakalayamamaları, intihara engel olamamaları, belli sebeplerden dolayı zamanında müdahale edememeleri (örneğin uzakta yaşamak ve intihar girişimi sırasında orada olmamak) ve uzun süredir var olan mental bozuklukların veya önceki intihar girişimlerinin farkında olmamaları yer almaktadır. Ayrıca, bireylerin kendilerini kişiyi intihara yönelten sebeplerinden biri olarak görmeleri ve kişinin intihar girişimine engel olmasını kendi bireysel sorumluluğu olduğu fikrine aşırı önem vermesi gibi sebepler utanç

ve suçluluk duygularına sebep olmaktadır. Bir başka suçluluk duygusu ise intiharın ölen kişinin sahip olduğu kronik fiziksel ve duygusal acılarına son verdiğini düşüncesinin kendilerinde yarattığı rahatlama hissiyle ilişkilendirilmiştir (Grad ve Andriessen, 2016).



Şekil 2.1.7.11 İngiltere Halk Sağlığı 2016 tarihli İntihar Sonrası Destek: Yerel Hizmetler Sunma El Kitabı'nda yer alan Cerel ve arkadaşlarının (2014) intihardan etkilenme düzeylerini ele aldığı gruplamaya dair model.

Sevdikleri birini intihar yoluyla kaybetmiş bireyler ile yürütülen bir çalışmada maneviyatın iyileştirici bir kaynak olduğu ve damgalanmaya karşı koruyucu bir etkisi olduğu bildirilmiştir (Cepulien ve Skruibi, 2022). Bir başka koruyucu etken ise intihar kaynaklı yas gruplarında bulunma ve bu gruplarda lider olarak aktif katılım sağlamaktır (Higgins ve ark., 2022). Yas grupları ile yapılan bir çalışmada bireylerin iyilik halinde ve yas tepkilerinde önemli gelişmeler olduğu, aidiyet duygularının arttığı, grupta bulunmanın kendilerine sosyal destek ve umut sağladığı belirlenmiştir (Griffin ve ark., 2022).

2.1.7.12 Psikopatoloji

Dünya çapındaki yetişkinlerin %30'unun herhangi bir ruhsal bozukluk için tanı kriterlerini karşıladığı tahmin edilmektedir (Rees ve ark., 2014). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili (1998) çalışmasında ise ülkemizde nüfusun %18'inin yaşam boyu en az bir ruhsal bozukluk yaşadığı ve yetişkinlerde herhangi bir ruhsal bozukluk bulunma sıklığının %17.2 olduğu tespit

edilmiştir (Kılıç, 2020). 5 milyon 940 bin 778 kişinin verisi üzerinden yürütülen bir çalışmada yaş ve cinsiyet kontrol edildikten sonra tüm mental bozuklukların diğer mental bozukluklar için risk oluşturduğu, bazı bozuklukların ileride başka bozuklukların gelişimi için son derece yüksek risk taşıdığı (örneğin 20 yaşından önce duygudurum bozukluğu tanısı alan erkeklerin %30.6'sı, kadınların ise %38.4'ünün takip eden 5 yıl içerisinde nevrotik bozukluklar geliştirdiği) tespit edilmiştir (Plana-Ripoll ve ark., 2019). Ruhsal bozukluklarda komorbidite ise intihar riskini arttıran önemli faktörlerden biridir (Bachman, 2018).

Zayıf ruh sağlığının birçok gelişim ve sağlık sorunu, zayıf cinsel sağlık, şiddet, madde kullanımı, düşük akademik başarı (Patel ve ark., 2019) ve yüksek intihar riski (Holmstrand ve ark., 2015) ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bununla beraber psikiyatrik bozuklukların tüm intiharların %60 ile %80'ini oluşturduğu düşünülmektedir (Röcker ve ark., 2015; Barrimi ve ark., 2021).

21. yüzyılda doğal olmayan yollarla gerçekleşmiş ölümlerin %30'unun depresyon, %18'sinin madde kullanım bozukluğu, %14'ünün şizofreni, % 13'ünün ise kişilik bozukluklarından dolayı olduğu bildirilmiştir (Bertolote ve ark., 2004). Bununla beraber çalışmalar yataklı tedavi olan ve ayaktan tedavi olan hastalar üzerinde farklı intihar riskleri bildirmektedir. Buna göre yatarak psikiyatrik tedavi gören hastaların intiharlarının %45'i şizofreni ve organik mental bozukluklarla ilişkili bulunmuşken, ayaktan psikiyatrik tedavi alan hastaların intiharlarının %32'si depresyon, madde kullanımı, anksiyete, uyum ve somatoform bozukluklarından oluşmaktadır (Bertolote ve ark., 2003).

Bachmann da (2018), intihar epidemiyolojisini psikiyatrik bir çerçeveden incelediği çalışmasında intiharların büyük bir bölümünün psikiyatrik bozuklukların oluşturduğunu, genel topluma kıyasla psikiyatrik vakaların intihar riskinin 10 kat kadar daha yüksek olduğunu, ayakta tedavi gören hastaların intiharlarına duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı, TSSB, uyum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları ile ilişkiliyken yatarak tedavi gören hastaların intiharlarının daha çok şizofreni, duygudurum bozuklukları ve organik mental bozukluklarla ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Ergenlerle yürütülen bir çalışmada intihar düşüncesine sahip katılımcıların %89.3'ünde psikopatoloji saptanırken bu oran intihar girişiminde bulunan katılımcılar için %96 olmuştur. Bununla birlikte intihar ile ilişkili psikopatolojiler içerisinde en sık gözlemlenenler ise sırasıyla majör depresyon, fobik bozukluk, karşıt olma/karşıt gelme bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu ve yeme bozuklukları

şeklinde (Nock ve ark., 2013).

12-26 yaş aralığında toplam 25 bin 354 katılımcının yer aldığı araştırmaların incelendiği bir derleme çalışmasında herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmanın daha yüksek intihar riski ve intihar girişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu ilişki içerisinde özellikle duygudurum bozuklukları bildirilmiş ve psikiyatrik eş tanılarının intihar girişimi için öncül risk faktörleri oldukları iletilmiştir (Gill, 2019). Ergenlik ve beliren yetişkinlik dönemlerinde bulunan 14-20 yaş aralığındaki bireylerle yürütülen bir çalışmada bireylerin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri düşük ve yüksek olmak üzere iki kategoride incelenmiştir. Buna göre, daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres bildiren katılımcıların intihar girişim risklerinin daha yüksek olduğu, yaygınlıklarının ise yüksek grup için %54.1 düşük grup için ise %7.6 olduğu raporlanmıştır (Silva ve ark., 2023).

Beliren yetişkinlik döneminde yer alan bireylerle yürütülen bir çalışmaya göre çalışmada yer alan katılımcıların %20'sinin en az bir ruhsal bozukluğa ve %8.8'sinin ise intihar riskine sahip olduğu bildirilmiştir. Bildirilen ruhsal bozukluklar arasında en sık yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu yer almıştır. Bununla birlikte majör depresyon ve TSSB tanılarının yüksek intihar riski ile yakından ilişkili olduğu, tanı sayısı ile intihar riski arasında doğru orantı olduğu aktarılmıştır (Gomes ve ark., 2019).

19-30 yaş aralığındaki bireylerin intihar girişimi, intihar düşüncesi, depresyon ve anksiyete tanıları arasındaki ilişkinin incelediği bir derlemede ergenlik dönemindeki intihar düşüncesi ile genç yetişkinlik dönemindeki depresyon ve anksiyete tanıları arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Cantor ve ark., 2023). Bununla birlikte beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin psikiyatrik hastalıklarının nüks etmesinin intihar riskini arttırdığı, erken süreçte psikiyatrik tedavi almanın ruh sağlığını artırıp intihar riskini azaltmaya yardımcı olabileceği aktarılmıştır (Gomes ve ark., 2019). Bu nedenle, özellikle ergen bireylerde psikiyatrik ve psikolojik hastalıkların erken dönemde tespit edilmesi ve bireylerin uygun tedaviyi almaları, özellikle intihar riski açısından düşünüldüğünde en önemli koruyucu faktörlerden biri olarak değerlendirilebilir.

2.2 Depresyon

Bu bölümde araştırmanın bir diğer değişkeni olan depresyonun tanım, semptomatolojisi, epidemiyolojisi ve intihar ile ilişkisi paylaşılmıştır.

2.2.1 Depresyon Tanımı ve Semptomatolojisi

Bireylerde belli bir zaman dilimi sürecinde mevcut olan ve çeşitli sebeplere bağlı olarak zamanla değişim gösteren duygulara “duygudurum” denir (APA, 2023). APA’ya göre (2023) duygudurum; saatler, günler veya haftalarca sürebilen, düşük yoğunlukta ve genellikle bireylerin ne tarafından tetiklendiğini bilmedikleri duygusal bir tepki verme eğilimidir. Duygudurumunda birtakım bozulmaların olması ise duygudurum bozuklukları ile karakterizedir (APA, 2023).

Duygudurumları nitelik/tip, tepkisellik, yoğunluk, kararlılık/süre gibi farklı parametrelere göre değerlendirilmektedir. Duygudurum nitelikleri/tipleri genellikle bireylerin öz bildirimine bağlı duygusal durum ile ifade edilir (Çelik ve Hocaoglu, 2016). DSM-IV (1994) ise patolojik duygudurum tipleri arasında deprese, kızgın/irritabl, anksiyeteli ve öforik duygudurumu tanımlamıştır. Bununla birlikte, depresyon kavramı genellikle bir sendrom veya duygudurum bozukluğu olarak değerlendirilmekte ve bir tanı ölçütü olarak önem taşımaktadır (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Bu doğrultuda DSM-5 incelendiğinde depresyon bozuklukları içerisinde yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, yeğin (majör) depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), premenstrüel (aybaşı) disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış veya tanımlanmamış depresyon bozukluğu yer almaktadır (2013).

Majör depresyon bozukluğu bu kümede yer alan diğer bozukluklara kıyasla en bilindik bozukluktur (Köroğlu, 2016). DSM-5 incelendiğinde majör depresyon bozukluğunun tanı kriterleri iki haftalık dönem içerisinde neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde çökkün duygudurum, etkinliklere karşı ilgide azalma veya zevk alamama, herhangi bir uğraş gerekmeksizin kilo verme, azalan veya artan yeme isteği, uykusuzluk veya aşırı uyuma, ajitasyon veya yavaşlama, bitkinlik, düşük enerji seviyesi, aşırı ve uygunsuz değersizlik, suçluluk duyguları, odaklanma zorlukları, kararsızlık yaşama ve yineleyici ölüm düşüncelerinden beş veya daha fazlasının olması ve işlevsellik düzeyinde belirgin bir düşüş olması şeklindedir (DSM-5, 2013). Ayrıca, depresyon bozukluğu şiddetine (hafif, orta, ağır), eşlik eden özelliklerine (psikotik özellikli olup olmaması), tam veya kısmi remisyon süreçleri ve tek sefer veya tekrarlayan şekilde olma özelliklerine göre değerlendirilebilmektedir (ICD-10, 2013).

2.2.2 Depresyonun Epidemiyolojisi

DSÖ (2023) tüm dünyada yaklaşık 280 milyon insanın depresyona sahip olduğunu bildirmiştir. Buna göre genel nüfusun tahminen %3.8'i, yetişkinlerin %5'i (erkeklerde %4 ve kadınlarda %6) ve 60 yaşından büyük yetişkinlerin %5.7'si depresyon yaşamaktadır. Choi ve arkadaşları (2019) depresyonun yaşam boyu prevalansını %10.8 olarak belirtmiş ve en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu aktarmıştır. Başka bir çalışmada majör depresyon bozukluğunun bir yıllık görülme sıklığı yaklaşık %7 şeklinde bildirilmiş ve bu yaygınlığın farklı yaş gruplarında değişiklik gösterdiği ifade edilmiştir. Buna göre, 18-29 yaş arasındaki bireylerin depresyon yaygınlığı açısından 60 ve üzeri yaştaki bireylere kıyasla 3 kat daha riskli olduğu aktarılmıştır (Shoib ve ark., 2022). Bununla birlikte herhangi bir depresif belirti yaşayan yetişkinlerin %21'i 18-29 yaş, %18.4'ü 45-65 yaş, %18.4'ü 65 yaş ve üzeri, %16.8'i ise 30-44 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır (Villarroel ve Terlizzi, 2020).

Türkiye'deki veriler incelendiğinde 630 binden fazla kişinin depresyon tanısı aldığı ve son 20 yılda depresyon prevalansının 2.5 kat arttığı bildirilmiştir (DSÖ, 2019). Cinsiyetler arası farklılıklar gözetildiğinde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili (1998) araştırması depresif bozuklukların kadınlarda görülme sıklığını %10 şeklinde raporlarken bu oran erkekler için yaklaşık olarak %4 şeklinde bildirilmiştir. Benzer başka bir görüşe göre kadınlarda özellikle erken ergenlik döneminde başlamak üzere erkeklere kıyasla depresyon görülme sıklığı 1.5-3 kat daha yüksektir (Köroğlu, 2016).

Bir derleme çalışmasında kadınların depresyon sıklığı erkeklere oranla %50 daha fazla olup, dünya çapında hamile kadınların ve yeni doğum yapmış kadınların %10'undan daha fazlasının depresyon deneyimlediği raporlanmıştır (Woody ve ark., 2017). Yakın tarihli bir çalışmada ise depresyon yaygınlığının kadınlarda %13 erkeklerde ise %8 şeklinde bildirilmiştir (Kafes, 2021). Bununla birlikte, hayatlarının herhangi bir döneminde majör depresyon tanı almış bireylerin %50'sinden fazlasının yaşam boyu tekrar depresyon tanısı alma olasılığının yaklaşık %85'lere kadar çıktığı bildirilmiştir (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Depresyon şiddeti yönünden karşılaştırıldığında ise kadınların hafif, orta ve ağır depresyon türlerinin her birinde erkeklere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğu bildirilmiştir. Depresyon şiddetine göre karşılaştırıldığında yaygınlık oranları hafif depresyon için kadınlar %13.4, erkekler %9.6; orta depresyon için kadınlar

%4.9, erkekler %3.4; ağır depresyon için kadınlar %3.5 ve erkekler %2.1 şeklinde raporlanmıştır (Villarroel ve Terlizzi, 2020).

Yaş kriteri bakımından incelendiğinde her cinsiyet için de depresif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 25 olarak bildirilmiştir (Bromet ve ark., 2011). En yüksek riskin orta ve geç ergenlik şeklinde tanımlanabilecek 14-20 yaş aralığında olduğu vurgulanmaktadır (Bromet ve ark., 2011). Ülkemizde yakın tarihte yapılan bir çalışma ise yaş grupları fark etmeksizin kadınların erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha fazla depresyon yaygınlığına sahip olduğu bulunmuştur (Darol ve Karapınar, 2022).

2.2.3 Depresyon ve İntihar İlişkisi

Daha önce ifade edildiği gibi intihar ve psikopatoloji arasındaki ilişki incelendiğinde en yakından ilişkili olduğu kavramın depresyon olduğu göze çarpmaktadır (Okan ve ark., 2023). Tamamlanmış intiharların yarısı depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları ile ilişkilidir (ICD-1, F3). Klinik ve klinik olmayan grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada klinik grubun intihar riskinin 20 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lépine ve ark., 2011). Yakın tarihli yapılan bir derleme çalışması majör depresif bozukluk tanısı alan bireylerin yaşam boyu intihar girişimi prevalansını %31 (Dong ve ark., 2019), intihar düşüncesi prevalansını ise %38 (Cai ve ark., 2021) olarak bildirmiştir. Başka bir çalışmada depresyonun toplumdaki intihar riskini 2-30 kat kadar arttırdığı ve depresyon tanılı hastaların diğer psikiyatrik tanılı hastalara kıyasla en yüksek intihar riskine sahip olduğu iletilmektedir (Ak ve ark., 2013). Ülkemizde 120 depresyon hastasıyla yürütülen bir çalışmada depresif belirtiler ve intihar düşünceleri arasında güçlü bir ilişki olduğu, çocukluk çağı travmalarının depresyon şiddetini etkilediği ve işlevsel olmayan baş etme tutumlarının hastalık tablosunu olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Üzel ve İnci, 2020).

Yakın tarihli bir çalışmada 406 yetişkinin intihar olasılığı incelenmiş ve bireylerin depresyon seviyesi ile intihar olasılığı arasında orta güçte anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca, depresyon seviyesinin artmasıyla intihar düşüncesinin, umutsuzluğun ve intihar olasılığının da arttığı belirlenmiştir (Çakır, 2021). İntihar davranışı olan ve olmayan depresyon tanılı 118 ergen ile yürütülen kontrollü bir çalışmada intihar davranışı olan ergenlerin, intihar davranışı olmayan ve depresyon tanısı almayan katılımcılara kıyasla daha yüksek intihar olasılığına sahip olduğu bildirilmiştir (Akar, 2021). Buna rağmen

literatür incelendiğinde ülkemizde ergenlerin intihar girişimi ve depresyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olmadığını aktaran çalışmalara da rastlanabilmektedir (Çuhadaroğlu ve Sonuvar, 1993).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 155 hastanın intihar olasılığı ile ilişkili sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Araştırmanın sonucu depresyon tanısı alan hastaların intihar olasılığı puanlarının depresyon tanısı almayan hastalara kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Sabancıoğlu, ve ark. 2015). Öte yandan depresyon ve umutsuzluğun intihar davranışını yordayıcı rolünün yetersiz olduğu bildirilip depresyon hastalarında intihar riskinin çok daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (Demirkol ve ark., 2019).

İntihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış majör depresif bozukluk tanılı hastaların intihar düşünceleri, kaygı, umutsuzluk ve işlevsellik düzeyi incelenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde tedaviye dirençli depresyon hastaları ve yatarak tedavi gören hastaların intihar girişim oranının %17’ya kadar ulaştığı belirlenmiştir. Ayrıca, intihar girişiminde bulunan depresyon tanılı hastaların daha yüksek umutsuzluk ve intihar düşüncesine sahip olduğu raporlanmıştır. Bununla birlikte, intihar girişiminde bulunan hastaların umutsuzluk, sosyal uyum, intihar düşüncesi ve mesleki işlevsellik ile ilgili sorunlarının remisyon dönemlerinde dahi devam ettiği bildirilmiştir (Kale ve ark., 2018).

Yapılan çalışmalar ergenlik dönemindeki bir depresyon yaşantısının yetişkinlik ve beliren yetişkinlik döneminde deneyimlenen depresyon ve intihar düşüncesi ve riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Johnson ve ark., 2018). Johnson ve arkadaşları (2018) ergenlik döneminde bulunan depresyon tanısı ile yetişkinlik dönemindeki psikolojik sağlık sorunları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu derleme çalışmasında bireylerin ergenlik döneminde depresyon tanısı almaları durumunda yetişkinlik dönemlerinde depresyon, intihar riski ve anksiyete bozukluğu tanısı alma riskinin yüksek seviyede olduğu raporlanmıştır.

Ergenlik döneminde deneyimlenen depresyonun yetişkinlik dönemindeki olası çıktılarını inceleyen başka bir çalışmada, depresyon prevalansı ergenlikte %38.8, yetişkinlikte ise %37.7 şeklinde bildirilmiştir. Bununla birlikte, ergenlik döneminde depresyon yaşayan katılımcıların, yetişkinlik dönemindeki intihar düşüncesi yaygınlığı %13.1 olarak tespit edilirken, bu oran intihar girişimi için %6 olarak belirlenmiştir (Jonsson ve ark., 2011). Benzer başka bir çalışmada ergenlik döneminde depresyon prevalansı %18.4, beliren yetişkinlik döneminde depresyon prevalansı ise %21.3 şeklinde

raporlanmıştır. Ayrıca, ergenlik döneminde depresyon tanısı olan bireylerin yetişkinlik döneminde intihar düşüncesine sahip olma prevalansı %12.2 olarak tespit edilmiştir (Fergusson ve ark., 2005).

Katılımcıların yaş ortalaması 16.6 olan kohort bir çalışmada ergenlik dönemindeki depresyon yaygınlığı %17.4; beliren yetişkinlik dönemindeki depresyon yaygınlığı ise %19.8 olarak bildirilmiştir. Çalışmada ergenlik dönemindeki depresyonun, erken yetişkinlik ve beliren yetişkinlik dönemlerindeki intihar girişimleri üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Briere ve ark., 2014).

2.3 Çocukluk Çağı Travmaları

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5, APA, 2013), travmatik sayılabilecek durumlar ele alınmıştır. Bu durumlar içerisinde, bir veya daha fazla ölüme, yaralanmaya, cinsel şiddete veya tehdide maruz kalma, travmatik olaylara doğrudan maruz kalma veya tanık olma, yakın aile üyelerinin veya arkadaşların travma yaşadığını öğrenme ve travmatik olayların zorlayıcı detaylarına tekrar veya aşırı şekilde maruz kalmak yer almaktadır.

Psikotravma alanında, olayların travmatik olarak değerlendirilmesi konusundaki anlaşmazlık devam etmektedir. Bu doğrultuda bireylerin yaşadıkları olayı ne ölçüde travmatik olarak değerlendirdiği ve o olayın güncel travma tanımına ne ölçüde uyması gerektiği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır (Kubany ve ark., 2010). Günlük yaşamda karşılaşılan zorlayıcı ve stresli olayları travmatik olaylardan ayırt etmek, travma tanımlarını, yaygınlık çalışmalarını ve travma kavramını doğru anlamak bakımından önemlidir. Briere ve Scott (2021)'e göre bir olayı travmatik yapan, bireyin olay karşısında yetersiz baş etme becerilerine sahip olması, yaşanan olayın ardından uzun süreli psikolojik belirtilere neden olması ve yoğun bir sıkıntı vermesidir. APA (2023) bireylerin travmatik olaylardan hemen sonra inkar ve şok içerisinde olmalarını tipik olarak değerlendirmiş ve bireylerin travma sonrası yeniden yaşama deneyimleri, öngörülemeyen duygular, fiziksel belirtiler ve karmaşık ilişkiler yaşadıkları bildirilmiştir

Birçok farklı travma türü ve sınıflandırması olmakla birlikte travmaların yaygın olarak kazalar, doğal afetler veya kasıtlı bir biçimde insan eliyle meydana getirilenler olmak üzere üç ana başlıkta ele alındığı görülmektedir (Savi-Çakar, 2021). Başka bir görüş, travma yaşantılarını ihmal ve istismar şeklinde ele alınmakta, aktif bir şekilde

fiziksel veya duygusal olarak zarar verme, hırpalama ve aşağılama durumunu istismar (Kaplan ve ark., 1996), pasif şekilde gerçekleşen bireylerin mahrum bırakılması, biyolojik sosyal ve psikolojik ihtiyaçları karşılamama veya yok sayma ile örselemeyi ise ihmal (Kaya-Kılıç, 2019) olarak değerlendirmektedir. Yapılan başka bir sınıflandırmaya göre travmadan etkilenen kişinin kim veya kimler olduğuna bağlı olarak travmaları toplumsal veya bireysel olarak sınıflandırmak da mümkündür (Öztürk, 2019).

Genel olarak ihmal ve istismar olarak iki grupta değerlendirilen travmalar, birçok çalışmada fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal şeklinde beş ayrı grupta incelenir (Bernstein ve ark., 1994; Bernstein ve ark., 2003; Şar ve ark., 2012). Travmanın ihmal, istismar veya alt türleri bakımından içeriği farklı etmeksizin bireylerin çocukluk ve ergenlik döneminde travmaya maruz kalması veya tanık olması çocukluk çağı travmaları veya çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2020).

2.3.1 Cinsel İstismar

Aktif bir travma türü olarak nitelendirilen cinsel istismar birçok farklı tanıma sahip olması yönüyle farklı nitelikteki davranışları kapsamaktadır. DSÖ (2020) tanımına göre çocukluk çağı cinsel istismarı, onay gösterebilecekleri bir gelişim düzeyine sahip olmayan çocuk ve ergenlerin yaşanan olayla alakalı süreçleri tam olarak anlayamayacağı bir dönemde cinsel içerikli etkinliklere dahil edilmesidir. Başka bir tanıma göre olayı anlama kapasitesine henüz sahip olmayan çocuk ve ergenlerin sosyal ve aile etliğini ihmal ederek cinsel rollere teşebbüs içeren eylemlere dahil edildiği her durum cinsel istismar olarak tanımlanmıştır (Mathews ve Collin-Vézina., 2019).

Literatür incelendiğinde cinsel istismarın bazı uzmanlar tarafından “temas içeren” ve “temas içermeyen” olmak üzere iki ayrı kategoride ele alınabildiği görülmektedir. Bu yaklaşımı benimsemiş olan uzmanlardan Kaplan ve arkadaşları (1996), çocuk veya ergenin bir yetişkin tarafından cinsel içerikli sözel tacize, teşhirciliğe ve röntgenciliğe maruz kalması veya cinsel bir ilişkiye tanık edilmesini temas içermeyen cinsel istismar olarak değerlendirmiştir. Öte yandan, çocuğa veya ergene bir yetişkin tarafından cinsel haz elde etmek amacıyla dokunulması, pornografik içeriklere dahil edilmesi tecavüz edilmesi, çocuk veya ergenin zorla fuhuşa sürüklenmesi ise temas içeren cinsel istismar olarak nitelendirilmiştir (Kaplan ve ark., 1999). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve

İhmali Merkezi (NCCAN: The National Center on Child Abuse and Neglect) cinsel istismar olarak değerlendirilen eylemleri bir yetişkin tarafından çocuk veya ergene karşı cinsel içerikli konuşmalarda bulunmak, kendi cinsel organını göstermek, çocuk veya ergenin cinsel organına dokunmak, ağız yoluyla çocuğun cinsel organlarına temas etmek veya kendine temas edilmesini istemek, anal veya vajinal yolla cinsel birleşme denemek, organlara sürtünme veya cinsel penetrasyon ifade etmektedir.

DSÖ (2020) cinsel istismarın özellikleri arasında istismarın genellikle çocuğun yakın çevresinden ve güvendiği kişiler tarafından gerçekleştirildiği, istismarcının genellikle çocuğun güvenini kazanarak istismarı gizlemeye çalıştığı, fiziksel güç veya şiddeti nadiren kullandığını göstermiştir. Bununla birlikte, istismar yaşantısının birkaç hafta veya ay gibi uzun dönemlere yayılabileceği ve tekrarlayan cinsel istismarların gittikçe daha çok arttığı belirtilmiştir (DSÖ, 2020). Çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismar yaşantısına dair bir diğer önemli özellik ise tüm cinsel istismar vakalarının yaklaşık üçte birinin ensest vakalardan oluşmasıdır (DSÖ, 2020). Bu durum ne yazık ki cinsel istismarın kronikleşmesine zemin hazırlamakta ve beraberinde birçok farklı travmayı da getirmektedir. Ayrıca, istismarın güvenilen bir kişi tarafından gerçekleştirilmesi kişinin güven algısını yıkmakta ve sosyal ilişkilerini son derece karmaşık bir hale getirmektedir (Khatiwa ve ark., 2023).

2.3.2 Duygusal İstismar

Hopper ve arkadaşları (2018) duygusal istismar eylemlerini örneklendirmiştir. Buna göre, ebeveyn veya diğer bakım veren kişilerin çocuk ve ergene karşı aşağılayıcı tutumlarda bulunması, hakaret içeren lakaplar takması, küçümsemesi ve düşmanca tutum sergilemesi duygusal istismara örnektir. Ayrıca, çocuk veya ergenlere ev ekonomisine katkı sağlamak gibi yaşlarıyla orantısız sorumlulukların verilmesi, onlardan aşırı ve uygunsuz taleplerde bulunmaları, çocuk ve ergenin aile çatışmalarına maruz kalması ve aile içerisindeki sorunlar ve/veya çocuğun maruz kaldığı istismar için çocuğu suçlamaları duygusal ihmal yaşantılarına örnektir.

Diğer örnekler arasında bakım verenin alkol-madde kullanımı veya ruhsal bir bozukluktan kaynaklanan saldırgan tutuma sahip olup çocuğa karşı saldırgan ifadelerde bulunması gösterilmiştir (Hopper ve ark., 2018). Disiplin etmek amacıyla aşırı baskı uygulama, korkutma, tehdit etme, aşırı kontrol etme, sınır ihlallerinde bulunma ve

çocuğun sosyal ilişkiler kurmasını engellemek duygusal istismar olarak değerlendirilir (Hopper ve ark., 2018).

Çocuk İstismarını Önleme Merkezi (Child Abuse Prevention Center, CAP), Kaliforniya Ceza Kanunu kapsamında yer alan durumları duygusal istismar olarak kabul etmektedir. Bu durumlar arasında çocuğun dolaba kitlenmesi gibi aşırı cezalar verilmesi, küçümsenmesi, suçlanması, reddedilmesi, aşağılanması, tehdit edilmesi yer almaktadır. Ayrıca, çocuğa lakap takılması, çocuğu öngörülemez tepkiler gösterilmesi ve çocuğun sosyal ilişkilerden mahrum bırakılması duygusal istismar olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, çocuğun sevgi ve ilgiden bilinçli olarak mahrum bırakılması ve izole edilmesi gibi çocukta davranışsal, duygusal veya bilişsel bozukluklara neden olabilecek davranışlar duygusal istismara örnek diğer durumlardır (California Penal Code Section 11166). Benzer başka bir tanıma göre ise çocuğun küçümsenmesi, reddedilmesi, izole edilmesi, hareket özgürlüğünde aşırı sınırlar konulması, güvensiz bir ebeveynlik tutumuna maruz kalması duygusal istismar olarak kabul edilmektedir (Kairys ve Johnson, 2002).

2.3.3 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismara yönelik ilk çalışma Kempe ve arkadaşları (1962) tarafından sunulan "örselenmiş çocuk sendromu" kavramı içerisinde yer almıştır. Buna göre, fiziksel istismar, bir yetişkin tarafından çocuk veya ergene uygulanan yumruklama, tekmeleme, ısırma, dövme, sarsma, yakma ve boğma gibi eylemlerden oluşan ve sonu ölümcül yaralanmalara kadar varabilecek davranışlardır (APA, 2023). Aktu ve Dilekmen (2019) çocuk veya ergenin sakat bırakılması, zehirlenmesi veya iç organlarına zarar verilmesini de fiziksel istismar davranışları olarak nitelendirmiştir.

Literatür incelendiğinde doku zedelenmesi, yanık, kafa darbesi ve kemiklerde çatlak veya kırık en sıklıkla bildirilen fiziksel istismar örnekleridir (Aktu ve Dilekmen, 2019). Yakın tarihli bir çalışmaya göre bir araştırmaya göre çocuğun hırpalanması, tekmelenmesi, sürüklenmesi, bilerek düşürülmesi ve çocuğa elle veya başka bir nesne ile vurulması fiziksel istismarın en yaygın davranışları arasında bulunmaktadır (çocuğun hırpalanması, elle veya başka bir nesne ile vurulması, tekmelenmesi, sürüklenmesi, (Hinds ve Giardino, 2017). APA (2023) tarafından yapılan bir açıklamada fiziksel istismara maruz kalan bireylerin kendileri izole ve çaresiz hissettiği belirtilmektedir. Ayrıca, maruz kalınan istismar sonrası bireylerin madde kullanımı, TSSB, anksiyete,

depresyon ve yeme bozuklukları gibi birçok farklı psikopatolojiye daha yatkın hale geldikleri aktarılmaktadır (APA, 2023).

2.3.4 Fiziksel İhmal

APA (2023) tarafından ifade edildiğine göre, çocuk ve ergenlerin normal gelişimleri için gereken fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması veya yok sayılması durumu ihmal olarak kabul edilmektedir.

Valles ve arkadaşları (2019) fiziksel ihmal örnekleri arasında; çocuğun beslenme, giyim, gözlenme, özbakım, hijyenik bir evde barınma ihtiyaçları, medikal, dental ve psikiyatrik sağlık bakımının yeterince karşılanmaması veya tamamıyla yok sayılmasını göstermiştir. Bununla birlikte, çocuk veya ergenin karşılaştığı sağlık sorunlarının normalleştirilmesi, doğal karşılanması veya sorun olarak değerlendirilmemesi de fiziksel ihmal davranışlarına örnektir (Çocuk İstismarını Önleme Merkezi, The Child Abuse Prevention Center: CPCA, 2014). Ayrıca, çocuğa temel bakım verenleri tarafından güvenli bir yaşam ortamı sunulmaması ve olası tehlikelere karşı koruyucu bir tutum sergilenmemesi de fiziksel istismar olarak değerlendirilmiştir (Valles ve ark., 2019).

2.3.5 Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, çocuk veya ergenin bakım vereni tarafından reddedilmesi çocuk veya ergenin sevmeye, sevilme, ilgi, güven ihtiyaçlarının karşılanmaması en genel haliyle duygusal ihmal tanımını karşılar (Cohen ve ark., 2017). Hopper ve arkadaşları (2019), çocuğun duygusal ihtiyaçlarının yok sayılması, çocuktan kaçılması, ne zaman geri döneceği belirsiz bir şekilde çocuğun terk edilmesi, çocuk ile kurulan ilişkinin kısıtlanması amacıyla bakım verenin kendini izole etmesi ve ekonomik zorlukların duygusal ihmale örnek davranışlar olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, bakım verenin kronik fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları, gelişim geriliği, alkol-madde kullanımı, iş hayatı, askerlik veya hükümlülük gibi sebeplerden dolayı çocuğun hayatında olmaması duygusal ihmal olarak nitelendirilmiştir (Hopper ve ark., 2019).

Son yıllarda çocukluk çağında tanımlanan travmalara ek olarak çocuğun eğitim hakkının yok sayılması, eğitiminin kısıtlanması, eğitimi için ihtiyaç duyduğu gerekliliklerin sağlanmaması, özel öğrenim bozukluklarının önemsenmemesi, çocuğun okula düzensiz veya sadece belli günlerde gönderilmesi eğitim ihmali olarak

tanımlanmıştır (Valles ve ark., 2019).

2.3.6 Aşırı Koruma ve Aşırı Kontrol

Daha önce paylaşılan ve yaygın olarak kabul edilen çocukluk çağı travmalarının beş grupta değerlendirildiği yaklaşımda yer almamakla birlikte “aşırı koruma ve kontrol” kavramı ülkemiz için önemli bir travma türü olarak görece yeni bir şekilde incelenmeye başlanmıştır (Şar ve ark., 2021). Parker (1983), bu kavramı ebeveynlerin aşırı endişeli, aşırı korumacı, aşırı istekli, aşırı kontrolcü veya aşırı hoşgörülü olması şeklinde tanımlamıştır.

Şar ve arkadaşları (2021) çocukluk çağında aşırı koruma ve aşırı kontrole maruz kalmanın çocuk ve ergenlerin sosyalleşmesi ve özerklik kazanmasında bir engel olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte, aşırı koruma ve kontrolün birtakım psikopatolojiler için zemin hazırladığını öne süren çalışmalar da mevcuttur (Day ve ark., 2018). Hullmann ve arkadaşları (2010) ise aşırı koruma ve aşırı kontrolün çocuğun kendine ait sorumluluk ve davranışları gerçekleştirme konusunda kendini yetersiz hissetmesine neden olup çocukların kendilik algısını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

2.3.7 Çocukluk Çağı Travmaları ve İntihar İlişkisi

Çocukluk çağında maruz kalınan ihmal ve istismar yaşantısının uzun vadeli olumsuz etkileri bilinmektedir (Oral ve ark., 2015; Crandall ve ark., 2019; Felitti, 2002). Bununla birlikte, çocukluk çağı travmaları global bir sorun olup intihar davranışı dahil bireylerin ruhsal sağlığını tehlikeye atmaktadır (Holshausen ve ark., 2016; Cecil, 2017). Bu bağlamda, çocukluk döneminde travmatik olaylara maruz kalan bireyler, travmanın neden olduğu kronik stresle ilişkili olarak uzun vadede zihinsel ve fiziksel açıdan olumsuz deneyimler yaşamaktadır (Van der Kolk, 2019). Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve yetişkin sağlığı üzerindeki etkileriyle ilgili yapılan en önemli çalışmalardan birini yürüten Felitti ve Anda'ya (1998) göre çocukluk çağı olumsuz yaşantıları arttıkça yetişkinlik döneminde görülen kronik depresyon artmaktadır. Ayrıca, çocukluk çağında yüksek olumsuz yaşantıya sahip katılımcıların intihar riskinin herhangi bir olumsuz yaşantı bildirmeyen katılımcılara kıyasla %5000 oranında daha yüksek olduğu saptanmıştır (Felitti ve Anda, 1998).

Bununla birlikte, dört ve daha fazla olumsuz çocukluk çağı deneyimlerine sahip

bireylerin depresyon belirtilerine sahip olma ihtimalinin herhangi bir olumsuz deneyim belirtmeyen bireylere kıyasla %460 ihtimalle daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Felitti ve Anda, 1998). Ayrıca, dört ve daha fazla olumsuz çocukluk deneyimine sahip katılımcıların intihar girişiminde %1.220 oranında artış olacağı bildirilmiştir (Anda ve Felitti, 1998). Bununla birlikte, daha fazla olumsuz çocukluk çağı deneyimine sahip bireylerin intihar girişim yaygınlığının 51 kata kadar daha fazla olabileceği raporlanmıştır (Anda ve Felitti, 1998). Yapılan bir araştırmada çocukluk çağı travmalarının bireylerin intihar düşünceleri üzerinde güçlü yordayıcı rolü olduğu raporlanmıştır (Wu ve ark., 2022).

Bireylerin intihar girişimini araştıran bir çalışmaya göre, çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel istismarın intihar girişimi için büyük bir risk taşımaktadır (Angelakis ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise cinsel istismarın intihar riski için önemli bir risk faktörü olduğu vurgulanmıştır (Brokke ve ark., 2022). Dworkin ve arkadaşlarının (2022) yürüttüğü meta analize göre, cinsel istismarın intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili olduğu ve cinsel istismara uğramış grupların intihar yaygınlıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, özellikle çocukluk çağında travmatik bir yaşantıya maruz kalmanın ve yüksek stres düzeyinin devam etmekte olan beyin gelişim süreçlerini olumsuz etkilediği, kalıcı bozulmalara yol açtığı ve depresyonu tetikleyebileceği bildirilmektedir (Angelakis ve ark., 2022). Ek olarak intihar düşüncesinin, kişilik bozukluklarının, psikolojik sağlamlıkta bozulmanın ve madde kullanımının çocukluk çağında maruz kalınan olumsuz yaşantılardan kaynaklandığını ileri süren bir çalışma mevcuttur (Arslan ve Balkıs, 2016).

Çocukluk çağı travmaları, intihar düşüncesi, depresyon ve psikolojik acı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, tüm kavramlar birbiri ile yakından ilişkili bulunmuş ve çalışma beş ay sonra tekrarlandığında bu ilişkilerin anlamlı olmaya devam ettiği bildirilmiştir (Spinola ve ark., 2022). Castellví ve arkadaşlarının (2017) yürüttüğü bir derlemede 12-26 yaş arasındaki bireylerin çocukluk çağı travmaları ve intihar riski arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgular çocukluk çağında travmaya uğramış bireylerin genç yetişkinlikte intihar girişiminde bulunma riskinin travma bildirmeyen gruba kıyasla iki kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Ek olarak travma türü bakımından incelendiğinde intihar riskinin fiziksel istismara maruz kalma durumunda iki kat, cinsel istismara maruz kalma durumunda için ise dört kat arttığı raporlanmıştır. Öte yandan, intihar riskinin ihmal deneyimie sahip olma bakımından farklılık göstermediği aktarılmıştır (Castellyi ve ark.,

2017). Bununla birlikte, duygusal istismarın 12-26 yaş arasındaki bireylerde yaygın olduğu ancak intihar riski ile anlamlı ilişkiler göstermediği ifade edilmiştir (Castellví ve ark., 2017). Aynı yaş aralığında yapılan bir diğer derleme çalışmasında çocukluk çağında deneyimlenen travmaların tamamlanmış intiharlar için bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (Miranda ve ark., 2019).

Klinik ve klinik olmayan gruplarla yürütülen bir çalışmaya göre çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın intihar düşüncesi üzerinde yordayıcı bir rolü olduğu ifade edilmiştir (Roy ve ark., 2011). Benzer şekilde, klinik ve klinik olmayan grupların çocukluk çağı travmaları ve intihar riskleri araştırıldığında, travma yaşamış bireylerin intihar düşüncesi (Jobes ve Joiner, 2019) ve intihar davranışı (O’connor ve ark., 2018) bakımından daha yüksek riske sahip olduğu belirlenmiştir.

Van Orden ve arkadaşları (2010) yürüttükleri bir çalışmada çocukluk çağında maruz kalınan travmaların yetişkinlik dönemindeki intihar riski ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, çocukluk çağında maruz kalınan istismar yaşantısı ve engellenmiş aidiyet hissinin yetişkinlik döneminde intihar düşüncesi oluşumunda rol oynadığı bildirilmiştir (Van Orden ve ark., 2010). Stanley ve arkadaşları (2017) maruz kalınan travma sıklığı ve intihar davranışı arasında bir doz-tepki ilişkisi olduğunu, başka bir ifade ile travma sıklığının artmasıyla intihar davranışının da arttığını ve sık travma yaşamının intihar için bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir.

2.4 Psikolojik Acı ve İntihar İlişkisi

İlk olarak Shneidman’ın intihar kuramı içerisinde tanımladığı psikolojik acıya dair farklı tanımlar mevcuttur. Herman (1992) psikolojik acının travma ve kayıptan kaynaklanan negatif kendilik algısı ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Baumeister (1990) psikolojik acıyı ideal ve gerçek kendilik arasındaki uyumsuzlığa dair kendine yönelik hayal kırıklığı şeklinde tanımlamıştır. Orbach (2011) ise psikolojik acıyı geri dönüşemez, eziyet hissi yaratan, aşırı derecede olumsuz duygu ve düşünceler şeklinde tanımlanmıştır. Shneidman (1996) psikolojik acıyı zihinde yer alan kronik utanç, suçluluk, korku, anksiyete, yalnızlık, büyüme ve ölüm korkusu şeklindeki acı olarak tanımlamış ve kaynağının karşılanmamış/engellenmiş temel psikolojik acılar olduğunu belirtmiştir.

Shneidman’ın (1993/1997) görüşüne göre intiharlar kişilerarası çatışmalardan etkilenip psikolojik acıyla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Başka bir görüş, psikolojik

acının içsel sancılı bir durum olduğunu ve intiharın psikolojik acıdan kurtulmak için gerçekleştirildiğini ileri sürer (Orbach ve ark., 2003). Benzer bir görüş ise Lambert ve arkadaşları (2020) tarafından sunulmuş, intiharın bireylerin deneyimledikleri psikolojik acıdan kaçmak amacıyla gerçekleştirildiği ifade edilmiştir. Conejero ve arkadaşları (2018) psikolojik acının ergenler, mahkumlar, askerler, evsiz bireyler ve ayaktan veya yatarak tedavi gören yetişkinler gibi farklı grupların intihar riskini ve davranışını arttırabileceğini belirtmiştir. Mee-Bunney ve arkadaşları (2006) derleme çalışmalarında psikolojik acının depresyonun önemli bir belirtisi olduğunu ve intihar davranışı üzerinde önemli bir yordayıcı rolü olabileceğini bildirmiştir. Benzer şekilde başka bir çalışmaya göre, psikolojik acının intihar düşüncesi üzerinde yordayıcı etkisi tespit edilmiş (Puzia ve ark., 2014) ve bu yordayıcı rolün gücü intiharla yakından ilişkili ve yüksek bir yordayıcı role sahip olduğu bildirilen depresyon (Okan ve ark., 2023) ve umutsuzluktan (Troister ve Holden, 2012) daha yüksek bulunmuştur.

Chávez-Hernández ve arkadaşları (2009) tamamlanmış intihar vakaları üzerine çalışmış ve vakaların intihar girişimi ardından bıraktıkları notları incelemiştir. Çalışmanın bulgularına göre notlarda en sık gözlenen intihar sebebinin psikolojik acı olduğu bulunmuştur (Chávez-Hernández ve ark., 2009). Bu bulgu intihar notlarının içeriğini analiz eden ve intihar ile psikolojik acı arasındaki ilişkiyi inceleyen benzer bir çalışma ile desteklenmiştir (Ceballos-Espinoza ve ark., 2016). Lester (2000) yaş ortalaması 24.8 olan 51 üniversite öğrencisi ile yürüttüğü çalışmasında katılımcıların daha önce deneyimledikleri en yoğun psikolojik acının, depresyon ve geçmişte var olan intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Klinik ve klinik olmayan grupların incelendiği bir çalışmada kontrol grubu, intihar düşüncesi ve davranışı olan depresyon tanılı grup ve intihar düşüncesi ile davranışı olmayan depresyon tanılı grup olmak üzere üç grup belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları intihar düşüncesi ve davranışı olan depresyon hastalara ait psikolojik acı düzeyinin, herhangi bir intihar düşüncesi ve davranışı olmayan depresyon hastaları ve kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Cáceda ve ark., 2014).

Bir meta analiz bireylerin psikolojik acı düzeylerinin intihar girişimi veya intihar düşüncesine sahip olma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemiştir (Ducasse ve ark., 2017). Buna göre, intihar girişimi olan grubun psikolojik acı puanları, intihar girişimi olmayan gruba kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, intihar düşüncesi olan grubun intihar düşüncesi olmayan gruba kıyasla psikolojik acı puanları

daha yüksek bildirilmiştir (Ducasse ve ark., 2017). Ayrıca, psikolojik acının yakın zamanda ortaya çıkmış veya yaşam boyu var olan intihar düşüncesi ve davranışıyla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Ducasse ve ark., 2017).

Yapılan bir çalışmada sevilen birinin kaybına tanıklık etmenin psikolojik acı ile ilişkili olduğu ve intihar riskini arttırdığı bildirilmiştir. Bununla beraber aynı çalışmada psikolojik acının depresyon ve intihar riski arasında aracı bir role sahip olduğu ifade edilmiştir (Campos ve Holden, 2015). Benzer bir çalışmada, psikolojik acının intihar girişiminde bulunmuş ve halen intihar düşüncesi olan bireylerde daha yüksek olduğu ve depresyona kıyasla intihar ile daha yakından ilişkiler gösterdiği bulunmuştur (Cáceda ve ark., 2014). Ülkemizde 619 hemşirelik öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada intihar olasılığı ve psikolojik acı arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bildirilmiştir (Özkan, 2022).

Yabancı literatürde yer alan çalışmalara göre psikolojik acının artmasıyla intihar girişimlerinin ilişkili olduğu (Olié ve ark, 2010; Levi-Belz ve ark., 2014), daha tehlikeli intihar davranışlarının görüldüğü (Gould ve ark., 2007) bildirilmektedir. Psikolojik acının intihar ile yakından ilişkili olup intiharın sıklıkla dayanılmaz acıdan kaçmak için çözüm olarak görüldüğü ifade edilmiştir. (Orbach ve ark., 2003; Wedig ve ark., 2016). Ayrıca, psikolojik acının depresyon ve intihar riski arasındaki ilişkide aracı bir rolü olduğu birçok çalışmada raporlanmıştır (Levi-Bela, 2014; Verrocchio ve ark., 2016; Nahaliel ve ark., 2014). Benzer bir şekilde Troister ve Holden (2013) da psikolojik acının yarattığı duygusal durumun psikiyatrik tanılardan farklı olduğunu ve psikolojik acının bu tanımlar ile intihar arasında aracı bir role sahip olduğunu ifade etmiştir Aynı zamanda 2.974 üniversite öğrencisi ile yürüttükleri çalışmada psikolojik acının intihar hazırlığı üzerinde yordayıcı bir rolü olduğu, bu yordayıcı role ait gücün umutsuzluk ve depresyona kıyasla daha yüksek olduğu ve psikolojik acının intihar riski üzerinde aracı role sahip olduğunu raporlamışlardır (Troister ve Holden, 2013).

Klinik olmayan 203 katılımcılı bir çalışmada intihar riskinin ebeveyn reddi, depresyon, kişilerarası ihtiyaçlar ve psikolojik acı ile ilişkisi incelenmiştir. Buna göre, depresyonun intihar riski üzerindeki yordayıcı rolünde psikolojik acı ve kişilerarası ilişkilerin aracı etkileri belirlenmiştir (Campos ve Holden, 2015). İntihar düşüncesi ve psikolojik acı arasındaki ilişkiye yönelik yürütülen iki boylamsal çalışmaya göre psikolojik acıdaki değişimler intihar düşüncesiyle iki (Troister ve Holden, 2012) ve dört yıla kadar (Montemarano ve ark., 2018) ilişkili olmaya devam etmiştir. Bununla birlikte,

psikolojik acının intihar girişiminden sonra birkaç saat ile birkaç arasında gözlemlendiği ve bir hafta içinde yok olduğunu ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (Cáceda ve ark, 2014; Cáceda, 2017).

2.5 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, iki ayrı aşama ve üç farklı temel amaçtan oluşmaktadır. Aşağıdaki bölümde aşamalar ve amaçlar maddeler halinde sıralanmaktadır.

Birinci aşamada iki temel amaç ve bir yan amaç bulunmaktadır.

1- Birinci temel amaç: 18-25 yaş arasında olan bireylerden intihar olasılığı ve diğer değişkenlere yönelik nicel verinin toplanması ve bu veri ile beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerde depresyon, çocukluk çağı travmaları, algılanan çok boyutlu sosyal destek ve psikolojik acının intihar olasılığı üzerinde yordayıcı bir rolü olup olmadığının tespit edilmesidir.

2- İkinci temel amaç: depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı etkisine psikolojik acının aracı rolü olup olmadığının belirlenmesidir. Burada hedeflenen Shneidman'ın intihar kuramında en çok vurguladığı ve literatürde daha çok incelenmesi gerektiği düşünülen “psikolojik acı yoksa intihar yoktur” (Shneidman, 1993/1999) görüşünün ülkemizde incelenmesidir.

3- Yan amaç: intihar olasılığı ile ilişkili olan diğer koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin neler olduğunun belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda incelenecek olan psikososyal değişkenler DSÖ'nün (WHO, 2014) yapmış olduğu sınıflandırmaya dayanılarak oluşturulmuştur. Buna göre yan amaç olarak intihar olasılığı ile cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik statü, romantik bir birlikteliğe sahip olma, dini bir inanca sahip olma, bireylerin anne-baba kaybı yaşaması, sevilen bir insanı kaybetme durumu, çalışma durumu, alkol, madde, sigara kullanımı, psikiyatrik hastalık tanısı, psikiyatrik ilaç kullanma, fiziksel hastalık tanısı , fiziksel bir engele sahip olma, geçmiş intihar girişimi, aile, akraba, arkadaş gibi sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunan biri olması ve kronik ağrı deneyimi arasındaki ilişkiler de incelenecektir.

İkinci aşamada ise bir temel amaç yer almaktadır. Buna göre, 18-25 yaş aralığında depresyon tanısı almış ve bir psikiyatrist takibinde olup ayaktan tedavisi devam eden bireylerle birebir görüşme yapılarak intihar riskine ilişkin özelliklerin belirlenmesi planlanmıştır. Birebir yapılan görüşmede araştırmacılara sorulan sorular “İntihara İlişkin

Risk ve Koruyucu Faktörlerin İncelenmesi için Hazırlanan Çevrimiçi Görüşme Formu” başlığı altında detaylı olarak açıklanmakla birlikte çalışmanın neden ve bir psikiyatrist takibinde olup ayaktan tedavisi devam eden özel bir örneklem ile yürütüldüğü “Araştırmanın Etik Boyutu” kısmında açıklanmıştır.

Araştırma tüm bu yönleri ile karma desen (nitel ve nicel yöntem) kullanılarak intihara ilişkin olası risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin belirlendiği, bireysel görüşmeler yoluyla daha detaylı bilgilere ulaşmayı ve önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihara hem bilimsel anlamda ışık tutmayı hem de tedavi sürecine katkı sağlamayı hedefleyen bir çalışma olmasıyla özgün olma özelliği taşımaktadır.

2.6 Araştırmanın Özgünlüğü

Bu araştırmanın özgünlüğü beliren yetişkinlik düzeyi gibi intihar riskinin yüksek olduğu raporlanan (Karataş, 2018) bir yaş aralığında intihar olasılığı üzerinde etkili olabileceği düşünülen ve DSÖ (2014) tarafından önemli risk faktörleri olduğu belirtilen depresyon, çocukluk çağı travmaları, çok algılanan boyutlu sosyal destek, psikolojik acı, cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik statü, aile yapısı, romantik bir birlikteliğe sahip olma, dini bir inanca sahip olma, bireylerin anne-baba kaybı yaşaması, çalışma durumu, alkol, madde, sigara kullanımı, psikiyatrik hastalık tanısı, psikiyatrik ilaç kullanma, fiziksel hastalık tanısı, fiziksel bir engelle sahip olma, geçmiş intihar girişimi, aile, akraba, arkadaş gibi sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunan birinin olması, kronik ağrı deneyimi ve ağrı kesici ilaç kullanma gibi birçok psikososyal parametreyi içermesi; ülkemiz literatürü için görece yeni bir kavram olan psikolojik acı değişkenine yer vermesi; Shneidman’ın intihar kuramına göre psikolojik acının intiharın en önemli yordayıcısı olduğu görüşünün 18-25 yaş aralığında sınanması; intihar olasılığına dair koruyucu faktörler ile risk faktörlerinin incelenmesi için elde edilen verinin klinik ve klinik olmayan bir örneklem üzerinden incelenmesi için bireysel görüşmeler yapılarak intihara yönelik detaylı bilgi edinme imkanı sağlaması şeklinde tanımlanabilir.

Bu çalışma, intihar olasılığına yönelik, koruyucu ve risk faktörlerin karma bir desenle hem klinik hem de klinik olmayan grupta sınanması özelliği ile ülkemizde yapılan önemli büyük kapsamlı çalışmalardan biri olarak TÜBİTAK tarafından 222K344 numaralı ve “Beliren Yetişkinlikte Depresyon, İntihar Olasılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki: Psikolojik Acı ve Koruyucu Faktörlerin Rolü” başlıklı 1002

projesi olarak kabul edilmiş ve desteklenmiştir.

2.7 Araştırmanın Önemi

Franklin ve arkadaşlarının (2017) son 50 yılda intihar ile ilgili yapılan 365 çalışmayı inceledikleri meta analiz çalışmasında, yapılan çalışmaların büyük bir kısmının çoklu intihar risk faktörlerini incelemeyeceği ve bu sebeple intiharla ilgili detaylı bilgi verme konusunda yetersiz kaldığı ve intihara dair çok yönlü risk faktörlerinin belirlenmesi gerektiği raporlanmıştır. Bununla birlikte, yakın tarihli bir görüşe göre psikolojik acı ve kişilerarası karşılanmamış psikolojik ihtiyaçların kuramsal olarak örtüşmesinin ampirik çalışmalarla da desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Spinola, 2022). Çocukluk çağı travmalarının ve psikolojik acı kavramının bir arada ele alınmasının hem interpersonal (karşılanmamış kişilerarası ihtiyaçlar-ihmal) hem de internal (psikolojik acı) bir boyutta intiharı anlama konusunda imkan sağlayacağı düşünülmektedir (Spinola, 2022).

Bununla birlikte, bu araştırmanın son derece karmaşık bir yapı olan intihar olasılığını anlamak için birçok farklı parametrenin bir arada incelenmesi ve klinik uygulamada muhtemel risk faktörlerinin daha iyi belirlenmesi açısından literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca psikolojik acının, depresyon ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide aracı bir rolünün olup olmadığını sınamak ve hem klinik hem de klinik olmayan gruplarda beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar olasılığına dair olası risk faktörlerini değerlendirmek açısından ülkemiz için bir ilk olma özelliği taşımaktadır.

2.8 Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın ilk aşamasını oluşturan nicel hipotezler bu kısımda açıklanmıştır. Buna göre araştırmanın ilk amacı olarak psikolojik acı, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve çok boyutlu algılanan sosyal desteğin intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünün araştırılması için aşağıdaki hipotez kurulmuştur. Bu amaçla ilk olarak değişkenler arasında orta güçte anlamlı ilişkiler olması ön koşulunun sınanması için kurulan hipotezler test edilmiştir.

H1: İntihar olasılığı ile psikolojik acı, depresyon ve çocukluk çağı travmaları

arasında pozitif yönde; çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

H2: Psikolojik acı, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenleri intihar olasılığını anlamlı derecede yordamaktadır.

Araştırmanın ikinci amacı olarak Shneidman'ın intihar kuramınca psikolojik acı olmaksızın intihar olamayacağı, psikolojik acının en güçlü intihar yordayıcısı olduğuna ilişkin görüşün sınanması aşağıdaki hipotez kurulmuştur.

H3: Depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı ilişkisinde psikolojik acının aracı (mediyatör) rolü vardır.

Katılımcıların intihar olasılığı puanlarının cinsiyet, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum, romantik bir ilişkiye sahip olma ve aile yapısına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişip değişmediğinin incelenmesi için oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H4: Kadınların intihar olasılığı puanları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir.

H5: Yüksek eğitim seviyesinde olan bireylerin intihar olasılığı puanları düşük eğitim seviyesinde olanlara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

H6: Herhangi bir romantik ilişkisi olmayan bireylerin intihar olasılığı puanları romantik ilişkisi olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H7: Sosyoekonomik durumu düşük olan bireylerin intihar olasılığı puanları sosyoekonomik durumu daha iyi olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H8: Parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı puanları diğer aile yapısına sahip bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların intihar olasılığı puanları daha önce anne-baba kaybı yaşamaları, sevdiği bir yakını kaybetme durumu ve herhangi bir dini inanca sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişip değişmediğinin incelenmesi için oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H9: Anne ve/veya baba kaybı yaşamış olan bireylerin intihar olasılığı puanları yaşamayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

H10: Daha önce sevilen birini kaybetmiş olan bireylerin intihar olasılığı puanları kaybetmemiş olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

H11: Herhangi bir dini inanca sahip olmayan bireylerin intihar olasılığı puanları herhangi bir dini inanca sahip olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların intihar olasılığı puanları sigara, alkol ve madde kullanım durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişip değişmediğinin incelenmesi için oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H12: Sigara kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları sigara kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H13: Alkol kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları alkol kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H14: Madde kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları madde kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların intihar olasılığı puanları herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olması, fiziksel hastalık tanısı olması, fiziksel bir engeli sahip olması, kronik ağrı deneyimi ve ağrı kesici ilaç kullanım durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişip değişmediğinin incelenmesi için oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H15: Herhangi bir psikiyatrik tanısı olan katılımcıların intihar olasılığı puanları tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H16: Herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan katılımcıların intihar olasılığı puanları tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H17: Herhangi fiziksel bir engeli sahip olan katılımcıların intihar olasılığı puanları olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H18: Kronik ağrı deneyimine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanları kronik ağrı deneyimi olmayan bireylere göre daha yüksektir.

H19: Herhangi bir nedenle ağrı kesici ilaç kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları ağrı kesici ilaç kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların intihar olasılığı puanlarının daha önce intihar düşüncesine sahip olma, daha önce intihar girişiminde bulunma, intihar girişim sayıları ve sosyal çevrelerinde intihar girişimi olan birine sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişip değişmediğinin incelenmesi için oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H20: Daha önce intihar düşüncesine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanları intihar düşüncesine sahip olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H21: Daha önce intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihar olasılığı puanları daha önce intihar girişiminde bulunmamış bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H22: Daha çok sayıda intihar girişimine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanları daha az sayıda intihar girişimine sahip olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

H23: Aile, akraba, arkadaş, özel biri ve diğer sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunan kişilerin olduğu bireylerin intihar olasılığı puanları diğer bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.



BÖLÜM 3

3. YÖNTEM

Bu bölümde örneklem, veri toplama araçları, işlem, veri analizi, araştırma deseni ve araştırmanın etik boyutu ile ilgili bilgilere yer verilecektir.

3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

İki aşamadan oluşan bu araştırmanın ilk aşamasında bilgilendirilmiş onam formu kullanılarak bireylere araştırmanın kapsamı, amacı, süresi, araştırmacının iletişim bilgileri ve araştırmadaki bazı soruların psikolojik açıdan zorlayıcı olabileceğine yönelik bilgilendirilme yapılmış ve onaylarına sunulmuştur. Ardından araştırmaya gönüllü katılım göstermeyi kabul eden katılımcılar araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu ile birlikte İntihar Olasılığı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Acı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Anketi ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini doldurmuştur. Birinci aşamadaki verilerin tümü Survey Monkey isimli online anket sitesi aracılığı ile 8 Kasım 2022 ile 9 Aralık 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise veriler İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na ayaktan tedavi için başvuru yapmış bireylerden 01.04.2023-30.04.2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme ile araştırmacı tarafından oluşturulmuş “İntihara İlişkin Risk ve Koruyucu Faktörlerin İncelenmesi için Hazırlanan Yüz Yüze Görüşme Formu” isimli değerlendirme aracı ve Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu aracılığı ile toplanmıştır.

3.2 Örneklem

Araştırmanın birinci aşamasında yer alacak olan örneklerimin belirlenebilmesi için G Power 3.1.9.4 versiyonu (Faul ve ark., 2009) yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın korelasyon testi için güvenirlik oranı 0.95, alfa hatası 0.05 ve 0.3 (orta etki) büyüklüğü seçilerek minimum örneklem sayısı 134; Anova analizi için güvenirlik oranı .95, alfa hatası 0.05 ve 0.3 (orta etki) büyüklüğü seçilerek minimum örneklem sayısı 281; çoklu hiyerarşik regresyon analizi için güvenirlik oranı 0.95, alfa hatası 0.05 ve 0.3 (orta etki) büyüklüğü ve yordayıcı sayısı seçilerek minimum örneklem sayısı 226 bulunmuştur. <http://www.raosoft.com/samplesize.html> uzantısı kullanılarak yapılan hesaplamada %95 güven aralığı ile örneklem büyüklüğünün minimum 388 kişiden oluşması önerilmektedir. Ancak örneklem temsiliyetinin daha güçlü olmasını sağlayabilmek adına Hair (2010)'ın önerisi olan toplam madde sayısı çarpı 10 üzerinden yürütülen hesaplama doğrultusunda örneklem 1150 kişiden oluşabileceği sonucuna varılmıştır. Örneklemdeki olası veri kaybı ve dışlama kriterleri sonrası araştırmadan çıkarılan katılımcılar olması ihtimali de göz önüne alınarak araştırmada minimum 1150 katılımcı yerine 1200 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında yer alacak örneklem için ölçüt (kriter) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem daha önceden belirlenmiş ölçütleri karşılayan tüm durumların çalışılmasıdır (Baltacı, 2018). Ölçüt (kriter) örnekleme yönteminde dikkat edilmesi gereken asıl nokta araştırmaya dahil edilecek katılımcıların bilgi verme açısından zengin olmalarıdır (Marshall, 1996). Morgan ve Morgan (2008) bunun sebebini elde edilen bilgilerin tedavi, program ve örgüt iyileştirmeleri için birer fırsat haline dönüşebileceğini, ayrıca tedavi, program veya örgütteki temel eksikleri ortaya çıkarabilecek araçlar olma işlevi taşıması şeklinde açıklamıştır. Coyne (1997) ise ölçüt örnekleme yönteminin devam eden tedavi veya programların izlenmesinde önemli niteliksel veriler sunabileceğini aktarmıştır. Bu yöntem ile belirli ölçütlerin karakteristik özelliklerini içeren tüm durumlar, derinlemesine nitel bir analize tabi tutularak tedavi, örgüt ve programlar için standartlar ve normlar belirlenebilir (Charmaz, 2011).

Creswell ve Clark (2016), daha önceden belirlenen ölçütlerin çalışmanın genel ahengi ile uyumlu olması gerektiğini belirtir. Bu çalışmada belirlenen ölçütler katılımcıların 18-25 yaş aralığında olması, depresyon tanısı alması, atanan cinsiyeti ve kendini tanımladığı cinsiyetin uyumlu olması ve psikiyatri hekiminin değerlendirilmesine

göre intihar riski taşıması şeklinde kararlaştırılmıştır.

Nitel araştırmalar genellikle az sayıda katılımcıların yer aldığı örneklemlemlerle çalışmaktadır (Strauss ve Corbin, 2014). Nicel yöntemin kullanıldığı araştırmalardan farklı olarak verilerin genişliği ve genellenebilirliğinden daha çok verilerin derinliğine odaklanır (Neuman ve Robson, 2014). Baltacı (2017), bir konunun belirli bir zaman çerçevesinde ve aynı sabit kaynaklar ile çok sayıda kişiyle çalışılmasını genişlik kavramı ile, çok sayıda farklı deneyimin daha az kişiyle çalışılarak edilme edilmesini ise derinlik kavramıyla açıklamıştır. Bu doğrultuda nitel yöntemlerde örneklem sayısı araştırmanın amacı ve nitel verilerin derinliğine göre belirlenmektedir (Baltacı, 2018). Son yıllarda kabul edilen başka bir görüş ise ideal bir örneklem sayısının elde edilen verilerin kalitesiyle ilişkili olduğudur (Watson ve ark., 2017). Bu doğrultuda örneklem sayısının belirlenmesi için bir sayı aralığından ziyade verilerin yeni bilgiler sunmaması, başka bir ifade ile doyum noktasına ulaşmasına odaklanılır (Shenton, 2004). Öte yandan, örnekleminde bir veya birkaç katılımcı bulunan çalışmalar da dikkat çekmektedir (Baltacı, 2018). Literatür incelendiğinde nitel yöntemin kullanılacağı araştırmalarda 3-10 katılımcının olması önerilirken (Rubin ve Babbie, 2016), en az 10 katılımcının olması gerektiğini öne süren görüşlere de (Charmaz, 2011) rastlanmaktadır.

Bu doğrultuda araştırmanın ikinci aşamasının 10 kişi ile yürütülmesi kararlaştırılmıştır. İlk olarak oluşturulan soruların sıranması ve görüşmelerin ne kadar süreceğine yönelik bilgilerin elde edilmesi amacıyla bir ön çalışma yürütülmüştür. Bu ön çalışma, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na başvuru yapmış ve depresyon tanısı ile yatarak tedavi gören 18-25 yaş arasında bulunan bir kadın katılımcıyla yürütülmüştür. Ancak, katılımcının tedavi sürecinden sorumlu psikiyatrist hekimden alınan bilgiye göre, hastada sınır durum kişilik bozukluğu eş tanısının olması ve yatarak tedavi olması sebebiyle katılımcının araştırmaya dahil edilmemesi kararı alınmıştır. Yürütülen ön çalışma ardından nitel çalışma soruları TÜBİTAK proje danışmanlarının önerisi ile yeniden düzenlenerek araştırma yapılmıştır.

3.2.1 İşleme ve Dışlama Kriterleri

İki aşamada yürütülmesi planlanan çalışmanın birinci aşamadaki örneklemine dair işleme kriterlerine göre gönüllü katılım gösteren, 18-25 yaş arası olduğu kabul edilen beliren yetişkinlik döneminde bulunan, okuma yazma bilen, internet üzerinden

uygulanacak olan ölçekleri doldurmaya yetecek beceride telefon, internet, bilgisayar kullanabilen, doğumda atanan (biyolojik) cinsiyeti ile kendini tanımladığı cinsiyet kimliği uyum gösteren, her cinsiyetten ve farklı sosyoekonomik statü, eğitim seviyesi ve medeni durumdan katılımcıların araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Dışlama kriterleri ise herhangi bir psikoz ve şizofreni tanısı alması şeklindedir. Araştırmada yer alan katılımcıların doğumda atanan (biyolojik) cinsiyeti ile kendini tanımladığı cinsiyet kimliği uyum gösteren katılımcılardan oluşması, karıştırıcı bir faktör olabileceği düşünülen cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine bağlı olarak yaşanan zorlukları (Bristowe ve ark., 2018) araştırma dışında tutabilmektedir.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise katılımcıların gönüllü katılım göstermesi, beliren yetişkinlik dönemi olan 18-25 yaş arasında olması, majör depresif bozukluk tanısı alması, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalına bağlı bir uzman psikiyatrist tarafından hastalık takibinin yapılması, psikiyatri hekiminin değerlendirmesine göre intihar riski taşınması, ölçekleri doldurmaya yetecek düzeyde okuma yazma bilmesi, doğumda atanan cinsiyeti ile kendini tanımladığı cinsiyet kimliğinin uyuşması, her cinsiyetten ve farklı sosyoekonomik statü, eğitim seviyesi ve medeni durumdan katılımcıların dahil edilmesi şeklindedir.

İkinci aşamada yer alan dışlama kriterleri içerisinde bipolar bozukluk, kişilik bozukluğu ve herhangi bir psikoz veya şizofreni tanısı alması, gönüllü katılım göstermemesi, görüşmeyi devam ettiremeyecek durumda olması şeklindedir.

3.3 Araştırmanın Etik Boyutu

Evrak Tarih ve Sayısı 14.10.2022-20090 olan bu araştırma FMV Işık Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü Klinik Psikoloji Doktora Programı Etik Kurul Alt Komisyonu tarafından katılımcıların risklerinin bulunmadığı, katılımcı/örneklem seçimin yeterli olduğu, savunmasız herhangi bir katılımcının bulunmadığı, katılımcıların gönüllü olarak katıldığını belgeleyen bilgilendirilmiş onam formunun düzenlendiği, katılımcıların gizlilik ilkesine uygun olarak bilgi ve verilerinin korunduğu, kimlik bilgilerinin saklı tutularak bulguların sadece bilimsel amaçla ve toplum yararı için kullanılacağına açıklandığı belirlenmiş ve etik yönden uygun bulunmuştur. Çalışma Işık Üniversitesi Etik Kurul Alt Komisyon'u dışında Işık Üniversitesi Etik Kurulu'na da onay almıştır (EK-2, EK-3 ve EK-4).

Araştırmanın ikinci aşamasında klinik örnekleme ait verilerin toplanması için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na bağlı poliklinik ve yataklı servisler belirlenmiştir. Veri toplama sürecindeki etik onay için T.C. İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Akademik Kurulu'na başvurulmuştur. E-68389083-600-1371545 sayılı çıkan kararda araştırmanın yürütülebilmesi için verilen etik onay şu şekilde ifade edilmiştir: "Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Program öğrencisi Bengü Sare Seveda Pelin KILIÇ ÖZER'in Dr. Öğr. Üyesi Ezgi DEVECİ danışmanlığında yürüteceği "Beliren yetişkinlikte depresyon, intihar olasılığı ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki, psikolojik acı ve koruyucu faktörlerinin rolü" başlıklı çalışmasını anabilim dalımız öğretim üyesi Prof. Dr. Başak YÜCEL'in gözetimi altında yürütmesi, hastaları değerlendirmesi ve veri toplaması ekte tarafınıza sunulan 26.10.2022 tarih ve 412. Sayılı akademik kurul kararımızla uygun bulunmuştur." (EK-1 ve EK-5).

Bununla birlikte araştırmanın birinci aşamasında intihar olasılığı yüksek olduğu raporlanan beliren yetişkinlik döneminde olan katılımcıların çalışmaya dahil edilmesi sebebiyle araştırmada yer alan bazı soruların psikolojik açıdan zorlayıcı olabileceği, araştırmadan herhangi bir sebep göstermeksizin diledikleri zaman ayrılacakları bilgisi tüm katılımcılara verilmiş ve araştırmanın son sayfasında "Türkiye'de Bulunan Psikiyatri Hastanelerine Dair Bilgilendirme Formu" (EK-16) ile aşağıda paylaşılan metin sunulmuştur.

"Bu formda ülkemizde bulunan devlet psikiyatri hastaneleriyle ilgili bilgiler verilmektedir. Kendinizi kötü hissettiğinizde, intihar ile ilgili düşünceler aklınıza geldiğinde, ağır çökkün, umutsuz ve çaresiz hissettiğiniz anlar olması halinde bu durumu önemsemeli ve öncelikle tedavi sürecinizi sürdüren psikiyatri hekiminize haber vermelisiniz. Bu durumun mümkün olmadığı durumlarda ise hemen profesyonel bir desteğe başvurmalısınız. Aşağıda bilgileri verilen kurum ve kuruluşlardan sizin için en kolay ulaşılabilir olan ile irtibata geçebilirsiniz. Sağlıklı günler dileriz."

Araştırmanın ikinci aşamasında ise birinci aşamadaki gibi intihar olasılığı yüksek olan beliren yetişkinlik döneminde olan ve halen depresyon tanısı alan bireylerle yürütülen veri toplama sürecinde katılımcılara araştırma ile ilgili olarak detaylı bilgi verilmiş, Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-7) detaylı bir şekilde açıklanmış, katılımcıların soruları olması halinde sorabilmeleri için zaman ve imkan tanınmış, araştırmadan dilediği anda sebep gösterme zorunluluğu olmaksızın ayrılma hakkı olduğu,

intiharla ilişkili bazı soruların katılımcılar için psikolojik açıdan zorlayıcı olabileceği ve cevaplama sırasında acele etmelerine gerek olmadığı ifade edilmiştir. Bu bilgiler neticesinde gönüllülük esası gösteren bireyler çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Klinik örneklem ile yürütülen ikinci aşamada depresyon tanılı katılımcıların hali hazırda tedavi sürecini üstlenen psikiyatri uzmanı hekimlerin ve psikiyatri hemşirelerinin olmasının etik açıdan daha uygun olduğuna inanıldığı için yalnızca hastaneye başvuru yapan ve takibi yapılabilecek katılımcılar araştırmaya dahil edilmiş, depresyon tanısı aldığını beyan eden ancak bu araştırmanın etik başvuru yaptığı sağlık kuruluşu olan İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na bağlı birimlerde tedavi görmeyen kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4 Araştırmada Yer Alan Değişkenler

Araştırmada yer alan değişkenlerin bağımlı, bağımsız, yordanan, yordayıcı ve aracı değişken olma özelliği hipotezler arası farklılık göstermektedir. Her hipotez ardından değişkenlerin hangi rolde olduğuna dair bilgiler bulgular kısmında detaylı şekilde açıklanmıştır. Araştırmada yer alan başlıca kavramsal nicel değişkenler depresyon, psikolojik acı, intihar olasılığı, algılanan çok boyutlu sosyal destek, çocukluk çağı travmaları ve tüm alt boyutları şeklindedir. Kavramsal değişkenlere ek olarak sosyodemografik ve klinik pek çok farklı değişkenin analizlere dahil edilmesi planlanmış ve detaylar bulgular kısmı ile “EK-9 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu” kısmında paylaşılmıştır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Bu kısımda araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve bu araçlara dair psikometrik bilgiler sunulmuştur.

3.5.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmanın iki aşaması için de ayrı ayrı oluşturulmuştur. Her iki aşamada verilen onam formunda da araştırmanın amacı, kapsamı, yürütücüsü, danışmanı, süresi ve olası zorlayıcı yönlerine dair bilgiler yer almaktadır (EK-7). Ayrıca ikinci aşamada sunulan onam formunda (EK-8) katılımcıların yanıtlarının değerlendirilmesi amacıyla ses kaydı

alınacağı bilgisi bulunmaktadır.

3.5.2 Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış 50 sorudan oluşan ve katılımcıların yaş, atanmış cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, kiminle yaşadıkları, çalışma durumu ve türü, alkol-madde-sigara kullanımı, türü ve miktarı, psikiyatrik hastalık tanısının olup olmadığı ve tanı ismi ve ilaç kullanma durumu, kronik ağrı deneyimi durumu, ağrı kesici ilaç kullanma durumu ve adeti, herhangi bir fiziksel engele sahip olma durumu ve engel türü, herhangi bir fiziksel hastalık tanısının olup olmadığı ve tanı ismi, aile yapısı, dini inanç durumu ile aile, arkadaş veya sosyal çevresinde bir yakınının intihar sonucu kaybetmiş olma durumu ve kim olduğu, sevilen birini kaybetmiş olma durumu, daha önce yatarak tedavi görmesi, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olması ve girişim sayısı gibi birçok psikolojik ve klinik değişkenleri incelemeyi hedefleyen formdur (EK-9).

3.5.3 İntihar Olasılığı Ölçeği

Cull ve Gill (1988/1990) tarafından geliştirilen, Atlı, Eskin ve Dereboy (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan İntihar Olasılığı Ölçeği 36 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek intihar düşüncesi (*madde numaraları*= 4, 7, 20, 21, 24, 25, 30, 32) umutsuzluk (5, 12, 14, 15, 17, 19, 23, 28, 29, 31, 33, 36) düşmanlık (1, 3, 8, 9, 13, 16, 34) ve olumsuz kendilik (2, 6, 10, 11, 18, 22, 26, 27, 35) değerlendirmesi olmak üzere toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Yürütülen güvenirlik analizi sonrası ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0.89; umutsuzluk için 0.78, olumsuz kendilik algısı için 0.79, intihar düşüncesi için 0.94 ve düşmanlık için 0.70 şeklinde raporlanmıştır.

Bu çalışmada ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları her soru için 1 ile 4 arasında değişir. Buna göre, ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret eder. Ölçeğin kesme noktası 110 olarak belirlenmiş ve bu puanın üzerindeki katılımcıların intihar olasılığının yüksek olduğu ifade edilmiştir. Araştırmada Atlı, Eskin ve Dereboy (2009) tarafından oluşturulan ölçek kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen Cronbach Alfa katsayıları şu şekildedir: umutsuzluk alt ölçeği için 0.78, intihar düşüncesi alt ölçeği için 0.84, olumsuz kendilik değerlendirmesi alt ölçeği için 0.79, düşmanlık alt ölçeği için 0.70 ve toplam ölçek için 0.89. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayıları umutsuzluk alt ölçeği

için .86, intihar düşüncesi alt ölçeği için 0.87, olumsuz kendilik değerlendirmesi alt ölçeği için 0.93, düşmanlık alt ölçeği için 0.74 ve toplam ölçek için 0.91 şeklinde hesaplanmıştır. İntihar Olasılığı Ölçeği'ne dair örnek maddeler EK-10'da paylaşılmıştır.

3.5.4 Beck Depresyon Envanteri

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Depresif belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan 4'lü likert tipte 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir.

Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Puanlar; 0-9=az, 10-16=hafif, 17-29=orta, 30-63=şiddetli olarak yorumlanmaktadır (Guy, 1976). Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Hisli (1989) tarafından üniversite öğrencileri üzerine yapılan çalışmada (N=259) iki yarım test korelasyonu $r=0.74$ ve iç tutarlılık katsayısı .80 olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır. Beck Depresyon Envanterine dair örnek maddeler EK-12'de paylaşılmıştır.

3.5.5 Çocukluk Çağı Travmaları Anketi

Çocukluk çağı travmaları ölçeği Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından bireylerin çocukluk döneminde maruz kaldıkları cinsel (*madde numaraları= 20, 21, 23, 24, 27*), fiziksel, (*9, 11, 12, 15, 17*) duygusal istismar (*3,8,14, 18,25*) ve fiziksel (*1, 2,4, 6, 26*), duygusal ihmal (*5, 7, 13, 19, 28*) travmaları inceleme amacıyla geliştirilen 28 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin ülkemiz geçerlik güvenirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından "Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği" şeklinde yapılmıştır. 2020 yılında ölçek yine Şar ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna ait kültürel adaptasyonu için tekrar gözden geçirilmiştir. Yapılan bu çalışmada ölçeğe aşırı korumacılık- aşırı kontrol adında yeni bir alt boyut içerisinde 5 yeni madde *eklenmiştir* (*Madde numaraları= 29, 30, 31, 32, 33*). Ölçek 33 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşan 0.87 Cronbach alfa kat sayısı ve "Çocukluk Çağı Travmaları Anketi" ismi ile son halini almıştır. Ölçekte yeniden kodlanması gereken maddeler bulunmaktadır (*1, 2, 4, 5, 7, 10, 13, 19, 26, 28,31*). İnkâr (minimizasyon) puanlarını hesaplamak için ilgili maddeler arasında (*10, 16 ve 22*)

yalnızca 10 numaralı madde ters kodlanır. Bu üç madde toplam puanları etkilemez. Yalnızca en yüksek skorun (yani 5'in) yanıtları, minimizasyon skorlarının hesaplamasına 1 puan olarak dahil edilir. Minimizasyon skorları toplamda 0-3 arasında değişmektedir.

Ölçekten alınabilecek puan aralıkları 5 alt boyutlu hali için 25-125; revize edilmiş 6 alt boyutlu hali için 25-150 şeklindedir. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde Cronbach alfa katsayıları: cinsel istismar alt ölçeği için 0.90, fiziksel istismar alt ölçeği için 0.81, duygusal istismar alt ölçeği için 0.88, duygusal ihmal alt ölçeği için 0.89, fiziksel ihmal alt ölçeği için 0.77 ve aşırı koruma-aşırı kontrol alt ölçeği için 0.84 şeklinde bildirilmiştir. Bu araştırmada elde edilen Cronbach alfa katsayıları: cinsel istismar alt ölçeği için 0.93, fiziksel istismar alt ölçeği için 0.90, duygusal istismar alt ölçeği için 0.86, duygusal ihmal alt ölçeği için 0.88, fiziksel ihmal alt ölçeği için 0.83, aşırı koruma-aşırı kontrol alt ölçeği için 0.83 ve toplam ölçek için 0.88 şeklinde hesaplanmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Anketi'ne dair örnek maddeler EK-11'de sunulmuştur.

3.5.6 Psikolojik Acı Ölçeği

Holden ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmadığı durumlarda kronik olarak ortaya çıkan sevilme, kendilik imajını koruma, güvende hissetme, utanç duymama, anlama, anlaşılma gibi gereksinimlerin engellenmesi ve hayal kırıklığı, suçluluk, yenilgi, keder, öfke, umutsuzluk, tedirginlik şeklinde tanımlanabilecek düşünce ve uygulamaya yol açmasıyla yaşanan zihinsel acı şeklinde tanımlanan psikolojik acıyı ölçen 13 maddelik likert tipli öz bildirim ölçeğidir. Psikolojik Acı Ölçeği'nden alınabilecek puanlar 13-65 arasında değişmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan adaptasyon çalışmasında ise Demirkol ve arkadaşları (2018) ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.98 olarak hesaplamıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı .96 olarak hesaplanmıştır. Psikolojik Acı Ölçeği'ne dair örnek maddeler EK-13'te sunulmuştur.

3.5.7 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Öznel olarak bildirilen sosyal desteğin bireysel yorumlanmasına bağlı olarak algılanma biçiminin ön planda olduğu sosyal destek ölçeği aile desteği (*madde numaraları= 1, 2, 7, 9*) arkadaş desteği (*3, 4, 8, 11*) ve birey için özel bir kişiden alınan

sosyal desteği (5, 6, 10, 12) ifade eden üç alt boyuttan ve 12 maddelik ölçek Zimet ve arkadaşları tarafından (1990) geliştirilmiştir. 7’li likert tipi ölçekte yanıtlar “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(7) kesinlikle katılıyorum” arasında puanlanır.

Kişinin yüksek puan alması, algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Eker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ülkemizde yapılan adaptasyon çalışmasına göre aile, arkadaş ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutları sırası ile 0.87, 0.85 ve 0.91 Cronbach alfa güvenirlik katsayısına sahiptir. Ölçeğin toplam güvenirlik katsayısı 0.88 test-tekrar test güvenirliği ise 0.85 olarak bulunmuştur (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Bu araştırmada elde edilen Cronbach alfa katsayıları: aile desteği alt ölçeği için 0.86, arkadaş desteği alt ölçeği için 0.92, birey için özel bir kişiden alınan sosyal destek alt ölçeği için 0.94 ve toplam ölçek için 0.88 şeklinde hesaplanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ne ait örnek maddeler EK-14’te paylaşılmıştır.

3.5.8 İntihara İlişkin Risk ve Koruyucu Faktörlerin İncelenmesi için Hazırlanan Yüz Yüze Görüşme Formu

Bu form araştırmanın nitel verilerinin toplandığı ikinci aşamasında kullanılmak üzere araştırmacı, Tübitak projesi danışmanı Acıbadem Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Fatma Kahraman ve Psk. Dr. Ezgi Deveci tarafından geliştirilen 10 soruluk bir görüşme formudur (EK-15). Bu formda yer alan soruların cevaplanması için herhangi bir süre sınırı bulunmamaktadır. Buna göre, nitel verilere ulaşmak için katılımcılara yönlendirilen sorular sırasıyla aşağıdaki gibidir:

1. “İntihar dendiğinde aklınıza ilk ne geliyor?”,
2. “İntihar düşünceleriniz ilk nasıl başladı?”,
3. “Sizin için travmatik olarak değerlendirdiğiniz bir yaşantınız oldu mu? Ne zamandı?”,
4. “İntihar düşünceleriniz başlamadan önce kendinizi nasıl hissediyordunuz?”,
5. “İntihar düşünceleri ile birlikte hissettiğiniz duygular değişti mi?”,
6. “Sizce intihar düşüncenizi en çok belirginleştiren/tetikleyen yaşamsal zorluklarınız nelerdir?”,
7. “İntihar düşünceleriniz belirginleştğinde yaşamınızdaki hangi faktörler bu düşüncenize engel olur? /Bunlarla nasıl baş edersiniz?” ,

8. “İntihar ile ilgili düşüncelerinizi biriyle paylaşır mısınız? Evetse kiminle?”,
9. “Siz de psikolojik acı hisseder misiniz?”,
10. “Sizce psikolojik olarak sıkıntı hissettiğiniz ve psikolojik acı* çektiğinizi düşündüğünüz zamanlar ne yaptığınızda ya da ne olursa kendinizi daha iyi hissedersiniz?”
11. “Eklemek veya belirtmek istediğiniz başka bir şey var mı?” şeklindedir.

*Katılımcılara Shneidman (1993) kuramında belirttiği Psikolojik acı kavramının açıklaması yapılmış ve bu bağlamda soruya yanıt vermeleri istenmiştir.

3.6 Araştırma Deseni

Bu araştırma karma desene sahiptir. İlk aşama nicel bir yaklaşıma sahip olup, ikinci aşamada işleme kriterlerini sağlayan katılımcılar ile birinci aşamada kullanılan nicel ölçüm araçlarına ek olarak bireysel görüşmeler yapıp nitel bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır.

3.7 İşlem

İki aşamada yürütülmesi planlanan çalışmanın ilk aşamasındaki örnekleme dair daha önce belirtilen işleme kriterlerini karşılayan katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar onay kutucuğunu doldurduktan sonra ölçeklere erişim sağlayabilmiş ve her cihazdan yalnızca tek seferlik katılım sınırlaması getirilerek çalışmanın sonuçlarına dair güvenilirlik arttırılmaya çalışılmıştır.

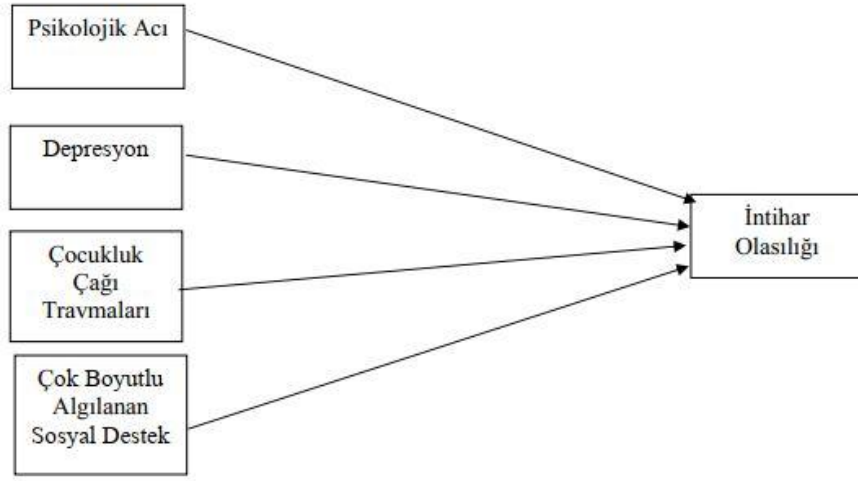
Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden katılımcılar ilk olarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş Sosyodemografik ve Klinik Veri Formunu ve İntihar Olasılığı Ölçeğini doldurmuştur. Ardından, Beck Depresyon Envanteri, Psikolojik Acı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Anketi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği doldurulmuştur. Birinci aşamadaki veriler Survey Monkey isimli online anket sitesi aracılığı ile ve kartopu örnekleme yöntemi ile toplanmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında ise, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Hastanesi’nde yatış yapmaksızın (ayaktan) tedavisi devam katılımcılardan oluşan 12 kişilik bir grup ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. İntihara

ilişkin koruyucu ve risk faktörlerine dair bilgiler niteliksel bir yöntem olan tematik analiz çalışması yürütölmek üzere toplanmıştır. Verilerin toplanması ve yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmeden önce katılımcılara yeni bir onam formu sunulmuş ve bireylere bu görüşmelerin bilimsel araştırma amacı ile toplandığı ve bir tedavi vaat edilmediğı detaylı şekilde aktarılmış, anlamadıkları kısımlar olması halinde soru sormalarına imkan sağlanmış ve yalnızca gönüllü katılımı kabul eden bireylerden veri toplanmıştır. Araştırmada görüntölü video kaydı yapılmamış, ancak katılımcılara ait cevapların not alınabilmesi amacıyla katılımcıların da onayı ile ses kaydı alınmıştır. Alınan ses kayıtlarının yalnızca araştırmada yanıtları değerlendirmek için araştırmacı tarafından kullanılacağı, herhangi bir yerde dinlenmeyeceğı ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı bilgisi katılımcılar ile paylaşılmıştır.

3.8 Veri Analizi

Bu araştırma beliren yetişkinlik döneminde bulunan katılımcılar ile yürütölmüştür. İki aşamadan oluşan bu çalışmanın birinci aşamasında toplam 1454 katılımcıya ulaşılmış, dışlama kriterleri uygulandıktan sonra elde edilen toplam 1189 katılımcı ile analizlere devam edilmiştir. Araştırmada depresyon, çocukluk çağı travmaları, algılanan çok boyutlu sosyal destek ve psikolojik acının intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rollerinin ve bu yordayıcı rollerde koruyucu ve risk faktörlerin rolünün incelenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla veri toplama araçları kısmında bahsedilen materyaller kullanılmıştır. Buna göre depresyon, çocukluk çağı travmaları, algılanan çok boyutlu sosyal destek ve psikolojik acı değişkenlerinin hepsinin bir arada yordayıcı, intihar olasılığı puanlarının yordanan olduğı adimsal çoklu doğrusal regresyon analizi yürütölmüştür. Regresyon analizini gerçekleştirmek amacıyla analizin önkoşulları da sınanmıştır. Sınanması planlanan modele ait şekil 3.8.1’de gösterilmiştir.

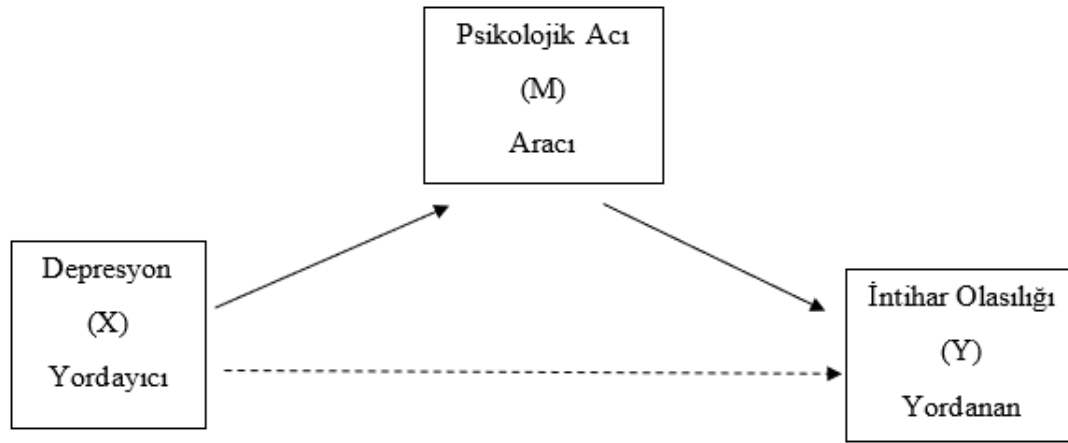


Şekil 3.8.1 Psikolojik Acı, Depresyon, Çocukluk Çağı Travmaları ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek değişkenlerinin İntihar Olasılığı değişkeni üzerindeki yordayıcı rolünün sınanacağı model.

Bu amaçla ilk olarak verilerin normal dağılım gösterip göstermediği tespit edilmek üzere Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi ve basıklık-çarpıklık değerlerinin incelenmesi planlanmıştır. Verilerin normal dağıldığı varsayımları için vaka sayısının 100'den çok olması ve/veya Kolmogorov-Smirnov testinin p değerinin anlamlılık kriteri olan 0.05'ten büyük olması ve basıklık ve eğrilik değerlerinin ± 2 aralığında olması şeklinde belirlenmiştir.

Yordayıcı değişkenler ve yordanan değişken arasındaki ilişkilerin gücü ve anlamlılığının sınanması için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmış ve orta güçte ($r \geq 0.20$) ve $p < 0.05$ kriterleri temel alınmıştır. Değişkenler arasında çoklu doğrusallık ihlalinin sınanması için ise tolerans ve varyans enflasyon faktörü (VIF) değerleri dikkate alınmıştır. Bu doğrultuda 0.20-1.00 arasındaki tolerans değerleri ve 1.00-10.00 arasındaki VIF değerleri çoklu doğrusallığın olmadığına kanıt olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın ikinci hipotezi olan mediyatör etki analizi için 1189 katılımcıda Beck Depresyon Envanteri ile ölçülen depresyon düzeyinin İntihar Olasılığı Ölçeği ile ölçülen bireylerin sahip olduğu intihar olasılık düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinde Psikolojik Acı Ölçeği ile ölçülen psikolojik acı düzeyinin aracı (mediyatör) rolünün sınanması hedeflenmiştir. Sınanması hedeflenen yapı modeli Şekil 3.7.2'de paylaşılmıştır.



Şekil 3.8.2 Depresyonun İntihar Olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünde Psikolojik Acı'nın aracı etkisine dair beklenen model.

Şekil 3.8.2'de tanımlanan modelin sınamasına geçilmeden önce değişkenlerin regresyon analizlerine uygunluk kriterlerini taşıyıp taşımadıkları incelenmiştir. Belirtilen tüm kriterlerin sınanması ve uygun koşulların sağlanması ardından depresyonun intihar olasılığını yordayıcı etkisinde psikolojik acının aracı rolü (mediyatör) analizi için Baron ve Kenny'nin (1986) kriterleri temel alınmıştır.

Bu kriterlere göre yordayıcı değişken ve yordanan değişken, yordayıcı değişken ve aracı değişken ile yordanan değişken ve aracı değişken arasındaki ilişkiler sınanmalıdır. Bu doğrultuda yürütülecek olan basit doğrusal regresyon analizlerinin anlamlı sonuçlar vermesi beklenmektedir. Bununla birlikte yordayıcı değişkenin 1. blokta, aracı değişkenin ise 2. blokta denkleme alındığı aracı regresyon analizinde, aracı değişkenin regresyon katsayısının anlamlılığını korumaya devam etmesi beklenir. Tüm koşulların sağlanması durumunda çoklu doğrusal hiyerarşik mediyatör regresyon analizi yürütülür. Bu analize göre 1. blokta yordayıcı değişkenin anlamlı olan Beta katsayısı, 2. blokta anlamsız hale geldiyse bu sonuç değişkenler arasında tam aracı etkinin olduğunu göstermektedir. İlgili katsayı 2. blokta anlamlı olmaya devam ettiği halde Beta katsayısında anlamlı bir düşüş olması durumunda kısmi aracı etkiden söz edilebilir. 1.bloktan 2. bloğa yordayıcı değişkenin Beta değerlerindeki değişimin anlamlılığı Sobel'in Z testi ile yorumlanmaktadır. Son olarak 2. blokta yordayıcı ve yordanan değişken arasındaki Beta katsayılarında ve bu ilişkinin anlamlılığına dair herhangi bir anlamlı değişim olmaması

halinde aracı etki olmadığı sonucuna varılır. Nicel analizlerin tümü SPSS v26.0 programıyla gerçekleştirilmiş olup anlamlılık kriteri $p<0.05$ kabul edilmiştir. Sobel'in Z testi ise <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm> uzantılı web sitesinden yürütülmüştür.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise klinik örneklem ile gerçekleştirilen görüşmeler ardından elde edilen nitel verilerin analizi yapılmıştır. Nitel araştırma, bir problemi çözmek için gözlem, görüşme ve belge analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, önceden bilinen veya tanımlanamayan sorunları keşfetmeye ve sorunla ilgili doğal olayları ele almaya yönelik öznel-yorumlayıcı bir süreci ifade etmektedir (Seale, 1999).

Nitel araştırma sürecine başladıktan sonra üç önemli durumun göz önünde bulundurulması gerekir. İlk olarak, çalışmanın temelini oluşturmak ve araştırma konusunu belirlemek için ayrıntılı bir teorik çerçeve oluşturulur. Araştırmacı, daha sonra sistematik, uygulanabilir ve zaman ile diğer seçenekler açısından esnek bir araştırma stratejisi oluşturur. Bu süreçteki adımlar Baltacı'ya (2019) göre araştırma probleminin belirlenmesi, kuramsal çerçevenin hazırlanması, araştırma sorularının hazırlanması, çalışma grubunun belirlenmesi, veri toplama araçlarının geliştirilmesi, gözlem, görüşme ve belge/metin analizi aracılığı ile verilerin toplanması, verilerin analizi şeklindedir.

Veri analizi aşamasında olay ve olguların kökenlerine odaklanma amacı ile içerik analizi kullanılarak tümevarımcı bir yaklaşım benimsenmektedir. İçerik analizinde görüşme, gözlem veya dokümanlar aracılığıyla edinilen veriler verilerin kodlanması, verilere ait temaların, kodların ve kategorilerin belirlenmesi, ilgili tema, kod ve kategorilerin düzenlenmesi ve son olarak elde edilen sonuçların tanımlanması ardından yorumlanması olmak üzere dört aşamada gerçekleştirilir (Miles ve Huberman, 1994). Bireylerin öznel deneyimleri ve intihar olgusuna dair algılarının daha iyi anlaşılması ve derinlemesine bilgi edinilebilmesi amacıyla yukarıda bahsedilen tematik analiz yönteminin kullanılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda yapılan tematik analiz sonucunda elde edilen bulgular (temalar, kodlar ve örnekler) ise bulgular bölümünde detaylı olarak açıklanmıştır.

BÖLÜM 4

4. BULGULAR

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular paylaşılmıştır.

4.1 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın birinci aşaması olan nicel verilerin toplandığı kısımda toplam 1454 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmanın işleme kriteri olan 18-25 yaş aralığında olma koşulunu sağlamayan katılımcıların [35'i (%2.41) 18 yaşından küçük, 61'i (%4.20) 25 yaşından büyük olmak üzere toplam 96 kişi (%6.60)] çıkarılması ve anketin yarısından fazlasını doldurmayan kişilerin (toplam örneklemin %11.14'ü olan 162 kişi), şizofreni tanısı aldığını belirten 1 katılımcının ve doğumda atanan cinsiyeti ile kendini tanımladığı cinsiyetin örtüşmemesi sebebiyle 6 (%0.41) katılımcının araştırmadan çıkarılması ardından 773'ü kadın (%65), 416'sı erkek (%35) olmak üzere toplam 1189 kişi ile analizlere devam edilmiştir.

4.2 Örnekleme Dair Betimleyici Analizler

Araştırmada yer alan örneklemin betimleyici bilgilerinin tespit edilmesi için frekans ve betimleyici analizleri yapılmıştır. Bunlardan ilki yaş değişkenine ait bilgilerdir. Buna göre katılımcılar 18-25 yaş aralığında olup 20.82 yaş ortalamasına ve 1.90 standart sapmaya sahiptir. Cinsiyet değişkeni göz önünde bulundurulduğunda kadınların yaş ortalaması 20.86 (SS= 1.84) erkeklerin ise 20.73 (SS=2.01) şeklinde bulunmuştur.

Yürütülen bağımsız örneklemeler için t test analizine göre kadınların ve erkeklerin yaş ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t_{(786,884)} = 1.100, p = 0.272$).

Katılımcıların cinsiyeti, romantik bir ilişkiye sahip olma durumu, medeni hali, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve tam zamanlı/yarı zamanlı olmak üzere çalışma şekli, sosyoekonomik durumu ve dini bir inanca sahip olma durumu Tablo 4.2.1’de; birlikte yaşadıkları kişiler, aile yapısı, anne ve babalarının hayatta olup olmadıkları, ailede psikiyatrik bir hastalık tanısı olması, sevilen birinin kaybını yaşamış olma ve kaybedilen kişinin kim olduğu Tablo 4.2.2’de, alkol, madde, sigara kullanım durumları Tablo 4.2.3’de; herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olması ve var olan tanı, psikiyatrik ilaç kullanma durumları ve daha önce psikoterapi desteği alma durumları Tablo 4.2.4’te; fiziksel bir engeli sahip olma durumu ve türü, fiziksel hastalık tanısı olması ve var olan tanı, kronik ağrı deneyimleme durumu ve ağrı kaynağı ile ağrı kesici kullanma durumları Tablo 4.2.5’te; intihar düşüncesine sahip olma, daha önce intihar girişiminde bulunma, intihar girişim sayısı, aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrede intihar girişiminde bulunan biri olması, bu kişinin kim olduğu ve intihar girişiminde bulunmalarındaki sebepler, bu sebepler arasındaki ilk etkili olan sebeplerine ilişkin yürütülen frekans analizi sonuçları Tablo 4.2.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.2.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=1189)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	773	65.0
	Erkek	416	35.0
Romantik İlişki	Olan	517	43.5
	Olmayan	672	56.5
Medeni Hal (n=517)	Bekar	488	94.4
	Evli	29	5.6
Eğitim Düzeyi	14 yıl ve daha az	579	48.7
	14 yıl üzeri	610	51.3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	341	28.7
	Çalışmıyor	848	71.3
Çalışma Şekli (n=341)	Tam zamanlı	186	54.5
	Yarı zamanlı	155	45.5
Sosyoekonomik Durum	Düşük	175	14.7
	Orta	824	69.3
	Yüksek	190	16.0
Dini Bir İnanç	Olan	1003	84.4
	Olmayan	161	13.5
	Diğer	25	2.1
N=1189			

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişiler, sahip oldukları aile yapısı, anne ve baba kaybı yaşamaları, sevilen birini kaybetmeleri, kaybedilen kişinin kim olduğu ve ailelerinde herhangi bir psikiyatrik tanının varlığına ilişkin bilgilerin analizi için yapılan frekans analizleri Tablo 4.2.2’de paylaşılmıştır.

Tablo 4.2.2 Katılımcıların Aile Yaşantısı ve Aile Bireyleriyle İlgili Bilgilerin Dağılımları
(n=1189)

Değişkenler		n	%
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Aile	803	67.5
	Arkadaş	222	18.7
	Tek	97	8.2
	Yurt	42	3.5
	Partner-Eş	25	2.1
Aile Yapısı	Çekirdek	913	76.8
	Geniş	202	17.0
	Parçalanmış	74	6.2
Anne	Hayatta	1171	98.5
	Hayatta değil	18	1.5
Baba	Hayatta	1123	94.4
	Hayatta değil	66	5.6
Ailede Psikiyatrik Tanı	Olan	178	15.0
	Olmayan	1011	85.0
Ailede Psikiyatrik Tanı Alan Kişi (n=178)	Anne	50	28.1
	Baba	33	18.5
	Teyze, dayı, amca, hala	32	18.0
	Anneanne, babaanne, dede	26	14.6
	Kardeş	23	12.9
	Hem anne hem baba	14	7.9
Daha Önce Sevilen Birinin Kaybı	Olan	714	60.1
	Olmayan	475	39.9
Kaybedilen Kişi (n=714)	Akraba	344	49.3
	Kim olduğu belirtilmemiş	259	37.1
	Baba	33	4.7
	Arkadaş	19	2.7
	Özel biri	12	1.7
	Anne	10	1.4
	Kardeş	10	1.4
	Evcil Hayvan	9	1.3
	Partner-Eş	2	0.3
N=1189			

Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımına ilişkin bilgilerin betimleyici analizleri yapılmıştır. Buna göre katılımcıların %48.2'si sigara, %54.2'si alkol ve %2.4'ü madde kullanımlarının olduğunu bildirmiştir. Sigara kullanım durumuna evet yanıtı veren katılımcıların sigara kullanım miktarı yanıtlarına göre günde en az 2 en çok 60 ve ortalama 14.42 adet (S.S.=7.65) sigara içtiği sonucu elde edilmiştir. Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanım durumlarına göre dağılımları Tablo 4.2.3'te özetlenmiştir.

Tablo 4.2.3 Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanıma Göre Dağılımları (n=1189)

Değişkenler		n	%
Sigara Kullanımı	Olan	573	48.2
	Olmayan	616	51.8
Alkol Kullanımı	Olan	644	54.2
	Olmayan	545	45.8
Madde Kullanımı	Olan	28	2.4
	Olmayan	1161	97.6
N=1189			

Katılımcıların herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olma durumu ve sahip olduklarını belirttikleri tanılar incelendiğinde örneklemin %11.3'ünü oluşturan 136 katılımcının en az bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu görülmektedir. Psikiyatrik tanılar arasında depresyon (%33.1), obsesif kompulsif bozukluk (%18.4), bipolar bozukluk (%5.1), anksiyete bozukluğu (%46.3), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%8.8) ve yeme bozuklukları (%4.4) gibi farklı psikopatolojiler göze çarpmaktadır. Diğer yanıtı (%5.1) içerisinde ise stres, öfke sorunu, kişilik bozukluğu ve özgün öğrenme bozukluğu yanıtları yer almaktadır. Araştırmada yer alan katılımcıların hiçbiri daha önce yatarak psikiyatrik tedavi almadığını belirtmiştir.

Katılımcıların herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olması ve sahip oldukları tanı, psikiyatrik ilaç kullanma ve daha önce psikoterapi desteği alma durumları Tablo 4.2.4'te özetlenmiştir.

Tablo 4.2.4 Katılımcıların Psikolojik Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları (n=1189)

Değişkenler		n	%
Psikiyatrik Tanı	Olan	136	11.4
	Olmayan	1053	88.6
Alınan Psikiyatrik Tanı (n=136)	Anksiyete bozukluğu	63	46.3
	Depresyon	45	33.1
	OKB	25	18.4
	DEHB	12	8.8
	Bipolar bozukluk	7	4.4
	Yeme bozukluğu	7	5.1
	Diğer	7	5.1
Psikiyatrik İlaç Kullanımı (n=136)	Şu an olan	52	38.2
	Hiç olmayan	26	19.1
	Geçmişte olan	58	42.6
Psikoterapi Desteği (n=136)	Şu an alan	36	26.5
	Hiç almayan	36	26.5
	Geçmişte alan	64	47.1
N=1189			

Katılımcıların fiziksel bir engelle sahip olma durumu ve türü, fiziksel bir hastalık tanısı olması durumu ve tanısı, kronik ağrı deneyimleme durumu ve ağrı kaynağı ile ağrı kesici kullanım durumları Tablo 4.2.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.2.5 Katılımcıların Fiziksel Sağlık Durumlarıyla İlişkili Değişkenlerin Dağılımları
(n=1189)

Değişkenler		n	%
Fiziksel Tanı (n=1189)	Olan	135	11.4
	Olmayan	1054	88.6
Alınan Fiziksel Tanı (n=135)	Kardiyolojik tanılar	24	17.6
	Astım	23	16.9
	Trioid ilişkili tanılar	20	14.7
	Ortopedik tanılar	15	11
	Diyabet	13	9.6
	Mide ilişkili tanılar	10	7.4
	Böbrek	7	5.1
	Polistik over sendromu	7	5.1
	Diğer	26	19.1
Fiziksel Tanıya Bağlı İlaç Kullanımı (n=136)	Olan	60	44.1
	Olmayan	76	55.9
Herhangi Bir Fiziksel Engel (n=1189)	Olan	9	0.8
	Olmayan	1180	99.2
Fiziksel Engel Türü (n=9)	Görme-ışıtme ile ilişkili	4	0.4
	Ortopedi- nöromüsküler	4	0.4
	Cilt ile ilişkili	1	0.1
Kronik Ağrı Deneyimi (n=1189)	Olan	196	16.5
	Olmayan	993	83.5
Kronik Ağrı Kaynağı (n=196)	Baş- boyun	95	48.7
	Kol ve bacaklar	31	15.9
	Bel	28	13.8
	Omuz- sırt	28	14.4
	Karın- mide	27	14.4
	Kalp- göğüs	20	10.3
	Diz- eklem	15	7.7
	Diğer	14	7.2
Herhangi Bir Nedenle Ağrı Kesici Kullanımı	Olan	767	64.5
	Olmayan	422	35.5
N=1189			

Katılımcıların diğer şeklinde gruplandırılan fiziksel tanıları içerisinde astım otoimmün bozukluğu, Akdeniz anemisi, idrar yolları enfeksiyonu, migren vb. yanıtlar yer almaktadır. Kronik ağrı deneyimlediğini belirten 196 katılımcının ağrı kaynaklarını belirtmeleri istenmiş ve katılımcıların %48.7'lik bir kısmının kronik baş ve boyun ağrıları deneyimledikleri görülmüştür. Baş ve boyun yanıtı ardından en çok belirtilen diğer ağrı kaynağı kol ve bacaklar şeklinde belirlenmiştir. Bununla beraber diğer şeklinde ele alınan yanıtlar içerisinde kasık, baldır, kalça vb. kronik ağrı kaynakları olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların daha önce intihar düşüncesine sahip olma, daha önce intihar girişiminde bulunma, intihar girişim sebepleri, intihar girişim sayıları ve sosyal çevrelerinde intihar girişimi olan birine sahip olma durumları incelenmiş ve Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.6 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımları (n=1189)

Değişkenler		n	%
İntihar Düşüncesi	Olan	360	30.3
	Olmayan	829	69.7
İntihar Girişimi (n=360)	Olan	89	24.7
	Olmayan	271	75.3
İntihar Girişim Sebepleri (n=89)	Ailesel sorunlar	49	55.1
	Yalnızlık	46	51.7
	Ruhsal hastalık	45	51.0
	Sınav, okul, akademik kaygılar	40	44.9
	Duygusal ihmal yaşantısı	34	38.2
	Romantik ilişkisel sorunlar	29	32.6
	Duygusal istismar yaşantısı	20	22.5
	Ekonomik sorunlar	19	21.4
	Cinsel istismar yaşantısı	13	14.6
	Sevilen birinin kaybı	12	13.4
	Fiziksel istismar yaşantısı	10	11.2
	Mesleki ve işle alakalı sorunlar	10	11.2
	Fiziksel hastalık	5	5.6
	Fiziksel ihmal yaşantısı	5	5.6
	Cinsel sorunlar	3	3.4
	Diğer	3	3.4
	Alkol ve/veya madde kullanımı	2	2.3
N=1189			

Tablo 4.2.6 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımları (n=1189)
(Devamı)

Değişkenler		n	%
İntihar Girişimi İçin İlk Sebepleri (n=89)	Ailesel sorunlar	25	28.1
	Yalnızlık	17	19.1
	Ruhsal hastalık	13	14.6
	Cinsel istismar yaşantısı	7	7.9
	Duygusal ihmal yaşantısı	6	6.7
	Sevilen birinin kaybı	5	5.6
	Sınav, okul, akademik kaygılar	5	5.6
	Diğer	4	4.5
	Romantik ilişkisel sorunlar	3	3.4
	Ekonomik sorunlar	2	2.6
	Fiziksel istismar yaşantısı	1	1.1
	Duygusal istismar yaşantısı	1	1.1
İntihar Girişim Sayısı (n=89)	1	41	46.1
	2	21	23.6
	3 ve üzeri	21	23.6
	Belirtmek istemeyen	6	6.7
Aile, Akraba veya Sosyal Çevrede İntihar Girişiminde Bulunan Bir Kişi (n=1189)	Olan	193	16.2
	Olmayan	725	61.0
	Belirtmek istemeyen	271	22.8
Aile, Akraba veya Sosyal Çevrede İntihar Girişiminde Bulunan Kişi (n=193)	Akraba	84	43.5
	Arkadaş	46	23.8
	Tanımlanmamış	23	11.9
	Özel Biri	17	8.8
	Kardeş	13	6.7
	Anne	6	3.1
	Baba	3	1.6
	Partner-Eş	1	0.5
N=1189			

Katılımcıların intihar davranış özellikleri incelendiğinde katılımcıların %30.3'ü olan 364 kişi daha önce intihar düşüncesine sahip olduğunu ifade etmiştir. İntihar düşüncesinin varlığını belirten bu 364 katılımcıya daha önce intihar girişiminde bulunup

bulunmadıkları sorulduğunda “evet” yanıtı veren 89 kişi tespit edilmiştir. İntihar girişiminde bulunan 89 katılımcıya intihar girişim sebepleri sorulmuş ve bireylerin çoğunlukla birden fazla seçeneği işaretlediği sonucu bulunmuştur.

İntihar girişim sebepleri arasından en sık gösterilen sebepler %55.1 ile aile sorunları, %51.7 ile yalnızlık ve %51 ile ruhsal hastalıklar olurken, en az seçilen seçenekler %2.3 alkol ve madde kullanımı ve %3.4 ile cinsel sorunlar yanıtları olmuştur. Daha detaylı bilgi almak adına bu sebeplerden hangisinin intihar girişimleri için ilk sebep olacağı sorusuna verilen yanıtı göre 89 kişinin %28.1’ini oluşturan 25 kişinin “yalnızlık” seçeneğini seçtiği görülmektedir. İntihar girişimi için takip eden ilk sebep arasında ikinci sırada %19.1’lik kısmı oluşturan 17 kişinin verdiği “romantik ilişkisel sorunlar” yanıtı ve üçüncü sırada %14.6’lık kısmı oluşturan 13 kişinin verdiği “ruhsal hastalık” yanıtı gelmektedir.

Son olarak intihar girişimi için diğer sebeplere ait yanıtlar incelenmiş ve katılımcıların “Bu hayata ait hissetmeme”, “Kendimle ne yapacağımı bilememe, uyum sağlayamama” ile “Yetersizlik hissi ve aileden bir bireyle yaşanmış yoğun şiddetli tartışma” yanıtları verdiği görülmüştür. İntihar girişimi için ilk sebebe diğer yanıtı veren katılımcıların yanıtları ise “Ait hissetmemek ve hayatımı nasıl yaşamam gerektiğini bilememek”, “Kanser olmam”, “Kendimden nefret etmem” ve “Yetersizlik hissi ve başarısızlığın peş peşe yaşanması ve birbirini tetiklemesi” şeklinde olmuştur.

4.3 Ölçeklere Ait Betimsel Bilgiler

Araştırmada yer alan tüm ölçekler ve alt boyutlarına dair puan aralıkları, ortalamaları ve standart sapmaları analiz edilip Tablo 4.3.1.1’de verilmiştir.

Tablo 4.3.1.1 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarına Dair Betimsel Bilgiler (n=1189)

	Ortalama ± S.S.	Puan Aralığı
İÖÖ-Umitsuzluk	24.57±6.79	12-48
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	11.43±4.37	8-32
İÖÖ-Olumsuz Kendilik Algısı	21.93±5.93	9-36
İÖÖ-Düşmanlık	11.79±3.70	7-28
İÖÖ-Toplam	69.73±15.89	38-133
ÇÇTA-Duygusal İstismar	8.29±4.11	5-25
ÇÇTA-Fiziksel İstismar	6.49±3.39	5-25
ÇÇTA-Cinsel İstismar	6.29±3.27	5-25
ÇÇTA-Duygusal İhmal	11.40±5.10	5-25
ÇÇTA-Fiziksel İhmal	7.77±3.61	5-23
ÇÇTA-Aşırı Koruma- Kontrol	10.61±4.51	5-25
ÇÇTA-Toplam	61.16±15.39	40-131
ÇBASD-Aile Desteği	20.56±6.18	4-28
ÇBASD-Arkadaş Desteği	21.08±5.53	4-28
ÇBASD-Özel Birinden Destek	16.96±9.14	4-28
ÇBASD-Toplam	58.68±15.83	12-84
Psikolojik Acı Ölçeği	31.64±13.56	14-70
Beck Depresyon Envanteri	21.83±11.61	0-51

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Araştırmada yer alan tüm ölçekler ve alt boyutlarına dair puan aralıkları, ortalamaları ve standart sapmaları ölçek nezdinde analiz edilip Tablo 4.4.1.2’de verilmiştir.

Tablo 4.3.1.2 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarının Ölçek Puan Aralıklarına Göre Betimsel Bilgileri (n=1189)

	Ortalama±S.S.	Puan Aralığı
İÖÖ-Umutsuzluk	2.04±0.57	1-4
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	1.42±0.55	1-4
İÖÖ-Olumsuz Kendilik Algısı	2.44±0.53	1-4
İÖÖ-Düşmanlık	1.69±0.66	1-4
İÖÖ-Toplam	1.93±0.44	1.06-3.69
ÇÇTA-Duygusal İstismar	1.66±0.82	1-5
ÇÇTA-Fiziksel İstismar	1.30±0.68	1-5
ÇÇTA-Cinsel İstismar	1.26±0.65	1-5
ÇÇTA-Duygusal İhmal	2.28±1.02	1-5
ÇÇTA-Fiziksel İhmal	1.55±0.72	1-4
ÇÇTA-Aşırı Koruma- Kontrol	2.12±0.90	1-5
ÇÇTA-Toplam	1.83±0.46	1.16-3.94
ÇBASD-Aile Desteği	5.14±1.54	1-7
ÇBASD-Arkadaş Desteği	5.28±1.53	1-7
ÇBASD-Özel Birinden Destek	4.24±2.28	1-7
ÇBASD-Toplam	4.89±1.32	1-7
Psikolojik Acı Ölçeği	2.26±0.96	1-5
Beck Depresyon Envanteri	1.03±0.55	0-2.43

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.4 Normallik Dağılımın Sınanması ve Ölçeklerin Basıklık, Çarpıklık Değerleri ile Güvenirlik Analizleri

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği tespit edilmek üzere Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi ve basıklık-çarpıklık değerleri incelenmiştir. Verilerin normal dağıldığı varsayımları için vaka sayısının 100'den çok olması ve/veya Kolmogorov-Smirnov testinin p değerinin anlamlılık kriteri olan 0.05'ten büyük olması

ve basıklık ve eğrilik değerlerinin ± 2 aralığında yer alması (Hair ve ark., 2022) şeklinde belirlenmiştir.

Bu amaçla ilk olarak yordanan değişken olan İntihar Olasılığı değişkeninin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov tek örneklem normal dağılım testi ve aynı zamanda basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri ile sınanmıştır (İntihar Olasılığı puanları için Skewness=0.743, S.H.=0.071; Kurtosis=0.606, S.H.=0.142). Basıklık ve çarpıklık değerleri beklenen sınırlarda olduğundan verilerin normal dağıldığı kabul edilmiş ve analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Ayrıca, araştırmada yer alan tüm ölçekler ve alt boyutlarına dair iç güvenirlik analizleri yürütülmüştür. Buna göre araştırmada yer alan ölçeklerin Cronbach Alfa kat sayıları ve sahip oldukları madde sayıları Tablo 4.4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.4.1 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarına Ait Güvenirlik Analizleri (n=1189)

	Cronbach Katsayısı	Madde Sayısı	Basıklık (Skewness)		Çarpıklık (Kurtosis)	
			Değeri	S.H.	Değeri	S.H.
İÖÖ-Umutsuzluk	0.86	12	0.502	0.071	0.283	0.142
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	0.87	8	1.945	0.071	4.280	0.142
İÖÖ-Olumsuz Kendilik Algısı	0.93	9	0.103	0.071	-0.338	0.142
İÖÖ-Düşmanlık	0.74	7	1.033	0.071	1.325	0.142
İÖÖ-Toplam	0.91	36	0.743	0.071	0.606	0.142
ÇÇTA-Duygusal İstismar	0.86	5	1.676	0.071	2.720	0.142
ÇÇTA-Fiziksel İstismar	0.90	5	3.367	0.071	12.676	0.142
ÇÇTA-Cinsel İstismar	0.93	5	3.365	0.071	12.664	0.142
ÇÇTA-Duygusal İhmal	0.88	5	0.575	0.071	-0.538	0.142
ÇÇTA-Fiziksel İhmal	0.83	5	1.666	0.071	2.545	0.142

Tablo 4.4.1 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarına Ait Güvenirlik Analizleri (n=1189) (Devamı)

	Cronbach Katsayısı	Madde Sayısı	Basıklık (Skewness)		Çarpıklık (Kurtosis)	
			Değeri	S.H.	Değeri	S.H.
ÇÇTA-Aşırı Koruma, Kontrol	0.83	5	0.917	0.071	0.282	0.142
ÇÇTA-Toplam	0.88	33	1.435	0.071	2.177	0.142
ÇBASD-Aile Desteği	0.86	4	-0.632	0.071	-0.466	0.142
ÇBASD-Arkadaş Desteği	0.92	4	-0.728	0.071	-0.057	0.142
ÇBASD-Özel Birinden Destek	0.94	4	-0.112	0.071	-1.564	0.142
ÇBASD-Toplam	0.88	12	-0.314	0.071	-0.504	0.142
Psikolojik Acı Ölçeği	0.96	14	0.665	0.071	-0.280	0.142
Beck Depresyon Envanteri	0.80	21	-0.155	0.071	-0.780	0.142

* $p < .05$; ** $p < .001$

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; ÇÇTA: Çocukluk Çağı Travmaları Anketi; ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.5 Hipotezlerin Analizleri

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın birinci aşaması olarak psikolojik acı, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve çok boyutlu algılanan sosyal desteğin intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünün araştırılması için oluşturulan hipotezler ile depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı ilişkisinde psikolojik acının aracı/mediyatör rolü sınanacaktır. Ardından, katılımcıların belirlenen değişkenler doğrultusunda intihar olasılığı puanları arasında fark olup olmadığına yönelik oluşturulan hipotezler aktarılacaktır. Son olarak ise araştırmanın ikinci aşamasına yönelik elde edilen nitel analiz bulgularına yer verilecektir.

4.5.1 Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Araştırmada yer alan değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla ve adimsal (stepwise) çoklu doğrusal regresyon analizinin önkoşullarının sınanması için

öncelikle Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Yürütülen analiz sonuçlarına göre intihar olasılığı değişkeni ile depresyon, çocukluk çağı travmaları, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve psikolojik acı değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Tablo 4.5.1.1 İntihar olasılığı, çocukluk çağı travmaları, psikolojik acı, depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenleri arasındaki ilişkide Pearson korelasyon değerleri (n=1189)

	1	2	3	4	5
1 İntihar Olasılığı Ölçeği	1	0.497**	0.735**	0.625**	-0.516**
2 Çocukluk Çağı Travmaları Anketi		1	0.367**	0.270**	-0.360**
3 Psikolojik Acı Ölçeği			1	0.646**	-0.430**
4 Beck Depresyon Envanteri				1	-0.413**
5 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği					1
N=1189					

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Bu bulgular araştırmanın ilk analizi olan “H1: İntihar olasılığı ile psikolojik acı ($r=0.735$), depresyon ($r=0.625$) ve çocukluk çağı travmaları ($r=0.497$) arasında pozitif yönde; çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları ($r=-0.516$) arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki vardır.”, hipotezini destekleyen niteliktedir.

Analiz sonucu elde edilen tüm korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri Tablo 4.5.1.1’de, araştırmada yer alan tüm değişkenler ve alt boyutları arasındaki ilişkilere dair bulunan korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri ise Tablo 4.5.1.2.’de verilmiştir.

Tablo 4.5.1.2 Araştırmada Yer Alan Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere Ait Pearson Korelasyon Değerleri (N=1189)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Umutsuzluk	1																	
2. İntihar Düşüncesi	.669**	1																
3. Olumsuz Kendilik	.230**	.293**	1															
4. Düşmanlık	.705**	.629**	.201**	1														
5. İntihar Olasılığı Total	.862**	.818**	.599**	.783**	1													
6. Duygusal İstismar	.343**	.368**	.336**	.308**	.454**	1												
7. Fiziksel İstismar	.170**	.284**	.252**	.201**	.291**	.633**	1											
8. Cinsel İstismar	.122**	.255**	.197**	.163**	.234**	.449**	.511**	1										
9. Duygusal İhmal	.327**	.332**	.547**	.236**	.491**	.538**	.295**	.167**	1									
10. Fiziksel İhmal	.104**	.253**	.387**	.121**	.287**	.333**	.372**	.304**	.594**	1								
11. Aşın Koruma-Kontrol	.368**	.305**	.359**	.289**	.443**	.636**	.418**	.287**	.523**	.273**	1							
12. ÇÇTÖ-Total	.320**	.411**	.475**	.298**	.497**	.820**	.738**	.620**	.704**	.659**	.742**	1						
13. Aileden Sosyal Destek	.412**	.360**	.469**	.294**	.519**	.457**	.211**	.109**	.686**	.322**	.453**	.498**	1					
14. Arkadaş Sosyal Destek	.424**	.353**	.498**	.315**	.538**	.328**	.170**	.077**	.477**	.239**	.334**	.369**	.660**	1				
15. Özel Biri Sosyal Destek	.229**	.129**	.183**	.128**	.231**	.120**	.018	.027	.181**	.062*	.128**	.108**	.288**	.296**	1			
16. ÇBASDÖ-Total	.434**	.328**	.457**	.298**	.516**	.334**	.141**	.047	.498**	.230**	.347**	.360**	.721**	.790**	.782**	1		
17. Psikolojik Acı Total	.707**	.641**	.329**	.574**	.735**	.385**	.196**	.162**	.381**	.162*	.358**	.367**	.447**	.387**	.237**	.430**	1	
18. Beck Depresyon Total	.606**	.439**	.351**	.490**	.625**	.256**	.116**	.091**	.327**	.117**	.300**	.270**	.394**	.372**	.249**	.413**	.646**	1

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

4.5.2 Psikolojik Acı, Depresyon, Çocukluk Çağı Travmaları ve Çok Boyutlu

Algılanan Sosyal Destek değişkenlerinin İntihar Olasılığını Yordayıcı Rolünün Sınanması

Psikolojik Acı, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenlerinin intihar olasılığını yordayıcı etkisinin sınanması amacıyla adımsal (stepwise) çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Regresyon analizine girmeden önce her bir yordayıcının yordanan değişken ile olan ilişkilerinin anlamlı ve en az 0.20 gücünde olup olmadığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Pearson korelasyon testi, İntihar Olasılığı Ölçeği ile ölçülen intihar olasılığı düzeyleri ile tüm yordayıcıların anlamlı ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur (Tablo 4.5.2).

Regresyon analizine geçmeden önce incelenen doğrusallık ilişki analizine göre ise tüm yordayıcıların yordanan değişken olan intihar olasılığı puanları ile doğrusal ilişki gösterdikleri tespit edilmiştir. Yine hiçbir yordayıcı arasında çoklu doğrusal ilişki olmadığı da gözlemlenmiştir (psikolojik acı için tolerans=0.361, VIF=2.772; depresyon için tolerans=0.581, VIF=1.721, çocukluk çağı travmaları için tolerans =0.809, VIF=1.236, çok boyutlu algılanan sosyal destek için tolerans =0.750, VIF=1.333). Tüm bu sonuçlar, ilgili yordayıcılarla regresyon analizi yapılabileceğine dair kanıt oluşturmuştur. Son aşamada yürütülen adımsal (stepwise) çoklu doğrusal regresyon analizi, İntihar Olasılığı Ölçeği ile ölçülen intihar olasılığının tüm yordayıcılar tarafından anlamlı düzeyde yordandığını göstermiştir.

Buna göre depresyon puanları intihar olasılığı puanlarındaki varyansın yaklaşık %54'ünü açıklarken ($F_{(1,1187)} = 1395.782, p=0.000$), bu oran çocukluk çağı travmaları puanları için %6 ($F_{(2,1186)} = 889.807, p=0.000$), psikolojik acı puanları için %3.4 ($F_{(3,1185)} = 685.892, p=0.000$) ve çok boyutlu algılanan sosyal destek için %1.8 olmuştur ($F_{(4,1184)} = 556.288, p=0.000$). İlgili regresyon analiz sonuçları Tablo 4.5.3'te' özetlenmiştir.

Bu bulgular araştırmada yer alan “H2: Psikolojik acı, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenleri intihar olasılığını anlamlı derecede yordamaktadır.” hipotezini desteklemektedir. Bir diğer deyişle, depresyon intihar olasılığı üzerindeki en güçlü yordayıcı role sahiptir.

Tablo 4.5.2 Yordanan Değişkenin İntihar Olasılığı Puanları Olduğu Adımsal Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	ΔR^2	B	S.H.	Beta	t
1. Sabit	-	42.480	0.794	-	53.527**
Beck Depresyon Envanteri	0.540	0.861	0.023	0.735	37.360**
2. Sabit	-	29.471	1.227	-	24.023**
Depresyon		0.748	0.023	0.639	32.367**
Çocukluk Çağı Travmaları Anketi	0.060	0.271	0.20	0.263	13.302**
3. Sabit	-	28.492	1.177	-	24.211**
Beck Depresyon Envanteri		0.568	0.028	0.485	20.336**
Çocukluk Çağı Travmaları Anketi		0.261	0.020	0.253	13.396**
Psikolojik Acı Ölçeği	0.034	0.333	0.032	0.244	10.574**
4. Sabit	-	42.154	2.082	-	20.245**
Beck Depresyon Envanteri		0.530	0.028	0.453	19.170**
Çocukluk Çağı Travmaları Anketi		0.225	0.020	0.218	11.488**
Psikolojik Acı Ölçeği		0.287	0.031	0.209	9.148**
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	0.018	-0.157	0.020	-0.157	-7.864**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

4.5.3 Depresyonun İntihar Olasılığını Yordayıcı Etkisinde Psikolojik Acının Aracı Rolünün Sınanması

Bu analizde depresyon ile intihar olasılığı arasındaki yordayıcı ilişkide psikolojik acı düzeyinin aracı rolü sınanmıştır. Aracı etki sınamasının yürütülmesi amacıyla Baron ve Kenny'nin veri analizi bölümünde de bildirilen dört basamaklı uygunluk kriterleri incelenmiştir.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar bağlamında yürütülen basit doğrusal regresyon analizleri sonucu yordayıcı değişken olan depresyonun ve aracı değişken olan psikolojik acının intihar olasılığı puanlarındaki değişimin sırasıyla %54'ünü ($F_{(1,1187)} = 1395.782$, $p = 0.000$) ve için %3.9 ($F_{(2,1186)} = 816.281$, $p = 0.000$) açıkladığını göstermiş; mediyatör değişken olan psikolojik acının yordanan değişken, depresyonun da yordayıcı olarak denkleme sokulduğu son basit doğrusal regresyon analizi de yordayıcı değişkenin aracı

değişkendeki varyansın yaklaşık %4.2'sini anlamlı düzeyde açıkladığını doğrulamıştır ($F_{(1,1187)} = 851.653, p=0.000$).

Baron ve Kenny'nin (1986) tüm koşullarının karşılandığının tespit edilmesi üzerine depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı etkisinde psikolojik acının mediyatör rolünün sınıandığı çoklu doğrusal hiyerarşik mediyatör regresyon analiz sınamasına geçilmiştir. Regresyon denkleminde yordanan olarak intihar olasılığı skorlarının girildiği bu analizde, birinci bloğa yordayıcı değişken olan depresyon, ikinci bloğa ise mediyatör değişken olan psikolojik acı atanmıştır.

Analiz sonuçlarına göre depresyonun intihar olasılığı üzerindeki değişimin yaklaşık %39'unu ($F_{(1,1187)} = 762.686, p=0.000$), psikolojik acının ise intihar olasılığı varyansının yaklaşık %19'unu ($F_{(2,1186)} = 816.281, p=0.000$) anlamlı derecede yordadığı görülmüştür.

Öte yandan son modelde mediyatör değişkenin yordayıcılık etkisi anlamlı olmaya devam ettiği halde (Baron ve Kenny'nin [1986] dördüncü kriteri), yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerinde anlamlı olan yordayıcılık etkisinin mediyatör değişken denkleme sokulduktan sonra Beta katsayısında anlamlı bir düşüş olduğu gözlenmiştir (Sobel $Z=9.7762, p<0.05$). Buna göre depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı etkisinde psikolojik acının kısmi aracı etkiye sahip olduğu kabul edilmiş olup Şekil 3'te sunulan beklenen model hipotezi kısmi olarak desteklenmiştir. Bu bulgu araştırmada yer alan "H3: Depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı ilişkisinde psikolojik acının mediyatör rolü vardır." hipotezini kısmen desteklemiştir. İlgili mediyatör etki analiz bulguları Tablo 4.5.3'te gösterilmiştir.

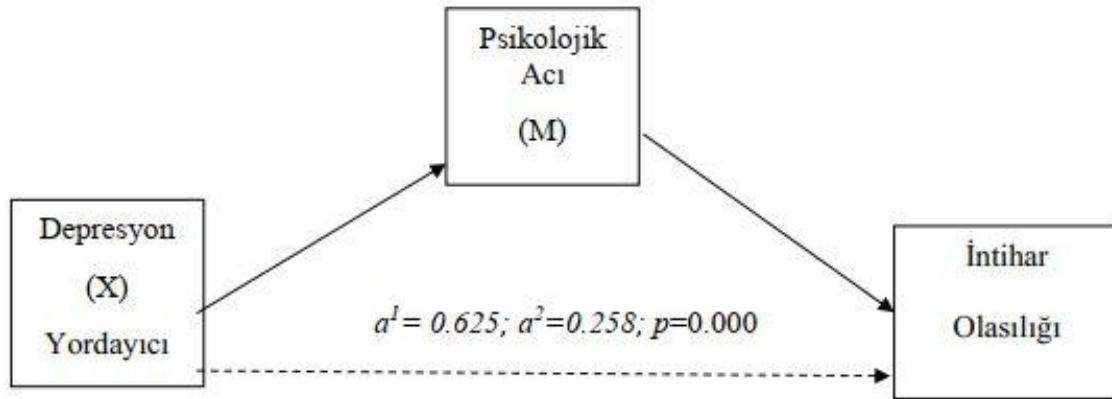
Tablo 4.5.3 Depresyonun İntihar Olasılığını Üzerindeki Yordayıcı Etkisinde Psikolojik Acının Aracı Rolüne Dair Çoklu Doğrusal Hiyerarşik Mediyatör Regresyon Analizi Bulguları

Model	ΔR^2	B	S.H.	Beta	T
1.Sabit Depresyon ¹	-	51.037	0.767	-	66.570**
	0.391	0.856	0.031	0.625	27.617**
2.Sabit Depresyon	-	40.949	0.774	-	52.927**
		0.353	0.034	0.258	10.458**
Psikolojik Acı ²	0.188	0.666	0.029	0.568	23.021**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$.

¹Depresyon: Beck Depresyon Envanteri toplam puanı; ² Psikolojik Acı: Psikolojik Acı Ölçeği toplam puanı.

Söz konusu mediyatör etki analizinde yordayıcı değişkene ait 1. ve 2. blok beta katsayılarını gösteren gözlenen model ise Şekil 4.5.3.1’de özetlenmiştir.



Şekil 4.5.3.1 Depresyonun İntihar Olasılığı Üzerindeki Yordayıcı Rolünde Psikolojik Acı’nın Aracı Etkisine Dair Gözlenen Model (Sobel $Z=9.7762$, $p=0.000$).

4.5.4 Değişkenlerin Sosyodemografik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması

Araştırmanın ikinci amacı olarak çalışmada yer alan değişkenlerin sosyodemografik ve klinik değişkenler bakımından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmek üzere bir dizi bağımsız örneklem t testleri uygulanmıştır.

4.5.4.1 Cinsiyet

Araştırmanın ana değişkeni olan intihar olasılığı toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyet bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına dair kurulan hipotezlerin sınanması için yürütülen bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre: kadınların intihar olasılığı puan ortalamaları (70.16 ± 15.98) ile erkeklerin intihar olasılığı puan ortalamaları (68.93 ± 15.70) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır ($t_{(1187)} = 1.266$, $p = 0.206$). Bu bulgu “H4: Kadınların intihar olasılığı puan ortalamaları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir.” şeklindeki hipotezi desteklememektedir. Bir diğer deyişle, intihar olasılığı puan ortalamaları açısından kadın ve erkek arasında bir farklılık tespit edilememiştir.

Alt boyutlar incelendiğinde benzer şekilde intihar düşüncesi, olumsuz kendilik algısı ve düşmanlık puanlarının cinsiyet değişkeni bakımından farklılaşmadığı bulunmuştur. İntihar Olasılığı Ölçeği’nin yalnızca umutsuzluk alt boyutunun cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüş ve buna göre kadınların umutsuzluk puanları (24.85 ± 6.69) erkeklerden (24.03 ± 6.95) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($t_{(1187)} = 2.002$, $p = 0.046$). Bir diğer deyişle intihar düşüncesi, olumsuz kendilik algısı ve düşmanlık alt boyutu puan ortalamaları açısından kadın ve erkek arasında bir farklılık tespit edilememiştir. Cinsiyetler arası farklılık sadece umutsuz alt boyutunda bulunmuş ve kadınların umutsuzluk puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Test istatistikleri Tablo 4.5.4.1’de sunulmuştur.

Araştırma hipotezlerinde yer almasa da örneklem özelliklerini ortaya koyması açısından İntihar Olasılığı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Anketi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Psikolojik Acı Ölçeği toplam ve alt boyutlarına ait puanların cinsiyete göre değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir. Buna göre, çocukluk çağı travmaları toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyet bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına dair yürütülen bağımsız örneklem t testi sonucuna göre kadınların

çocukluk çağı travma puan ortalamaları ile erkeklerin puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır ($t_{(1187)} = -0.793$, $p = 0.428$). Alt ölçekler bakımından incelendiğinde kadınların fiziksel ihmal (7.50 ± 3.34) puan ortalamalarının erkeklerle kıyasla (8.25 ± 4.02) anlamlı düzeyde daha düşük ($t_{(726.883)} = -3.256$, $p = 0.001$); aşırı kontrol/aşırı koruma puan ortalamalarının ise (10.80 ± 4.66) erkeklerden (10.27 ± 4.18) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($t_{(932.026)} = 1.978$, $p = 0.048$). Öte yandan, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal puan ortalamalarının cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür.

Araştırmanın bir diğer değişkeni olan çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam ve alt boyutlarının cinsiyet bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına dair yürütülen bağımsız örneklemeler için t testi sonuçlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür.

Araştırmanın son iki değişkeni olan psikolojik acı ve depresyon puan ortalamalarının cinsiyet bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına dair yürütülen bağımsız örneklemeler için t testine göre kadınların psikolojik acı puan ortalamalarının (33.36 ± 13.41) erkeklerin puan ortalamalarına (28.44 ± 13.28) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($t_{(1187)} = 6.057$, $p = 0.000$) ve yine kadınların depresyon puan ortalamalarının (22.91 ± 11.35) erkeklerin depresyon puan ortalamalarına (19.84 ± 11.83) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu ($t_{(1187)} = 4.382$, $p = 0.000$) tespit edilmiştir. Analiz edilen değişkenlere ait istatistiksel bilgiler Tablo 4.5.4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.5.4.1 Araştırmada Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutlarının Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi (n=1189)

	Kadın (n=773)	Erkek (n=416)	Test İstatistiği	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
İÖÖ-Umutsuzluk	24.85±6.69	24.03±6.95	$t_{(1187)}=2.002$	0.046*
İÖÖ-İntihar Düşüncesi	11.37±4.30	11.54±4.50	$t_{(1187)}=-0.655$	0.512
İÖÖ-Olumsuz Kendilik Algısı	22.08±5.63	21.64±6.46	$t_{(755,670)}=1.180$	0.238
İÖÖ-Düşmanlık	11.84±3.64	11.71±3.81	$t_{(1187)}=0.564$	0.573
İÖÖ-Toplam	70.16±15.98	68.93±15.70	$t_{(1187)}=1.266$	0.206
ÇÇTA-Duygusal İstismar	8.38±4.15	8.13±4.05	$t_{(1187)}=1.007$	0.314
ÇÇTA-Fiziksel İstismar	6.39±3.28	6.69±3.59	$t_{(785,700)}=-1.409$	0.159
ÇÇTA-Cinsel İstismar	6.35±3.20	6.18±3.39	$t_{(1187)}=0.834$	0.405
ÇÇTA-Duygusal İhmal	11.46±5.00	11.29±5.27	$t_{(1187)}=0.552$	0.581
ÇÇTA-Fiziksel İhmal	7.50±3.34	8.25±4.02	$t_{(726,883)}=-3.440$	0.001*
ÇÇTA-Aşırı Koruma-Kontrol	10.80±4.66	10.27±4.18	$t_{(932,026)}=1.978$	0.048*
ÇÇTA-Toplam	60.90±15.15	61.64±15.83	$t_{(1187)}=-0.793$	0.428
ÇBASD-Aile Desteği	20.32±6.27	21.01±5.98	$t_{(1187)}=-1.833$	0.067
ÇBASD-Arkadaş Destek	20.99±5.42	21.26±5.73	$t_{(1187)}=-0.812$	0.417
ÇBASD-Özel Birinden Destek	16.88±9.23	17.12±8.98	$t_{(1187)}=-0.433$	0.665
ÇBASD-Toplam	58.23±15.54	59.51±16.36	$t_{(1187)}=-1.329$	0.184
Psikolojik Acı Ölçeği	33.36±13.41	28.44±13.28	$t_{(1187)}=4.382$	0.000**
Beck Depresyon Envanteri	22.91±11.35	19.84±11.83	$t_{(1187)}=4.679$	0.000**

* $p<0.05$; ** $p<0.001$

4.5.4.2 Eğitim

Eğitim düzeyleri ve intihar olasılığı arasındaki ilişkisinin incelenmesi için katılımcıların bugüne dek aldıkları eğitim yılını belirtmeleri istenmiştir. Böylece eğitim değişkeni ilk olarak sürekli bir değişken olarak ele alınmış ve katılımcıların sahip olduğu eğitim yılı ile İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin analizi için Pearson korelasyon analizi yürütülmüştür. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.2'de paylaşılmıştır. Buna göre katılımcıların bugüne dek aldıkları toplam eğitim yılı ile intihar

olasılığı ($r=-0.068$) arasında negatif yönde ve zayıf güçte anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bir başka değişle bireylerin aldıkları eğitim yılı arttıkça intihar olasılığı puan ortalamaları azalmaktadır.

Ayrıca, eğitim değişkeninin ortalama üstü ve altı şeklinde iki kategorili şekilde ele alındığı incelemede bağımsız örneklem t testi yürütülmüştür. Bunun için ilk olarak katılımcıların sahip oldukları toplam eğitim yılı hesaplanmıştır (14.50 ± 2.12). Ardından eğitim seviyesi “14 yıl ve altı” ile “14 yıl üzeri” olmak üzere iki kategoride ele alınarak intihar olasılığı puan ortalamalarının eğitim yılı değişkeni bakımından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Buna göre ortalama altı eğitim alan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının (70.79 ± 16.47) ortalama üstü eğitim alan bireylere kıyasla (68.72 ± 15.26) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($t_{(1187)} = 2.245, p = 0.025$). Bu bulgu çalışmada yer alan “H5: Yüksek eğitim seviyesinde olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları düşük eğitim seviyesinde olanlara kıyasla anlamlı derecede daha düşüktür.” hipotezini doğrular niteliktedir. Bir diğer değişle yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin intihar olasılığı düşük eğitim seviyesine sahip bireylere kıyasla daha düşük tespit edilmiştir.

4.5.4.3 Romantik İlişki

Katılımcıların romantik bir ilişkiye sahip olma durumunun intihar olasılığı bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmış ve ilgili bulgular Tablo 4.5.4.2’de paylaşılmıştır. Buna göre romantik bir ilişkisi olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları (68.63 ± 15.94) romantik ilişkisi olmayan bireylere (70.58 ± 15.81) kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($t_{(1187)} = -2.100, p = 0.036$). Bu bulgu çalışmada yer alan H6: Herhangi bir romantik ilişkisi olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları romantik ilişkisi olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini desteklemektedir. Bir başka değişle, romantik bir ilişkiye sahip olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları romantik ilişkisi olmayan bireylere kıyasla daha düşüktür.

4.5.4.4 Sosyoekonomik Durum

Katılımcıların sahip oldukları sosyoekonomik durumlarının intihar olasılığı puanları

bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilebilmesi amacıyla sosyoekonomik durum altında yer alan grupların sayısının birbirine eşitlenmesi işlemi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS'in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Buna göre, sosyoekonomik durum altında yer alan her bir grupta bulunan katılımcı sayısı (sosyoekonomik durumunu yüksek olarak belirten 190 katılımcı, orta olarak belirten 824 katılımcı ve düşük olarak belirten 175 katılımcı) içinden en az olanı dikkate alınarak gruplara düşen kişi sayısı SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığıyla yeniden belirlenmiştir. Bir diğer değişle, sosyoekonomik durumunu “orta” olarak belirten 824 katılımcıdan rastgele olarak 175 vaka seçimi yapılmıştır. “Yüksek” olarak belirten katılımcılar ise kişi sayısının düşük olan gruba yakın olması nedeni ile değiştirilmemiştir. Ardından, ANOVA analizi “düşük”, “yüksek” ve rastgele şekilde SPSS tarafından seçilmiş yeni “orta” sosyoekonomik gruplar arasında yürütülmüştür.

Bulgulara göre düşük sosyoekonomik duruma sahip katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları orta ve yüksek sosyoekonomik duruma sahip katılımcılara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($F_{(2,539)}=14.406, p=0.000$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilebilmesi için Post-Hoc testlerinden Bonferroni kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre düşük sosyoekonomik duruma sahip katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları (75.88 ± 18.01) orta sosyoekonomik duruma sahip katılımcıların (66.98 ± 14.95) ve yüksek sosyoekonomik duruma sahip katılımcıların (68.85 ± 16.08) intihar olasılığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, orta sosyoekonomik duruma sahip olan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları yüksek sosyoekonomik duruma sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarına kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($F_{(2,539)}=14.406, p=0.000$). Bu bulgu çalışmada yer alan “H7: Sosyoekonomik durumu düşük olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları sosyoekonomik durumu daha iyi olan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir. Başka bir değişle düşük sosyoekonomik duruma sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları orta sosyoekonomik duruma sahip bireylerden, orta sosyoekonomik duruma sahip bireylerin intihar olasılığı puan

ortalamaları ise yüksek sosyoekonomik duruma sahip bireylere kıyasla daha yüksektir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.2’de paylaşılmıştır.

4.5.4.5 Aile Yapısı

Katılımcıların sahip oldukları aile yapısının intihar olasılığı puanları bakımından farklılaşp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilebilmesi amacıyla aile yapısı altında yer alan grupların sayısının birbirine eşitlenmesi işlemi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Buna göre, aile yapısı altında yer alan her bir grupta bulunan katılımcı sayısı içinden en az olanı dikkate alınarak gruplara düşen kişi sayısı SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı yeniden belirlenmiştir. Bir diğer değişle, aile yapısını “parçalanmış” olarak belirten 74 katılımcı olması nedeni ile aile yapısını “çekirdek” olarak belirten 913 katılımcıdan rastgele olarak 74, “geniş” olarak belirten 202 katılımcıdan 74 vaka seçimi yapılmıştır. Ardından, ANOVA analizi “parçalanmış”, “ve rastgele şekilde SPSS tarafından seçilmiş yeni “geniş” ve “çekirdek” aile yapılarına sahip gruplar arasında yürütülmüştür.

Bulgulara göre parçalanmış aile yapısına sahip katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının geniş ve çekirdek aileye sahip katılımcıların intihar olasılığı puanlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($F_{(2,221)} = 4.884, p = 0.008$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilebilmesi için Post-Hoc testlerinden Bonferroni kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının (75.31 ± 15.91) çekirdek aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamasından (67.52 ± 14.06) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ancak, parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının (75.31 ± 15.91) geniş aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamasından (72.17 ± 15.68) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmamıştır. Bu bulgu çalışmada yer alan “H8: Parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı puanları diğer aile yapısına sahip bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini kısmen doğrular niteliktedir. Bir diğer değişle

parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı çekirdek aile yapısına sahip olan bireylerden istatistiksel olarak farklı iken geniş aile yapısına sahip olan bireylerden istatistiksel olarak farklı değildir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.2’te paylaşılmıştır.

Tablo 4.5.4.2 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim, Romantik İlişki, Sosyoekonomik Durumu ve Aile Yapısı Değişkenleri Bakımından İncelenmesi (n=1189)

		n	Ortalama±SS	Test İstatistiği	p
Cinsiyet					
	Kadın	773	70.16±15.98	$t_{(1187)}=1.266$	0.206
	Erkek	416	68.93±15.70		
Eğitim					
	14 yıl ve altı	579	70.79±16.47	$t_{(1187)}=2.245$	0.025*
	14 yıl üzeri	610	68.72±15.26		
Romantik İlişki					
	Olan	517	68.63±15.94	$t_{(1187)}=-2.100$	0.036*
	Olmayan	672	70.58±15.81		
Sosyoekonomik Durum					
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=540	Düşük	175	75.88±18.01	$F_{(2,539)}=14.406$	0.000**
	Orta	175	66.98±14.95		
	Yüksek	190	68.85±16.08		
Aile Yapısı					
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=222	Çekirdek	74	67.52±14.06	$F_{(2,1186)}=4.688$	0.008*
	Geniş	74	72.17±15.68		
	Parçalanmış	74	75.31±15.91		
* $p<0.05$; ** $p<0.001$					

4.5.4.6 Anne ve Baba Kaybı Yaşamış Olma

Katılımcıların intihar olasılığı puanlarının anne veya baba kaybı yaşamış olma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır.

Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilebilmesi amacıyla “anne kaybı” altında yer alan grupların sayısının birbirine eşitlenmesi işlemi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Buna göre, “anne kaybı” yaşamadığını belirten 1171 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile “anne kaybı” yaşadığını belirten 18 katılımcı olması nedeniyle rastgele 18 vaka seçimi yapılmıştır. Benzer şekilde “baba kaybı” yaşamamış olduğunu belirten 1123 katılımcı arasından da rastgele 66 vaka seçilmiştir. İlgili analizler “anne kaybı yaşamış”, “baba kaybı yaşamış” ve rastgele şekilde SPSS tarafından seçilmiş yeni “anne kaybı yaşamamış” ile “baba kaybı yaşamamış” gruplar arasında yürütülmüştür. Gruplarda bulunan katılımcı sayılarının düşük olması sebebiyle parametrik olmayan Mann Whitney u testi kullanılmıştır.

Buna göre anne kaybı yaşamış bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları (67.83) ile anne kaybı yaşamamış bireylerin intihar olasılığına puan ortalamaları (69.27) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.696$). Bir diğer değişle, anne kaybı yaşamış ve yaşamamış bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Katılımcıların baba kaybıyla ilişki analize göre babalarını kaybetmiş katılımcıların intihar olasılığı puanları (68.18) ile babalarını kaybetmemiş katılımcıların intihar olasılığı puanları (66.65) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.927$). Bir diğer değişle, baba kaybı yaşamış ve yaşamamış bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Dolayısıyla araştırmada bulunan “H9: Anne ve/veya baba kaybı yaşamış olan bireylerin intihar olasılığı puanları yaşamayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir.” hipotezi desteklenmemiştir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.6.2’de paylaşılmıştır.

4.5.4.7 Sevilen Birini Kaybetmiş Olma

Katılımcıların daha önce sevilen birini kaybetmiş olma durumlarının intihar olasılığı puan ortalamaları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Bulgulara göre daha önce sevdikleri birini kaybeden katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları (70.17 ± 16.33) ile daha önce

sevdikleri birini kaybetmemiş katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları (69.06 ± 15.20) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t_{(1187)} = 1.177$; $p = 0.239$). Bu bulgu çalışmada yer alan “H10: Daha önce sevilen birini kaybetmiş olan bireylerin intihar olasılığı puanları kaybetmemiş olan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir.” hipotezini doğrulamayan niteliktedir. Bir başka ifade ile, daha önce sevilen birini kaybetmiş ve kaybetmemiş bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.6’da paylaşılmıştır.

4.5.4.8 Dini Bir İnanca Sahip Olma Durumu

Bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının herhangi bir dini inanca sahip olma durumu bakımından incelenmesi için “diğer” yanıtı veren katılımcılar analize dahil edilmemiştir. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla dini bir inanca sahip olduğunu belirten 1003 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile dini inanca sahip olduğunu belirten 161 katılımcı olması nedeni ile rastgele 161 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Böylece, herhangi bir dini inanca sahip olmadığını belirten ve SPSS tarafından rastgele seçilmiş herhangi bir dini inanca sahip olduğunu ifade eden katılımcılarda bağımsız örneklem t testi yürütülmüş ve bulgular Tablo 4.5.4.6.1’de verilmiştir.

Buna göre herhangi bir dini inanışa sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları (69.02 ± 14.29) ile herhangi bir dini inanışa sahip olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları (71.75 ± 18.04) arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t_{(320)} = 11.506$; $p = 0.133$). Bu bulgu “H11: Herhangi bir dini inanca sahip olmayan bireylerin intihar olasılığı puanları herhangi bir dini inanca sahip olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir” hipotezini doğrulamayan niteliktedir. Başka bir deyişle, herhangi bir dini inanca sahip olan ve olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 4.5.4.6.1 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Sevilen Birini Kaybetme ve Dini İnanca Sahip Olma Durumları Bakımından İncelenmesi

		n	Ortalama±SS	Test İstatistiği	p
Sevilen Birini Kaybetmiş	Olan	714	70.17±16.33	$t_{(1187)}=1.177$	0.239
	Olmayan	475	69.06±15.20		
Dini inanç (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=322	Olan	161	69.02±14.29	$t_{(320)}=1.506$	0.133
	Olmayan	161	71.75±18.04		
* $p<0.05$; ** $p<0.001$					

Tablo 4.5.4.6.2 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Anne ve Baba Kaybı Yaşama Durumları Bakımından İncelenmesi

		n	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Anne (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=36	Hayatta	18	19.22	346.00	149.000	-0.412	0.696
	Hayatta değil	18	17.78	320.00			
Baba (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=132	Hayatta	66	66.20	4369.00	2158.000	-0.091	0.927
	Hayatta değil	66	66.80	4409.00			
* $p<0.05$; ** $p<0.001$							

4.5.4.9 Sigara Kullanımı

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının sigara kullanım durumlarına göre incelenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla

sigara kullanımına evet ve bazen yanıtı veren katılımcılar aynı gruba toplanmıştır. Bulgulara göre intihar olasılığı puanları sigara kullanım durumuna göre farklılaşmaktadır ($t_{(1187)}=4.675$; $p=0.000$). Buna göre, sigara kullanan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları (71.94 ± 16.39) sigara kullanmayan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarına (67.67 ± 15.14) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu araştırmada yer alan “H12: Sigara kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları sigara kullanımı olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir.

Ayrıca, günlük tüketilen sigara adedi ve intihar olasılığı toplam puanı arasındaki ilişkinin analizi için Pearson korelasyon testi uygulanmış ve haftalık tüketilen sigara adedi ile intihar olasılığı arasında pozitif yönde zayıf güçte anlamlı bulunmuştur ($r=0.102$; $p=0.017$). Başka bir ifade ile, sigara kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları sigara kullanımı olmayan bireylere kıyasla daha yüksektir. Bununla birlikte, günlük tüketilen sigara miktarı ve intihar olasılığı puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.9.1’de özetlenmiştir.

4.5.4.10 Alkol Kullanımı

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının alkol kullanım durumlarına göre incelenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Bulgulara göre intihar olasılığı puan ortalamaları alkol kullanım durumuna göre farklılaşmaktadır ($t_{(1187)}=3.106$ $p=0.002$). Elde edilen sonuçlara alkol kullanan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları (71.04 ± 16.27) alkol kullanımı olmayan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarına (68.18 ± 15.30) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.004$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H13: Alkol kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları alkol kullanımı olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir. Bir diğer değişle, alkol kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları alkol kullanımı olmayan bireylere kıyasla daha yüksektir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.9.1’de özetlenmiştir.

4.5.4.11 Madde Kullanımı

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının madde kullanım durumlarına

göre incelenmesi için bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla madde kullanımına evet ve bazen yanıtı veren katılımcılar aynı gruba toplanmış, ardından oluşturulan bu yeni grupta bulunan 28 katılımcı, SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile hayır yanıtı veren 1161 katılımcıdan rastgele seçilen 28 katılımcı ile karşılaştırılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. İlgili analizler madde kullanımına evet yanıtı vermiş (n=28) ve SPSS tarafından madde kullanımına hayır yanıtı vermiş katılımcılar arasından rastgele seçilmiş kişilerle (n=28) yürütülmüştür. Gruplarda bulunan katılımcı sayılarının düşük olması sebebiyle parametrik olmayan Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre madde kullanımı olan ve olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.085$)

Bu bulgu araştırmada yer alan “H14: Madde kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları madde kullanımı olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini desteklemeyen niteliktedir. Bir diğer açıdan, madde kullanım durumunun intihar olasılığı puan ortalamaları bakımından farklılaşmadığı da söylenebilir. Katılımcıların kullandıklarını belirttikleri maddeler ise sıklık sırasına göre esrar, kokain ve ekstazi şeklindedir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.9.2’de özetlenmiştir.

Tablo 4.5.4.9.1 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımı Bakımından İncelenmesi (n=1189)

		n	Ortalama±SS	Test İstatistiği	p
Sigara Kullanımı	Olan	573	71.94±16.39	$t_{(1187)}=4.675$	0.000**
	Olmayan	616	67.67±15.14		
Alkol Kullanımı	Olan	644	71.04±16.27	$t_{(1187)}=3.106$	0.002*
	Olmayan	545	68.18±15.30		
N=1189					

* $p<0.05$; ** $p<0.001$

Tablo 4.5.4.9.2 İntihar olasılığı puanlarının katılımcıların madde kullanımı bakımından incelenmesi (n=56)

		n	Sıra Ortala	Sıralar Toplamı	U	Z	p
Madde Kullanımı							
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=56	Olan	28	32.25	903.00	287.00	-1.722	0.085
	Olmayan	28	24.75	693.00	0		
N=56							

* $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

4.5.4.12 Psikiyatrik Bir Hastalık Tanısı Olma Durumu

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının şu an bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklemeler için t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla psikiyatrik bir hastalık tanısına sahip olmadığını belirten 1053 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile psikiyatrik bir hastalık tanısı olduğunu belirten 136 kişi olmasına dayanılarak rastgele 136 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Böylece, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olan ve SPSS tarafından rastgele seçilmiş herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmayan katılımcılarda bağımsız örneklemeler t testi yürütülmüş ve bulgular Tablo 4.5.12.1’de verilmiştir.

Buna göre psikiyatrik bir hastalık tanısına sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları (79.59 ± 19.61) psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan bireylerin intihar olasılığı puanlarına (68.80 ± 15.20) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t_{(254.168)} = 5.069$; $p = 0.000$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H15: Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olan katılımcıların intihar olasılığı puanları tanısı olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir. Bir diğer değişle, psikiyatrik bir hastalık tanısına sahip bireylerin intihar olasılığı puanları psikiyatrik bir hastalık tanısına sahip olmayan bireylere kıyasla daha yüksektir.

4.5.4.13 Fiziksel Bir Hastalık Tanısı Olma Durumu

Katılımcıların intihar olasılığı puanlarının diyabet, tansiyon, kalp, böbrek, kanser vb. fiziksel bir hastalık tanısı olma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla fiziksel bir hastalık tanısına sahip olmadığını belirten 1054 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile fiziksel bir hastalık tanısına sahip olduğunu belirten 135 katılımcı olmasına dayanılarak rastgele 135 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Böylece, herhangi bir fiziksel hastalık tanısına sahip olan ve SPSS tarafından rastgele seçilmiş herhangi bir fiziksel hastalık tanısına sahip olmayan katılımcılarda bağımsız örneklem t testi yürütülmüştür. Buna göre, fiziksel bir hastalık tanısı olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları (74.38 ± 16.79) fiziksel bir hastalık tanısı olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarına (67.96 ± 13.43) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t_{(268)} = 3.469$; $p = 0.001$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H16: Herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan katılımcıların intihar olasılığı puanları tanısı olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir. Bir başka ifade ile, herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olmayan bireylere kıyasla daha yüksektir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.12’de özetlenmiştir.

4.5.4.14 Fiziksel Bir Engele Sahip Olma Durumu

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının fiziksel bir engelle sahip olma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığına dair kurulan hipotez fiziksel bir engelle sahip olduğunu belirten katılımcı sayısının 9 olması sebebiyle istatistiksel açıdan incelenmemiştir.

4.5.4.15 Kronik Ağrı Deneyimleme Durumu

Katılımcıların intihar olasılığı puanlarının kronik ağrı deneyimleme durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem t

testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla kronik ağrı deneyimlemediğini belirten 993 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile kronik ağrı deneyimlemediğini belirten 196 kişi olmasına dayanılarak rastgele 196 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Buna göre kronik ağrı deneyimlemediğini belirten katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının (75.72 ± 16.74) kronik ağrı deneyimlemediğini ifade eden bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarına (70.91 ± 17.69) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(390)} = 2.765$; $p = 0.006$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H18: Kronik ağrı deneyimleyen bireylerin intihar olasılığı puanları kronik ağrı deneyimlemeyen bireylere kıyasla daha yüksektir.” hipotezini destekleyen niteliktedir. Başka bir değişle, kronik ağrı deneyimi olan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları kronik ağrı deneyimi olmayan bireylere kıyasla daha yüksektir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.12’de özetlenmiştir.

4.5.4.16 Herhangi Bir Nedenle Ağrı Kesici İlaç Kullanımı Durumu

Katılımcıların intihar olasılığı puanlarının herhangi bir nedenle ağrı kesici kullanma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla herhangi bir nedenle ağrı kesici ilaç kullandığını bildiren 767 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile herhangi bir nedenle ağrı kesici ilaç kullanmadığını belirten 422 kişi olmasına dayanılarak rastgele 422 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Buna göre ağrı kesici kullanımı olduğunu belirten bireylerin intihar olasılığı puanları (71.01 ± 16.10) ağrı kesici kullanımı olmayan bireylerin intihar olasılığı puanlarından (67.90 ± 16.06) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t_{(842)} = -2.811$; $p = 0.005$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H19: Herhangi bir nedenle ağrı kesici ilaç kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puanları ağrı kesici ilaç kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrulayan niteliktedir. Bir başka ifade ile, herhangi bir nedene ağrı kesici ilaç kullanan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları ağrı kesici ilaç kullanımı olmayan

bireylere kıyasla daha yüksektir.

Bununla birlikte haftalık kullanılan ağrı kesici miktarı ile intihar olasılığı puanları arasında pozitif yönde orta güçte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.234$; $p=0.000$). İlgili bulgular Tablo 4.5.4.12’de özetlenmiştir.

Tablo 4.5.4.12 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Psikiyatrik ve Fiziksel Bir Hastalık Tanısı Olması, Fiziksel Bir Engele veya Kronik Ağrı Deneyimleme ve Ağrı Kesici İlaç Kullanım Durumları Bakımından İncelenmesi

Değişkenler		n	Ortalama±SS	Test İstatistiği	p
Psikiyatrik Bir Hastalık Tanısı (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=272	Olan	136	79.59±19.61	$t_{(254.168)}=5.069$	0.000**
	Olmayan	136	68.80±15.20		
Fiziksel Bir Hastalık Tanısı (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=270	Olan	135	74.38±16.79	$t_{(268)}=3.469$	0.001*
	Olmayan	135	67.96±13.43		
Kronik Ağrı (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=392	Deneyimleyen	196	75.72±16.74	$t_{(390)}=2.765$	0.006*
	Deneyimlemeyen	196	70.91±17.69		
Herhangi Bir Nedenle Ağrı Kesici Kullanımı (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=844	Olan	422	71.01±16.10	$t_{(842)}=-2.811$	0.005*
	Olmayan	422	67.90±16.06		

* $p<0.05$; ** $p<0.001$

Katılımcıların daha önce intihar düşüncesine sahip olma, daha önce intihar girişiminde bulunma, intihar girişim sayıları ve aile, akraba, arkadaş gibi çevrelerinde intihar girişimi olan birine sahip olma durumları incelenmiş ve Tablo 4.5.4.17’de sunulmuştur.

4.5.4.17 Daha Önce İntihar Düşüncesine Sahip Olma Durumu

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının daha önce intihar düşüncesine sahip olma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklemeler için t testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla daha önce intihar girişimi olmadığını bildiren 826 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile daha önce intihar girişimi olduğunu belirten katılımcı olmasına dayanılarak rastgele 360 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Buna göre daha önce intihar düşüncesine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının (81.03 ± 16.61) daha önce intihar düşüncesine sahip olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarına kıyasla (64.92 ± 13.49) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($t_{(664.904)} = 14.744$; $p = 0.000$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H20: Daha önce intihar düşüncesine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanları intihar düşüncesine sahip olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrulayan niteliktedir. Bir diğer değişle, daha önce intihar girişime sahip olan katılımcıların intihar olasılığı puanları intihar girişime sahip olmayan bireylere kıyasla daha yüksektir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.17’de paylaşılmıştır.

4.5.4.18 Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma Durumu

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının daha önce intihar girişimine sahip olma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla Mann Whitney u testi uygulanmıştır. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla daha önce intihar girişimine sahip olmadığını bildiren 271 katılımcıdan SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile daha önce intihar girişiminde bulunduğunu söyleyen 89 katılımcı olmasına

dayanılarak rastgele 89 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS'in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Buna göre daha önce intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin intihar olasılığı puanlarının (86.55) daha önce intihar girişimine bulunmayan bireylerin intihar olasılığı puanlarına (79.28) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.014$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H21: Daha önce intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin intihar olasılığı puanları daha önce intihar girişiminde bulunmamış bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir. Bir diğer değişle, daha önce intihar girişiminde bulunan bireylerin intihar olasılığı puanları intihar girişiminde bulunmayan katılımcılara kıyasla daha yüksektir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.17.2’de paylaşılmıştır.

4.5.4.19 İntihar Girişim Sayısı

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının bir veya birden fazla intihar girişim sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. İntihar girişim sayıları “bir kez” ($n=41$) ve “birden çok kez” ($n=42$) olmak üzere iki grupta incelenmiştir. İntihar girişim sayısını belirtmek istemeyen 6 katılımcı analize dahil edilmemiştir. Buna göre bir kez intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları (79.22) birden çok kez intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarına (86.55) kıyasla anlamlı bir düzeyde daha düşüktür ($p=0.007$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H22: Daha çok sayıda intihar girişimine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanları daha az sayıda intihar girişimine sahip olmayan bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini destekler niteliktedir. Bir başka ifade ile, intihar olasılığı puan ortalamaları birden çok kez intihar girişiminde bulunmuş bireylerde daha yüksektir. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.17.2’de paylaşılmıştır.

4.5.4.20 Aile, Akraba, Arkadaş ve Sosyal Çevrede İntihar Girişimi Olmuş Birinin Olması

Katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrelerinden bir kişinin daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma durumları bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla bağımsız örneklemeler

için t testi uygulanmıştır. Analiz aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş birinin olması durumuna evet ve hayır cevabı verenler olmak üzere iki grupta incelenmiştir. Gruplar arası katılımcı sayısına bağlı farklılıkların sonuçları etkileme düzeyinin en aza indirilmesi amacıyla aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş birinin olması durumuna hayır yanıtı veren 725 katılımcıdan aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş birinin olması durumuna evet yanıtı veren 193 kişi olmasına dayanılarak SPSS “select cases: random sample” komutu aracılığı ile rastgele 193 vaka seçimi yapılmıştır. Bu işlem yapılırken seçim yanlılığı oluşturmamak adına SPSS’in otomatik seçim süreci kullanılmıştır. Bu sorunun yanıtını belirtmek istemeyen 271 katılımcı analize dahil edilmemiştir. Bulgulara göre aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrede intihar girişiminde bulunan birinin olduğu katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının (70.78±15.16) aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrede intihar girişiminde bulunan birinin olmadığı katılımcılara kıyasla (65.10±14.66) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($t_{(384)} = 3.737$; $p=0.000$). Bu bulgu araştırmada yer alan “H23: Aile, akraba, arkadaş, özel biri ve diğer sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunan kişilerin olduğu bireylerin intihar olasılığı puanları diğer bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir. Bir diğer açıdan, aile, akraba, arkadaş ve sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş biri olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları daha düşüktür. İlgili bulgular Tablo 4.5.4.17.1’de paylaşılmıştır.

Tablo 4.5.4.17.1 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler		n	Ortalama±SS	Test İstatistiği	p
İntihar Düşüncesi					
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=720	Olan	360	81.03±16.61	$t_{(689.076)} = 14.281$	0.000**
	Olmayan	360	64.92±13.49		
Sosyal Çevrede İntihar Girişimi					
(Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=386	Olan	193	70.78±15.16	$t_{(384)} = 3.737$	0.000**
	Olmayan	193	65.10±14.66		
*p<0.05; **p<0.001					

Tablo 4.5.4.17.2 Katılımcıların İntihar Davranış Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	Toplam Ortalaması	U	Z	p
İntihar Girişimi (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=178	Olan	89	98.04	8468.00	3120.000	-2.446	0.014*
	Olmayan	89	80.06	7125.00			
İntihar Girişim Sayısı (Randomize vaka seçimi ile analiz edilmiş) n=83	Bir kez	41	34.72	1423.50	562.500	-2.720	0.007*
	Birden çok	42	49.11	2062.50			
*p<0.05; **p<0.001							

4.6 Katılımcıların Psikolojik Acı ile Baş Etme Biçimlerinin İncelenmesi

Araştırmada yer alan tüm katılımcılara ilk olarak psikolojik acının operasyonel tanımı yapılmıştır. Ardından psikolojik bir acı duyduklarında bununla nasıl baş ettikleri açık uçlu olarak sorulmuştur. Açık uçlu olarak verilen benzer yanıtlar araştırmacı tarafından bir araya getirilmiştir.

Buna göre 18-25 yaş arasındaki katılımcıların psikolojik acı deneyimlediklerinde %30.1 ile ilk olarak sosyal desteğe başvurdukları, %17.3 ile müzik dinleyip-şarkı söyledikleri ve % 15 ile yalnız kalma ve kendini izole etmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Bununla birlikte 1189 kişilik katılımcılardan yalnızca 22 kişinin oluşturulduğu %1.9'lük bir kesim psikolojik acı deneyimlemediğini belirtmiştir. Başka bir ifade ile araştırmada yer alan 1167 kişinin (toplam örneklemin %98.1'inin) psikolojik acı deneyimlediği görülmektedir. İlgili bulgular Tablo 4.6.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.6.1 Katılımcıların Psikolojik Acı ile Baş Etme Biçimlerinin Frekans Analiz Sonuçları

Psikolojik Acı ile Baş Etme Biçimi	n	%
Sosyal desteğe başvurma (aile, arkadaş, partner, evcil dost)	351	30.1
Müzik dinleme-Şarkı söyleme	202	17.3
Yalnız Kalma-Kendini izole etme	175	15.0
Uyuma	157	13.5
Hareketli aktiviteler (yürüyüş, spor yapma, koşma ve dans etme vb.)	141	12.1
Ağlama	130	11.1
Dikkati başka yöne çekme	128	11.0
Bulunduğu ortamı değiştirme	93	8.0
Zamana bırakma-Bir şey yapmama	54	4.6
Hobiler (kitap okumak, çizim yapmak, yazı yazmak vb.)	57	4.9
Alkol-Madde-Sigara kullanımı	51	4.4
Nefes egzersizi, meditasyon, özbakım yapma	50	4.3
Öfke ve kendine veya çevresine zarar verme davranışları	46	3.9
Çözüm bulma çabası	38	3.3
Yeme ve içme davranışları	36	3.1
Psikolojik acıyı unutmaya çalışma, bastırma, yok sayma	32	2.7
Dine yönelme	23	2.0
Araba kullanma	11	0.9
N=1167		

“Müzik dinlerim”, “Şarkı söylemek psikolojik acıma iyi gelir” vb. şeklindeki yanıtlar “müzik dinleme-şarkı söyleme” grubuna, “Zamanla daha iyi olacağını düşünerek baş ederim”, “Zamana bırakırım”, “Bir şey yapmam, geçmesini beklerim” vb. yanıtlar “zamana bırakma-bir şey yapmama” grubuna, “Psikolojik acıma sebep olan durumu çözmeye çalışırım”, “Çözüm yolları üzerine düşünürüm”, “Konunun muhatabı ile konuşurum” vb. yanıtlar “çözüm bulma çabası” grubuna, “Daha önce yaşamadım” , “Psikolojik acı yaşamıyorum” vb. yanıtlar “psikolojik acı deneyimlemeyen” grubuna,

“Arkadaşlarım, ailem, partnerim, evcil dostum ile zaman geçirmek psikolojik acıma iyi gelir” vb. yanıtlar “sosyal desteğe başvurma” grubuna, “Alkol alırım, sigara içerim, ot, esrar, kokain kullanırım, sarhoş olurum” vb. yanıtlar “alkol-madde-sigara kullanımı” grubuna, “Uyumak bana iyi gelir” “Uyursam psikolojik acım azalır” vb. yanıtlar “uyuma” grubuna, “Kitap okurum, çizim yaparım, günlük tutarım, hislerimle ilgili yazarım, şiir, hikaye yazarım, yapboz yaparım, tiyatroya giderim, hobilerimle ilgilenirim” vb. yanıtlar “hobiler” grubuna eklenmiştir.

“Arabayla gezerim”, “Hızlı araba kullanırım”, “Arabayla turlarım” şeklindeki yanıtlar “araba kullanma” grubuna, “İnsanlardan uzaklaşırım”, “Odama kapanırım”, “Kimseyle konuşmam” “Yalnız kalmak isterim”, “Dış dünya ile iletişimi keserim” şeklindeki yanıtlar “yalnız kalma-kendini izole etme” grubuna, “Ortalığı dağıtırım”, “Eşyaları fırlatırım”, “İnsanlardan veya kendimden hıncımı çıkarırım”, “Bu acıyı hak ettiğimi düşünürüm”, “Kendimi daha da üzecek şeyler düşünürüm/yaparım”, “Kendime ve/veya çevreme zarar veririm” şeklindeki yanıtlar “öfke ve zarar verme davranışları” grubuna, “Yürüyüş, spor, antrenman yaparım” “Koşarım” “Basketbol oynarım” “Dans ederim” “Pilates, yoga yaparım” şeklindeki yanıtlar “harketli aktivite” grubuna, “Sahile, denize giderim” , “Dışarı çıkarım”, “Evden çıkarım”, “Gezmeye giderim” , “Olduğum ortamı terk ederim” vb. şeklindeki yanıtlar “bulunduğu ortamı değiştirme” grubuna, “Kur’an-ı Kerim okurum, namaz kılarım, Allah’a sığınırım, Yaradan’dan yardım isterim, dua ederim” vb. şeklindeki yanıtlar “dine yönelme” grubuna eklenmiştir.

“Ağlarım, ağlamak bana iyi gelir, psikolojik acımla ağlayarak baş ederim” vb. yanıtlar “ağlama” grubuna, “Tatlı/şekerli şeyler yerim” , “Bir şeyler yersem acım diner”, “Sevdiğim yemekleri ararım” “Çay-kahve içerim” gibi yanıtlar “yeme-içme davranışları” grubuna, “Kafamı dağıtmak için dizi, film açarım”, “Dikkatimi dağıtmak için oyun oynarım” , “Başka şeylerle ilgilenirim” , “Sosyal medyada zaman geçiririm” , “Kendimi işe veririm” “Ev temizlerim” “Alışveriş yaparım” “Başka şeyler düşünürüm” vb. şeklindeki yanıtlar “dikkati başka yöne çekme” grubuna “Psikolojik acı çekmiyor gibi davranırım” , “Hiçbir şey olmamış gibi yaparım” , “Acımın olduğunu kabul etmem, yok gibi davranırım, unutmaya çalışırım” şeklindeki yanıtlar “psikolojik acıyı unutmaya çalışma, bastırma ve yok sayma” grubuna, “Derin derin nefes alırım”, “Nefes egzersizi yaparım” , “Kendimi sakinleştirmek için dingin kalmaya, olumlu şeyler düşünmeye

“çalışırım”, “Duşa girerim” , “Duygularımı anlamak için kendime zaman tanırım”, “Öz bakım yaparım” ,”Farkındalık egzersizleri yaparım” vb. yanıtlar “nefes egzersizi, meditasyon ve öz bakım yapma” grubuna alınarak değerlendirilmiştir.

4.7 Araştırmanın Nitel Analizlerinin Yer Aldığı İkinci Aşamasına Dair Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasında İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuru yapmış 18-25 yaş aralığında majör depresyon tanısı alan ve intihar riskine sahip, gönüllü 12 hasta ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır.

İkinci aşamanın dışlama kriterleri içerisinde 18-25 yaş aralığında bulunmamak, komorbiditeye sahip olmak ve atanmış cinsiyet ile kendini tanımladığı cinsiyetin uyumsuz olması (başka bir ifade ile cisgender olmama) kriterleri belirlenmiştir. Bu kriterlere uyan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiş ve toplam 10 hasta ile çalışma yürütülmüştür.

4.7.1 Klinik Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmanın ikinci aşamasında yer alan katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 4.7.1, Tablo 4.7.2 ve Tablo 4.7.3’te sunulmuştur. Katılımcı sayısının az olması nedeni ile sosyodemografik özelliklere yönelik herhangi bir nicel analiz yöntemi kullanılmamıştır.

Tablo 4.7.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=10)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	6	60
	Erkek	4	40
Romantik İlişki	Olan	2	20
	Olmayan	8	80
Eğitim Düzeyi	14 yıl ve daha az	5	50
	14 yıl üzeri	5	50
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2	20
	Çalışmıyor	8	80

Tablo 4.7.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=10)
(Devamı)

Özellikler		n	%
Sosyoekonomik Durum	Düşük	3	30
	Orta	6	60
	Yüksek	1	10
Dini Bir İnanç	Olan	5	50
	Olmayan	2	20
	Kararsız	3	30
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Tek	1	10
	Aile	9	90
Aile Yapısı	Çekirdek	7	70
	Geniş	2	20
	Parçalanmış	1	10
Daha Önce Sevilen Birinin Kaybı	Olan	4	40
	Olmayan	6	60
Kaybedilen Kişi (n=4)	Baba	2	20
	Teyze	1	10
	Dede	1	10
N=10			

Katılımcıların ailelerinde psikiyatrik bir hastalık tanısı olması, geçmişte ve şu an psikiyatrik ilaç kullanma, fiziksel bir hastalık tanısı olması, fiziksel hastalık tanısı için ilaç kullanımı, psikoterapi alma, fiziksel bir engelle sahip olma, kronik ağrı deneyimleme ile ağrı kaynağı ve herhangi bir sebepten ağrı kesici ilaç kullanımı değişkenleri Tablo 4.7.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.7.2 Katılımcıların Psikolojik ve Fiziksel Sağlık Durumlarına ile İlişkili Bulgulara Göre Dağılımları (n=10)

Özellikler		n	%
Ailede Psikiyatrik Tanı	Olan	6	60
	Olmayan	4	40
Psikiyatrik İlaç Kullanımı (n=10)	Şu an kullanan	7	70
	Hiç kullanmayan	1	10
	Geçmişte kullanan	4	40
Psikoterapi Desteği (n=10)	Şu an alan	1	10
	Hiç almayan	5	50
	Geçmişte alan	4	40
Fiziksel Hastalık Tanısı (n=10)	Olan	4	40
	Olmayan	6	60
Alınan Fiziksel Tanı (n=4)	Ülser ve gastrit	1	20
	Polikistik over sendromu	1	20
	Endokardit	1	20
	Dizde osteokondrit	1	20
	Egzama	1	20
Kronik Ağrı (n=10)	Deneyimleyen	7	70
	Deneyimlemeyen	3	30
Kronik Ağrı Kaynağı (n=7)	Baş-boyun	4	57.14
	Omuz-sırt	1	14.28
	Karın-mide	1	14.28
	Kalp-göğüs	1	14.28
Herhangi Bir Nedenle	Olan	8	80
Ağrı Kesici İlaç Kullanımı	Olmayan	2	20
N=10			

Katılımcıların alkol, madde sigara kullanım durumları ve intihar davranışları ile ilişkili değişkenleri Tablo 4.7.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.7.3 İntihar Olasılığı Puanlarının Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Bakımından İncelenmesi (n=10)

		n	%
Sigara Kullanımı	Olan	8	80
	Bazen	2	20
	Olmayan	0	0
Alkol Kullanımı	Olan	3	30
	Bazen	4	40
	Olmayan	3	30
Madde Kullanımı	Olan	0	0
	Bazen	1	10
	Olmayan	9	90
İntihar Düşüncesi	Olan	10	100
	Olmayan	0	0
İntihar Girişimi	Olan	2	20
	Olmayan	8	80
Sosyal Çevrede İntihar Girişiminde Bulunan Biri	Olan	2	20
	Olmayan	8	80
N=10			

4.8 Nitel Verilerin Analizi

Bu kısımda araştırmanın ikinci aşamasında gerçekleştirilen görüşmeler sonucu elde edilen verilerin analizleri paylaşılmıştır.

4.8.1 Temalar ve Kodlar

Araştırmanın ikinci aşamasında yürütülen görüşmeler ardından elde edilen bilgiler bu bölümde paylaşılmıştır. Katılımcılara sorulan sorular doğrultusunda oluşturulan ana başlıklar (İntihar ile ilgili çağrışımlar, İntihar düşüncesi başlangıcı, İntihar düşüncelerini en çok belirginleştiren/tetikleyen sebepler, İntihar düşüncelerine engel olan faktörler,

Psikolojik acı ile baş etme, İntihar düşüncelerini bir başkasıyla paylaşma, Travmatik yaşantı, İntihar düşüncesinden önce bireylerin kendilerini nasıl hissettiği, İntihar düşüncesiyle birlikte duyguların değişmesi) ile her bir başlık altında ele alınan temalar, kodlar ve bu temalara dair örnekler detaylı olarak incelenmiştir.

Buna göre katılımcıların “İntihar dendiğinde aklınıza ne geliyor?” sorusuna verdikleri yanıtlara dair kodlama ve analizler Tablo 4.8.1’deki gibidir. Yapılan kodlamalar ardından K1-K3-K5 ve K11 katılımcılarının intihar ile ilgili çağrışımlarının intihara ilişkin yöntemlerden oluştuğu görülmüş ve bu yanıtlar “intihar metodu” teması altında toplanmıştır. K2 ve K7 katılımcıları ise bu soruya yaşadıkları sorunlar ile ilgili yanıtlar vermiş ve yanıtları “intihar sebebine ilişkin çağrışımlar” teması altında toplanmıştır. K4-K5 katılımcıları intiharı hayatın bitişiyle ilişkilendirip intiharın anlamına dair bir temada yer alırken K8-K9 ve K11 katılımcıları intiharın işlevine dair yanıtlar verip aynı temada yer almıştır. K7 ve K9’dan alınan yanıtlara göre öne çıkan yanıtlar “çökkünlük”, “acı” ve “hiçbir şey yapamama korkusu/pes etme” şeklinde olmuş ve bu kodlar “duygular ile ilişkili çağrışımlar” teması altında yer almıştır.

Tablo 4.8.1 İntihar ile İlgili Çağrışımlar Kategorisine İlişkin Bulgular

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
İntihar metodu	İntihar metodu	K1-K3-K5-K11	“Metro, Marmaray” (K1) “Asılmak” (K3) “Bileklerini kesmek” (K5) “Hap içmek” (K11)
İntihar sebebine dair çağrışımlar	Yaşanan sorunlar/zorluklar	K2-K7	“Sorunlar gelirdi aklıma ya. Yani çünkü sorunları olan insanlar intihar eder. Sorunu olmazsa neden intihar etsin ki. Sorunlar geliyor.” (K2) “Yaşanan tüm zorlukları düşünüyorum” (K7)
İntiharın anlamına dair	Hayatın bitişi	K4-K5	“Hayatın bitişi” (K4) Ölüm (K5)
İntiharın işlevine dair	Kurtuluş/farklı bir başlangıç	K4-K9-K10	“Sıkıntıların son buluşu. Daha güzel bir hayatın başlangıcı” (K4) “Çıkış yolu” (K9) “Korkakça bir kurtuluş, çok büyük bir kurtuluş” (K10)
	Kendinden vazgeçme	K8- K11	“Kendini öldürmek” (K8-K11)
Duygular ile ilgili çağrışımlar	Çökkünlük	K7	“Melankoli, karanlık, dayanamama, sıklık, bıkkınlık, iç daralması” (K7)
	Acı	K7	“Yaşanan acılar” (K7)
	Hiçbir şey yapamama korkusu/ Pes etme	K9	“Yapmaktan korktukça da bir şeylere başlamaktan daha çok çekiniyorum. O yüzden yani hiçbir şey yapamayacağım korkusuyla düşündüğüm bir şey intihar” (K9)
N=10			

Katılımcıların “İntihar düşünceleriniz ilk nasıl başladı?”, sorusuna verdikleri cevaplar doğrultusunda elde edilen yanıtlar Tablo 4.8.2’de paylaşılmıştır. Yapılan

analizler ardından öne çıkan kodların aldatma, karşılıksız aşk, flört şiddeti olmuş ve bu kodlar “Romantik ilişki sorunları” teması altında toplanmıştır. Katılımcılar tarafından verilen yanıtlar doğrultusunda öne çıkan diğer kodlar “aile sorunları”, “pandemiye bağlı sosyalliğin azalması” “yalnızlık” ve ilişkilerle ilgili çelişkili duygular” olarak tespit edilmiş, ardından “Kişilerarası ilişki sorunları” teması altında toplanmıştır. Bununla birlikte katılımcıların yaşamlarının herhangi bir döneminde travmaya maruz kalmaları ve bir kayıp yaşamaları “travmatik deneyimler”, temasında yer alırken, psikopatoloji, anhedoni, boşluk duygusu, hiçbir şey yapamama korkusu, baş etmede güçlük gibi kodlar ise “Ruhsal sağlık ve İyilik hali ile ilgili sorunlar” temasına alınmıştır.

Tablo 4.8.2 İntihar Düşüncesi Başlangıcı Kategorisine İlişkin Bulgular

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Romantik ilişki sorunları	Aldatılma	K1-K11	“Aldatıldıktan sonra” (K1) “Ya benim bir tane sevgilim vardı. Aldatıldım. Baya bağlanmıştım ona.” (K11)
	Karşılıksız aşk	K3	“Sanırsam o zamanlar bir tane kıza aşık olmuştum galiba. Zaten o günden sonra da aşka küstüm galiba tam bilmiyorum.” (K3)
	Flört şiddeti	K5	“Yine bana yazmaya başladı. Cevap vermiyorum. Kendimi korumaya çalışıyorum ben ama bu sefer de kuzenlerime yazıyor işte “söyleyin engelimi kaldırsın” diye. Bir şekilde beni konuşmayı ikna etti ve ben de konuştum. Ama özür falan da dilemiyor. Ne zaman ki ben affediyorum yine küfür kıyamet, konuşmaya başlıyorum aynı şey. Engelliyorum peşimde koşuyor.” (K5)
Kişilerarası ilişki sorunları	Aile sorunları	K3-K5-K10	“Fazla oyun oynadığım için habire annem hep kızardı. Babam da aynı şekilde. Ondan sonra derslerimi yapardım orası ayrı derslerim iyi gidiyordu ama işte bu kötüydü dediğim ailesel baskı bu. Bu vardı işte. En ufak şeyde azar yerdim vs. ondan sonra çevresel baskı da oluyordu. Mesela ben baya tıfil cılız bir şeydim dediğim gibi. Ondan sonra zaten aile baskısı bir yerde var.” (K3)
N=10			

Tablo 4.8.2 İntihar Düşüncesi Başlangıcı Kategorisine İlişkin Bulgular (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Kişilerarası ilişki sorunları	Aile sorunları	K3-K5-K10	“Annem yok diye çok itelendim, dayak da yedim. Yaşıtlarımdan, büyüklerimden, herkesten şiddet gördüm ben. Çocukken korkudan altına yapardım. Mesela, dedemle babaannemi hatırlıyorum. Anneme benziyorum diye sevmezlerdi beni. Sırf bu yüzden dayak yediğimi biliyorum ben.” (K5)
	Pandemiye bağlı sosyalliğin azalması	K3	“Yani küçükken yaklaşık 10-12 yaşına kadar babamızı çok az gördük. Sadece pazar günleri tatil yapıyordu. Biz uyanmadan gidiyorduk uyuduktan sonra geç bir saatte eve geliyordu. Pazar günleri de o yorgunluğu atmak için öğlene kadar uyurdu. O yüzden annemle büyüdüm diyebilirim.” (K10)
	Yalnızlık	K3-K10	“Pandemi döneminde arkadaşlarım yoktu. Hani en azından kafa dağıtabileceğim bir insan topluluğu yoktu.” (K3)
	İlişkilerle ilgili çelişkili duygular	K11	“Yanımda kimse yok gibi hissediyorum.” (K3) “Onun dışında bu seneye kadar hiç yakın arkadaşlığım olmadı. Ama yalnızlık diyebilirim yani” (K10) “Kimse benden haber alamasın istedim. Gitmek istemiştım ortalıktan.” (K11)
N=10			

Tablo 4.8.2 İntihar Düşüncesi Başlangıcı Kategorisine İlişkin Bulgular (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Ruhsal sağlık ve İyilik hali ile ilgili sorunlar	Psikopatoloji	K3-K5-K7	“Zaten o zamandan beri kendimi idare etmeye çalışıyorum mental bakımdan ama bir yerde o kadar hani, o kadar ağır geldi ki kaldıramadım.” (K3) “Ciddi bir ağladım, 3-4 ay kadar da evden hiç çıkmadım. Ağladım, düşündüm. Ondan sonra hayatım kötüye gitti. Hiçbir şeyden zevk alamadım, tat alamadım. Kendime gelemiyorum mutlu değilim. Hiçbir erkekle konuşamıyorum bile. İçimden hiçbir şey gelmiyor. Yemek yiyemiyorum, içim almıyor. Herkes soruyor sen böyle değildin ne oldu cevap veremiyorum.” (K5) “Ya aslında sanırım ilk depresyon tanısı aldığımda intiharı bu kadar düşünmüyordum. Ama özellikle bu epizodda yani böyle yaşamak istememeye başladım. Her şey çok ağır gelmeye başladı. Kötü hissediyordum. Gerçekten çok kötü hissediyordum. Böyle yavaş yavaş. Yataktan kalkacak bir motivasyonum yok artık.” (K7)
	Anhedoni	K8-K11	“Sıkkınlık, bıkkınlık, iç daralması” (K8)
	Boşluk duygusu	K11	“Hayattan hiç zevk almıyordum” (K11) “Kendimi böyle boşluğa düşmüş gibi hissettim” (K11)
	Hiçbir şey yapamama korkusu	K9	“Kendimin ne istediğini ve istediğim noktaya gelememe korkusuyla düşünmeye başladığım bir düşünce haline geldi” (K9)
N=10			

Tablo 4.8.2 İntihar Düşüncesi Başlangıcı Kategorisine İlişkin Bulgular (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Ruhsal sağlık ve İyilik hali ile ilgili sorunlar	Baş etmede güçlük	K3-K8	“Zaten o zamandan beri kendimi idare etmeye çalışıyorum mental bakımdan ama bir yerde o kadar hani, o kadar ağır geldi ki kaldıramadım.” (K3) “Dayanamıyor muyum? Yapamıyor muyum? Kaldıramıyor muyum? Böyle sorularla hep.” (K8)
Travmatik deneyimler	Çocukluk ve yetişkinlik çağı travmaları	K5	“O zaman da sevgi eksikliğim vardı. Herkes diyordu sen annesiz büyüdün o yüzden böyle sevgin eksik kaldı. Sevgi arıyorsun diyorlardı.” (K5)
	Kayıp	K11	“Babamın vefat edişi. Benim için bayağı büyük bir kayıp oldu.” (K11)
N=10			

Katılımcıların daha önce kendileri için travmatik olarak değerlendirdikleri bir olay yaşayıp yaşamadıklarına dair yöneltilen “Sizin için travmatik olarak değerlendirdiğiniz bir yaşantınız oldu mu? Ne zamandı?”, Sorusunda verdikleri yanıtlar incelendiğinde elde edilen temalar flört şiddeti, aldatılma, ilişkiyi bitirmek istemem kodlarının yer aldığı “romantik ilişki sorunları”, duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar, kayıp, annede psikopatoloji öyküsü olması ve dini baskı kodlarının yer aldığı “çocukluk çağı travmaları” teması, duygusal istismar ve hedeflere ulaşamama kodunun yer aldığı “yetişkinlik çağı travmaları” şeklindedir. Bireylerin maruz kaldıkları travmalar o dönemki gelişim süreçleri göz önüne alınarak bireysel beyanları doğrultusunda “yetişkin” ve “çocukluk çağı” olarak isimlendirilmiştir. Katılımcıların travmatik deneyimlerine dair verdikleri örnekler, ilgili kodlar ve temalar Tablo 4.8.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.8.3 Travmatik Yaşantı Kategorisine İlişkin Bulgular

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Romantik ilişki sorunları	Flört şiddeti	K5	“19 yaşından 23 yaşına kadar hep böyle bir ayrıl bir barış bir ayrıl bir barış. Bir dönem tamamen bitirdim çünkü anladım ki düzelmeyecek. Neyse bir şekilde hayatıma girmeye devam etti.” (K5)
	Aldatılma	K1-K11	“Aldatıldım” (K1) “Ya benim bir tane sevgilim vardı. Aldatıldım” (K11)
	İlişkiyi bitirmek istememe	K9	“Erkek arkadaşım ile ayrılmak istemiyordum. Ve işte yani. Ondan ayrılmamak için neredeyse her şeyi yapabilecek potansiyeldeydim neredeyse. Aslında o benim için en travmatik diyebileceğim dönüm noktası” (K9)
Çocukluk Çağı Travmaları	Duygusal ihmal	K5	“İstenmedim, sevilmedim.” (K5)
	Fiziksel istismar	K5	“Annem yok diye çok itelendim, dayak da yedim. Yaşıtlarımdan, büyüklerimden, herkesten şiddet gördüm ben. Çocukken korkudan altına yapardım. Mesela, dedemle babaannemi hatırlıyorum. Anneme benziyorum diye sevmezlerdi beni. Sırf bu yüzden dayak yediğimi biliyorum ben.” (K5)
	Duygusal istismar	K5-K8	“Başka evet annesizlik. Annem yok diye çok itelendim. Üzülürdüm. Bunlar mesela. Birincisi annem olmadığı için benimle dalga geçilmesi. O dönem ölmeyi düşündüm. İntihar etmeyi değil de ölmeyi. Evden çıkmıyordum sürekli ağlıyordum kimseyle görüşmüyordum. Okulu bıraktım, aylarca ağladım.” (K5) “Genelde sosyal çevrede olsun, okulda olsun, sokakta olsun. Çok ezildim. Hem kilo hem pelteklik yüzünden falan” (K8)
N=10			

Tablo 4.8.3 Travmatik Yaşantı Kategorisine İlişkin Bulgular (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
	Kayıp	K4-K11	“13 yaşında babamı kaybettiğim zaman.” (K4) Babamın vefat edişi. Benim için bayağı büyük bir kayıp oldu. (K11)
	Annede psikopatoloji öyküsü	K7	“Annemin tanı alması. Tanı almadan önce de iyi değildi. Serseri mayın gibiydi. Kontrolsüzdü. Ben 12 yaşındayken tanı aldı. Hastanede yattı bir hafta. O zamanlarım çok travmatikti. Annemi öfkeli görmek. Kontrolsüz görmek. Yani, hala da tabii devam ediyor yani bu biten bir süreç değil. Ara ara onu öyle görmek benim için çok travmatik bir şey. Ara ara hala devam eden bir travma diyebilirim.” (K7)
	Dini baskı	K10	“Dini yurtta kaldım bir ara. Dini olarak aklımdan atamıyordum bir şeyleri. Mesela zorla öğle namazı kıldırır alıp sonra yemekhaneye götürürlerdi.” (K10)
Yetişkinlik Çağı Travmaları	Duygusal istismar	K5	“Bu çocukla konuşmaya başladık ama hep bir tuhaftı. Sinirlendiği zaman küfürler ederdi. Ben de engelledim her yerden sonra bu beni herkesten aramaya başladı engelimi kaldır diye. Ben de belki pişman olmuştur belki tek seferlik bir şeydir diye düşünüp affettim bu küfürleri falan. Ama bu böyle bir döngüye gitti. 19 yaşından 23 yaşına kadar hep böyle bir ayrıl bir barış bir ayrıl bir barış. Bir dönem tamamen bitirdim çünkü anladım ki düzelmeyecek. Neyse bir şekilde hayatıma girmeye devam etti. Sonra bana dedi ki ben senin annen olmadığı için sana acıdım.” (K5)
	Hedeflere ulaşamama	K5	“Mesela polislik sınavına girecektim. O kadar sene KPSS’ye hazırlandım. Olmadı” (K5)
N=10			

Katılımcıların intihar düşüncelerinden önce kendilerini nasıl hissettiklerine dair yöneltilen “İntihar düşünceleriniz başlamadan önce kendinizi nasıl hissediyordunuz?”, sorusuna dair verdikleri yanıtlarına göre dört tema belirlenmiştir. Bunlar daha iyi/daha güzel ve mutlu şeklindeki kodların yer aldığı “daha olumlu hisler”, normal, dalgın, şaşkın, duran, ana odaklı kodlarının yer aldığı “nötr hisler”, depresif ve içe çekilme kodlarının yer aldığı “daha olumsuz hisler” ve ilişkilerle ilgili çelişkili duygular ile öncesine dair bilgi yoksunluğu kodunun yer aldığı “diğer” şeklinde tespit edilmiştir. Katılımcıların intihar düşüncelerinden önce kendilerini nasıl hissettiklerine dair verdikleri örnekler, elde edilen tema ve kodlar Tablo 4.8.4’te paylaşılmıştır.

Tablo 4.8.4 İntihar Düşüncesinden Önce Bireylerin Kendilerini Nasıl Hissettiği Kategorisi (N=10)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Daha olumlu hisler	Daha iyi/ Daha güzel	K1-K7	“Daha iyiydim.” (K1) “Güzel, sakın, düzenli. Kendi yemeğini yap ye gez falan. Zorlanıyordum tabi ama yine de çok güzel bir yaşantım” (K7)
	Mutlu	K3-K5-K10	“Ben gayet mutlu bir insandım. Hani gerek çevre gerek aile bakımından olsun mutluydum yani. Hani okul hayatım da güzel gidiyordu. Çevrem de güzel gibiydi. En azından çocukluğumdaki kadar eziklenmiyordum vs. Hani benim için hemen hemen her şey güzel gidiyordu.” (K3) “Mutluydum hiçbir şeyi takmazdım” (K5) “Bizimkiler sürekli çok güleçsin falan diyordu. Hep gülüyormuşum. Belki de ortamda yapacak bir mimik yapacak bir hareket kalmayınca otomatikman gülüyordum bilmiyorum. Bu salaksı gülme gelir ya hani. (Gülümser) Ama sürekli yani yüzümde hatırlıyorum onu.” (K10)
N=10			

Tablo 4.8.4 İntihar Düşüncesinden Önce Bireylerin Kendilerini Nasıl Hissettiği Kategorisi (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Nötr hisler	Normal	K1-K4	“Çok normal yaşıyordum hayatı.” (K1) “Normal bir hayatım vardı diyebiliriz yani. Sakin ve normal bir hayatım vardı düzenli.” (K4)
	Dalgın, şaşkın, duran	K2	“Andaval şöyle, dalgın, şaşkın ve sadece duran. Düşünmekten ziyade duran.” (K2)
	Ana odaklı şekilde	K9	“Sadece o anı yaşamaya ve o anda gezmeye tozmaya veya ailemle vakit geçirmeye odaklıydım” (K9)
Daha olumsuz hisler	Depresif	K2-K11	“Çok yorgun, depresif ve andaval diyebilirim. Tam olarak andaval.” (K2) “Sürekli yatıp uyuyasım geliyordu. Bu hayattan hiç zevk almıyordum” (K11)
	İçe çekilme	K11	“Kimseyle konuşmak istemiyordum” (K11)
Diğer	İlişkilerle ilgili çelişkili duygular	K11	“Herkes beni merak etsin derdindeyim. Bir yandan da hiç haber almamalarını istiyordum” (K11)
	Öncesine dair bilgi yoksunluğu	K8	“Yani çocukluğumdan beri olduğu için bunlar çok hatırlamıyorum aslında” (K8)
N=10			

Katılımcıların “İntihar düşünceleri ile birlikte hissettiğiniz duygular değişti mi?”, sorusuna verdikleri yanıtların analizinden elde edilen kod ve temalar Tablo 4.8.5’te paylaşılmıştır. Buna göre katılımcıların intihar düşünceleri ile birlikte duygularındaki değişimlere dair verdikleri yanıtlar içerisinde planların azalması, depresif, cesaretsiz, yorgun, çaresiz/umutsuz kodlarının yer aldığı “azalma ile ilişkili değişimler” ve kaygılı, obsesif, içe çekilme/utangaçlık/çekingenlik, öfkeli, içsel konuşma ve korkunun üzerine gitme çabası şeklinde kodlanan yanıtların “artma ile ilişkili değişimler” isimli tema altında toplandığı görülmüştür.

Tablo 4.8.5 İntihar Düşüncesiyle Birlikte Duyguların Değişmesi Kategorisine Ait Bulgular (N=10)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Azalma ile ilişkili	Planların azalması	K1	“Mesela önceden planları olan bir insandım. Sonra intiharla ilgili planlar yaptım. Zamanını belirlemiştim, böyle ne zaman gibi. Ama kesin değildi. Yapmam falan diyordum hani. Ama o düşünce vardı yani içimde, arka planda. Şu an şey seviyesindeyim hani” (K1)
	Depresif	K2-K10	“Daha depresif yapmıştır. Daha üzgün yapmıştır. Eee şey. Daha karamsar yapmıştır” (K2) “Eskiden zevk aldığım şeyler artık yapamıyorum.” (K10)
	Cesaretsiz	K7	“Yani yaşamak istemesem de gerçekleştirme cesaretini kendimde bulamadım o eylemi.” (K7)
	Yorgun	K8	“Yorgunluk çok var. Her şeye. Bu sıralar. Hep yorgunmuşum gibi geliyor. Kendimi yataktan kaldıramıyorum. İstemiyorum. Kalkmak istediğimde kalkamıyorum. Yatmak istediğimde yatamıyorum. Genelde böyle hissediyorum. Yorgun gibi” (K8)
	Çaresiz/ umutsuz	K8	“Çaresizlik umutsuzluk gibi.” (K8)
	Artma ile ilişkili	K9	“Ya aslında bunların hepsi benim tamamen geleceğe bakış açım ve gerçekten gelecek kaygısıyla alakalı.” (K9)
		K10	“Üzüntüye örnek olarak hani takıyorum kafaya hüzünleniyorum ve ondan kurtulamıyorum.” (K10)
		K10	“Artık toplanıldığı zaman veya bir yere gidildiği zaman istemeye istemeye gidiyorum. Utangaçlık çekingenlik” (K10)
		K7-K11	“Saçmalama kızım ya gibi kendimle konuştuğum oldu.” (K7) “Ondan sonra kendime bir dedim ki, kendine gel (<i>Kendi adını söyler</i>) dedim. Böyle bir şey düşünmedim sonra.” (K11)
	İçsel konuşma	K7-K11	
N=10			

Tablo 4.8.5 İntihar Düşüncesiyle Birlikte Duyguların Değişmesi Kategorisine Ait Bulgular (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Artma ile ilişkili	Korkunun üzerine gitme çabası	K5	“Yeni şeyler yaşayıp eskilerin üstüne koyacaksın ve böyle unutacaksın bazı şeyleri. Sonra dedim ya da üstüne üstüne gideceksin. Korku dediğimiz şey zaten üzerine gittikçe aşılabilecek bir şey olduğu için ben üstüne gitmeyi tercih ettim. Yeni şeyler yaşamayı hiç tercih etmedim diyebilirim.” (K5)
N=10			

Katılımcıların “Sizce intihar düşüncenizi en çok belirginleştiren/tetikleyen yaşamsal zorluklarınız nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtlara dair tema, kod ve örnekler Tablo 4.8.6’daki gibidir. Yapılan analizler ardından depresyon ve aile ruhsal bozukluk kodlarının “bireyde veya ailesinde psikopatoloji” temasına; geleceğe dair umutsuzluk kodunun “umutsuzluk” temasına; ekonomik zorluklar, düzensiz bir yaşam, akademik kaygılar ve başarısızlık kodlarının “yaşamsal zorluklar ve sorunlar” temasına.; aile ilişkileri, romantik ilişki sorunları, yalnızlık, dışlanma/kabul görmeme” kodlarının ise “kişilerarası ilişki sorunları” temasına alınmıştır.

Tablo 4.8.6 İntihar Düşüncelerini En Çok Belirginleştiren/Tetikleyen Sebeplere İlişkin Bulgular (N=10)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Bireyde veya ailesinde psikopatoloji	Depresyon	K1-K5	“Evden çıkmıyordum sürekli ağlıyordum kimseyle görüşmüyorum.” (K5)
	Ailede ruhsal bozukluk	K7	“Annemin durumu tabi en önemli. Annemin hep hasta olması. Annemin hep bizi tehdit etmesi. Annemin kendine zarar vermesi. Annemin bize bir şey yapması.” (K7)
Umutsuzluk	Geleceğe dair umutsuzluk	K10	“Bir gelecek çizemem kendime” (K10)
N=10			

Tablo 4.8.6 İntihar Düşüncelerini En Çok Belirginleştiren/Tetikleyen Sebeplere İlişkin Bulgular (N=10) (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Yaşamsal zorluklar ve sorunlar	Ailede ruhsal bozukluk	K7	“Annemin durumu tabi en önemli. Annemin hep hasta olması. Annemin hep bizi tehdit etmesi. Annemin kendine zarar vermesi. Annemin bize bir şey yapması.” (K7)
	Ekonomik zorluklar	K2-K4	“Borçlar olurdu da henüz hayata o kadar atılmadığım için borçlar o kadar koymaz bana” (K2)
	Düzensiz bir yaşam	K4	“Düzenli bir yaşamımın olmaması” (K4)
	Akademik kaygılar	K1-K5-K9	“Hiç istemediğim bir bölümü kazandım. Mutsuz olarak gittim, zaten iki sene mezuna kaldım” (K1)
	Başarısızlık	K2-K3-K8	“Yaşamsal olarak ders çalışmamam çok büyük bir etken. Aslında tek etmen diyebilirim. Akademik başarı diyebiliriz.” (K9)
Kişilerarası zorluklar ve sorunlar	Aile ilişkileri	K3-K4-K5 K7-K11	Başarısızlık oluyor genelde. Yani başladığım bir işi bitirememek. Ya da başaramamak.” (K8) “Tam böyle istediğim gibi bir aile yapısını... Ya da ne bileyim televizyonlarda görülen o mutlu aile yapısında olmamam. Oraya ait hissetmemem.” (K4)
Kişilerarası zorluklar ve sorunlar	Aile ilişkileri	K3-K4-K5 K7-K11	“Birincisi annem olmadığı için benimle dalga geçilmesi. O dönem ölmeyi düşündüm. İntihar etmeyi değil de ölmeyi.” (K5) “Abimle böyle bir abi kardeş ilişkisi güdemememiz. “Babamın umutsuz ve ilgisiz olması”. (K7) “Annemle babam ayrılma aşamasındaydı o zamanlar. O zaman çok yıpranmıştım. Yaşamak istemiyordum. İstemiyordum yaşamayı.” (K11)
N=10			

Katılımcıların “İntihar düşünceleriniz belirginleştğinde yaşamınızdaki hangi faktörler bu düşüncenize engel olur? /bunlarla nasıl baş edersiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlara ilişkin örnek ve kodlamalar Tablo 4.8.7’de paylaşılmıştır. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların intihar düşüncelerine engel olan faktörlere dair en sıklıkla bildirdikleri yanıtın “geride kalan insanların hissettikleri” şeklindekidir. 10 katılımcının 6’sı ve yine 10 katılımcıdan 2’si intihar düşüncelerine engel olan faktör olarak sahip oldukları sosyal desteği ifade etmiştir. Böylelikle öne çıkan temanın “kişilerarası ilişkiler” olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer belirlenen tema ise katılımcıların hareketli aktiviteler, doğaya açık havaya çıkmaları, alkol sigara kullanmaları, geleceğe dair umut beslemeleri ve dine yönelmeleri şeklinde kodlanan davranışların yer aldığı “rahatlatıcı etkinliklere başvurma” olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.8.7 İntihar Düşüncelerine Engel Olan Faktörlere İlişkin Bulgular

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
Kişilerarası ilişkiler	Geride kalan insanların hissettikleri	K1-K3-K4 K8-K10 K11	“Arkamda bıraktığım çok insan var. Yani bunu bile söyleyebilirim. Arkamda bıraktığım insanlar olması” (K3) “Kız kardeşim var genellikle yani ne bileyim. Üzeceğim, arkada bırakacağım sonuçta insanlar da var. Bunun üzüntüsü birazcık tutuyor. Yoksa şu ana kadar zaten başka bir hayata başlamış olurdum diye düşünüyorum.” (K4) “Yani genelde arkadaş çevrem olsun ailem olsun. Onları düşünüyorum yani. Onlar için”. (K8) “Annemin durumu tabi en önemli. Annemin hep hasta olması. Annemin hep bizi tehdit etmesi. Annemin kendine zarar vermesi. Annemin bize bir şey yapması.” (K7)
Rahatlatıcı etkinliklere başvurma	Sosyal destek		“Sevdiğim insanlarla daha çok vakit geçirmek isterdim. Biraz sevdiğim şeyleri daha çok yapmak isterdim.” (K2)
N=10			

Tablo 4.8.7 İntihar Düşüncelerine Engel Olan Faktörlere İlişkin Bulgular (Devamı)

Temalar	Kodlar	Katılımcılar	Örnekler
	Hareketli aktivite	K2-K10	“Yani rahatlatıcı şeyler yapabilirdim. Mesela doğa yürüyüşleri, yürümek olabilirdi”. (K2)
	Doğa/açık havaya bakmak	K7	“Mesela deniz kenarına gitsem. Doğaya çıksam orada çok rahat olurum yani. Oraya ait hissedirim. Doğaya ait hissedirim. Böyle hemen ilham alırım. Böyle sakinleşmeye çalışırım.” (K7)
	Müzik dinlemek	K10	“Müzik dinledim, kesinlikle müzik şu ara.” (K10)
	Alkol ve sigara kullanma	K10	“Sigarayı yine bu ara. Arada alkol dediğim gibi. Belki bunlar bir tık baş etmeme yardımcı oluyor.” (K10)
Rahatlatıcı etkinliklere başvurma	Geleceğe dair umut beslemek	K3-K7	“Yani belki de gelecek nesillerim güzel olabilir. Hani bunlar tamamen bana umut oldu diyebilirim. Özellikle de gelecek neslin güzel olması diyebilirim. Bunları yeni fark ettim. Hatta sizinle konuşurken fark ettim diyebilirim, sizin sayenizde” (K3) “Gelecekte başarılı olabilirim düşüncesi. Kendime ait bir aile kurma hevesime belki yani böyle.” (K7)
	Dine yönelme	K5	“Dua ederdim. Bu galiba. Ben çocukluğumdan beri aslında hep dua ederdim. Sürekli dua ediyorum yapabileceğim başka hiçbir şey yok.” (K5)
N=10			

Katılımcıların “İntihar ile ilgili düşüncelerinizi biriyle paylaşır mısınız? Evetse kiminle?”, sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo 4.8.8’de sunulmuştur. Buna göre 10 kişiden 5’inin intihar ile ilgili düşüncelerini kimseyle paylaşmadığı öğrenilmiş, intihar düşüncelerini paylaşan diğer 5 kişinin ise her birinin bu düşüncelerini arkadaşlarıyla paylaştığı, 4’ünün ailesiyle paylaştığı ve yalnızca 1’nin partneriyle paylaştığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.8.8 İntihar Düşüncelerini Bir Başkasıyla Paylaşma Kategorisine İlişkin Bulgular

Temalar	Kodlar	Katılımcılar
Paylaşan grup	Arkadaş	K1-K5-K9-K10
	Aile	K5-K7-K10
	Partner	K7
Paylaşmayan grup	-	K2-K3-K4-K8-K11

Katılımcıların “Siz de psikolojik acı hisseder misiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Buna göre 10 katılımcının tamamı psikolojik acı deneyimlediğini belirtmiştir. İlgili bilgiler Tablo 4.8.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.8.9. Psikolojik Acı Deneyimleme Kategorisine İlişkin Bulgular

Temalar	Katılımcılar
Psikolojik acı deneyimleyen	K1-K2-K3-K4-K5-K7-K8-K9-K10-K11
Psikolojik acı deneyimlemeyen	-
N=10	

Katılımcıların deneyimledikleri psikolojik acıyla baş etme tarzlarına ilişkin yöneltilen “Sizce psikolojik olarak sıkıntı hissettiğiniz ve psikolojik acı çektiğinizi düşündüğünüz zamanlar ne yaptığınızda ya da ne olursa kendinizi daha iyi hissedersiniz?” sorusundan elde edilen yanıtlar incelendiğinde en sık ifade edilen tarzların sıklık sırasına göre sosyal desteğe başvurma, hareketli aktiviteler, hobiler, dikkati başka yöne çekmek, müzik dinlemek-şarkı söylemek, sevmek, yeme içme davranışları ve doğaya/açık havaya çıkmak ve nefes egzersizi yapmak şeklinde olmuştur. İlgili bulgular Tablo 4.8.10’da paylaşılmıştır.

Tablo 4.8.10 Psikolojik Acı Deneyimleme Kategorisine İlişkin Bulgular

Psikolojik Acı ile Baş Etme Biçimi	Katılımcılar	n
Sosyal desteğe başvurma (aile, arkadaş, partner)	K1-K2-K4-K5	7
	K8-K9-K11	
Hareketli aktiviteler	K2-K5-K11	3
Hobiler	K2-K5-K8	3
Dikkati başka yöne çekme	K3-K5-K8	3
Müzik dinleme-Şarkı söyleme	K9-K11	2
Sevilmek	K1-K4	2
Yeme içme davranışları	K2-K5	2
Doğaya/açık havaya çıkmak ve nefes egzersizi	K9-K11	2
Çözüm bulma çabası	K7	1
Bulunduğu ortamı değiştirme	K1	1
Duyguyu tanıma/anlamlandırma ve/veya kabul	K9	1
Öz yatıştırma tekniklerine başvurma	K10	1
N=10		

Katılımcılara son olarak “Eklemek veya belirtmek istediğiniz başka bir şey var mı?” şeklinde bir soru yöneltilmiştir. Bu soru ardından 10 katılımcının tamamının teşekkür ettiği görülmüştür. Ayrıca, katılımcıların %80’i bu görüşmenin kendilerine iyi geldiğini, %30’u görüşme ardından duygu ve düşüncelerine dair farkındalık kazandığını ve %20’si görüşmenin kendilerine umut verdiğini ifade etmiştir.

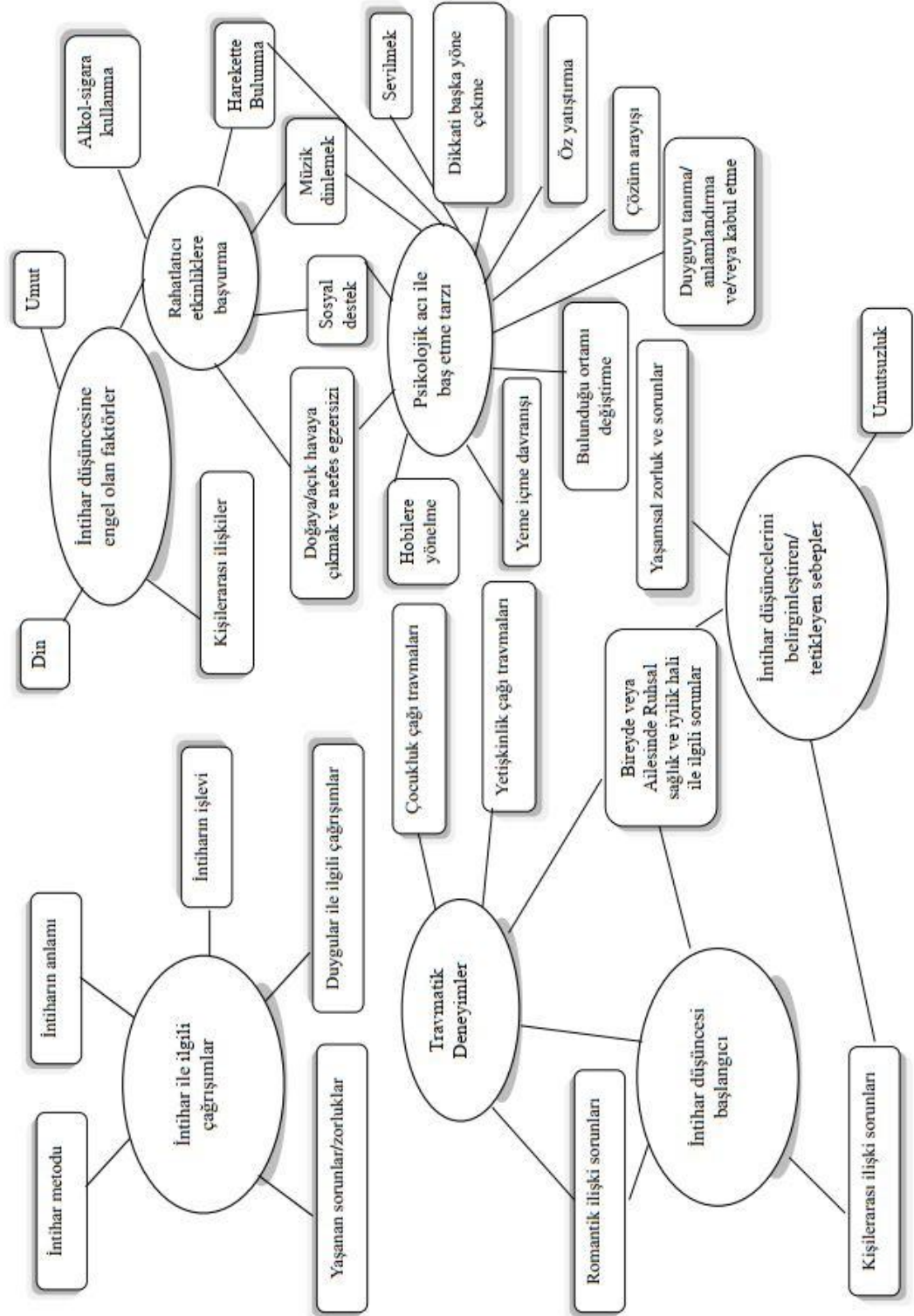
Araştırmanın birinci ve ikinci örnekleminde bulunan katılımcıların psikolojik acı ile baş etme tarzlarına dair detaylar Tablo 4.8.11’de paylaşılmıştır.

Tablo 4.8.11 Birinci ve İkinci Aşamadaki Katılımcıların Psikolojik Acı ile Baş Etme Tarzlarına dair Bulgular

Psikolojik Acı ile Baş Etme Biçimi	Birinci Aşamadaki Katılımcılar % (n)	İkinci Aşamadaki Katılımcılar % (n)
Sosyal desteğe başvurma (aile, arkadaş, partner)	30.1 (351)	70 (7)
Müzik dinleme-şarkı söyleme	17.3 (202)	20 (2)
Yalnız kalma-kendini izole etme	15 (175)	0
Uyuma	13.5 (157)	0
Hareketli aktiviteler	12.1 (141)	30 (3)
Ağlama	11.1 (130)	0
Dikkati başka yöne çekme	11 (128)	30 (3)
Doğaya/açık havaya çıkmak ve nefes egzersizi	8 (93)	30 (3)
Hobiler	4.9 (57)	30 (3)
Alkol, madde, sigara kullanımı	4.4 (51)	0
Öz yatıştırma tekniklerine başvurma	4.3 (50)	10 (1)
Öfke ve kendine veya çevresine zarar verme	3.9 (46)	0
Çözüm bulma çabası	3.3 (38)	10 (1)
Yeme içme davranışları	3.1 (36)	20 (2)
Dine yönelme	2 (23)	0
Araba kullanma	0.9 (11)	0
Sevilmek	0	20 (2)
Duyguyu tanıma/anlamlandırma ve/veya kabul	0	10 (1)
Toplam	1167	10

4.8.2 Tematik Analiz Haritası

Araştırmanın nitel yöntem ile yürütülen ikinci aşamasında bireylerin intihara dair düşünceleri, duyguları ve çağrışımlarından elde edilen temaların oluşturduğu Tematik Analiz Haritası Şekil 4.8.11’de sunulmuştur. Yürütülen analizler ardından elde edilen intihar ile ilişkili birçok değişken ve durumun yer aldığı bu harita, intiharın literatürde sıklıkla vurgu yapılan karmaşık ve çok boyutlu doğasını (Turecki ve ark., 2019) doğrular niteliktedir.



Şekil 4.8.11 Nitel Analiz Sonucu Oluşturulan Tematik Model

BÖLÜM 5

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin depresyon, çocukluk çağı travmaları, algılanan çok boyutlu sosyal destek ve psikolojik acı puanlarının intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünün araştırılması ve diğer risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

İki aşamadan oluşan bu çalışmanın ilk aşamasındaki örneklem gönüllü katılım gösteren, 18-25 yaş arasında olan, okuma yazma bilen, internet üzerinden uygulanacak ölçekleri doldurmaya yetecek beceride telefon, internet, bilgisayar kullanabilen, doğumda atanan cinsiyeti ile kendini tanımladığı cinsiyet kimliği uyum gösteren, çeşitli cinsiyet, sosyoekonomik durum, romantik ilişki ve eğitim seviyelerine sahip katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmanın ilk aşamasında toplam 1454 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmanın işleme kriteri olan 18-25 yaş aralığında olma koşulunu sağlamayan katılımcıların 35'i (%2.41) 18 yaşından küçük, 61'i (%4.20) 25 yaşından büyük olmak üzere toplam 96 kişi (%6.60) araştırmadan dışlanmıştır. Diğer dışlama kriterleri kapsamında psikotik bir tanıya sahip olduğunu bildiren 1 katılımcı ve doğumda atanan cinsiyeti ile kendini tanımladığı cinsiyetin örtüşmediğini bildiren 6 (%0.41) katılımcı araştırmaya dahil edilmemiştir. Son olarak çalışmada bulunan ölçeklerin yarısından fazlasını doldurmayan katılımcılar (162 kişi %11.14) araştırmadan dışlanmıştır. Dışlama kriterleri uygulandıktan sonra 773'ü kadın (%65), 416'sı erkek (%35) olmak üzere toplam 1189 kişi ile analizlere devam edilmiştir.

Birinci aşamada yer alan katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde örneklemin çoğunluğunun kadınlardan (%65.0), lise düzeyinde eğitime sahip (%73.6),

romantik bir ilişkisi bulunmayan (%56.5), herhangi bir işte çalışmayan (%71.3) orta sosyoekonomik duruma (%69.3), çekirdek aile yapısına (%76.8) ve dini bir inanca sahip (%84.4) bireylerden oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların klinik özellikleri incelendiğinde örneklemin %51.8'inin sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, bu oranın alkol kullanımı olmayan kişiler için %45.8 olduğu görülmüştür. Madde kullanımı bakımından ise örneklemin çoğunluğu (%97.6) “hayır” yanıtı vermiştir. Psikolojik sağlık durumları bakımından değerlendirildiğinde örneklemin çoğunu (%88.7) herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmayan bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Fiziksel bir hastalık tanısına sahip olma bakımından değerlendirildiğinde benzer şekilde örneklemin %88.7'sinin herhangi bir fiziksel hastalık tanısına sahip olmayan bireylerden oluştuğu görülmüştür. Katılımcıların %16.5'i kronik ağrı deneyimlediğini ve %64.5'inin ise ağrı kesici bir ilaç kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %30.3'ü intihar düşüncesi, %24.7'si intihar girişimi ve %16.2'si sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş biri olduğunu belirtmiştir.

Örneklemin çoğunluğunu (%65) kadınların oluşturması, beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar riskinin araştırıldığı bir çalışmada örneklemin %69.3'ünün kadınlardan oluştuğu bir çalışma ile uyumlu bulunmuştur (Pereira ve ark., 2018). Yine beliren yetişkin dönemindeki bireylerle yürütülen başka bir çalışmada kadın katılımcıların örneklemin %66'sını oluşturduğu belirlenmiştir (Pereira, 2015). Ülkemizde beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerle yürütülen bir çalışmada ise kadınların örneklemin %68'ini oluşturduğu görülmektedir (Alpay, 2015). Benzer şekilde, beliren yetişkinlik döneminde intihar olasılığının incelendiği ulusal bir çalışmada örnekleminde yer alan kadınların oranı %63.4 şeklinde raporlanmıştır (Karataş ve Çelikkaleli, 2018). Ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde, mevcut çalışmadaki örneklemin %65'inin kadınlardan oluşması literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Bu durum, çalışmanın örneklemindeki cinsiyet dağılımının iyi bir temsil edilirlilik oranına sahip olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların yaş ortalamaları incelendiğinde tüm örneklemin yaş ortalamasının 20.82 (S.S.= 1.90) olduğu görülmüştür. Cinsiyet değişkeni göz önünde bulundurulduğunda kadınların yaş ortalaması 20.86 (S.S.= 1.84) erkeklerin ise 20.73 (S.S.=2.01) olarak bulunmuş ve cinsiyetlerin yaş ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılığa sahip olmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda örneklem grubunun, intihar

bakımından yüksek riskli olduğu bildirilen beliren yetişkinlik dönemini temsil ettiği görülmektedir. Literatür incelendiğinde beliren yetişkin dönemi ve intihar arasındaki ilişkiye dair yürütülen çalışmalarda yaş ortalamasının mevcut çalışma ile benzerlik taşıdığını görülmektedir (Pereira ve ark., 2018; Alpay, 2015). Literatür incelendiğinde bildirilen yaş ortalamalarından bazıları 21 (Alpay, 2015), 22.68 (Pereira ve ark., 2018), 20.84 (Olatunji ve ark., 2020) şeklindedir. Özellikle ülkemizde yürütülen bir çalışmanın örneklem yaş ortalamasının 20.80 olduğu bildirilmiştir (Karataş ve Çelikkaleli, 2018). 20.80 şeklindeki bildirilen bu yaş ortalamasının, mevcut çalışmada 20.86 olarak tespit edilen ortalamaya son derece yakın olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, çalışmada yer alan örneklem literatür ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın çoğunluğunun lise mezunu (%73.6) katılımcılardan oluştuğu görülmüştür. Gruplar arası katılımcı farklılığının azaltılması amacıyla eğitim seviyesi örneklem ortalaması olan 14 yıl üzeri ve altı olarak incelenmiştir. Eğitim değişkeni bu yönüyle incelendiğinde örneklem %51.3'ünün 14 yıldan daha fazla eğitime sahip bireylerden oluştuğu görülmüştür. Beliren yetişkinlik döneminde bulunan bireyler ile yürütülen çalışmaların örneklemini genellikle üniversitesi öğrencilerinden oluşturmaktadır (Shepherd ve ark., 2023; Olatunji ve ark., 2020; Karataş ve Çelikkaleli, 2018; Alpay, 2015). Örneklemin eğitim düzeylerine dair ortalamalar incelendiğinde örneklemin çoğunluğunun (%73) üniversite öğrencisi olduğunu raporlayan bir çalışma (Pereria ve ark., 2018) dikkat çekmektedir. Araştırma sırasında eğitim durumuna ait veriler “en son mezun olduğunuz eğitim düzeyi nedir?” şeklinde toplandığı için katılımcıların yüzde kaçının halen üniversite öğrencisi olduğu araştırılmamıştır. Ancak, Milli Eğitim Bakanlığı'nın (2012) Türkiye’de zorunlu eğitimin 12 yıl olduğunu bildirdiği göz önüne alındığında, araştırmada 14 yıldan daha yüksek eğitime sahip olduğunu bildiren öğrencilerin üniversite eğitime devam eden bireylerden oluştuğu varsayılmıştır. Bu durumda araştırmanın örnekleminin çoğunluğunun eğitim özellikleri literatürdeki çalışmalarla uyumlu değerlendirilebileceği düşünülmüştür (Shepherd ve ark., 2023; Olatunji ve ark., 2020).

Örneklemin çoğunluğunun (%69.3) orta ekonomik duruma sahip bireylerden oluşması ise yine literatürde yer alan çalışmaların örneklem özellikleri ile uyumlu bulunmuştur (Akpınar, 2023; Yıldız, 2018; Nart, 2018). Sosyoekonomik durumun “alt”, “ortalamanın altı”, “orta”, “ortalamanın üstü”, ve “üst” şeklinde beş kategoride incelendiği bir çalışmada örneklemin çoğunluğunun sırasıyla orta (%55.7) ve ortanın üstü (%29.6) sosyoekonomik

duruma sahip bireylerden oluştuğu görülmüştür (Abamor, 2020). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise örneklemin çoğunun (%48.1) orta ekonomik duruma sahip bireylerden oluştuğu bildirilmiştir (Çakıl, 2018). Bu bulgu örnekleme orta sosyoekonomik bireylerin çoğunluk olması bakımından mevcut çalışma ile uyumlu bulunsada bildirilen yüzdenin (%48.1) mevcut çalışmadan (%69.3) daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun ilgili çalışmada ekonomik durum değişkeninin mevcut çalışmadaki gibi üç grupta (düşük, orta, yüksek) değil, “çok yetersiz”, “yetersiz”, “orta”, “iyi” ve “çok iyi” şeklinde beş grupta değerlendirilmesiyle alakalı olabileceği düşünülmüştür.

İlgili diğer değişkenler, literatürde örneklemin benzer çoğunluğa sahip olduğu çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, sigara kullanımının olmadığını bildiren katılımcıların örneklemdeki çoğunluğu oluşturduğu çalışmalardaki oranlar %65.8 (Nart, 2018), %61.7 (Bozkurt, 2023) ve %51.2 (Çakıl, 2018) şeklinde belirtilmiştir. Mevcut çalışmadaki örneklemin %51.8’inin sigara kullanmayan bireylerden oluşması örneklemin diğer çalışmaları temsil edebileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde, alkol kullanımı olmayan bireylerin örneklemin çoğunluğu oluşturduğu çalışmalarda bildirilen oranlar %47 ile %94.6 arasında değişmekteyken, mevcut çalışmada bu oran %48 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (Bozkurt, 2023; Nart, 2018; Çakıl, 2018; Akpınar, 2023). Son olarak madde kullanım durumuna “hayır” yanıtı veren katılımcıların örneklemin çoğunluğunu (%97.6) oluşturduğu bulgusu literatürde, %98.7 (Nart, 2018), %96 (Akpınar, 2023) ve %94.6 (Bozkurt, 2023) şeklinde bildirilen diğer oranlar ile uyumlu bulunmuştur. Bireylerin çoğunluğunun herhangi bir psikiyatrik (%88.6) veya fiziksel hastalık tanısına sahip olmayan (%88.6) bireylerden oluştuğu görülmektedir. Psikiyatrik tanıya sahip olmayan bireylerin ağırlıklı olduğu çalışmalar incelendiğinde benzer oranlar görülmektedir (Çakıl, 2018). Literatür incelendiğinde Bozkurt’un (2023) örnekleminin %55’inin fiziksel bir hastalığa sahip olmadığı bildirilmiştir. Bu bulgu mevcut çalışma ile uyumlu görülmüş ancak fiziksel bir hastalığa sahip olmayan bireylere ait bildirilen oranın klinik örnekleme çalışılmasından dolayı daha düşük olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların intihar davranışı özellikleri incelendiğinde örneklemin çoğunun daha önce intihar düşüncesine (%69.7) ve girişimine (%75.3) sahip olmayan bireylerden oluştuğu görülmüştür. Ancak intihar girişimi ile ilgili sorunun yalnızca intihar düşüncesi olduğunu bildiren 360 kişiye (toplam örneklemin %30.3’ü) sorulması sebebiyle intihar

girişimine ait bu oranın daha yüksek olması beklenen bir durum olmuştur. Başka bir ifade ile intihar düşüncesi olan 360 kişiye daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulmuş ve 360 katılımcıdan 89'unun (%30) intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir. Bipolar tanısı almış 18-65 yaş arasındaki hastalar ile yürütülen bir çalışmada psikotik belirtili bipolar hastalarının %75'inin, psikotik belirtisiz bipolar hastalarının %80'inin ve kontrol grubundaki bireylerin %97.9'unda intihar girişimi olmadığı bildirilmiştir (Deniz, 2023). Mevcut çalışmada örneklemin %75.3'ünün intihar girişiminin olmaması Deniz (2023) ile çoğunluk bakımından uyumlu olsa da bildirilen oranlar bakımından mevcut çalışmada intihar girişimine sahip bireylerin oranı daha yüksek çıkmıştır. Bu durumun mevcut çalışmanın birçok psikiyatrik bozukluk ve intihar bakımından risk taşıyan beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerden oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Üniversite öğrencileriyle yürütülen başka bir çalışmada örneklemin %65'i daha önce intihar düşüncelerine sahip olmadığını belirtmiştir (Atıkan, 2019). Bu bulgu, mevcut çalışmada bildirilen %69.7 oran ile yakın değerlendirilmiştir. Ülkemizde yürütülen başka bir çalışmada ise intihar düşüncesine sahip olmayan bireylerin örneklemin %83.2'sini oluşturduğunu bildirilmiştir (Abomor, 2020). Literatür incelendiğinde intihar girişimine sahip olmayan katılımcıların ağırlıklı olduğu çalışmalara ait raporlanan oranlar, %93.5 (Çakıl, 2018), %87.3 (Nart, 2018), %97.9 (Abomor, 2020), %61.4 (Bozkurt, 2023) şeklinde bildirilmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na başvuru yapmış ve depresyon tanısı ile yatarak tedavi gören 18-25 yaş arasında bulunan gönüllü katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir. Toplam 12 görüşme yapılmış ancak yatarak tedavi olan ve sınır durum kişilik bozukluğu eş tanısına sahip bir katılımcı araştırmadan dışlanmış. Ayrıca, doğumda atanan cinsiyeti ile kendini tanımladığı cinsiyetin uyumsuz olması sebebiyle 1 katılımcı daha araştırmadan dışlanmış. Toplam 2 kişinin dışlanması ardından çalışmaya 10 kişi ile devam edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde örneklemin çoğunluğunun kadınlardan (%60), romantik bir ilişkisi bulunmayan (%80), orta sosyoekonomik duruma sahip (%60), herhangi bir işte çalışmayan (%80), dini bir inanca sahip (%50) ve çekirdek aile yapısına sahip bireylerden oluştuğu görülmektedir. Eğitim değişkeni bakımından incelendiğinde grupların eşit sayıda katılımcıdan oluştuğu görülmüş, bu sebeple örneklemin çoğunluğunu oluşturan özellikler arasında yer verilmemiştir.

Katılımcıların klinik özellikleri incelendiğinde örneklemin yalnızca %20'sinin

sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bu oranın alkol kullanımı olmayan kişiler için %30 olduğu görülmüştür. Madde kullanımı bakımından yalnızca 1 katılımcı (%10) bazen yanıtı vermiştir. Fiziksel bir hastalık tanısına sahip olma bakımından değerlendirildiğinde örneklemin %60 ile çoğunluğunun herhangi bir fiziksel hastalık tanısına sahip olmayan bireylerden oluştuğu görülmüştür. Öte yandan, katılımcıların %70'i kronik bir ağrıya sahip olduğunu ve %80'i ise ağrı kesici bir ilaç kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %100'ü intihar düşüncesi, %20'si intihar girişimi ve %20'si sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş biri olduğunu belirtmiştir.

Araştırmada yer alan ölçeklerin toplam ve alt boyutlarına ilişkin ortalamalar intihar olasılığı için 69.73 ± 15.89 , umutsuzluk alt boyutu için 24.57 ± 6.79 , intihar düşüncesi alt boyutu için 11.43 ± 4.37 , olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyutu için 21.93 ± 5.93 ve düşmanlık alt boyutu için 11.79 ± 3.70 şeklinde bulunmuştur. Ortalamalar literatür ile karşılaştırıldığında, bir çalışmada beliren yetişkinlik döneminde bulunan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamalarının 72.33 ± 9.73 olduğu görülmüştür (Çakıl, 2018). Olgu grubu 50 ergenden oluşan 100 kişilik kontrollü bir çalışmada olgu grubunun intihar olasılığı puan ortalamasının 96.24 ± 15.38 olduğu, kontrol grubunun intihar olasılığı puan ortalamasının ise 72.40 ± 14.60 şeklinde bulunduğu bildirilmiştir (Akpınar, 2023). Yine ülkemizde ergenler üzerinde yürütülen bir çalışmada intihar olasılığı puan ortalaması 77.78 ± 17.16 şeklinde bildirilmiştir (Karakaya, 2023). Benzer şekilde ülkemizde yapılan başka bir çalışmada intihar olasılığı puan ortalaması 76.06 ± 17.22 olarak belirlenmiştir. İlgili araştırmalar incelendiğinde mevcut örneklemin intihar olasılığı puan ortalamasının (69.73 ± 15.89) literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Araştırmada yer alan diğer ölçek ortalamaları ülkemizde yapılan diğer araştırmaların ortalamaları ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, mevcut çalışmada Çocukluk Çağı Travmaları Anketi'nin puan ortalaması 61.16 ± 15.39 şeklinde bulunmuştur. Ülkemizde 635 beliren yetişkinlik döneminde bulunan bireylerle yürütülen iki aşamalı bir çalışmada bildirilen ortalamalar 33.14 ve 46.59 şeklindedir (Dereboy ve ark., 2018). Mevcut çalışmanın daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmüştür. Ancak ilgili çalışmanın 5 alt boyuttan oluşan revize edilmemiş Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ni kullandığı görülmüş ve uyumsuzluğun bundan kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Literatürde revize edilmiş 6 alt boyutlu Çocukluk Çağı Travmaları Anketi'ni kullanan bir araştırmada anket puan ortalaması 49.33 ± 11.99 olarak bildirilmiştir (Tarım, 2021). Mevcut çalışmada elde edilen ortalamanın yine daha yüksek olduğu görülmüş, ancak

bunun sebebinin paylaşılan çalışmanın 19-84 yaş aralığındaki bireylerle yürütülmüş olabileceği düşünülmüştür. İncelenen çalışmalar doğrultusunda mevcut çalışmada çocukluk çağı travma puan ortalaması daha yüksek bulunmuş, bu durumun çalışma örnekleminin beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerden oluşması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Mevcut çalışmada elde edilen Psikolojik Acı Ölçeği'nin puan ortalaması 31.64 ± 10.73 şeklinde bulunmuştur. Ülkemizde 18-65 yaş aralığındaki depresyon hastalarıyla yürütülen bir çalışmada hastaların Psikolojik Acı Ölçeği'ni puan ortalamaları 40.71 ± 11.53 ; kontrol grubunun ortalamaları ise 20.95 ± 7.79 olarak bildirilmiştir (Yeşiloğlu ve ark., 2023). Mevcut çalışmanın puan ortalamasının hem klinik hem de kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu durumun ilgili çalışmanın 18-25 yaş aralığında bireylerle yürütülmesiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde yetişkinlerle yürütülen başka bir çalışmada bildirilen psikolojik acı puan ortalaması ise 38.58 ± 17.75 şeklinde olmuştur (Keleş, 2022).

Benzer sonuçlar, Beck Depresyon Envanteri için de görülmüştür. Örneğin, mevcut çalışmada Beck Depresyon Envanteri'nin puan ortalaması 21.83 ± 11.61 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 399 üniversite öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada Depresyon Envanteri puan ortalaması 16.24 ± 11.10 şeklinde bulunmuştur (Çayır, 2023). Ülkemizde 572 üniversite öğrencisiyle yürütülen başka bir çalışmada ise raporlanan ortalama 36.72 ± 10.00 şeklindedir (Derebağı ve Topçu, 2023). Çin'de 42 majör depresif bozukluk tanısı almış üniversite öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları 30.12 ± 11.41 ; yüksek intihar düşüncesine sahip 18 kişilik grupta 24.94 ± 5.71 , düşük intihar düşüncesine sahip 21 kişilik bir grupta 21.71 ± 5.13 ve 18 kişilik kontrol grubunda ise 1 ± 1.28 şeklinde ortalamalar bildirilmiştir (Li ve ark., 2017). Yine ülkemizde yetişkinlerle yürütülen bir çalışmada bildirilen puan ortalaması 21.91 ± 13.64 olmuştur (Keleş, 2022). Bu araştırmada elde edilen puan ortalamalarının Li ve arkadaşlarının (2017) ve (Keleş, 2022) tarafından bildirilen puan ortalamalarına yakın olduğu görülmüştür.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ortalaması mevcut çalışmada 58.68 ± 15.83 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 539 üniversite öğrencisiyle yürütülen bir çalışmada ise bildirilen oran 61.94 ± 14.31 şeklinde olmuştur (Cebeci, 2022). Benzer bir ortalama Szkody ve McKinney'in (2019) 854 beliren yetişkinlik dönemindeki katılımcı ile yürüttükleri çalışmalarında bildirilmiştir. Bu durum, mevcut çalışmada bulunan

ortalamaların literatürde yer alan diğer çalışmaların ortalamalarıyla uyumlu olduğunu göstermiştir.

5.1 Bulguların Tartışılması

Bu çalışmanın bulgularına göre 18-25 yaş aralığındaki bireylerin intihar olasılığının, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve psikolojik acı ile pozitif yönde; çok boyutlu algılanan sosyal destek ile negatif yönde anlamlı ilişkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu ile araştırmanın ilk hipotezi desteklenmiş ve sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde sonuçlar, depresyon ve intihar olasılığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulan bir çalışma ile uyumlu bulunmuştur (Holman ve ark., 2022). Benzer şekilde, intihar olasılığı ve psikolojik acı arasındaki pozitif yönlü ilişki literatürdeki çalışmalar tarafından desteklenmiştir (Lambert ve ark., 2020). Çocukluk çağı travmaları ve intihar olasılığı arasındaki ilişki ise yine literatür ile uyumlu bulunmuştur (Spinola ve ark., 2022). Son olarak çok boyutlu algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulgusu literatür tarafından desteklenmiştir (Scardera, 2020). Tüm bu bulgular araştırmada yer alan değişkenler arasındaki ilişkilere dair kurulan Hipotez 1'i doğrulamıştır. Daha detaylı çalışmalar aşağıda paylaşılmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkilerin gücü incelendiğinde intihar olasılığı puanlarının en yüksek ilişkili olduğu değişkenler sırası ile psikolojik acı, depresyon, çok boyutlu algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı travmaları şeklin bulunmuştur. Mevcut çalışmada elde edilen bu bulgu, psikolojik acının intihar olasılığı ile olan ilişkisini ortaya koyan pek çok çalışma ile uyumlu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bir araştırma psikolojik acının, intihar girişiminde bulunmuş ve halen intihar düşüncesi olan bireylerde daha yüksek olduğu ve depresyona kıyasla intihar ile daha yakından ilişkili olduğunu bildirmektedir (Cáceda ve ark., 2014). Başka bir çalışmada, depresyon tanısı almış hastaların intihar girişimleri ile psikolojik acı puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş ve katılımcıların yarısından fazlasının yüksek seviyelerde psikolojik acı puanına sahip olduğu bildirilmiştir (Sun ve ark., 2020). Çin'de yürütülmüş benzer bir çalışmada depresyon tanısı almış katılımcıların %61.9'unun yüksek psikolojik acı puanlarına sahip olduğu görüşmüştür (Song ve ark., 2019). Bununla birlikte başka bir çalışmada psikolojik acının zamanla değişmesinin intihar düşüncesi ve hazırlığındaki değişimler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Troister ve ark., 2013). Li ve arkadaşları (2019) ise psikolojik acının

intihar düşünceleri üzerinde hem bir yordayıcı rolü olduğu hem de intihar düşüncelerinin sonucunda meydana geldiğini bildirmiştir.

Tüm bu çalışmalar mevcut araştırmada elde edilen bulguyu destekler niteliktedir. Böylelikle, ülkemiz literatürü için görece yeni olan psikolojik acı kavramının intihar olasılığı ile olan ilişkisinin göz ardı edilemeyecek kadar önem taşıdığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın ikinci amaç ve hipotezinde ise psikolojik acı, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenlerinin intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolleri sınanmıştır. Bulgular, intihar olasılığı puanlarındaki varyansın %54'ünü depresyon, %6'sının çocukluk çağı travmaları ve %3.4'ünün psikolojik acı puanları tarafından yordandığını göstermiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları ise intihar olasılığı puanlarındaki varyansın %1.8'sini negatif yönde yordamıştır. Başka bir ifade ile çok boyutlu algılanan sosyal destek arttıkça intihar olasılığı azalmaktadır. Böylelikle, depresyonun intihar olasılığı üzerindeki en güçlü; çok boyutlu algılanan sosyal desteğin ise en düşük yordayıcı role sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen bu bulgu ile araştırmanın ikinci hipotezi de desteklenmiştir. Literatür incelendiğinde depresyon tanısı almış hastalarda umutsuzluk ve depresyon seviyelerinin intihar düşüncesi üzerinde yordayıcı bir role sahip olduğu görülmektedir (Baryshnikov ve ark., 2020). Benzer şekilde, yatarak tedavi gören 898 depresyon hastasının intihar risk faktörleri inceleyen bir çalışmada yüksek depresyon seviyeleri ve intihar riski arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (Nobile ve ark., 2022). Ayrıca psikolojik acı seviyeleri ve intihar riski arasında pozitif bir ilişki olduğu, yüksek psikolojik acının daha büyük intihar riski taşıdığı bilinmektedir (Alacreu-Crespo ve ark., 2022). Benzer şekilde, intihar riski olan ve olmayan depresyon hastaları karşılaştırıldığında intihar riski olan depresyon hastalarının daha yüksek psikolojik acı, umutsuzluk, yalnızlık hissi ve fiziksel istismar ve ihmal puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Nobile ve ark, 2022). Aynı çalışmada psikolojik acı ve umutsuzluğun intihar düşüncelerinin kaynağında yer alan temel klinik değişkenler olduğu ve çalışmada yer alan değişkenlerin intihar riski üzerinde yordayıcı rolü olduğu aktarılmıştır. Başka bir çalışmada depresyon tanısı almış hastaların intihar girişiminde psikolojik acının bir yordayıcı rolü olduğu, aynı zamanda katılımcıların üçte ikisinin yüksek psikolojik acı puanlarına sahip olduğu raporlanmıştır (Ji ve ark, 2022). Trakhtenbrot ve arkadaşları (2016) yatarak tedavi gören 153 duygudurum bozukluğu ve şizofreni tanılı hasta ile çalışmıştır. Çalışma sonucuna göre depresyon ve umutsuzluğun ortalama 5.6 yıl sonraki intihar girişimini öngördüğü, ayrıca umutsuzluğun intihar

girişiminin medikal şiddeti üzerinde yordayıcı bir role sahip olduğu bildirilmiş, ancak psikolojik acının intihar girişimi üzerinde yordayıcı rolü olmadığı raporlanmıştır. Buna karşın Tsai ve arkadaşları (2021) yatarak tedavi gören 190 duygudurum, psikoz ve kişilik bozukluğu tanısı alan hasta ile ilk oturum ve takip eden 4 hafta ve 3 ay sonra olmak üzere toplam üç kez görüşmüştür. Her bir takip oturumunda hastaların umutsuzluk ve psikolojik acı puanları arasında orta ve yüksek güçte ilişkiler raporlamış ve hem psikolojik acının hem de umutsuzluğun, depresyon kontrol edildiğinde dahi intihar riskini öngördüğünü bildirmiştir. Benzer bir bulgu yatarak tedavi gören 372 depresyon hastasının depresyon belirtileri ve fiziksel acılarının psikolojik acıları ile ilişkili olduğunu, depresyon ve fiziksel acılarındaki değişimin psikolojik acı seviyelerinde de değişim meydana getirdiğini ve suçluluk, iştah kaybı ve yetersizlik gibi depresif semptomların psikolojik acıyla çok yakından ilişkili olduğunu bildiren bir çalışmada bildirilmiştir (Alacreu-Crespo ve ark., 2020). Literatür incelendiğinde bu durumun, psikolojik acı, umutsuzluk ve depresyonun kavramsal olarak örtüşmesiyle açıklandığı görülmüştür (Baryshnikov ve Isometsä, 2022).

Literatür incelendiğinde psikolojik acıya dair yapılan bir tanımın depresyon ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Bu tanıma göre psikolojik acı, ölüm veya ölünün hakkında zorlayıcı düşünceler, özlem, uyku ve iştah bozuklukları ile azalmış davranış aktivitesini içeren daha geniş bir yas sendromunun bir parçası olarak tanımlanmıştır (Parkes, 1972). Bu tanıma kapsamında depresyon ve psikolojik acının yakından ilişkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca, psikolojik acının intihar düşüncesi, motivasyonu, hazırlığı ve girişimi ile; literatürde bildirilen depresyon, umutsuzluk ve mükemmeliyetçilik gibi diğer intihar risk faktörlerinden çok daha yüksek seviyede ilişkili olduğu bildirilmektedir (Troister ve Holden, 2010).

Literatür incelendiğinde psikolojik acının karşılanmamış kişilerarası ihtiyaçlar sonucu oluştuğu bildirilmiştir (Shneidman, 1993). Bu görüş, klinik olmayan 203 yetişkin birey ile yürütülen ve intihar olasılığı, ebeveyn reddi ile psikolojik acı arasında anlamlı ilişkiler bulan bir çalışmayla desteklenmiştir (Campos ve Holden, 2015). Buna göre, ebeveynlerinin reddedici olduğunu algılayan bireylerin intihar, depresyon ve psikolojik acıya neden olan yük olma hissi ve aidiyet eksikliği gibi duygulara karşı savunmasız olabileceğini bildirilmektedir. Campos ve Holden'e göre (2015) intihar düşüncesi ve davranışı depresif her bireyde görünmez, ancak depresyonun psikolojik acı, izolasyon ve yük olma hissi yaratma potansiyeli, sonunda bir bireyi intihara sürükleyebilir. Bu görüşe göre bireylerin, depresif, izole olmuş ve başkalarına yük gibi hissetme potansiyelleri,

onları içsel bir psikolojik acı ve sıkıntı durumuna karşı savunmasız kılar ve intihar riskini arttırır (Campos ve Holden, 2015). İntihar ve psikolojik acı arasındaki ilişkiye dair başka bir görüş ise Shneidman'ın (1993) intihar notlarında sıklıkla “artık (mental) acıma dayanamıyorum” şeklinde ortak bir ifadeye vurgu yapmasıdır. Bu durum, bir kişinin dayanılmaz psikolojik acıdan kaçmak amacıyla intiharı düşünebileceğini ima etmektedir (Conejero ve ark., 2018). Benzer şekilde, daha önce paylaşıldığı üzere Joiner Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı'nda (2009) kişilerarası ihtiyaçlardan biri olan aidiyet hissine vurgu yapmakta ve artan fiziksel acıya toleransın ve ölüm korkusunun azalmasının (edinilmiş intihar yeterliliği) intihar davranışıyla ilişkilendirilebileceğini öne sürmektedir.

Shneidman (1993), psikolojik acının bir kişinin aidiyet arzusu, sevgi ve korunma ihtiyacı, aşağılanmadan kaçınma ihtiyacı, yaşamını düzenleme, suçlama ve eleştiriye maruz kalmama ihtiyacı, problemleri anlama ve çözme gibi psikolojik ihtiyaçlarının tatmin edilememesinden kaynaklanabileceğini düşünmüştür. Shneidman (1993) bu tanımında yer verdiği bireylerin aidiyet arzusu, sevgi ve korunma ihtiyacı, aşağılanmadan kaçınma ihtiyacı, suçlama ve eleştiriye maruz kalmama ihtiyacını bireylerin psikolojik ihtiyaçları olarak değerlendirmiştir. Psikolojik acının bu tanımı gereği çocukluk çağı travmalarına olan yakınlığı dikkat çekmektedir. Spínola ve arkadaşları (2022), çocukluk çağı travmalarının psişik ağrı, karşılanmamış kişilerarası ihtiyaçlar ve depresif belirtilerle ortaya çıkan bir psikolojik acı deneyimine yol açtığını öne sürmektedir. Ayrıca, bu durumun ölümcül intihar düşünce ve davranışlarına karşı eğilimin artması, koruyucu bilişsel süreçlerin azalması ve intihar riskinin artmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Spínola ve ark., 2022). Literatür incelendiğinde çocukluk çağı travmalarının intihar düşüncelerinin hem şiddeti hem de sıklığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Roy ve ark., 2011).

Son olarak çalışmada saptanan intihar olasılığı ve çok boyutlu algılanan sosyal destek arasındaki ters yönlü ilişki dikkat çekmektedir. Bu bulgu literatür ile karşılaştırıldığında destekleyici çalışmalar göze çarpmaktadır (Pasinringi ve ark., 2022; Olatunji ve ark., 2020; Pereira ve ark., 2018). Özellikle beliren yetişkin dönemindeki bireylerin değişen sosyal rolleri, çevrelerindeki insanların onlardan beklentileri, bağımsız bir şekilde hayatını idame ettirmenin sorumlulukları gibi durumlarla karşılaşması (Pasinringi ve ark., 2022), onları birçok fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları için daha incinilebilir kılmaktadır (Arnett, 2007). Sosyal desteğin bireylerin karşılaştıkları zorluklar karşısında iyilik hallerini güçlendirdiği bilinmektedir (Oktavia ve Muhopilah, 2021).

Üstelik, Scardera ve arkadaşları (2020), bireylerin ergenlik yıllarında çeşitli mental sağlık sorunları yaşamış olsa dahi beliren yetişkinlik döneminde yüksek sosyal destek kaynaklarına sahip olmaları durumunda daha az mental sağlık problemine sahip olduğunu bildirmiştir. Başka bir ifade ile, ergenlikten yetişkinliğe geçişlerinde bulundukları bu süreçte yüksek sosyal desteğe sahip olmalarının mental sağlık sorunlarına karşı koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Pasinringi ve ark., 2022). Ayrıca, bu dönemde bulunan bireylerin arkadaşlarından aldıkları desteği, aile desteğine kıyasla daha önemli gördüğü bildirilmektedir (Alsubaie ve ark., 2019). Bu görüş 411 beliren yetişkinle yürütülen bir çalışmada özellikle sosyal desteğin mental sağlık ile olan ilişkisini bildiren bir çalışma ile desteklenmiştir (Pasinringi ve ark., 2022). Özetle, bu dönemde sosyal desteğe daha çok ihtiyacı olan beliren yetişkinlerin, düşük seviyede sosyal desteğe sahip olmalarının intihar olasılığını arttırdığı, yüksek seviyede sosyal desteğe sahip olmalarının ise intihar riskini azalttığı görülmektedir. Bu durumun, beliren yetişkinlik döneminde karşılaştıkları zorluklar karşısında ailelerinden veya arkadaşlarından destek almalarının koruyucu olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ayrıca, arkadaş desteğinin daha çok önem kazandığı bu dönemde, arkadaş desteğinin, bireylere yaşadıkları zorluklar karşısında yalnız olmadıklarını düşünmesi noktasında olanak sağlıyor olabileceği düşünülmüştür.

Tüm bu bilgiler ışığında mevcut araştırmanın psikolojik acı, depresyon, çocukluk çağı travmaları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenlerinin intihar olasılığı üzerindeki yakın ilişkileri ve yordayıcı rolleri olduğu bulgusu literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Araştırmanın birinci aşamasında yer alan depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünde psikolojik acının aracı etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Yürütülen analiz sonucuna göre, depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünde psikolojik acının kısmi aracı etkiye sahip olduğu bulunmuş ve “Depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı ilişkisinde psikolojik acının aracı/mediyatör rolü vardır.” hipotezi desteklenmiştir. Literatürde incelendiğinde psikolojik acının intihar riski üzerinde bir aracı etkisi olduğu raporlayan çalışmalar görülmektedir (Levi-Belz, 2014; Nahaliel ve ark., 2014). Benzer başka bir çalışmada sevilen birinin kaybına tanıklık etmenin psikolojik acı ile ilişkili olduğu, intihar riskini arttırdığı ve psikolojik acının depresyon ve intihar riski arasında aracı bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Campos ve Holden, 2015). Başka bir çalışmada, psikolojik acının intihar düşüncesi üzerindeki yordayıcı rolü tespit edilmiş (Puzia ve ark., 2014) ve bu yordayıcı rolün gücünün intiharla

yakından ilişkili ve yüksek bir yordayıcı role sahip olduğu bildirilen depresyon ve umutsuzluktan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Troister ve Holden, 2012). Yürütülen bu çalışma ile de psikolojik acının intihar olasılığı üzerinde yordayıcı bir role sahip olduğu tespit edilmiş ve bu bulgu literatür ile uyumlu bulunmuştur. Buna rağmen, bu yordayıcı role ait gücün depresyondan daha yüksek olmadığı görülmüştür. Ayrıca, depresyonun intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolünde psikolojik acının kısmi aracı etkisi literatür tarafından desteklenmiştir (Verrocchio ve ark., 2016). Bu bulgu, ülkemiz literatürü için görece yeni sayılabilen psikolojik acı kavramının intihar olasılığı üzerindeki önemini bir kez daha göz önüne sermiş ve Shneidman'ın kuramında vurguladığı psikolojik acı olmadan intihar olmaz görüşünü kısmen de olsa ampirik olarak desteklemiştir.

Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar olasılıklara karşı koruyucu olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla çalışmada ele alınan değişkenler aşağıda sırası ile paylaşılmıştır. Buna göre, ilk olarak katılımcıların intihar olasılığı puanlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Yani “Kadınların intihar olasılığı puanları erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir” olarak belirtilen Hipotez 4 desteklenmemiştir. Literatür incelendiğinde bu araştırma bulgusunu destekleyen ve desteklemeyen çalışmalara denk gelinmektedir. Örneğin, beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar riskini araştıran boylamsal bir çalışmada kadınların mental bozukluk ve intihar riskine dair yaygınlıklarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Gomes ve ark., 2019). Araştırmada cinsiyetin intihar olasılığı bakımından farklılaşmadığı bulgusu bu bakımdan literatürdeki çalışmalarla uyumsuz bulunmuştur. İsrail’de yürütülen bir çalışmada cinsiyet, yaş grupları ve intihar davranışları incelenmiştir. Bu çalışmada cinsiyet farklılıkları her yaş grubunda tespit edilirken, yalnızca 13-26 yaş aralığında bulunan bireylerin cinsiyet ve intihar davranışı arasında anlamlı farklar bulunamamıştır (Levinson ve ark., 2006) İlgili çalışmada cinsiyet bakımından anlamlı farklılık olmadığı bildirilen yaş aralığı ile mevcut çalışmanın yaş aralığını kapsadığı için bu bulgu mevcut çalışmayı destekler nitelikte değerlendirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 474 genç yetişkinle çalışılmış ve kadın ile erkeklerin intihar olasılığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tunçer, 2022). Mevcut çalışmada cinsiyete bağlı bir farklılığın bulunamaması çalışmadaki örneklemin intihar olasılığı bakımından riskli bir grup olan beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerden (Karataş, 2018) oluşması sebebiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. İntihar ve cinsiyet arasında yürütülen pek çok çalışma

cinsiyetler arası farklılığın tam olarak anlaşılmadığını belirtmektedir (Gomes ve ark., 2019). Cinsiyete bağlı bu farklılıkların hormonlar, düşük özgüven, bozulmuş beden algısı, çocukluk çağı travmaları ve stres tepkileri gibi bireysel veya toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve şiddet gibi sosyal sebeplerden kaynaklanabildiği ifade edilmiştir (Gomes ve ark., 2019).

Mevcut çalışmada farklı eğitim seviyelerine sahip bireylerin intihar olasılığı bakımından anlamlı bir farklılık göstermediği ancak, bugüne dek alınan eğitim yılı ve intihar olasılığı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, çalışmanın 18-25 yaş gibi görece kısıtlı bir yaş aralığında yürütülmesi ve buna bağlı olarak kısıtlı bir eğitim aralığına ulaşılması ile açıklanabilir. Eğitim seviyesi katılımcıların bugüne dek aldıkları toplam eğitim yılı ortalaması olan 14 yıla göre ortalama üstü ve ortalama altı eğitim seviyesi olarak ele alındığında ise anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre, 14 yıl ve daha fazla eğitime sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Buna göre araştırmada yer alan yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının daha düşük olduğu ileri süren Hipotez 5 doğrulanmıştır. Ancak, eğitim ortalamasına göre belirlenen 14 yılın altında veya üzerinde eğitim almış olma durumu mevcut araştırmanın örneklemine özgü bir bulgu olması sebebiyle yeterince genellenebilir olarak değerlendirilmemiştir. Bu durum, farklı eğitim seviyeleri ve intihar riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildiren bir çalışma (Silva ve ark., 2023) ile uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte, eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmamasına karşın, eğitim seviyesi arttıkça intihar olasılığı puanlarının azaldığını ortaya koyan anlamlı korelatif bulgular literatürce desteklenmiştir (Lannoy ve ark., 2022). Başka bir ifade ile daha yüksek eğitime sahip bireylerin intihar olasılıklarının daha düşük olduğu hipotezi literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının romantik bir ilişkiye sahip olma durumu bakımından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan analizlere göre, romantik bir ilişkisi olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamalarının romantik ilişkisi olmayan bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuş ve böylece çalışmada yer alan Hipotez 6 desteklenmiştir. Bu bulgu literatürde yer alan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Stone ve arkadaşları (2016) intihar davranışının kaynağının %34 ile ilk faktör olarak romantik ilişki sorunlarını bildirmiştir. Genç yetişkinlerle yürütülen başka bir çalışmada

bireylerin romantik ilişkileri ve intihar düşünceleri arasındaki ilişki incelenmiştir (Still, 2021). Sonuçlar, romantik bir ilişkiye sahip olmanın veya romantik ilişki kurduğu partner ile birlikte yaşamının intihar düşüncesi üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olmadığını bildirmiş, ancak sahip olunan romantik ilişkinin niteliğinin intihar riskine karşı koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Still, 2021). Bu durum romantik bir ilişkinin olma veya olmama durumundan bağımsız olarak ilişkinin niteliğine dair özelliklerin daha önemli olduğunu göstermektedir.

Sosyoekonomik durum ve intihar olasılığı arasındaki ilişki incelendiğinde düşük ve orta sosyoekonomik duruma sahip olmanın daha yüksek intihar riski ile ilişkili olduğu, başka bir deyişle yüksek sosyoekonomik durumun intihara karşı koruyucu bir etkisi olabilme ihtimali görülmüştür. Yani “Sosyoekonomik durumu düşük olan bireylerin intihar olasılığı puanları sosyoekonomik durumu daha iyi olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezi desteklenmiştir. Bu bulgu, intihar oranları ile sosyal izolasyon ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişkinin incelendiği ve düşük sosyoekonomik statünün, daha yüksek intihar riski ile bağlantılı olduğu; düşük sosyoekonomik statü ve yüksek sosyal izolasyonun birlikte etkileşiminin ise yüksek intihar oranları için risk taşıdığını bildiren çalışma ile uyumlu bulunmuştur (Näher ve ark., 2020). Sosyoekonomik durum ve intihar arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada azalmış aile desteği ve gelir durumunun ergen intiharları için birer risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir (Park ve Lee, 2016). Başka bir çalışmada ise intihar riski hem sosyoekonomik durum hem de algılanan sosyoekonomik durum bakımından incelenmiştir (Madigan ve Daly, 2023). Algılanan sosyoekonomik durum psikopatoloji, depresyon belirtileri ve intihar riski ile ilişkili bir durumdur (Wetherall ve ark., 2019). Buna göre, sosyoekonomik durum ve intihar düşünceleri arasında negatif bir ilişki belirlenmiş, başka bir ifade ile düşük sosyoekonomik duruma sahip olmanın daha yüksek intihar düşünceleriyle ilişkili olduğu raporlanmıştır. Buna rağmen algılanan sosyoekonomik durumun intihar düşüncesi üzerinde yordayıcı bir etkisi olmadığı bildirilmiştir. İntihar girişimi bakımından değerlendirildiğinde benzer şekilde düşük sosyoekonomik durumun intihar girişimlerle ilişkili olduğu, yüksek ekonomik durumun ise intihar girişim riskini azalttığı belirlenmiştir. Ayrıca, yürütülen aracılık analizine göre algılanan sosyoekonomik durumun, intihar girişimi ve sosyoekonomik durum arasındaki ilişkinin %37'sini açıkladığı raporlanmıştır (Madigan ve Daly, 2023). Tüm bu araştırmalar mevcut çalışmada elde edilen bulguyu destekler niteliktedir.

Araştırmada yer alan başka bir bulgu ise parçalanmış bir aile yapısına sahip bireylerin çekirdek aileye sahip bireylere kıyasla daha yüksek intihar olasılığı puanlarına sahip olmasıdır. Başka bir ifadeye göre araştırmada yer alan “Parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı puanları diğer aile yapısına sahip bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezi doğrulanmıştır. Bu bulgu aile bireyleriyle yeterince yakın bağlara sahip olmamanın veya bu bağların kopmasının depresyon, mental sağlık, intihar için risk oluşturduğu ve uzun vadede intihar davranışlar ve düşünceleri için yordayıcı role sahip olduğunu bildiren bir çalışma (McClelland ve ark., 2023) ile uyumlu bulunmuştur. Stone ve arkadaşlarının (2016) intihar davranışlarının kaynağını %18.3 ile aile içi problemler olarak gösterdiği çalışma yine araştırmadaki sonuçları destekler niteliktedir. Parçalanmış bir ailede büyümenin fiziksel ve cinsel travmalarla ilişkisi olmayabileceği ihtimali olsa da gelişim süreçlerinde çocuğun ihtiyaç duyduğu duygusal yakınlığın, aidiyet hissinin ve sevilme ihtiyacının karşılanmaması duygusal ihmal olarak değerlendirilebilir. Bu durum, parçalanmış bir aile yapısına sahip bireylerin daha yüksek intihar olasılığına sahip olması şeklinde açıklanabilir. Öte yandan, parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı geniş aile yapısına sahip olan bireylerden istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır (Uygun ve ark., 2023). Bu bulgu ülkemizde ergenlerin aile yapıları ve intihar riski arasında anlamlı bir farklılık tespit etmeyen bir çalışma ile uyumlu görülmüştür. Geniş aile ve parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin intihar olasılığı bakımından farklılaşmasının sebebi katılımcılara geniş aileyi nasıl algıladıklarının sorulmamış olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bir diğer ifade ile, geniş aileyi çekirdek aileden ayıran kişilerin kim olduğu aile içi ilişkileri ve dolaylı olarak intihar riskini etkileyebileceği düşünülmüştür.

Araştırmanın birinci aşamasında yer alan bireylerin (klinik olmayan örneklem) anne, baba veya sevdiklerini birini kaybetmeleri ile intihar olasılıkları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamsız sonuçlar görülmüştür. Yani, “Anne ve/veya baba kaybı yaşamış olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları yaşamayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.” Olarak belirtilen Hipotez 9 ile “Daha önce sevilen birini kaybetmiş olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları kaybetmemiş olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.” olarak belirtilen Hipotez 10 desteklenmemiştir. Bu bulgu literatürde ebeveyn kaybı yaşamamanın intihar için bir risk faktörü oluşturduğunu bildiren diğer çalışmalar ile uyumsuz bulunmuştur. Literatür incelendiğinde psikolojik acının reddedilme, terk edilme veya kayıp sonrası ortaya çıktığı belirtilmektedir

(Deckman ve ark., 2014; Shneidman, 1993). Bu sebeple mevcut çalışmada intihar riski ile yakından ilişkili olan psikolojik acının, anne, baba veya sevilen birinin kaybı ile ilişkili olması ve intihar için bir risk faktörü oluşturması beklenmiştir. Ancak bu görüş yürütülen nicel analizlerin sonuçları tarafından desteklenmemiştir. Bu durumun düşük katılımcı sayısı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Öte yandan, klinik örneklem ile gerçekleştirilen bire bir görüşmelerde katılımcıların %20'si baba kaybı yaşamış olmalarını intihar düşünceleri için en tetikleyici faktör olarak belirtmiştir. Bu durumun verilerin nicel ve nitel olmak üzere toplanma biçiminden kaynaklanabileceği, başka bir deyişle nitel görüşmede kendileri için zorlayıcı olan bu yaşantıyı paylaşmakta daha rahat hissedebilecekleri şeklinde değerlendirilmiştir. Elde edilen bu sonuç ise literatür ile uyumlu değerlendirilmiştir (Shneidman, 1993/1998)

İntihar olasılığı ve dini bir inanca sahip olma durumu incelendiğinde anlamlı sonuçlar bulunamamıştır. Başka bir ifade ile “Herhangi bir dini inanca sahip olmayan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları herhangi bir dini inanca sahip olan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir” şeklindeki Hipotez 11 desteklenmemiştir. Literatür incelendiğinde bireylerin herhangi bir dini inanca sahip olma durumları ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiye ait farklı görüşler dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle dinin intihara karşı koruyucu bir etkisi olduğu kabul edilse de dinlerin bazı yönleriyle intihar için yüksek bir risk faktörü olduğu ve dini inanca sahip bireyler için intihar olasılığını arttırdığı bildirilmektedir (Gearing ve Alonzo, 2018). Depresyon ve bipolar tanısı almış 321 hasta ile yapılan bir çalışmada dinlerin intihar için risk oluşturan yönleri arasında dini inançlara bağlılığın bireylerin çevrelerinden izole olmuş hissetmelerine sebep olması (Lawrence ve ark., 2016) gösterilmiştir. Ayrıca, intihar ve din arasındaki ilişki, bireylerin tüm sorumluluklarını Yaradan’a bırakması, Yaradan tarafından terk edilmiş hissetmesi, yaşanan zorluklar ve dini şüphe ile ilgili Yaradan’ı suçlaması şeklindeki “negatif dini baş etme” biçiminin intihar için bir risk yaratması şeklinde açıklanmıştır (Pargament ve ark., 1998). Buna rağmen, yapılan bir çalışmada dini inancı güçlendirmek için dini toplantılara katılmanın, sıkıntılı zamanlarda dua etmenin intiharı düşüncesi ve girişimine karşı koruyucu yönleri olduğu raporlanmaktadır (Ariapooran ve ark., 2023). Bu durum, dinin sosyal bağları arttırarak depresyon ve anti sosyal davranışların azalmasına sebep olmasıyla açıklanmıştır. Başka bir ifade ile, dini inanç hem mental bozukluklara hem de intihara karşı koruyucu bir özelliğe sahiptir (Ariapooran ve ark., 2023). Bununla birlikte, dini kitaplarda intiharın kesin bir dille

yasaklanması ve intihar girişiminde bulunmanın edebi bir ceza ile cehennemde yanmak şeklinde karşılık bulacağı bilgisi, intihara karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Ariapooran ve ark., 2023). Bununla birlikte, bazı dinlerde bireyin alkol tüketimi kısıtlanması veya yasaklanmasının intihar ve alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi zayıflatmakta / ortadan kaldırmakta ve intihara karşı koruyucu bir rol olmaktadır (Wu ve ark., 2015). Buna rağmen, mevcut çalışmada ise dini inanç ve intihar olasılığı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu durumun, bireylerin beliren yetişkinlik döneminde olup bu döneme özgü arayışların devam ediyor oluşu ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Literatür incelendiğinde alkol (Pandey ve ark., 2022) madde (López-Goñi ve ark., 2019) ve sigara kullanımının (Evins ve ark., 2017) intihar davranışı için risk oluşturduğu görülmektedir. Araştırma bulguları içerisinde sigara kullanımı olan bireylerin intihar olasılığının sigara kullanımı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum araştırmanın 12. Hipotezi olan “Sigara kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları sigara kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini desteklemektedir. Ek olarak, çalışmada günlük sigara miktarı arttıkça intihar olasılığının da arttığı tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürde günlük içilen sigara miktarı ile gelecekte bilerek kendine zarar verme eğilimi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ve kadınlarda 14 yaşında sigara kullanımının 22 yaşında intihar düşüncesi üzerinde yordayıcı rolü olduğunu bildiren çalışma ile benzerlik taşımaktadır (Evins ve ark., 2017). Literatür incelendiğinde sigara kullanımının intihar girişim riskini 3 kata kadar arttırdığı raporlanmasına (Pandey ve ark., 2019) rağmen literatürde farklı görüşler dikkat çekmekte ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir (Smith, 1992). Mevcut çalışmada bireylerin psikolojik acılarıyla sigara içerek baş ettikleri bulunmuştur. Baş etme tarzı incelendiğinde Lazarus’un (1993) duygu odaklı baş etme (*emotion-focused coping*) kavramı dikkat çekmektedir. Bu baş etme tarzına sahip bireylerin streslerini geçici olarak gidermeyi seçtikleri, bu stresi başka durumlara aktardıkları ve böylece algılanan kontrollerinin daha da fazla düştüğü bildirilmektedir (Nolen-Hoeksema ve ark., 2014). Literatür incelendiğinde duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden birinin stresin ana kaynağına değinmeden stres belirtilerini azaltan sigara içmek olduğu görülmektedir (Mansouri ve ark., 2019). Buna rağmen sigara içmenin depresyon riskini arttırdığı ancak olumsuz duygulanımı azaltmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Steuber ve Danner, 2006; Conklin ve Perkins, 2005).

Alkol kullanımı olan bireylerin intihar olasılığının alkol kullanımı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulgusu ise yine literatür tarafından desteklenmektedir (Pandey ve ark., 2022). Böylece “Alkol kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları alkol kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” Hipotezi doğrulanmıştır. Bir çalışmada, 3 beliren yetişkinlik dönemindeki birey ile bu dönemdeki ruh sağlığını zorlayan koşulların araştırılması için görüşmeler yapılmıştır (Jenzer ve ark., 2019). Elde edilen bilgiler doğrultusunda beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin depresyon, tükenmişlik vb. gibi karşılaştıkları zorluklar karşısında birbirlerini tehlikeli aktivitelere davet ettikleri görülmüştür. Bu tehlikeli davranışlar içerisinde birbirlerini veya kendilerini eğlendirmek amacıyla alkol, uyuşturucu veya diğer maddeleri kullanmaları belirtilmiştir. Araştırmacılar bu durumun beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin sorunlarıyla baş etmek için kullandıkları yolların aslında işlevsellik ve iyi oluş hallerine nasıl zarar verdiğini görmek için bir olanak sağladığını iletmiştir (Jenzer ve ark., 2019). Başka bir ifade ile beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin, bu döneme özgü karşılaştıkları zorluklar karşısında olumsuz baş etme tarzları ile daha fazla alkol ve madde kullanma riski taşıdığı söylenebilir. Bu da hali hazırda intihar için bir risk faktörü olan alkol ve madde kullanımının artmasıyla ilişkili olup intihar riskini daha da arttırmaktadır. Bu durumun intihar riski ve sigara, alkol, madde kullanımı gibi olumsuz baş etme tarzları arasında bir kısır döngü yaratabileceği şeklinde açıklanabileceği düşünülmüştür. Buna rağmen, intihar için risk faktörü olduğu raporlanan madde kullanımı (López-Goñi ve ark., 2019) intihar olasılığı bakımından anlamlı farklılıklar ortaya koymamıştır. Başka bir ifade ile “Madde kullanımı olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları madde kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezi doğrulanmamıştır. Bu durum, katılımcıların madde kullanım ile ilgili olan sorularda sosyal istenilebilirlikten etkilenmiş, dürüst cevap vermekten çekinmiş veya bu soruları yanıtlamaktan rahatsızlık duymuş olabilecekleri sebebiyle anlamlı farklılığın tespit edilememiş olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Literatür incelendiğinde ruhsal bozukluk komorbiditesinin intihar riskini arttıran en önemli faktörlerden biri olduğu bildirilmektedir (Bachman, 2018). Mevcut çalışmada bireylerin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmaları ve intihar olasılığı arasındaki ilişki incelendiğinde, herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip bireylerin tanısı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek intihar olasılığı puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, “H15: Herhangi bir psikiyatrik tanısı olan katılımcıların intihar

olasılığı puan ortalamaları tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezini doğrular niteliktedir. Bir başka deyişle psikiyatrik bir tanıya sahip olmak intihar olasılığı için bir risk oluşturmaktadır. Bu bulgu hem araştırmada yer alan hipotezi doğrulamış hem de literatürde yer alan pek çok çalışma ile uyumlu bulunmuştur (Favril ve ark., 2022; Xu ve ark., 2023). Literatür incelendiğinde psikiyatrik bozuklukların tüm intiharların %60 ile %80’ini oluşturduğu bildirilmektedir (Röcker ve ark., 2015; Barrimi ve ark., 2021). Çalışmalar incelendiğinde 12-26 yaş arasında 25 bin 354 birey ile yürütülen bir çalışmada psikiyatrik bir tanıya sahip bireylerin daha yüksek intihar girişimi ve riski taşıdığı bildirilmiştir (Gill, 2019). Mevcut çalışmadaki gibi beliren yetişkinlik döneminde yer alan bireylerle yürütülen bir başka çalışmada örneklemin %20’sinin en az bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olduğu ve %8.8’inin ise intihar riski taşıdığı belirlenmiştir (Gomes ve ark., 2019). Benzer şekilde genç yetişkinlerin depresyon ve anksiyete tanıları ile intihar düşüncesi ve riski arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada ergenlik dönemindeki intihar düşüncesi ile genç yetişkinlik dönemindeki depresyon ve anksiyete tanıları arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Cantor ve ark., 2023). Yaş ve cinsiyetin kontrol edildiği 5 milyon 940 bin 778 katılımcının yer aldığı bir çalışmada tüm mental bozuklukların diğer mental bozuklukların gelişimi için risk oluşturduğu tespit edilmiştir (Plana-Ripoll ve ark., 2019). Böylece, literatür incelendiğinde mevcut araştırmada elde edilen bulguların diğer çalışmalar tarafından desteklendiği görülmektedir. Gomes ve arkadaşları (2019) beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin psikiyatrik eş tanı almalarının hastalık prognozunu olumsuz etkilediğini, komplikasyonların sayısını ve şiddetini arttırdığını ve tedavi sürecini zorlaştırıp daha az etkili hale getirdiğini bildirmiştir. Bireylerin psikiyatrik bir tanıya sahip olması ve intihar riski arasındaki ilişki bireylerin hastalıklarıyla ilişkili olarak yaşadıkları dayanılmaz zorluk ve sorunlardan kaçmak için intiharı bir yol olarak görüyor olabilecekleriyle açıklanmıştır (Gomes ve ark., 2019). Turecki ve Brent (2016) bu durumu, psikiyatrik eş tanıya sahip bireylerin daha yüksek ve sık psikiyatrik semptomlara maruz kalması, daha yüksek seviyelerde zorluklar yaşamaları ve intihar riski ile psikiyatrik tanı sayısının doğru orantılı olarak artmasıyla ilişkilendirmiştir.

Bireylerin fiziksel bir hastalık tanısına sahip olmaları ile intihar olasılığı arasındaki puanlar incelendiğinde, herhangi bir fiziksel tanıya sahip olan katılımcıların daha yüksek intihar olasılığı puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Başka bir ifade ile çalışmada yer alan “H16: Herhangi bir fiziksel hastalık tanısı olan katılımcıların intihar

olasılığı puan ortalamaları tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.” Hipotezi doğrulanmıştır. Bu bulgu, literatürde yer alan fiziksel sağlığın ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu ve intihar girişimi ile intihar riski için bir risk faktörü oluşturduğu bilgisi ile uyumlu bulunmuştur (Bachmann, 2018). İntihar ile ilişkili olduğu ve intihar olasılığı için risk taşıdığı raporlanan bazı hastalıklar arasında sistemik lupus (Parperis ve ark., 2022), multiple skleroz (Barak-Corren ve ark., 2023), kanser (Luo ve ark., 2022) ve astım (Vargas ve Robles, 2018) yer almaktadır. Ayrıca, COVID-19 pandemisi ve intihar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda da anlamlı ilişkiler raporlanmıştır (Czeisler ve ark., 2021). Benzer şekilde, genç yetişkinlerle yürütülen bir çalışmada bireylerin sağlık durumlarının intihar düşüncesi için risk oluşturduğu bildirilmiştir (Graham ve Fenelon, 2023). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise içerisinde endokrin hastalığı, solunum yolu hastalığı, idrar yolu hastalığı ve kalp-damar hastalığı gibi kronik hastalıkların intihar girişimi, düşüncesi ve depresyon için risk taşıdığı bulunmuştur (Gürhan ve ark., 2019). Bu doğrultuda, literatürde yer alan çalışmaların, mevcut çalışmaya ait fiziksel hastalık tanısının intihar olasılığı bakımından risk oluşturduğu bulguyla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu durum, herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olmanın bireylerin ölüm korkusu, acı beklentisi veya kendilerini aileleri üzerinde fiziksel veya ekonomik bir yük olarak algılamaları sonucu ruh hallerinin ve hayata bakışlarının değişmesiyle açıklanmaktadır (Kleiman ve Riskind, 2014; Ruben ve ark., 2023).

Bununla birlikte, bireylerin herhangi bir fiziksel engele sahip olma durumları ve intihar olasılığı arasındaki ilişki yeterince fiziksel engele sahip katılımcıya ulaşamadığı için incelenmemiştir. Böylece, “H17: Herhangi fiziksel bir engele sahip olan katılımcıların intihar olasılığı puan ortalamaları olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir.” Hipotezi analiz edilmemiştir. Literatür incelendiğinde fiziksel bir engele sahip bireylerin intihar olasılığı daha yüksek değerlendirilmiştir (Marlow ve ark., 2021; Khazem, 2023). 83 kişi ile yürütülen kontrollü bir çalışmada (Ruiz ve ark., 2023) fiziksel bir engelin intihar olasılığı için bir risk oluşturduğu bildirilmiştir. Türkiye genelinde 2023 yılı verilerine göre, fiziksel bir engele sahip bireylerin oranı kadınlar için %7.9, erkekler için %5.9 ve toplam nüfus için %6.9 şeklinde belirtilmiştir. (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023 Nisan Raporu). 1189 katılımcının yer aldığı bu araştırmada ise yalnızca 9 kişi, yani toplam örneklemin yalnızca %0.76’ı fiziksel bir engele sahip olduğunu bildirmiştir. Bu sebeple örneklemin fiziksel bir engele sahip olan bireyleri yeterince temsil etmediği düşünülebilir. İntihar riski ve herhangi bir fiziksel engele sahip olma durumu arasındaki

ilişki incelendiğinde, herhangi bir fiziksel engele sahip bireylerin yemek/temizlik yapma veya meslekleriyle ilgili günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlandığı raporlanmıştır (Khazam, 2018). Fiziksel bir engele sahip bireyler için intihar riskini arttıran diğer faktörler arasında engel durumlarından dolayı düşük olduğunu belirttikleri yaşam doyumu (Sutin ve ark., 2015) ve yalnızlık (Coleman ve ark., 2015) bildirilmiştir. Bununla birlikte, herhangi bir fiziksel engele sahip bireylerin daha az iş olanaklarına sahip olduğu, iş hayatlarında dışlandığı ve tacize uğradığı bildirilmiştir (McMahon ve McMahon, 2016). TÜİK 2022 verilerine göre ülkemizde engelli erkek bireylerin %72.2'si kadın bireylerin ise %92.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı raporlanmıştır. Girişte Joiner'in (2007) Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı'nda bireylerin kendilerini yük olarak algılamasının (perceived burdensomeness) intihar için son derece büyük bir risk taşıdığı paylaşılmıştır. Bireylerin kendilerini bir yük gibi algılamasının öz sevgilerini azalttığı ve intihar davranışlarıyla yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (Mitchell ve ark., 2016). 184 üniversite öğrenci ve 49 fiziksel engele sahip birey ile yürütülen bir çalışmada fiziksel bir engele sahip bireylerin kendilerini yük olarak algılama seviyelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Khazem ve ark., 2015). Tüm bu sebeplerin fiziksel engele sahip bireylerin intihara karşı daha savunmasız oldukları düşünülmektedir.

İntihara dair bir diğer risk faktörü olarak bireylerin kronik ağrı deneyimleri incelenmiştir. Buna göre kronik ağrı deneyimlediğini belirten katılımcıların intihar olasılığının, kronik ağrı deneyimlemeyen bireylere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Böylelikle araştırmada yer alan "H18: Kronik ağrı deneyimine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puan ortalamaları kronik ağrı deneyimi olmayan bireylere göre daha yüksektir." Hipotezi doğrulanmıştır. Araştırmada elde edilen bu bulgu kronik ağrının intihar için bir risk faktörü olduğunu ifade eden diğer çalışmalar (Lee ve ark., 2019; Hinze ve ark., 2019) ile desteklenmiştir. Literatür incelendiğinde beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin kronik ağrı deneyimlerinin incelendiği bir derleme dikkat çekmektedir. Bu derlemede (Brown ve ark., 2021), beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin %5 ile %30'unun kronik ağrı deneyimlediği bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise kronik ağrı, 17 ülkenin cinsiyet ve gelişim seviyeleri bakımından incelenmiştir. Sonuçlar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan genç kadınlar için sırası ile %30.4 ve %35.2'sinin kronik ağrı deneyimlediği bildirilmiştir. Aynı çalışmada gelişmiş ülkelerde yaşayan erkeklerin %20.9'u ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan erkeklerin %22'sinin kronik ağrı deneyimlediği görülmüştür (Tsang ve ark., 2008). Mevcut

çalışmada kronik bir ağrı deneyimlediğini bildiren katılımcılar toplam örneklemin %16.5'ini oluşturmaktadır. Ancak mevcut çalışmada 18-25 olmasına karşın bildirilen çalışmalarda beliren yetişkinlik döneminin 18-30 aralığında kabul edildiği görülmektedir. Söz konusu yaygınlık oranları düşünüldüğünde sanılanın aksine beliren yetişkinlik döneminde de bireylerin kronik ağrı deneyimlediği görülmektedir. Ayrıca, mevcut çalışmada elde edilen bu bulgu, kronik ağrıya sahip 184 ergen ile yapılan klinik görüşmeler sonucu örneklemin %22.8'nin intihar eğilimine sahip olduğu ve intihar puanları, yüksek depresyon semptomları ve akran zorbalığı arasında anlamlı ilişkiler tespit edildiği bir çalışma ile (Wildeboer ve ark., 2023) uyumlu bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde kronik ağrının intihar dışında da pek çok psikolojik problem ile ilişkili olduğu görülmektedir. Örneğin, 10.000 beliren yetişkinle yürütülen bir çalışmada ergenlik döneminde duygusal, fiziksel veya cinsel istismara maruz kalmış bireylerin beliren yetişkinlik döneminde birden fazla bölgede kronik ağrı yaşama riskinin arttığı raporlanmıştır (Roberts ve ark., 2013). Başka bir çalışmada ise kronik ağrı deneyimleyen beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık yaşadıkları, çalışma hayatında zorluk yaşadığı, başkalarının yardımına ihtiyaç duyduğu, sosyal katılımlarının azaldığı ve daha yüksek anksiyete ve depresyon semptomları yaşadıkları bildirilmiştir (Brown ve ark., 2021). Benzer şekilde, kronik ağrı deneyimleyen ergenlerin intihar düşüncesine sahip olma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kashikar-Zuck ve ark., 2008; Forgeron ve ark., 2010). Bu durum, kronik ağrıya sahip bireylerin, kronik ağrı deneyimlemeyen bireylere kıyasla daha yüksek sosyal izolasyona, depresif semptomlara ve aile sorunlarına maruz kalması ile açıklanmıştır. (Kashikar-Zuck ve ark., 2008; Forgeron ve ark., 2010). Bromberg ve arkadaşları (2017) kronik ağrının tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçlar arasında depresyon semptomlarını kötüleştiren ve intihar düşüncesini arttırdığı raporlanan opioidler, antidepresanlar (Bridge ve ark., 2007) ve antikonvülzanların (Pereira ve ark., 2013) yer aldığını bildirmektedir. Tüm bunların intihar olasılığı için önemli risk faktörleri olduğu düşünüldüğünde kronik ağrının da intihar olasılığını arttırabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların herhangi bir sebepten ağrı kesici ilaç kullanım durumları ve intihar olasılıkları arasındaki ilişki incelendiğinde ağrı kesici kullanımı olan bireylerin intihar olasılığının ağrı kesici kullanımı olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu ve haftalık ağrı kesici ilaç kullanımı arttıkça intihar olasılığının arttığı tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile “H19: Herhangi bir nedenle ağrı kesici ilaç kullanımı olan bireylerin intihar

olasılığı puan ortalamaları ağrı kesici ilaç kullanımı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” Hipotezi doğrulanmıştır. Bu bulgular üniversite öğrencilerinin ağrı kesici ilaç kullanım durumu ve miktarının intihar olasılığıyla çok yüksek derecede ilişkili olduğunu bildiren bir çalışmayla uyumlu bulunmuştur (Zullig ve Divin, 2012). Literatür incelendiğinde 21. Yüzyılın başlarında ağrı kesicilerin kötüye kullanımının çarpıcı bir şekilde artmasının uluslararası bir salgın olarak nitelendirildiği görülmektedir (Volkow ve ark., 2019). 18-19 yaş aralığında 26 bin 223 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada örneklemin %5.6’sının son 12 ay içerisinde reçete edilmemiş bir şekilde ağrı kesici ilaç kullandığı bildirilmiştir. Ayrıca, örneklemin %2.6’sının madde etkisi yaşamak amacıyla ağrı kesici kullandığı ve %2.6’sının ise geçtiğimiz yıl eroin kullandığı görülmüştür (Barto ve ark., 2021). Yine aynı çalışmada ağrı kesici ilaç kullanımı olduğunu bildiren katılımcıların daha yüksek alkol, kenevir (cannabis) ve yasa dışı madde kullanma ihtimalinin olduğu, bir yıl içerisinde daha yüksek ihtimalle depresif duygulanım ile intihar düşüncesine sahip olduğu, daha düşük akademik başarı gösterdiği ve daha yüksek zorbalığa maruz kaldığı bildirilmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre daha intihar düşüncesi olan bireylerin intihar olasılıkları daha önce intihar düşüncesi olmayan bireylere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Başka bir ifade ile “H20: Daha önce intihar düşüncesine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanları intihar düşüncesine sahip olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” Hipotezi doğrulanmıştır. Bu bulgu araştırmada elde edilen intihar düşüncesine sahip bireylerin intihar olasılığının intihar düşüncesine sahip olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulgusu ile uyumlu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde intihar düşüncesi ve intihar davranışları sıklığının özellikle ergenlerde ve genç yetişkinlerde zirve yaptığı bildirilmiş, yaşam boyu yaygınlık oranları intihar düşüncesi için %33, intihar davranışı için ise %9.3’e kadar yükselebildiği tespit edilmiştir (Nock ve ark., 2013; Brezo ve ark., 2008). Gomes ve arkadaşları (2019) beliren yetişkinlik döneminde bulunan 3.781 katılımcı ile yürüttükleri bir çalışmada intihar düşüncesine sahip bireylerin %60’ının bir intihar planına sahip olduğunu ve intihar planına sahip bireylerin ise yaklaşık %45’inin yaşam boyu intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. Bir görüşe göre, intihar düşüncesi olan ergenlerin üçte biri intihar girişiminde bulunmaktadır (Culpin ve ark., 2018). Aynı çalışmada, intihar riski, intihar düşüncesi ve girişimi bakımından değerlendirilmiş ve intihar girişiminde bulunmuş ergenlerin yalnızca intihar düşüncesine sahip bireylere kıyasla daha yüksek intihar riskine sahip olduğu

bildirilmiştir (Culpin ve ark., 2018). Başka bir ifade ile intihar girişimi intihar riskiyle daha yakından ilişkilendirilmiştir. Geçmiş bir yıl içinde intihar düşüncesi bildiren bireylerin 12 aylık süredeki intihar girişim yaygınlıklarının daha yüksek olduğu ve intihar planı yapmanın da yine önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Nock ve ark., 2013; Borges ve ark., 2010). 19-30 yaş aralığındaki bireylerin intihar girişimi, intihar düşüncesi, depresyon ve anksiyete tanıları arasındaki ilişkinin incelediği bir derlemede ergenlik döneminde intihar düşüncesine sahip olmak ile genç yetişkinlik döneminde intihar girişiminde bulunma arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Cantor ve ark., 2023). Ülkemizde aile sağlığı merkezine başvuru yapmış 507 kişi ile yürütülen bir çalışmada her dört katılımcıdan birinin depresyon tanısı aldığı, her sekiz katılımcıdan birinin ise intihar düşüncesine sahip olduğu ve yaşam boyu intihar düşüncesine sahip olan bireylerin olmayanlara kıyasla 5.24 kat daha fazla intihar düşüncesi riski gösterdiği bildirilmiştir (Balatacı, 2022). Ergenler ile yürütülen bir çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde intihar düşüncesi olan ergenlerin yaklaşık üçte birinin takip eden bir yıl içinde intihar girişiminde bulunduğu öngörülmüştür (Nock ve ark., 2013).

Bununla beraber, birden fazla intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihar olasılığı puanlarının bir kez intihar girişiminde bulunan bireylere kıyasla daha yüksek olması literatür tarafından desteklenmiştir. Bu durumun her bir intihar girişiminin intihar olasılığını daha da arttıracak şekilde değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Böylelikle araştırmada yer alan “H21: Daha önce intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihar olasılığı puanları daha önce intihar girişiminde bulunmamış bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir” hipotezi doğrulanmış ve literatür tarafından desteklenmiştir. Literatür incelendiğinde bireylerin geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olmalarının intihar riski üzerinde önemli bir yordayıcı role sahip olduğu görülmektedir (Evans ve ark., 2017). Ayrıca, bireylerin daha önce intihar girişiminde bulunması ile intihar riski arasında yakın ilişkiler olduğu bildirilmiştir (Franklin ve ark., 2017). Yakın tarihli bir çalışmada depresyon tanısı almış bireylerin daha önce intihar girişimine sahip olmasının intihar riskini arttırdığı belirtilmiştir (Chiu ve ark., 2023). Benzer şekilde, mevcut çalışmanın bulgularına göre daha önce intihar girişimine sahip bireylerin intihar olasılığı intihar girişimi olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve bu bulgu literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmanın sonuçlarına göre birden fazla intihar girişimi olan bireylerin intihar olasılıklarının yalnızca bir kez intihar girişiminde bulunmuş bireylere kıyasla daha yüksek

olduğu görülmüştür. Başka bir ifade ile çalışmada yer alan “H22: Daha çok sayıda intihar girişimine sahip olan bireylerin intihar olasılığı puanları daha az intihar girişimine sahip olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” hipotezi doğrulanmıştır. Literatür incelendiğinde daha önce intihar girişiminde bulunan bireylerin intihar riskinin 40 ile (Harris ve Baraclough, 1997) 66 kat (Hawton ve ark., 2003) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, ilk intihar girişimleri sonucu yaşamını kaybetmeyen bireylerin neredeyse yarısı, ikinci intihar girişimlerinde yaşamını kaybetmektedir (Goñi Sarriés ve ark., 2018). Daha önce intihar girişiminde bulunmanın gelecek intihar girişimleri için risk oluşturması bu yönüyle dikkate alınmalıdır. Bununla birlikte, intihar girişiminin öldürücülüğü her girişim ile birlikte daha da artmaktadır (López-Castroman ve ark., 2011). Öldürücülüğü daha yüksek metodlar ile intihar girişiminde bulunan bireylerin tekrarlayan intihar girişimlerinde tamamlanmış intihara ulaşma riski daha da yükselmektedir (Goñi Sarriés ve ark., 2018). Tüm bu bilgiler ışığında, tek bir intihar girişiminin dahi intihar riskini arttırdığı göz önüne alındığında hiçbir girişimi hafife almamak gerekmektedir.

Literatürde bireylerin aile, akraba, arkadaş gibi sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunan biri olmasının intihar için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Wetheral ve ark., 2018; Rajalin ve ark., 2013). İntihara bağlı bir kayıp yaşamamanın yüksek anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu ve intihar riskini arttırdığı bildirilmektedir (Levi-Belz ve ark., 2021). Ayrıca, ailede intihar davranışı bulunmasının, diğer bireyler için intihar riskini arttırdığı ve bu sonucun psikiyatrik bozuklukların yol açtığı sorunlar ve düzensiz/olumsuz aile ortamı kontrol edildiğinde dahi anlamlı olmaya devam ettiği bildirilmiştir (Tondo ve ark., 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylerin aile üyelerinin birinde intihar davranışı olması durumunda diğer aile üyelerine ait intihar riskinin çok daha yüksek olduğu ve birinci derece akrabalarda intihar öyküsü olan bireylerin intihar riski oluşturduğu raporlanmıştır (Özgüven ve Eskin, 2019). Bu çalışmalar, araştırmada bulunan aile, arkadaş, akraba gibi sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş biri olan katılımcıların intihar olasılığının, diğer bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulgusunu destekler niteliktedir. Başka bir ifade ile “H23: Aile, akraba, arkadaş, özel biri ve diğer sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunan kişilerin olduğu bireylerin intihar olasılığı puanları diğer bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.” Hipotezi doğrulanmış ve bu bulgu literatür ile uyumlu bulunmuştur (Pereira ve Campos, 2021). Bir derleme çalışması ise çocukluk veya ergenlik döneminde ebeveynlerinden birinin intihar girişimine veya tamamlanmış intiharına maruz kalan

bireylerin 25 yaşından önce intihar davranışına sahip olma riskini arttırmaktadır (Geulayov ve ark., 2012). Bu durum, ebeveynlerde psikopatoloji olmasının çocuklarda intihar düşünce ve davranışlarını arttırdığı, ergen ve genç yetişkinlerin erken gelişimsel süreçte annelerinin intihar girişiminde bulunması veya intihar sonrası yaşamını kaybetmesinin kendi intihar düşüncesi, davranışı, girişimi ve intihar sonucu yaşamlarını kaybetme riskini arttırdığını göstermektedir (Goodday ve ark., 2017). Literatür incelendiğinde bir kardeşini intihar sonucu kaybetmiş bireylerin intihara bağlı ölüm risklerinde artış olduğu bildirilmiştir (Rostila ve ark., 2013). Son ve arkadaşları ise (2015), aile, arkadaş ve tanıdığı insanların intiharına maruz kalmış bireylerin intihar düşüncelerinin arttığını raporlamıştır. Üstelik bir aile üyesini intihar sonucu kaybeden bireylerin yaşam boyu intihar düşüncesine sahip olma ihtimalinin 4.5 kat arttığı bilinmektedir (Song ve ark., 2015). Her bir intiharın Shneidman'a göre (1972) en az 6, Wroblewski'ye göre (2002) 10 ve Levi-Belz ve Feigelman'a göre (2021) göre en az 135 kişiyi etkilediği belirtilmiştir. Buna göre, Verrocchio ve arkadaşları (2016) bireylerin intiharı dayanılmaz acıdan kaçmak için bir yol gibi gördüklerini aktarmasına rağmen, bu kaçışa maruz kalan diğer bireylerin de psikolojik acı yaşamasına sebep olduğu aktarılmıştır (Jordan ve McGann, 2017). Bununla beraber, bir intihar olgusunun yalnızca ile üyeleri için intihar riski oluşturmakla kalmayıp toplumsal bir intihar riski yarattığı (Cerel ve ark., 2019) bildirilmektedir. Diğer yandan intihar davranışının genetiği ile ilgili yapılan çalışmalar, genetik faktörlerin intihar davranışı üzerinde önemli risklere sahip olduğunu bildirmektedir (Mullins ve ark., 2019; Docherty ve ark., 2020). Genetik faktörlerin intihar davranışları üzerindeki etkisini psikolojik stresörler ve psikiyatrik bozukluklar kontrol edildiğinde dahi %30-50 oranında bildirmektedir (Roy ve ark., 1995; McGuffin ve ark., 2001). Bununla beraber, Edwards ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışma sonucu intihar girişimleri ve intihara bağlı ölümlerin kısmen kalıtsal olduğunu, intihar riski üzerinde hem genetik hem de çevresel faktörlerin yer aldığını bildirmektedir.

Tüm bu verilerin dışında, araştırmada daha önce intihar girişiminde bulunduğunu belirten 89 katılımcının girişimi için bildirdikleri sebepler incelenmiştir. Katılımcıların birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri bu soruda elde edilen sebepler sırasıyla ve bildirilme oranına göre: ailesel sorunlar (%55.1), yalnızlık (%51.7), ruhsal hastalık (%51.0), akademik kaygılar (%44.9), duygusal ihmal yaşantısı (%38.2), romantik ilişkisel sorunlar (%32.6), duygusal istismar yaşantılar (%22.5), ekonomik sorunlar (%21.4), cinsel istismar yaşantısı (%14.6), sevilen birinin kaybı (%13.4), fiziksel istismar yaşantısı

(11.2), mesleki ve işle alakalı sorunlar (%11.2), fiziksel ihmal yaşantısı (%5.6) ve cinsel sorunlar (%3.4) şeklindedir. Öz bildirime dayalı olarak daha önce intihar girişiminde bulunmuş bireylerin ifadesine göre klinik ve teorik olarak aile sorunları, yalnızlık, ruhsal hastalık ve travmatik deneyimlerin incelenmesi gerektiğini ortaya koyan bu bulgu, literatürde yer alan diğer çalışmalar tarafından desteklenmektedir (Turecki ve Brent, 2016; Turner ve Kleiman, 2018).

İntiharla ilişkili koruyucu ve risk faktörlerinin incelendiği araştırmanın birinci aşamasında tespit edilen faktörler Turecki ve Brent (2016) tarafından bildirilen depresyon, yetişkin dönemde travmatik olaylar, kişilerarası stresörler, ekonomik zorluklar, fiziksel tanılar, kronik mental bozukluklar ve düşük sosyal destek şeklindeki intihar risk faktörleri ile uyumlu bulunmuştur. Benzer şekilde Stone ve arkadaşları ise (2016) intihar davranışlarında önemli bir etkiye sahip olan yaşamsal zorluklara işaret etmiş ve intihar davranışlarının kaynağını %34 romantik ilişki sorunları, %29.4 ekonomik zorluklar, %28.3 sağlık problemleri, %18.3 aile içi problemler ve %15.6 yasal birtakım problemlerden kaynaklandığını iletmiştir. Ayrıca, parçalanmış bir ailede büyüyen bireylerin intihar olasılığının geniş ve çekirdek aile yapısında büyüyen bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Araştırmada elde edilen bulgular Stone ve arkadaşlarının (2016) bulguları ile uyumlu bulunmuştur.

5.2 Nitel Bulguların İncelenmesi

Araştırmanın ikinci aşamasında elde edilen nitel veriler incelendiğinde katılımcıların intihara yönelik algıları içerisinde intihar yöntemleri, intiharın sebepleri, anlamı ve işlevine dair temalar elde edilmiştir. 18-25 yaş aralığında depresyon tanısı alan bireylerin yanıtlarına göre intihara öncelikle yaşamsal zorlukların sebep olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Bireylerin intiharı nasıl algıladıkları incelendiğinde intiharın bir kurtuluş, yeni bir başlangıç ve kendinden vazgeçme işlevi taşıdığı yanıtları tespit edilmiştir. Ayrıca, intiharın çökkünlük, acı ve hiçbir şey yapamama korkusu ile ilişkili duygular çağrıştırdığı ve hayatın bitişi anlamına gelen bir şekilde algılandığı görülmüştür. Bu bulgular literatürde intiharın işlevi, anlamı ve ilişkili olduğu duygular ile yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Emara, 2023). Bununla birlikte, intihara dair çağrışımlar arasında “acı” yanıtının olması yine psikolojik acı ve intihar arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Bu bulgu, literatürde intihar ve psikolojik acı arasındaki ilişki bildiren diğer çalışmalarla

(Emara, 2023; Wahba ve Hamza, 2022) ile uyumlu bulunmuştur. İntihar metoduna dair verilen cevaplar arasında “asılmak” ve “metro/marmaray” yanıtları dikkat çekmektedir. Ülkemiz literatür araştırıldığında 2018- 2019 yılları arasında meydana gelen intihar girişimlerin %49’u ateşli silah, %23.6’sı ası, %18.1’i atlama, %4.5’i kimyasal madde ile zehirlenme, %2.7’si kesici ve delici aletlerin kullanımı ve %1.8’i ilaç aracılığı ile meydana geldiği görülmüştür (İlhan ve Akaslan, 2019). Ülkemizde 14-25 yaş aralığında bulunan bireylerin intihar yöntemleri ise %40 ası ve atlama, %13.3 ateşli silah kullanımı ve %6.6 ile ilaç aracılığı şeklindedir (İlhan ve Akaslan, 2019) Katılımcılardan alınan “metro/marmaraya atlama” ve “asılmış insanlar” yanıtlarının bu doğrultuda literatür ile uyumlu olduğu düşünülmüştür. İntihar metodu açısından değerlendirildiğinde ise hem “atlama” hem de “asılma” yanıtlarının öldürücülüğü ilaç aracılığı ile intihara kıyasla daha yüksek değerlendirilebilmektedir. Katılımcıların öldürücülüğünün daha yüksek olduğu bilinen metotları bildirmesi, depresyon tanısı almaları ve intihar riski taşımalarıyla ilişkilendirilmiştir.

İntihar düşüncesinin başlangıcına dair aldatılma, karşılıksız aşk ve flört şiddeti gibi romantik ilişki sorunları; pandemiye bağlı sosyalliğin azalması, aile sorunları, ilişkilere dair çelişkili duygular ve yalnızlık gibi kişilerarası ilişki sorunları; travmatik deneyimler, kayıp, boşluk duygusu gibi ruhsal sağlık ve iyilik hali ile ilişkili sorunlar ifade edilmiştir. Bu bulgu, romantik ilişkilerde aldatılma ve terk edilme ile ilişkili başarısızlıkların intihar girişimi ve depresyon için bir risk faktörü olduğunu bildiren bir çalışma ile uyumlu bulunmuştur (Love ve ark., 2018). İntihar düşüncelerinin başlangıcına dair verilen bir diğer yanıt yalnızlık olmuştur. Bu bulgu, yalnızlık ve intihar düşüncesi ile davranışı arasındaki ilişki araştıran ve yalnızlığın intihar düşüncesi için risk oluşturduğunu bildiren çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (McClelland ve ark., 2020; Helm ve ark., 2020).

İntihar düşüncelerinin başlangıcına dair verilen bir diğer yanıt travmatik deneyimler olmuştur. Literatür incelendiğinde bu bulgu travmatik deneyimlerin ve boşluk duygusunun intihar ile ilişkili olduğunu ileri süren bir çalışma ile uyumlu bulunmuştur (D’Agostino ve ark., 2020). Pandemiye bağlı sosyalliğin azalması ve yalnızlık ise Durkheim’in (1951) intiharın etiyolojisi içerisinde sosyal değişkenleri göstermesiyle açıklanabilir. Bu görüşe göre intiharın nedenleri arasında bireylerin düşük sosyal etkileşimlerinin olması gösterilmektedir (Durkheim, 1951). Sosyal etkileşimin azalmasına bağlı olarak sosyal izolasyonun artması ve sosyal desteğin azalmasının intihar için risk faktörleri oluşturmaktadır (Durkheim, 1951). Ayrıca, intihar düşüncelerinin başlangıcına

ilişkin yanıtlar arasında pandemiye bağlı sosyalliğin azalması bulgusu COVID-19 ve intihar riski arasındaki ilişkiyi bildiren çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (Czeisler ve ark., 2021; Gouin ve ark., 2023). Bununla beraber, literatür incelendiğinde yalnız yaşamının intihar için bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Wang ve ark., 2022). Benzer başka bir görüş ise Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı'na göre bireylerin sosyal bağlarının intihar süreci için son derece önemli olduğu, başkalarına yük olma algısının ve aidiyet hissinde azalmanın intihar düşüncelerinin başlangıcıyla ilişkili olduğudur (Acosta ve ark., 2017; Joiner ve ark., 2009). Bu bağlamda araştırmada elde edilen temaların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kendileri için travmatik olarak deneyimledikleri bir yaşantıya sahip olma durumlarının incelenmesi sonucunda elde edilen yanıtların flört şiddeti, aldatılma, ilişkiyi bitirmek istememe gibi romantik ilişki sorunları olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde bu bulgu genç yetişkinlerde intihar ve romantik ilişkiler arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (Fallahi-Khoshknab ve ark., 2023; Love ve ark., 2018). Katılımcıların ifade ettikleri duygusal istismar-ihmal, fiziksel istismar, kayıp ve annede psikopatoloji olması durumu ise ACE (Adverse Childhood Experiences, Felitti ve ark., 1998) çalışması içerisinde tanımlanan olumsuz yaşam olayları içerisinde yer almaktadır. Bu durum, katılımcıların travmatik olarak değerlendirdikleri yaşantıların literatürde karşılığı olması bakımından önemli değerlendirilmiştir. Ayrıca, bireylerin ebeveyn kaybı yaşaması ve intihar düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde kayıp yaşamının intihar düşünceleri üzerinde bir risk olduğu bulgusu literatür tarafından desteklenmiştir (Burrell ve ark., 2017).

Bireylerin intihar düşüncelerinden önce kendilerini nasıl hissettiklerine dair elde edilen temalar arasında daha iyi ve mutlu gibi daha olumlu hisler, dalgın, şaşkın gibi nötr hisler ve depresif, içe çekilme gibi daha olumsuz hisler yer almaktadır. Böylece intihar düşünceleri öncesinde bireylerin farklı duygulara sahip olabileceği tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde edilen bu bulgunun depresyon, anksiyete ve stres gibi olumsuz duyguların intihar düşünceleriyle ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalarla (Zhang ve ark., 2017) uyumlu bulunmuştur. İntihar düşünceleriyle birlikte bireylerin kendilerini daha kaygılı obsesif, öfkeli hissettikleri, içsel konuşmalara sahip oldukları ve korkularının üzerine gitme çabaları tespit edilmiştir. Bu durum beliren yetişkin dönemindeki bireylerin intihar olasılığının anksiyete (Scardera ve ark., 2020), obsesyon (Lee ve ark., 2021) geleceğe yönelik planların azalması (Moscardini ve ark., 2022) ve öfke duyguları

(Chatterjee, 2022) ile ilişkisi ortaya koyan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.

Katılımcıların intihar düşünceleri ile birlikte duygularındaki olası değişimler incelendiğinde bazı duyguların azaldığı bazı duyguların ise arttığı tespit edilmiştir. Katılımcıların bazıları intihar düşünceleriyle birlikte duygularındaki değişimi tanımlarken “depresif”, “cesaretsiz”, “yorgun” ve “çaresiz/umutsuz” yanıtlarını vermiştir. Literatür incelendiğinde bu yanıtların intihar düşüncesine sıklıkla eşlik eden duygular olduğu görülmektedir. Hendin ve arkadaşları (2004), 36 hastanın intihar etmeden önce tedavilerini yürüten terapistlerle bir çalışma yürütmüştür. Yürüttükleri bu çalışmada hastaların intihar girişimlerinden önce arttığını belirttikleri dokuz duygu tespit edilmiştir. Bildirilen bu duygular; umutsuzluk, çaresizlik, öfke, kaygı, terk edilme hissi, suçluluk, aşağılanma, yalnızlık ve öz nefret olmuştur. Bununla birlikte aynı terapistler tarafından tedavi edilen ancak intihar girişimi olmayan 26 depresyon hastasının duyguları incelenmiştir. Buna göre hem intihar eden hem de intihar etmeyen depresyon hastalarında ortak duyguların olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, intihar eden grubun diğer gruptan anlamlı derecede daha yüksek çaresizlik duygusu deneyimlediği görülmüştür. Yüksek çaresizlik duygusu intihar eden depresyon hastalarının %83’ünde (30 hasta) bildirilmiştir. Bu bulgu, mevcut araştırmada elde edilen bulguyu destekler niteliktedir.

Diğer duygular incelendiğinde depresyon tanısı almış 31 genç yetişkinin yer aldığı kontrollü bir çalışmada intihar riski, özgüven ve yorgunluk arasındaki ilişki incelenmiş ve majör depresyon tanısı almış bireylerin daha yüksek yorgunluk, intihar riski ve daha düşük özgüven seviyelerine sahip olduğu raporlanmıştır (Crowe ve ark., 2019). Bununla birlikte, bazı katılımcıların duygularındaki artışı “kaygılı”, “obsesif”, “içe çekilme, utangaçlık, çekingenlik”, “içsel konuşma” ve “korkuların üzerine gitme çabası” olarak tanımlamıştır. Literatür incelendiğinde anksiyete, depresyon ve obsessif kompulsif bozukluk arasında bir örtüşme olduğu bildirilmiştir (Goodwin, 2015). Bununla birlikte, intihar düşüncesine sahip bireylerin daha yüksek anksiyete ve obsesyon belirtilerine sahip olduğu görülmektedir (Khan ve ark., 2002). Bu bulgu literatürce uyumlu değerlendirilmiştir. Öte yandan, “içsel konuşma” kodunun içeriği incelendiğinde katılımcının “*saçmalama kızım ya gibi kendimle konuştuğum oldu.*” şeklindeki yanıtı dikkat çekmektedir. Bu durumun Vygotsky’nin (1965) tanımladığı “içsel konuşma” ve “benmerkezci konuşma” evreleriyle açıklanabileceği düşünülmüştür. Vygotsky (1978), Piaget’ten () farklı olarak “benmerkezci konuşma” evresinde bu durumun uzun süre devam etmediğini ve yalnızca bazı durumlarda ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Vygotsky’ göre (1965), benmerkezci

konusmayı Erdener (2009) şu şekilde aktarmıştır: “Benmerkezci konuşma; gerginliğin dışa vurulması ve duyguların boşalımı için gerekli (ama en önemlisi uygun düşünceyi ifade için bir araç) ve problemin çözümü için de bir planlamadır.” Buna göre, içsel konuşma kavramı çocuklarda sosyal adaptasyon ve benmerkezci düşünce ile ilişkilendirilmiştir. Yetişkinlerde sosyal adaptasyondan ziyade kendi kendine düşünme şeklinde değerlendirilmiştir. Buna rağmen çocuklardaki benmerkezci düşünceyle aynı işleve ve yapısal özelliklere sahip olduğu ileri sürülmüştür (Erdener, 2009). Vygotsky’nin (1965) “*Bir yetişkin yalnızken bile sosyalleşmiş düşünürken, yedi yaş altı çocuk toplumda diğerleriyle bile benmerkezci konuşur*” ifadesinin katılımcının yanıtına benzer olduğu düşünülmüştür. Bu durumun, katılımcının içerisinde bulunduğu depresyon ve intihar riski altında daha alt düzey savunma mekanizmalarına başvurması veya kendini ifade etme biçiminde regresyon (gerileme) göstermesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bununla beraber, katılımcının kendi içsel kaynaklarını kullanarak Vygotsky’nin (1965) belirttiği üzere gerginliği dışa vurma, duygularını boşaltmak veya problem çözümü için bir planlama içerisinde olduğu düşünülebilir. Tüm bu çıkarımlar katılımcı ile gerçekleştirilen yaklaşık 60 dakikalık bir görüşme aracılığı ile elde edilen bilgiler üzerinden yapıldığı için daha detaylı ve güvenilir bir yorum için yeterince bilgiye ulaşılmamıştır.

Katılımcıların intihar düşüncelerini belirginleştiren/ tetikleyen yaşamsal zorluklar içerisinde bireyin kendisinde veya ailesinde psikopatoloji olması, umutsuzluk, kişilerarası ilişki sorunları, yaşamsal zorluklar ve sorunlar tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde bireyin kendisinde veya ailesinde psikopatoloji olmasının intihar düşüncelerini belirginleştirdiği bulgusu literatür ile uyumlu bulunmuştur (Predescu ve Sipos, 2023). Literatür incelendiğinde ebeveyn depresyonunun, negatif ebeveynlik davranışları ve çocuk üzerindeki olumsuz etkileri bildirilmektedir (Letourneau ve ark., 2010). Negatif ebeveyn davranışları, düşük yakınlık ve ilgi seviyeleri ile yüksek kontrol ve disiplin seviyeleri olarak tanımlanmıştır (Baumrind, 1989). Bu davranışların depresyon tanısı almış ebeveynlerde daha sık gözlemlendiği bildirilmektedir (Venta ve ark., 2016). Literatür incelendiğinde katı ve negatif ebeveynlik davranışları ile ebeveyn psikopatolojisi zayıf kişilerarası işlevsellik ile açıklanmıştır (Kane ve Garber, 2004). Ayrıca, ebeveynde bulunan psikopatoloji ve geçmiş fiziksel istismar öyküsünün de katı ebeveynlik stili ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Jansen ve ark., 2012). Literatür araştırıldığında ebeveynlerin katı/negatif ebeveynlik davranışının 2-25 yaş arasındaki çocuklarının sorunlarını içselleştirmesi veya dışsallaştırmasında risk yarattığını bildiren çalışmalar dikkat

çekmektedir (McKinney ve Brown, 2017; McKinney ve ark., 2018). Bununla birlikte, depresyon tanısı almış ebeveynlere sahip çocukların daha kötü şartlarda yaşadıkları, madde kullanımı, partner şiddeti ve daha düşük sosyal ve duygusal desteğe ve daha yüksek davranışsal sorunlara sahip olma riski taşıdığı bildirilmiştir (Barker ve ark., 2012). Benzer şekilde yürütülen kontrollü bir çalışmada depresyon tanısı almış annelere sahip çocukların diğer çocuklara kıyasla yetişkinlikte depresyon, anksiyete ve madde kullanım bozukluğu tanısı alma riskinin 3 kat daha yüksek olduğu raporlanmıştır (Weissman ve ark., 2006). Beliren yetişkinlerle yürütülen 480 kişilik başka bir çalışmada katı ebeveynlik stiline ve depresyon tanısı almış ebeveynlere sahip bireylerin depresyon, anksiyete, dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik ve antisosyal davranışlar gibi psikolojik sorunları arasında yakın ilişkiler bildirilmiştir (McKinney ve Szkody, 2019). Literatür incelendiğinde ebeveynlerde herhangi bir psikopatoloji olması durumu ile çocukların intihar düşüncesi ve intihar davranışları arasında yakından ilişkiler bildiren çalışmalar dikkat çekmektedir (Geulayov ve ark., 2012; Geoffroy ve ark., 2014). Örneğin bir çalışmada ise beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar olasılığının ailede herhangi bir psikopatoloji olması durumunda çok daha fazla olduğu bildirilmektedir (Goodday ve ark., 2017). Bu durum, intihar riskinin spesifik bir genetik aktarımı veya erken çocukluk döneminde bireylerin nörogelişimsel olarak savunmasızken ebeveynlerinin psikopatolojilerine maruz kalmalarını gibi çocukluk çağı risk faktörleri ile ilişkili olduğu şeklinde açıklanmaktadır (Goodday ve ark., 2017).

İntihar düşüncelerini belirginleştiren diğer yaşamsal zorluklar arasında kişilerarası ilişki sorunları (Spínola ve ark., 2022; Okan ve ark., 2023) ve umutsuzluk (Lee ve ark., 2019) yanıtları literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Bu bulgular daha önce ele alındığı üzere psikolojik acının kişilerarası psikolojik ihtiyaçların karşılanmamasından kaynaklandığını öne süren Shneidman'ın (1993) kuramınca intihar riskini arttırdığı görüşüyle açıklanmıştır. Umutsuzluk ise intihar riski ile yakından ilişkili olan bir diğer faktör olarak (Trakhtenbrot ve ark., 2016; Ballard ve ark., 2022) değerlendirilmiştir.

Ayrıca, katılımcıların biri intihar düşüncelerini belirginleştiren / tetikleyen yaşamsal zorluklara “dışlanma / kabul edilmeme” yanıtını vermiştir. Literatür incelendiğinde, bu yanıtın sosyal dışlanmanın intihar düşünceleri için bir risk oluşturduğu yönündeki bulgu ile uyumlu olduğu görülmektedir (Shepherd ve ark., 2023). Yürütülen bir çalışmada 402 beliren yetişkinlik dönemindeki bireyin bağlanma stili, psikolojik problemler, duygu düzenleme becerisi, sosyal destek ve sosyal dışlanma arasındaki ilişki incelenmiş, sosyal

dışlanmanın psikolojik problemlerle yakından ilişkili olduğu, bireylerin duygu düzenlemelerini zorlaştırdığı bildirilmiştir (Szkody ve McKinney, 2019). Başka bir çalışmada sosyal dışlanma yaşayan bireylerin, dışlanmadan hemen sonra ve takip eden 10 saatlik sürede psikolojik problemler bildirdiği raporlanmıştır (Yeager ve ark., 2016). Bu durum, beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin üniversiteye ve yetişkinliğe geçişleri ile yeni sosyal gruplar oluşturmaya başlamaları göz önüne alındığında sosyal dışlanmanın belirgin bir stres kaynağı yaratabileceği ve psikolojik problemlerle ilişkili olabileceği şeklinde açıklanmıştır (Szkody ve McKinney, 2019).

Bu çalışmanın önemli noktalarından biri baş etme becerilerine dair de veri elde edebilmesidir. Bu bağlamda, katılımcıların intihar düşünceleri belirginleştiğinde bu düşünceye nelerin engel olduğu sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde temaların kişilerarası ilişkiler ve rahatlatıcı etkinliklere başvurmak olduğu görülmüştür. Kişilerarası ilişkilerde ise ön plana geride kalan aile üyelerinin duyguları çıkmıştır. intihar düşüncelerine karşı koruyucu bir faktör olduğu bulgusu depresyon hastalarıyla yürütülen ve aile ile yaşama ile iyi aile ilişkilerine sahip olmanın incelendiği bir çalışmanın sonuçları ile uyumlu değerlendirilmiştir (Arafat ve ark., 2023). Benzer bir şekilde bu bulgu aile birliğinin ve aileden alınan sosyal desteğin intihar ve depresyon riskine karşı koruyucu bir faktör olduğunu bildiren bir çalışma ile desteklenmiştir (Park ve Lee, 2016). Buna göre aile birliğinin güçlendirilmesi ile intihar düşünceleri, depresyon ve yüksek riske sahip intihar davranışlarının önlenebileceği ileri sürülmüştür (Park ve Lee, 2016). Ön plana çıkan bir diğer tema ise rahatlatıcı etkinliklere başvurmaktır. Burada katılımcılar sosyal destek almanın, fiziksel olarak hareket etmenin, doğa ve açık havada bulunmanın, müzik dinlemenin, geleceğe dair umutlanmanın intihar düşüncesine engel olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda yapılan çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir. Örneğin, 943 kişi ile yürütülen bir çalışmada üzücü şarkılardan oluşan müzik tercihlerinin intihar riski ile ilişkili olduğu, ancak eğlenceli şarkıların intihar riskine karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Till ve ark., 2016). Bu durum bireylerin müziği intihar ile ilişkili dürtülerine karşı kullandığı bir psikolojik baş etme mekanizması olarak değerlendirmesiyle açıklanmıştır. Öte yandan, araştırmanın ilgi çekici bir diğer bulgusu ise dine yönelme ile alkol ve sigara kullanımının intihar düşüncesine engel olduğunu belirten katılımcıların bulunmasıdır. Oysa, dini baskının travmatik olarak deneyimlenen olaylar kategorisinde de görüldüğünü bu noktada belirtmek gerekmektedir. Bu da ‘din’ kavramını ele aldığımızda kavramın kendisinin değil bireylerin bu kavram ile nasıl bir

ilişki içinde olduklarının önemli olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, alkol ve sigara kullanımının literatürde özellikle intihar için risk faktörü olduğu bilinen bir gerçektir. Bu bağlamda bireylerin alkol ve sigara kullanımının koruyucu olduğunu düşünerek kullanıma devam etmesinin riski arttırabileceği düşünülmektedir (Korhonen ve ark., 2018; Nock, 2014).

Katılımcılara psikolojik acı deneyimleyip deneyimlemedikleri sorulduğunda alınan yanıtların tüm katılımcıların psikolojik acı deneyimlediklerini göstermiştir. Bu noktada, katılımcıların psikolojik acı ile nasıl baş ettikleri incelendiğinde en sık bildirilen yanıtın sosyal desteğe başvurma olduğu görülmüştür. Bu bulgunun, psikolojik acının karşılanmamış psikolojik ihtiyaçlardan kaynaklanmadığı görüşü ile (Spinola, 2022) kuramsal desteklendiği düşünülmektedir. Diğer yanıtlar arasında hareketli aktiviteler, hobiler, dikkati başka yöne çekmek, müzik dinlemek-şarkı söylemek, sevilme, yeme içme davranışları ve doğaya/açık havaya çıkmak ve nefes egzersizi yapmak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu bulgu, fiziksel aktivitenin psikiyatrik tanıya sahip bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlık durumu üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu raporlayan bir çalışma ile uyumlu bulunmuştur (Lamberti ve ark., 2022). Yakın zamanda intihar girişiminde bulunmuş, intihar düşüncesi veya planı olan 45 psikiyatri hastası ile yürütülen kontrollü bir çalışmada günde 30 dakika yürümenin veya koşmanın umutsuzluk ve intihar riskini azalttığı bildirilmiştir (Legrand ve ark., 2022). Diğer çalışmalar incelendiğinde, intiharın hareketli aktiviteler teması içinde yer alan dans etme (Fournillier, 2013) ve egzersiz yapma (Ning ve ark., 2022) ile ilişkisini ele alan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. 62 bin 26 üniversite öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada, son bir ay içinde düzenli egzersiz yapmanın intihar düşüncesi, planı ve girişimi üzerinde koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Ning ve ark., 2022). Öte yandan, aynı çalışma haftada bir saatten az spor yapan bireylerin, haftada en az beş saat spor yapan bireylere karşı daha yüksek intihar düşüncesi ve planına sahip olduğu bildirilmiştir (Ning ve ark., 2022). İlginç olarak, egzersiz faktörünün aynı çalışmada hem risk hem de koruyucu bir faktör olması dikkat çekmektedir. Yalnızca bu bulgu bile intihara karşı koruyucu olan ve risk oluşturan faktörlerin belirlenmesinin zorluğunu göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, intiharın müzik dinleme (Till ve ark., 2016) ve şarkı söyleme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Lewis, 2022). Şarkı söyleme ve müzik dinlemenin intihar ile olan ilişkisi incelendiğinde karşıt görüşler dikkat çekmektedir. Örneğin, bir rock müzik türü olan ve genellikle daha karanlık/nihilistik bir kültürü

benimsemiş heavy metalin ergenlerin intihar girişimleri üzerinde bir risk oluşturduğu bildirilmektedir. Öte yandan, bir alternatif rock ve punk türü olarak tanımlanan emo müziğin “içe dönük”, “savunmasız” ve “duygusal” şarkı sözleri ile bireylerin deneyimlediği psikolojik acıya karşı koruyucu bir faktör oluşturduğu bildirilmiştir (Vasquez, 2019) Hill (2012), emo müzik hayranı olan bir ergenin “*Emo müzik dinliyorum, çünkü bunu seviyorum. Bana kendimi mutlu hissettiriyor. Müzikle aramda bir bağ hissediyorum*” yanıtını aktarmıştır. Benzer olarak bir diğeri emo müzik hayranının, şarkılardaki sözlerle özdeşim kurmanın kendini daha az yalnız ve umutsuz hissettirdiğini, ayrıca canlı konserlerin kendisi olabileceği ve eğlenebileceği bir alan yarattığını aktarmıştır (Vasquez, 2019). Hill (2012) yaptığı görüşmelerde emo müzik hayranı ergen kız katılımcıların, emo kültürün kendileri için terapötik olduğu ve bireysel bir kimlik bulmada kendilerine yardımcı olduğunu söylediğini aktarmıştır. Lewis (2022) emo müzik türünde yer alan şarkı sözlerinin “dürüst”, “umut” ve “mücadeleci bir ruh için cesaret verici” olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, emo müziğin sadece olumsuz duygularla ilişkili olmadığını, mental sağlık odaklı sözlerle ve umutsuzluk, şüphe ve hayal kırıklığı gibi rahatsız edici duyguların ifadesine yer verdiğini aktarmıştır. Lewis’in (2022) çalışmasında yer verdiği bazı örnekler aşağıdaki gibidir:

“Yaşamaya devam etmekten korkmuyorum.” (“*I am not afraid to keep on living*”). My Chemical Romance-The Black Parade albümü (2006).

“Kendine bir yatak yaptın. En kara deliğin dibinde. Ve sebebin bu olmadığına kendini inandırdın. Artık güneşi görmüyorsun. Bu durumu tersine çevirme şansını değerlendir. Sadece bu şans değerlendir, bir şekilde aşacağız.” (“*You made yourself a bed. At the bottom of the blackest hole. And convinced yourself that it's not the reason. You don't see the sun anymore. Take these chances to turn it around. Just take these chances, we'll make it somehow.*”) Paramore-When It Rains (2007).

“İşte sonunda hayattayım ve bunun her anının tadını çıkaracağım.” (*So here I am alive at last. And I'll savor every moment of this*). The Used- A taste for Ink. (2002).

Anastasi (2005), ise emo müziğin psikolojik acıyı isimlendirerek acının sahiplenilmesine ve daha iyi anlaşılmasına izin verdiğini ve sonunda bu acıyı hafifletebildiğini aktarmıştır. Özetle, tıpkı egzersiz faktörü gibi müziğin de intihar üzerindeki etkisinin koruyucu veya risk oluşturan nitelikte olması müzik dinleme ile değil, dinlenen müziğin türü ile ilişkilendirilmiştir.

Doğaya veya açık havaya çıkmanın intihar düşüncesi olan bireyler üzerinde

koruyucu bir etkisi olduğu raporlanmıştır (Czeisler ve ark., 2021). Literatürde yer alan bu çalışmada COVID-19 Pandemisi sırasında yetişkin bireylerin gün ışığında dışarıda geçirdikleri vaktin 1 saatten fazla azalmasının olumsuz ruh sağlığı semptomları ve intihar düşüncesi için risk oluşturduğu raporlanmıştır. Bu bulgu, psikolojik acıyla baş etmek için bireylerin “dışarı çıkma” davranışında bulunmalarıyla uyumlu değerlendirilmiştir. Psikolojik acının “sevilirse” ortadan kalkacağını ileten katılımcının bu yanıtı, karşılanmamış kişilerarası psikolojik ihtiyaçtan kaynaklanan (Shneidman, 1993) psikolojik acı ile kuramsal açıdan ilişkili görölmüştür.

Araştırmanın ikinci aşasında yapılan bire bir görüşmeler ardında katılımcıların %80’i bu görüşmenin kendilerine iyi geldiğini, %30’u görüşme ardından duygu ve düşüncelerine dair farkındalık kazandığını ve %20’si görüşmenin kendilerine umut verdiğini ifade etmiştir. Bir klinik psikolog ile yarı yapılandırılmış bir görüşmenin dahi depresyon tanısı almış ve intihar riski taşıyan bireylere iyi gelmesi dikkat çekicidir. Bu durum bireylerin eleştirilmeden, acele ettirilmeden ve empatik bir şekilde dinlenmesinin kendilerine iyi gelebileceği şeklinde değerlendirilmiştir. Ayrıca, herhangi bir tanı veya tedavi amacı taşımadığı belirtilen bu görüşmelerin olumlu etkileri göz önüne alındığında, baş etme becerilerinin ve depresyon belirtilerinin çalışıldığı, psikolojik acının ele alındığı ve kişilerarası ilişkilere odaklanan bir psikoterapi sürecinin intihar riski üzerinde çok daha etkili bir koruyucu / iyileştirici faktör olacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın birinci ve ikinci aşamasında yer alan katılımcıların psikolojik acı ile baş etmek için kullandıkları baş etme tarzları incelendiğinde her iki örneklemin de birinci en sıklıkla bildirdiği yanıtın “sosyal desteğe başvurmak” olduğu görölmektedir. Başka bir ifade ile hem klinik örneklem hem de ilk örneklemdaki bireylerin psikolojik acıları karşısında ilk başvurdıkları kaynağın sosyal destek olduğu görölmektedir. Bu durum beliren yetişkinlik döneminde sosyal desteğin psikopatolojiden bağımsız olarak bireyler için önemli olduğunu göstermektedir. Birinci örneklemden sonra en sık verilen yanıtın “yalnız kalma-kendini izole etme” olurken, klinik örneklemden bu yanıt hiçbir katılımcı tarafından verilmemiştir. Bu durum depresyon tanısı almış bireylerin yalnız kalmanın kendilerine iyi gelmediğini bilmeleri veya kendilerini izole etmenin acılarına çözüm olmayacağına dair farkındalıkları olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Son olarak çalışmanın sonunda oluşturulan Tematik Analiz Haritası intiharın çok boyutlu ve karmaşık doğasını göz önüne sermektedir. Bu karmaşık ve çok yönlü yapı intiharı anlama ve önleme noktasında daha bütüncül bir yaklaşıma duyulan ihtiyacı

göstermektedir. Literatür incelendiğinde intihar için birer risk faktörü olduğu belirtilen romantik ilişki sorunları (Love ve ark., 2018), umutsuzluk (Miranda-Mendizabal ve ark., 2019), çocukluk çağı travmaları (Angelakis ve ark., 2020; Wu ve ark., 2019), yetişkinlik dönemi travmaları (Turecki ve Brent, 2016), bireyin kendisinde veya ailesinde psikopatoloji olması (Predescu ve Sipos, 2023), sigara (Korhonen ve ark., 2018) madde (López-Goñi ve ark., 2019), alkol kullanımı (Pandey ve ark., 2022) ve kişilerarası ilişki sorunları (Spínola ve ark., 2022) ile uyumlu bulunmuştur. İntihar düşüncelerine karşı koruyucu olduğu bildirilen din (Ariapooran ve ark., 2023), umut (Ropaj, 2023), kişilerarası ilişkiler (Spínola ve ark., 2022), sosyal destek (Oktavia ve Muhopilah, 2021) ve baş etme becerileri (Ambrus ve ark., 2017) yine literatür ile uyumlu değerlendirilmiştir. Ayrıca, depresyon tanısı almış beliren yetişkinlerin psikolojik acı ile baş etme tarzlarına ilişkin bilgileri, intihar riskine karşı koruyucu ve risk oluşturma faktörleri bir arada sunması yönüyle Tematik Analiz Haritası'nın klinik uygulamalarda önemli çıktılara sahip olacağı düşünülmüştür.

5.3 Çalışmanın Güçlü Yönleri

Bu çalışmanın birden fazla güçlü yönü olduğu düşünülmektedir. İlk olarak çalışmada yer alan örneklemin intihar olasılığı bakımından riskli olduğu bildirilen beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerden oluşması ve yüksek örneklem sayısı araştırmanın güçlü yönleri olarak gösterilebilir. Bununla birlikte, intihara dair farklı bileşenlerin anlaşılmasına yönelik olarak depresyon, psikolojik acı, çocukluk çağı travmaları, algılanan sosyal destek gibi çeşitli değişkenlere yer verilmesi ve daha bütüncül bir kapsama sahip olması çalışmanın bir başka güçlü yönü olarak gösterilebilir.

Çalışmanın bir diğer güçlü yönü ise hem klinik hem de klinik olmayan bir örnekleme yer vermesidir. Böylece, klinik bir durum olarak tanımlanan “intihar” konusunda büyük oranda klinik olmadığı düşünülen toplum örneklemini üzerinden de veri toplanma ve bunun klinik örneklemden toplanan veri ile birlikte incelenme imkanı oluşmuştur. Öte yandan, araştırmada nitel verilerinin toplandığı katılımcıların çalışmadan bağımsız olarak en az bir psikiyatri hekim takibinde olması depresyon tanısı olan bu kişilerin -öz bildirimden farklı olarak- tanılarının güvenilirliğini arttırmıştır. Bununla birlikte, depresyon tanısına ek olarak diğer eş tanıların olması durumunda katılımcıların araştırmadan dışlanması ilgili bulguların kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi

diğer psikopatolojilerden kaynaklanma riski kontrol etmiştir.

Çalışmanın bir diğer güçlü yönü ise hem nicel hem de nitel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma bir desene sahip olmasıdır. Böylelikle, intihar olasılığı ile ilişkili olan psikolojik acı, çocukluk çağı travmaları, depresyon ve çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkenleri arasındaki ilişki ilgili ölçekler aracılığı ile toplanıp nicel analizlerle ele alınabilmektedir. Diğer yandan ise klinik örneklem üzerinde intihar ile ilgili yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilerek daha ayrıntılı zengin nitel verilere ulaşılması sağlanmıştır.

5.4 Çalışmanın Sınırlılıkları

Her çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da bazı sınırlılıklar söz konusudur. Bunlardan ilki sadece beliren yetişkinlik dönemi olan 18-25 yaş gibi çok spesifik bir yaşam dönemine odaklanması ve ergenlik, erken yetişkinlik, orta yetişkinlik vb. diğer yaşam dönemleri ile ilgili bilgi vermemesidir. Bununla birlikte, araştırmada yer alan sosyodemografik ve klinik veri formu ile diğer ölçeklerin tamamlanmasının uzun sürmesi (ortalama 40-50 dakika) yine bir sınırlılık olarak gösterilebilir. Nitekim bu durum araştırmada yer alan son anketlere gelinceye dek geçen süre nedeni ile bazı katılımcıların bu sürede yorulup araştırmadan ayrılmış olabileceği ihtimalini oluşturmuştur. Ölçeklerle ilgili bir diğer önemli nokta ise çocukluk çağı travmaları, intihar olasılığı ve psikolojik acı gibi ölçeklerin içerisinde yer alan soruların bazı katılımcılar için psikolojik açıdan zorlayıcı olabilmesi sebebiyle araştırmaya devam etmek istememeleri veya sorulardan olumsuz etkilenip diğer ölçeklerde bu duyguları hissetmeye devam etmiş olabilecekleridir. Bu doğrultuda tek bir oturumda gerçekleşen araştırmanın nicel verilerinin toplandığı ilk aşamanın belki iki ayrı oturum şeklinde uygulanması ile ilgili sınırlılığın azaltılabileceği düşünülmüştür.

Öte yandan, araştırmanın nitel yöntemle yürütülen ikinci aşamasında sadece depresyon tanısı alan katılımcıların dahil edilmesi elde edilen bulguların intiharın diğer psikopatolojiler ile olan ilişkisini anlamak konusunda bilgi sunmasına engel oluşturabileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmanın nitel analizleri yalnızca İstanbul’da bulunan tek bir hastaneye yapılan başvurular üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu durum farklı gelişim düzeylerindeki il ve ilçelere dair genellenebilirlik ile ilgili bilgi sunmamaktadır. Bir diğer önemli sınırlılık ise araştırmaya halihazırda psikiyatrik

başvuruda bulunan bireylerin dahil edilmesi ve böylece iş birliğine açık kişilerden bilgi alınmasıdır. Çalışmada yer alan değişkenler düşünüldüğünde belki de en yüksek intihar olasılığına sahip bireylerin herhangi bir psikiyatrik desteğe başvurmamış olabileceği ve yataklı servislere tedavi gören bireylerin intihar ile ilişkili risk faktörlerinin değişiklik gösterebileceği göz ardı edilmemelidir.

Son olarak araştırmanın en büyük sınırlılığı olarak değerlendirilebilecek nokta ise intihar olasılıklarının son derece yüksek olduğu literatürde sıklıkla bildirilen LGBTİ+ bireylerin (Salway ve ark., 2019) dahil edilmemesidir. Böylelikle her ne kadar araştırmanın örneklemini risk grubu olarak ifade edilen beliren yetişkinlik dönemi bireyleri oluştursa da bir başka risk grubu araştırmadan dışlanmıştır. LGBTİ+ bireylerin cinsel yönelimleri veya cinsiyet kimlikleri sebebiyle yaşadıkları kişilerarası ilişki sorunları, ekonomik, kariyer ve eğitim gibi sosyal konularda karşılaştıkları zorluklar ve heteronormatif bir toplumun baskın nefret söylemlerinden etkilendikleri göz önüne alındığında (Goldbach ve ark., 2018) intihar riski için olası önemli risk grubunun çalışmadan dışlanması araştırmanın önemli bir sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir.

5.5 Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler

Turner ve arkadaşları (2018), klinik veya klinik olmayan örneklemden tamamlanmış intiharların birçoğunun fark edilmeden gerçekleştiğini ve intihar girişiminde bulunan bireylerin neredeyse yarısının ilk girişiminde hayatlarını kaybettiğini aktarmaktadır. Bununla beraber Türkiye’de intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran hastaların %82.9’unun psikiyatrik değerlendirmeden geçmediği raporlanmıştır (Keten ve ark., 2015). Diğer taraftan çalışmalar intihar sonucu yaşamını kaybeden bireylerin neredeyse üçte birinin 30 gün (Pearson ve ark., 2009) ile 1 sene öncesinde (2019, Ulusal Ruh Sağlığında İntihar ve Güvenliğe İlişkin Raporu) bir sağlık merkezine başvurduğu bildirilmektedir. İlgili bu çalışma ile intihar olgularının psikiyatrik değerlendirmelerine sigara kullanımı, kronik ağrı deneyimi, ağrı kesici ilaç kullanımı, psikolojik acı ve çocukluk çağı olumsuz deneyimler gibi değişkenlerin de dahil edilmesi önerilmektedir. Böylece, bu çalışmada belirlenen intihar olasılığına dair risk ve koruyucu faktörlerin, intihar değerlendirme sürecine dahil edilmesi, daha kapsamlı bir intihar risk değerlendirmesine ulaşmada yardımcı olabilir.

Bununla birlikte, araştırmalarda farklı yaşam dönemlerinde bulunan bireylerin

intihar olasılığını inceleyebileceği çeşitli örneklemelerle çalışılması intihara ilişkin daha fazla bilgi almayı mümkün kılabilir. Klinik örnekleme de yer alan işleme kriterlerinin farklı psikopatolojilerle de sınanması intihar olasılığı ve diğer ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi de ortaya çıkarabilir. Ayrıca, araştırmanın nitel aşamasında yer alan katılımcıların ayaktan psikiyatrik tedaviye başvurmuş kişiler olması göz önünde bulundurulduğunda aynı çalışmanın yatarak tedavi gören hastalar ile de yürütülmesinin literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir. Son olarak, gelecek çalışmalarda yüksek intihar riskine sahip olduğu bildirilen çeşitli cinsel yönelim, cinsiyet kimliğine sahip bireyler, daha önce bir yakınına intihar sonucu kaybetmiş bireyler, alkol ve madde kötüye kullanımı olan bireyler ve gazi gruplarının araştırmalara dahil edilerek veri toplanmasının önemli olduğu söylenebilir (Ulusal Sağlık Enstitüleri, İntiharı Önleme Ulusal Stratejisi 2012 raporu).

5.6 Sonuç

Bu çalışmada beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin depresyon, çocukluk çağı travmaları, algılanan çok boyutlu sosyal destek ve psikolojik acının intihar olasılığı üzerindeki yordayıcı rolü tespit edilmiş, psikolojik acının depresyon ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide aracı etkisi sınanmış ve intihar olasılığı için pek çok risk ve koruyucu faktör incelenmiştir.

Gelecek çalışmaların farklı yaşam dönemlerinde bulunan bireylerin intihar olasılığını incelemesi, cinsel yönelim, cinsiyet kimliği gibi önemli diğer risk faktörlerini kontrol etmesi, teorik olarak intihar olasılığı ile ilişkili diğer değişkenleri modele dahil etmesi ve farklı psikopatolojiye sahip bireylerin yer aldığı çeşitli klinik örneklemelerle çalışması önerilmektedir. Ayrıca, önemli bir halk sağlığı sorunu olan intiharın önlenmesi için özellikle 18-25 yaş aralığında bulunan bireylerin bilgilendirilmesi, psikiyatrik ve psikolojik destek almalarının kolaylaştırılması, intihar riskini arttıran bir faktör olarak aile ilişkilerinin güçlendirilmesi, bu yaşam döneminde bulunan bireylerin sosyal desteklerinin artırılması, alkol-sigara kullanımının intihar olasılığı için bir risk faktörü olmasının göz ardı edilmemesi son derece önemlidir. Araştırmanın sonuçları intihar düşüncesi ile girişimi arasında güçlü ilişkiler bulunduğunu göstermektedir. Bu ilişkilerin, bireylerin gelecekteki intihar girişimlerini öngörmekte önemli bir yordayıcı role sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, bireylerin intihar ile ilgili düşüncelerini bazı durumlarda aile, arkadaş, partner gibi yakınlarıyla paylaştıkları da bulunmuştur. Bu paylaşımların ciddiye

alınması bireylerin ilerideki intihar girişimlerinin önlenmesi noktasında kritik öneme sahiptir.

Çalışmanın nitel analizlerinden elde edilen bilgilere göre 18-25 yaş arasındaki beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar ile ilişkili çağrışımları, intihar düşüncelerine dair koruyucu faktörler, intihar düşüncelerini belirginleştiren/tetikleyen olaylar, travmatik olarak deneyimlediği olaylar ve psikolojik acı ile baş etme tarzları gibi pek çok alana yönelik bilgi edinilmiştir. Elde edilen bu verilerin kodlanması ardından öne çıkan temaların “kişilerarası ilişki problemleri”, “travmatik deneyimler” “sosyal destek” olduğu tespit edilmiştir. Bu temalar 18-25 yaş arasındaki bireylerin intihara yönelik çağrışımları, duyguları, düşünceleri koruyucu ve riskli faktörlerini ortaya koymuştur. Ortaya çıkan tematik harita ise literatürde öne sürülen intihar karmaşık ve çok boyutlu doğasını doğrular niteliktedir.

Özetle, sunulan bu çalışmada, intihar olasılığına dair birtakım risk faktörleri belirlenmiş, beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin depresyon, intihar olasılığı, psikolojik acı, algılanan sosyal destek, ruhsal ve fiziksel tanıları alkol- madde-sigara kullanımı gibi birçok psikososyal faktör hakkında bilgi vermesi yönüyle alan yazında yer alan kısıtlı çalışmalara ışık tutulması hedeflenmiştir. Bununla birlikte, Shneidman’ın (1993) intihar kuramı içerisinde en çok vurgu yaptığı ve “psikolojik acı yoksa intihar yoktur” şeklinde ifade ettiği psikolojik acı kavramının intihar olasılığını yordamadaki gücü ile kısmi aracı rolü ortaya konmuş ve böylece klinik açıdan olası bir risk faktörünün daha belirlenmiştir. Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin intihar olasılıkları için risk taşıyan faktörler incelendiğinde ise düşük sosyoekonomik durum, 14 yıldan daha az eğitim alma, parçalanmış bir ailede büyüme, sigara, alkol kullanma, psikiyatrik ve fiziksel bir tanıya sahip olma, kronik ağrı deneyimleme, ağrı kesici ilaç kullanma, romantik ilişki sorunları, çocukluk ve yetişkinlik döneminde travmatik deneyim, kayıp, yalnızlık, psikolojik acı, daha önce intihar düşüncesine ve girişimine sahip olma, tekrarlayan intihar girişiminin olması ve sosyal çevrelerinde intihar girişiminde bulunmuş biri olması şeklinde tespit edilmiştir. Koruyucu faktörler arasında ise aile, arkadaş ve özel birinde algılanan yüksek düzeyde sosyal destek, 14 yıldan daha fazla eğitim, yüksek sosyoekonomik statü, çekirdek aile yapısına sahip olma, romantik bir ilişkiye sahip olma, geleceğe dair umudun olması, geride bırakacakları insanların olması, alkol-madde kullanımı ve kronik ağrıya sahip olmama şeklinde bulunmuştur.

5.7 Araştırmanın Klinik Çıktıları

İlk olarak araştırmada belirlenen risk faktörleri ile intiharın çok yönlü ve karmaşık doğasına ilişkin daha fazla bilgiye ulaşılmıştır. Bu bilgiler arasında intihar olasılığı ile son derece yüksek ilişkiler gösteren psikolojik acının, beliren yetişkinlik dönemindeki bireyler için taşıdığı önem yer almaktadır. Üstelik psikolojik acının intihar olasılığıyla depresyona kıyasla daha yüksek güçte ilişki göstermesi intihara ilişkin değerlendirilmelerde bu kavrama yer verilmesi gerektiğini göstermektedir. Bir başka klinik çıktı ise intihar riskini detaylı bir şekilde değerlendirmenin önemli ve gerekli olmasıdır. Araştırmalar tamamlanmış intiharların hem klinik hem de klinik olmayan gruplarda görüldüğünü, birçok girişimin fark edilmeden meydana geldiğini ve intihar girişiminde bulunan bireylerin yaklaşık yarısının, ilk girişimlerinde hayatlarını kaybettiğini bildirilmektedir (Turner ve ark., 2018). Buna rağmen, ne yazık ki ülkemizde intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran hastaların yalnızca %17.1'sinin psikiyatrik bir değerlendirmeden geçtiği raporlanmıştır (Keten ve ark., 2015). Araştırmanın literatür tarafından desteklenen (Nobile ve ark., 2022) daha önce intihar girişimi olan hastaların gelecekte daha yüksek riskte intihar girişimi ve düşüncesine sahip olduğu bulgusu, intihar ile ilişkili durumlara erken müdahalenin önemini vurgulamaktadır. Detaylı bir psikiyatrik değerlendirme ile bu riskin fark edilmesi gelecek intihar girişimleri için koruyucu bir etkiye sahip olacaktır. Bununla birlikte, intihar olgularının psikiyatrik değerlendirmesine araştırmada tespit edilen sigara, alkol kullanımı, kronik ağrı deneyimi, ağrı kesici ilaç kullanımı, psikolojik acı, yaşama, kayıp ve çocukluk çağı travmaları gibi risk faktörlerinin dahil edilmesi intihar olasılığını daha iyi anlama ve değerlendirme konusunda yardımcı olacaktır.

Öte yandan, Franklin ve arkadaşları (2017) intihar olasılığına karşı tespit edilen risk faktörlerinin intiharı anlama ve önleme konusunda kısıtlı bir değere sahip olduğunu iletmektedir. Bu noktada intihara karşı koruyucu faktörlerin belirlenmesi son derece önemlidir. Klinik örnekleme bireylerin intihara düşüncelerine karşı koruyucu olduğunu belirttikleri kişilerarası ilişkilerin iyileştirilmesi, sosyal desteğin artırılması ve psikolojik acı ile baş etme becerilerinin desteklenmesi klinik uygulamalar için son derece önemlidir. Buna ek olarak beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin psikiyatrik hastalıklarının nüks etmesi intihar olasılığını arttırırken, erken müdahalelerin intihar riskini azalttığı raporlanmıştır (Gomes ve ark., 2019). Bu nedenle, intihar riski açısından düşünüldüğünde özellikle beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin psikiyatrik hastalıklarının erken

dönemde fark edilmesi, bunların önemsenmesi ve uygun tedaviye ulaşımın önemli koruyucu etkileri olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, katılımcıların intihar riskine karşı koruyucu olduğunu bildirdiği, arkada bırakacaklarını kişilerin ne hissedeceği düşünceleri bireylerin empati becerisinin korunması, hala bir diğerinin duygusuna yönelik farkındalığının olması şeklinde değerlendirilebilir. Bu nedenle tedavi sürecinde empati becerisini arttırmaya yönelik bir perspektiften yaklaşılmasıyla intihara karşı koruyucu bir bariyer sağlanabileceği düşünülebilir. Klinik örneklemde elde edilen bulguya göre bireylerin intihar ile ilgili düşüncelerini bazı durumlarda aile, arkadaş, partner gibi yakınlarıyla paylaştıkları tespit edilmiştir. Bu paylaşımların ciddiye alınması bireylerin ilerideki intihar girişimlerinin önlenmesi noktasında önem taşırken, intihar düşüncelerini paylaşmayan bireylerin herhangi bir intihar riski taşımadığının düşünülmemesi gerekmektedir.

Çalışmada klinik bir çıktı olarak değerlendirilebilecek bir diğer bulgu ise, beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin romantik ilişkilerine önem verilmesidir. 18-25 yaş arasındaki bireylerin ergen ve yetişkin rolleri arasında bir denge kurmaya çalıştığı bu dönemde ailelerin de bu dengeyi sağlamaya çalışmaları ve romantik ilişkilere karşı kısıtlayıcı olmamaları önemlidir. Psikoterapi uygulamalarında ailelere beliren yetişkinlik döneminin özellikleri ile tedavi sürecine olumlu katkıda bulunabilecek koruyucu faktörlerin neler olduğuna dair psikoeğitim oturumlarının yapılmasının intihar riskini düşürebileceği düşünülmektedir.

Bir diğer önemli çıktı ise intiharın yalnızca aile bireyleri üzerinde olumsuz etki yaratmak ve intihar riskini arttırmakla kalmayıp toplum için de intihar riski oluşturmasının (Levi-Belz ve Feigelman, 2021) dikkate alınması gerektiğidir. Nitekim, araştırmalar her bir intiharın neredeyse 135 kişiyi etkilediğini bildirmektedir (Levi-Belz ve Feigelman, 2021). Bu noktada intihar olgularının sosyal medya ve haberler bültenlerinde yer alma tarzına dair çalışmalar yapılması ve bireylerin intiharın sunuluş biçiminden dolayı olumsuz etkilenebileceklerine dair farkındalığın oluşturulması bir halk sağlığı olarak değerlendirilen intihar için kitlesel ölçekte koruyucu bir faktör olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

Abamor, A. E. (2020). Yaşamı sürdürme nedenleri ve temel psikolojik ihtiyaçların karşılanmışlık düzeyinin intihar olasılığı üzerindeki yordayıcılığı. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

Abdou, R., Cassells, D., Berrill, J., & Hanly, J. (2022). Revisiting the relationship between economic uncertainty and suicide: An alternative approach. *Social Science & Medicine*, 306, 115095.

Acosta, L, Hagan, CR, Joiner, TE. (2017) Burdensomeness, belongingness, and suicidal desire among Hispanic/Latino individuals: examining the effect of ethnicity in the interpersonal theory of suicide. *Psi Chi J Psychol Res.* ;22(1):54–63.

Adam G. Horwitz, Ewa K. Czyz & Cheryl A. King (2015) Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44:5, 751-761, DOI: 10.1080/15374416.2014.910789

Adamczyk, B., & Adamczyk-Sowa, M. (2016). New insights into the role of oxidative stress mechanisms in the pathophysiology and treatment of multiple sclerosis. Oxidative medicine and cellular longevity.

Aijaz, A., & Ambareen, U. (2014). Depression in a Pakistani woman. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 729-731.

Akkaya-Kalayci, T., Popow, C., Waldhör, T. et al. (2015) Impact of religious feast days on youth suicide attempts in Istanbul, Turkey. *Neuropsychiatry* 29, 120–124. <https://doi.org/10.1007/s40211-015-0147-9>

Aktu, Y., & Dilekmen, M. (2019). Çocuk İstismarının Temel Kavramları Açısından “ŞŞŞ! Kızlar Çılgılık Atmaz” Filminin Değerlendirilmesi.

Akpınar, Ş. N. (2023). Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde aleksitimi ve duygu tanıma becerilerinin intihar olasılığı ile ilişkisi. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi).

Al-Humadi, S., Bronson, B., Muhlrads, S., Paulus, M., Hong, H., & Cáceda, R. (2021).

- 19 pandemic: a survey-based cross-sectional study. *Academic psychiatry*, 45(5), 557-565.
- Alacreu-Crespo A, Guillaume S, Richard-Devantoy S, Cazals A, Olié E, Courtet P. (2022). Clinical dimensions associated with psychological pain in suicidal patients: one-year follow-up study. *J Clin Psychiatry*. 83:21m14065. doi: 10.4088/JCP.21m14065
- Aliverdinia, A., & Pridemore, W. A. (2009). Women's fatalistic suicide in Iran: a partial test of Durkheim in an Islamic Republic. *Violence against women*, 15(3), 307-320.
- Alpay, Ü. (2015). *Benlik kurgularının intihar ve sorun çözme becerileriyle ilişkisi* (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Alptekin, K. ve Duyan, V. (2012). *İntihar ve İntiharı Önleme*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Alptekin K, Duyan V. /2014) *İntihar ve İntihar Girişimi Kavramlar, Yaygınlık, Müdahale, Önleme ve Öyküler*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Alptekin, K., & Duyan, V. (2019). What was the distribution of suicide rates by socio-demographic factors between 2007 and 2016 in Turkey?. *Journal Of Psychiatric Nursing*; 10(4):270-276 DOI: 10.14744/phd.2019.59354
- Alsubaie, M. M., Stain, H. J., Webster, L. A. D. & Wadman, R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(4), 484-496. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/02673843.2019.1568887>
- Ambrus, L., Sunnqvist, C., Asp, M., Westling, S., & Westrin, Å. (2017). Coping and suicide risk in high risk psychiatric patients. *Journal of Mental Health*, 1-6. doi:10.1080/09638237.2017.1417547
- Anastasi, A. (2005). Adolescent Boys' Use of Emo Music as Their Healing Lament.” *Journal of Religion and Health*, vol. 44, no. 3, 2005, pp. 303-319
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(8), e2012563-e2012563.
- Angelakis, I., & Gooding, P. (2022). Associations of anxiety and depression with suicide experiences in individuals with and without childhood trauma: The role of social support. *Psychiatry research*, 309, 114424.
- Arafat, A. E. A., Abdelraof, A. I., & Razek, R. A. A. (2023). Rumination and psychological pain in depressed patients as Risk Factors for Suicide.
- Ariapooran, S., Khezeli, M., Janjani, P., Jafaralilou, H., Narimani, S., Mazaheri, M., & Khezeli, M. (2023). Protective factors against suicide attempt in Iranian Kurdish

women: a qualitative content analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-9.

Arnett, J. J., & Taber, S. (1994). Adolescence terminable and interminable: When does adolescence end? *Journal of Youth and Adolescence*, 23(5), 517-537. <https://doi.org/10.1007/bf01537734>

Arnett JJ, Zukauskienė R, Sugimura K. (2014) The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*;1(7):569-76. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469

Arnett, J. J. (2006a). Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age.

Arnett, J. J. (2010). Oh, grow up! Generational grumbling and the new life stage of emerging adulthood-Commentary on Trzesniewski & Donnellan. *Perspectives on Psychological Science*, 5(1), 89-92. doi: 10.1177/1745691609357016

Arnett, J. J. (2014). The emergence of emerging adulthood: A personal history. *Emerging Adulthood*, 2(3), 155-162. doi: 10.1177/2167696814541096.

Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Arnett, J. J., & Schwab, J. (2012). *Thriving, struggling, and hopeful. The Clark University Poll of Emerging Adults*. Worcester, MA: Clark University.

Arnett, J. J., & Schwab, J. (2014). *Becoming established adults: Busy, joyful, stressed -- and still dreaming big. The Clark University Poll of Established Adults Ages 25-39*. Worcester, MA: Clark University.

Apaydın, H., Özdemir, Ş., & Ünal, A. Z. (2016). İntihar girişiminde bulunan bireylerde bazı değişkenlerle intihar girişimi ilişkisi. *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (6), 7-46.

Arslan-Çelik, M. (2018). *İntihar Girişimi Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Hastaların Klinik Tanı ve İntihar Davranış Özelliklerine Göre Karşılaştırılması* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Arslan, G., & Balkıs, M. (2016). Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, özyeterlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki. *Sakarya University Journal of Education*, 6(1), 8-22.

Atasoy E., Köse M. (2019). İntiharlar coğrafyası perspektifinden Dünya, Türkiye ve Bursa ili. *Tesam Akademi Dergisi*, 6(1), 123-165. <http://dx.doi.org/10.30626/tesamakademi.528004>

Atılkan, Y. A. (2019). *Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı ruhsal travmaları ile*

saldırganlık eğilimi ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi
Investigation of the relationship between childhood mental traumas and the
tendency of aggression and suicide in university students. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

- Atlı, Z., Eskin, M. ve Dereboy, Ç. (2009). İntihar olasılığı ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemde geçerlik ve güvenirliği. *Klinik Psikiyatri*, 12, 111-124.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 15(7), 1425.
- Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., ve Lee, S. H. (2017). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investigation*, 14(1), 37.
- Ballard ED, Farmer CA, Gerner J, Bloomfield-Clagett B, Park LT, Zarate CA. (2022). Prospective association of psychological pain and hopelessness with suicidal thoughts. *J Affect Disord.* 308:243–8. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.033
- Baltacı, A. (2017). Nitel Veri Analizinde Miles-Huberman Modeli. Ahi Evran Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (AEÜSBED), 3(1), 1-15.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Baneshi, M. R., Haghdooost, A. A., Zolala, F., Nakhaee, N., Jalali, M., Tabrizi, R., & Akbari, M. (2017). Can religious beliefs be a protective factor for suicidal behavior? A decision tree analysis in a mid-sized city in Iran, 2013. *Journal Of Religion And Health*, 56, 428-436.
- Barak-Corren, Y., Castro, V. M., Javitt, S., Nock, M. K., Smoller, J. W., & Reis, B. Y. (2023). Improving risk prediction for target subpopulations: Predicting suicidal behaviors among multiple sclerosis patients. *PLoS one*, 18(2), e0277483.
- Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R., & Uher, R. (2012). Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 200, 124-129. doi:10.1192/bjp.bp.111.092346
- Baron, M. ve Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Barraclough, B. M., & Shepherd, D. (1994). A necessary neologism: The origin and uses of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(2), 113–126.
- Barrimi, M., Serraj, K., Rammouz, I., Alouane, R., Messaoudi, N., & Bellaoui, M. (2021). Prevalence of and risk factors for suicide attempts among patients with severe psychiatric disorders in eastern Morocco. *Crisis*.

- Barton, A. W., Reinhart, C. A., Campbell, C. C., Smith, D. C., & Albarracin, D. (2021). Opioid use at the transition to emerging adulthood: A latent class analysis of non-medical use of prescription opioids and heroin use. *Addictive Behaviors*, 114, 106757. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106757
- Baryshnikov I, Rosenström T, Jylhä P et al (2020) Role of hopelessness in suicidal ideation among patients with depressive disorders. *J Clin Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12866>
- Baryshnikov I & Isometsä E (2022) Psychological pain and suicidal behavior: A review. *Front. Psychiatry* 13:981353. doi: 10.3389/fpsy.2022.981353
- Bauer, M. N., Leenaars, A. A., Berman, A. L., Jobes, D. A., Dixon, J. F., & Bibb, J. L. (1997). Late adulthood suicide: A life-span analysis of suicide notes. *Archives of suicide research*, 3(2), 91-108.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bazrafshan, M. R., Jahangir, F., & Shokrpour, N. (2017). What protects adolescents from suicidal attempt: A qualitative study. *Shiraz E-Medical Journal*, 18(9).
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology.
- Beck A.T. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*.4:561-71
- Bell, J. A., Kivimäki, M., Bullmore, E. T., Steptoe, A., & Carvalho, L. A. (2017). Repeated exposure to systemic inflammation and risk of new depressive symptoms among older adults. *Translational Psychiatry*, 7(8), e1208-e1208.
- Berbercuma, E. (2019). Üniversite öğrencilerinde alkol kullanım bozuklukları ve kişilik özellikleri ile ilişkisi ve risk faktörleri: Depresyon ve sosyal kaygı bozukluğu. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.)
- Berman, A. L. (2018). Risk factors proximate to suicide and suicide risk assessment in the context of denied suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 340-352.
- Bernert, R. A., Turvey, C. L., Conwell, Y., & Joiner, T. E. (2014). Association of poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period: a longitudinal, population-based study of late life. *JAMA psychiatry*, 71(10), 1129-1137.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 151(8):1132-6.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ...

- & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147-155.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough?. *The British journal of psychiatry*, 183(5), 382-383.
- Bion, W. (1959). Attacks on linking. Melaine Klein today: developments in theory and practice, 87-101.
- Bolger E. (1999) Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychother Res*.9:342–62.
- Bozkurt, B. (2023) Depresyon tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi, dürtüsellik ve intihar olasılığı arasındaki ilişki. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1145-1152.
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... & Mann, J. J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of general psychiatry*, 59(9), 801-807.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hebert, M., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 134-139.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal
- Briere, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 526-533.
- Briere, J., & Scott, C. (2021). Travma terapisinin ilkeleri: belirtiler, değerlendirme ve tedavi için bir kılavuz; DSM-5 için güncellenmiş. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Bristowe, K., Hodson, M., Wee, B., Almack, K., Johnson, K., Daveson, B. A., ... & Harding, R. (2018). Recommendations to reduce inequalities for LGBT people facing advanced illness: ACCESS Care national qualitative interview study. *Palliative Medicine*, 32(1), 23-35.
- Brokke, S. S. Bertelsen, T. B. LandrØ, N. I. ve Haaland, V. O Ø. (2022). The effect of sexual abuse and dissociation on suicide attempt. *BMC Psychiatry*, 22, 1-8.

- Bromberg, M. H., Law, E. F., & Palermo, T. M. (2017). Suicidal Ideation in Adolescents With and Without Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(1), 21–27. doi:10.1097/ajp.0000000000000366
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 1-16.
- Bronisch, T. (2004). Suicide. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 15259-15268.
- Brown, D., Schenk, S., Genent, D., Zernikow, B., & Wager, J. (2021). A scoping review of chronic pain in emerging adults. *Pain reports*, 6(1).
- Burrell LV, Mehlum L, Qin P. (2017). Risk factors for suicide in offspring bereaved by sudden parental death from external causes. *J Affect Disord.*;222:71–8.
- Cáceda, R., Durand, D., Cortes, E., Prendes-Alvarez, S., Moskovciak, T., Harvey, P. D., & Nemeroff, C. B. (2014). Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 76(6), 445-451.
- Cáceda, R., Kordsmeier, N. C., Golden, E., Gibbs, H. M., & Delgado, P. L. (2017). Differential processing of physical and psychological pain during acute suicidality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2), 116-118.
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of psychiatric research*, 79, 8-20.
- Cai H, Jin Y, Liu S et al (2021) Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of observation studies. *J Affect Disord* 293:148–158. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.115>
- Campbell, G., Bruno, R., Darke, S., Shand, F., Hall, W., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2016). Prevalence and correlates of suicidal thoughts and suicide attempts in people prescribed pharmaceutical opioids for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 32(4), 292-301.
- Campisi, S. C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmari, P., & Bhutta, Z. A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC public health*, 20(1), 1-11.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 994-1003.
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Santos, S. (2018). Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 407-417.

- Canbaz, S., & Terzi, Ö. (2018). The prevalence of suicidal ideation in adolescents and associated risk factors: an example from Turkey. *Advances in therapy*, 35, 839-846.
- Canbolat, F., & Gençöz, F. (2019). İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Lacan. In İntiharı Anlama ve Müdahale. Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Cantor, N., Kingsbury, M., Warner, E., Landry, H., Clayborne, Z., Islam, R., & Colman, I. (2023). Young adult outcomes associated with adolescent suicidality: a meta-analysis. *Pediatrics*, 151(3), e2022058113.
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., ... & Alonso, J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 135(3), 195-211.
- Ceballos-Espinoza, F., & Chávez-Hernández, A. M. (2016). Profiling Chilean suicide note-writers through content analysis. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 517-528.
- Cebeci, A. (2022). *Üniversite öğrencilerinin özgecilik ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi / An investigation of altruism and perceived social support levels in university students*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi / Eğitim Bilimleri Enstitüsü / Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı.
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 63, 106-119.
- Cenkseven-Önder, F. (2018). Social Support and Coping Styles in Predicting Suicide Probability among Turkish Adolescents. *Universal Journal of Educational Research*, 6(1), 145-154.
- Cerel, J.; Brown, M.M.; Maple, M.; Singleton, M.; Van de Venne, J.; Moore, M.; Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide Life-Threat. Behav.*, 49, 529–534
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The continuum of “survivorship”: Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 44(6), 591-600.
- Chan, L. F., Shamsul, A. S., & Maniam, T. (2014). 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*, 220(3), 867-873.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2008). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In L. J. Kirmayer & G. G. Valaskakis (Ed.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 221–248). Vancouver: University of British Columbia Press

- Chang, Q., Yip, P. S., & Chen, Y. Y. (2019). Gender inequality and suicide gender ratios in the world. *Journal of affective disorders*, 243, 297-304.
- Charmaz, K. (2011). Grounded Theory Methods in Social Justice Research. *The Sage Handbook Of Qualitative Research*, 4, 359-380.
- Chatterjee, S. (2022). Correlation of Psychosocial Attributes with Suicidal Ideation in Late Adolescents and Young Adults. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 10(2).
- Chehil, S., & Kutcher, S. P. (2012). *Suicide risk management: A manual for health professionals*. John Wiley & Sons.
- Cheng-Fang Yen, Tai-Ling Liu, Pinchen Yang & Huei-Fan Hu (2015): Risk and Protective Factors of Suicidal Ideation and Attempt among Adolescents with Different Types of School Bullying Involvement, *Archives of Suicide Research*, DOI: 10.1080/13811118.2015.1004490
- Chiu, C., Liu, C., Li, H., Tsai, Y., Chen, C., & Kuo, J. (2023): Incidence, risk and protective factors for suicide mortality among patients with major depressive disorder. *Asian journal of psychiatry*, 80, 103399. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103399>.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... & Joiner Jr, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313.
- Choi, K., Chun, J., Han, K., Park, S., Soh, H., Kim, J., ... & Kim, J. S. (2019). Risk of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a nationwide, population-based study. *Journal of clinical medicine*, 8(5), 654.
- Chávez-Hernández, A. M., Leenaars, A. A., Chávez-de Sánchez, M. I., & Leenaars, L. (2009). Suicide notes from Mexico and the United States: a thematic analysis. *salud pública de méxico*, 51, 314-320.
- Chung, J. H., Kim, J. B., & Kim, J. H. (2016). Suicidal ideation and attempts in patients with stroke: a population-based study. *Journal of neurology*, 263, 2032-2038.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S. E., & Syme, S. I. (1985). *Social support and health*. Academic.
- Cole-Lewis, Y. C., Gipson, P. Y., Opperman, K. J., Arango, A., & King, C. A. (2016). Protective role of religious involvement against depression and suicidal ideation among youth with interpersonal problems. *Journal of religion and health*, 55, 1172-1188.
- Coleman, D., & Del Quest, A. (2015). *Science from evaluation: testing hypotheses about*

differential effects of three youth-focused suicide prevention trainings. *Social work in public health*, 30(2), 117-128.

- Conklin CA, Perkins KA. (2005). Subjective and reinforcing effects of smoking during negative mood induction. *J Abnorm Psychol.*;114(1):153-64. [PubMed ID: 15709822]. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.153>.
- Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D., & Courtet, P. (2018). Psychological pain, depression, and suicide: recent evidences and future directions. *Current psychiatry reports*, 20, 1-9.
- Coppersmith, D. D., Kleiman, E. M., Glenn, C. R., Millner, A. J., & Nock, M. K. (2019). The dynamics of social support among suicide attempters: A smartphone-based daily diary study. *Behaviour research and therapy*, 120, 103348.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in Qualitative Research. Purposeful And Theoretical Sampling; Merging Or Clear Boundaries?. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630.
- Coyne, S. M., Hurst, J. L., Dyer, W. J., Hunt, Q., Schvanaveldt, E., Brown, S., & Jones, G. (2021). Suicide Risk in Emerging Adulthood: Associations with Screen Time over 10 years. *Journal of Youth and Adolescence*. doi:10.1007/s10964-020-01389-6 10.1007/s10964-020-01389-6 downloaded on 2021-05-14
- Crandall, A., Miller, J. R., Cheung, A., Novilla, L. K., Glade, R., Novilla, M. L. B., ... & Hanson, C. L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child abuse & neglect*, 96, 104089.
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. (2016). *Designing And Conducting Mixed Methods Research*. New York: Sage.
- Crowe, E., Daly, M., Delaney, L., Carroll, S., & Malone, K. M. (2019). The intra-day dynamics of affect, self-esteem, tiredness, and suicidality in Major Depression. *Psychiatry Research*, 279, 98-108.
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1988). Suicide probability scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Cull J.G, & Gill WS (1990) Suicide probability scale, Western Psychological Services, Los Angels.
- Culpin, I., Mars, B., Pearson, R. M., Golding, J., Heron, J., Bubak, I., ... & Rai, D. (2018). Autistic traits and suicidal thoughts, plans, and self-harm in late adolescence: population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(5), 313-320.
- Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. (2016) Increase in suicide in the United States, 1999–. *NCHS Data Brief*; 241: 1–s8.
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Wiley, J. F., Czeisler, C. A., Howard, M. E., & Rajaratnam,

- S. M. (2021). Follow-up survey of US adult reports of mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic, September 2020. *JAMA network open*, 4(2), e2037665-e2037665.
- Czeisler, M. É., Wiley, J. F., Facer-Childs, E. R., Robbins, R., Weaver, M. D., Barger, L. K., ... & Rajaratnam, S. M. (2021). Mental health, substance use, and suicidal ideation during a prolonged COVID-19-related lockdown in a region with low SARS-CoV-2 prevalence. *Journal of psychiatric research*, 140, 533-544.
- Cepulien, A.A.; Skruibis, P. (2022). The Role of Spirituality during Suicide Bereavement: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 8740.
- Çayır, K. (2023). *Tıp fakültesi öğrencilerinde yeme tutumu ile depresyon ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi / Determination of the relationship between eating attitude, depression and life satisfaction in students of faculty of medicine Gaziantep Üniversitesi / (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tıp Fakültesi / Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı*
- Çakıl, G. (2018). Üniversite örnekleminde travma sonrası bilişler ile intihar olasılığı arasındaki ilişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çuhadaroglu F, Sonuvar B (1992) Adolesan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 3: 222-226
- Çuhadaroglu F, Sonuvar B (1993) Adolesan intiharları ve kendilik imgesi *Türk Psikiyatri Dergisi* 4(1):29-38
- D'Agostino, Alessandra PhD; Pepi, Raffaele MPsy; Rossi Monti, Mario MD; Starcevic, Vladan MD, PhD. The Feeling of Emptiness: A Review of a Complex Subjective Experience. *Harvard Review of Psychiatry* 28(5): p 287-295, 9/10 2020. | DOI: 10.1097/HRP.0000000000000269
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L., & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554(7693), 441-450.
- Darke, S., & Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97(11), 1383-1394.
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and alcohol review*, 27(3), 253-262.
- Darol, E. S., & Karapınar, A. (2022). Cinsiyet ve Medeni Durum ile Stres Zemininde Oluşan Hastalıkların İlişkisi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(2), 263-272.

- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one*, 10(5), e0126870.
- Day, K. L., Dobson, K. G., Schmidt, L. A., Ferro, M. A., Saigal, S., Boyle, M. H., & Van Lieshout, R. J. (2018). Exposure to overprotective parenting and psychopathology in extremely low birth weight survivors. *Child: Care, Health and Development*, 44(2), 234-239.
- De Leo, D., Bertolote, J.M. and Lester, D. (2002) Self directed violence. In: Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., et al. Eds., World Report on Violence and Health, World Health Organisation, Geneva, 185-212.
- De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P., Lie, D., Bille-Brahe, U., Arensman, E., ... & Faria, S. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(3), 300-310.
- Deckman, T., DeWall, C. N., Way, B., Gilman, R., & Richman, S. (2014). Can marijuana reduce social pain?. *Social Psychological and Personality Science*, 5(2), 131-139.
- Demirkol ME, Güleç H, Çakmak S, Namlı Z, Güleç M, Güçlü N et al. (2018) Psikolojik Acı Ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19 (Suppl 1):14-20.
- Demirkol ME, Namlı Z, Tamam L, (2019) Psikolojik Acı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 11(2):205-213
- Deniz, A. (2023). Beliren yetişkinlikte mental iyi oluş düzeylerinin azim ve bilişsel esneklik açısından incelenmesi / Examination of mental well-being levels in emerging adulthood in terms of grit and cognitive flexibility. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Derebağı, Ş., ve Topçu, A. E. (2023). Depresyonu Yordamada Geleneksel Zorbalık Biçimlerinin ve Siber Zorbalığın Rolü. *Sosyal, İnsan ve İdari Bilimlerde Yenilikçi Çalışmalar*, 2051-2073.
- Dereboy, Ç., Şahin Demirkapı, E., Şakiroğlu, M., & Şafak Öztürk, C. (2018). Çocukluk Çağı Travmalarının, Kimlik Gelişimi, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(4).
- Devrimci-Özgüven, H., Eskin, M. (2019) İntihar Davranışının Değerlendirilmesinde Psikometri ve Ölçüm Araçları, İntiharı Anlama ve Müdahale içerisinde, Türk Psikiyatri Yayınları
- Dong M, Zeng LN, Lu L et al (2019) Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychol Med* 49:1691–1704. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002301>
- Docherty AR, Shabalin AA , DiBlasi E , et al. (2020): Genome-wide association study of

suicide death and polygenic prediction of clinical antecedents . *Am J Psychiatry* ; 177 : 917 – 927 Link

- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 87-96.
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artero, S., Calati, R., Guillaume, S., ... & Olie, E. (2017). Psychological pain in suicidality: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(3), 16108.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: Free Press. (Original work published 1897).
- Dworkin, E. R., DeCou, C. R., & Fitzpatrick, S. (2022). Associations between sexual assault and suicidal thoughts and behavior: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(7), 1208–1211. <https://doi.org/10.1037/tra0000570>
- Emara, A. I. (2023). Rumination and psychological pain in depressed patients as Risk Factors for Suicide. *Assiut Scientific Nursing Journal*.
- Ensel, W. M., & Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social behavior*, 321-341.
- Edwards, R.R., Smith, M.T., Kudel, I., Haythornthwaite, J., (2006). Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain* 126 (1–3), 272–279.
- Edwards, A. C., Ohlsson, H., Mościcki, E., Crump, C., Sundquist, J., Lichtenstein, P., ... & Sundquist, K. (2021). On the genetic and environmental relationship between suicide attempt and death by suicide. *American journal of psychiatry*, 178(11), 1060-1069.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*
- Erdener, E. (2009). Vygotsky'nin Düşünce ve Dil Gelişimi Üzerine Görüşleri: Piaget'e Eleştirel Bir Bakış. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(1), 85-103.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Eskin, M. (2003). A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents. *Scandinavian journal of psychology*, 44(1), 1-6.
- Eskin, M., Arslantaş, H., Öztürk, C. Ş., & Eskin, B. (2020). Kişilerarası ihtiyaçlar anketi

ve edinilmiş intihar yeterliliği-ölüm korkusuzluğu ölçeğinin psikometrik özelliklerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 161-169.

Eşsizoglu (2019) Gidenlerin Ardından, İntiharı Anlama ve Müdahale içerisinde, Ed: Devrimci Özgüven, H., Sercan, M. Türk Psikiyatri Yayınları

Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review*, 82, 122-129.

Evins, A. E., Korhonen, T., Kinnunen, T. H., & Kaprio, J. (2017). Prospective association between tobacco smoking and death by suicide: a competing risks hazard analysis in a large twin cohort with 35-year follow-up. *Psychological Medicine*, 47(12), 2143-2154.

Fallahi-Khoshknab, M., Amirian, Z., Maddah, S.S.B. et al. (2023) Instability of emotional relationships and suicide among youth: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 23, 50 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04534-0>

Fang, C.-K., Lu, H.-C., Liu, S.-I., & Sun, Y.-W. (2011). Religious beliefs along the suicidal path in northern Taiwan. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 63 (3), 255–269. doi:10.2190/om.63.3. d

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.

Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health*, 25(4), 148-155.

Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2014). A theoretical perspective on the importance of social connections for thriving.

Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44-47.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of general psychiatry*, 62(1), 66-72.

Flensborg-Madsen, T., Knop, J., Mortensen, E. L., Becker, U., Sher, L., & Grønbaek, M. (2009). Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide—irrespective

- of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry research*, 167(1-2), 123-130.
- Flores, J. P., Swartz, K. L., Stuart, E. A., & Wilcox, H. C. (2020). Co-occurring risk factors among US high school students at risk for suicidal thoughts and behaviors. *Journal of affective disorders*, 266, 743-752.
- Forgeron PA, King S, Stinson JN, et al.(2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain Res Manag.* ;15(1):27-41.
- Fournillier, J. L. A. (2013). Dance For Life: Exploring Dance Choreography and Performance as a tool for Educating the University Community about College Student Suicide (Doctoral dissertation, Virginia Tech).
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., . . . Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Fraser, S. L., Geoffroy, D., Chachamovich, E., & Kirmayer, L. J. (2014). Changing Rates of Suicide Ideation and Attempts Among Inuit Youth: A Gender-Based Analysis of Risk and Protective Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 141–156. doi:10.1111/sltb.12122
- Freud, S. (1913). Remembering, repeating and working-through: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. XII). London, UK: Hogarth.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14(1914-1916), 237-58.
- Freud, S. (1920). The libido theory and narcissism.
- Freud, S. (1920). Haz İlkesinin Ötesinde–Ben ve İd (Çev. Ali Nahit Babaoğlu). Metis Yayınları, İstanbul.
- Fulginiti, A., Negriff, S., Call, J., & Rice, E. (2022). Does the source matter? Social support and suicide attempts among homeless youth. *Death studies*, 46(4), 824-831.
- Gal, G., Goldberger, N., Kabaha, A., Haklai, Z., Geraisy, N., Gross, R., & Levav, I. (2012). Suicidal behavior among Muslim Arabs in Israel. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47 (1), 11–17. doi:10.1007/s00127-010-0307-y
- Gauthier, J. M., Witte, T. K., & Correia, C. J. (2017). Suicide ideation, alcohol consumption, motives, and related problems: exploring the association in college students. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 47(2), 142-154.
- Gearing, R. E., & Alonzo, D. (2018). Religion and suicide: new findings. *Journal of religion and health*, 57, 2478-2499.

- Geulayov G, Gunnell D, Holmen TL, Metcalfe C (2012a). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 42, 1567–1580.
- Geulayov G, Metcalfe C, Gunnell DJ (2012b). Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: results from the alspac birth cohort. *Journal of Epidemiological Community Health* 66, A25–A25.
- Geoffroy MC, Gunnell D, Power C (2014). Prenatal and childhood antecedents of suicide: 50-year follow-up of the 1958 British Birth Cohort study. *Psychological Medicine* 44, 1245–1256.
- Gill, K. (2019). Detecting an Autobiographical Criminal: Investigating Gender Differences in Staged Suicide Notes.
- Goldbach, J. T., Rhoades, H., Green, D., Fulginiti, A., & Marshal, M. P. (2018). Is there a need for LGBT-specific suicide crisis services? *Crisis*.
- Goldsmith, J. V., & Terui, S. (2018). Family oncology caregivers and relational health literacy. *Challenges*, 9(2), 35.
- Gomes, A. P., Soares, A. L. G., Kieling, C., Rohde, L. A., & Gonçalves, H. (2019). Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: *Pelotas birth cohort*. *Revista de saude publica*, 53, 96.
- Goodday, S. M., Shuldiner, J., Bondy, S., & Rhodes, A. E. (2019). Exposure to parental psychopathology and offspring's risk of suicide-related thoughts and behaviours: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(2), 179-190.
- Goodwin, G. M. (2015). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 249-260.
- Gouin, JP., MacNeil, S., de la Torre-Luque, A. et al. (2023). Depression, anxiety, and suicidal ideation in a population-based cohort of young adults before and during the first 12 months of the COVID-19 pandemic in Canada. *Can J Public Health* 114, 368–377. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00772-7>
- Gouin, JP., MacNeil, S., de la Torre-Luque, A. et al. (2023). Depression, anxiety, and suicidal ideation in a population-based cohort of young adults before and during the first 12 months of the COVID-19 pandemic in Canada. *Can J Public Health* 114, 368–377. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00772-7>
- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338-352.
- Goñi-Sarriés, A., López-Goñi, J. J., & Azcárate-Jiménez, L. (2019). Comparación entre los intentos de suicidio leves, graves y las muertes por suicidio en Navarra. *Clínica y Salud*, 30(2), 109-113.

- Graham, C., & Fenelon, A. (2023). Health, suicidal thoughts, and the life course: how worsening health emerges as a determinant of suicide ideation in early adulthood. *Journal of health and social behavior*, 64(1), 62-78.
- Grichnik, K. P., & Ferrante, F. M. (1991). The difference between acute and chronic pain. *The Mount Sinai journal of medicine*, New York, 58(3), 217-220.
- Griffin, E.; O'Connell, S.; Ruane-McAteer, E.; Corcoran, P.; Arensman, E. (2022). Psychosocial Outcomes of Individuals Attending a Suicide Bereavement Peer Support Group: A Follow-Up Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 4076.
- Gustafsson, S. A., Edlund, B., Kjellin, L., & Norring, C. (2009). Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls Aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight. *European Eating Disorders Review*, 17, 380–389.
- Gürhan, N., Beşer, N. G., Polat, Ü., & Koç, M. (2019). Suicide risk and depression in individuals with chronic illness. *Community mental health journal*, 55, 840-848.
- Hair Jr, J. F., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). A global perspective. Kennesaw: Kennesaw State University.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2022). A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) (3 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Have M ten, de Graaf R, van Dorsselaer S, et al. (2009). Incidence and Course of Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the General Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*. ;54(12):824-833. doi:10.1177/070674370905401205
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 484-485.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 537-542.
- Helm, P. J., Medrano, M. R., Allen, J. J., & Greenberg, J. (2020). Existential isolation, loneliness, depression, and suicide ideation in young adults. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(8), 641-674.
- Hendin, H., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 386-394.
- Herman, Judith. (2019). Travma ve İyileşme. Çev., Tamer Tosun. İstanbul: Literatür.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated

trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

Hewitt, J. L., & Edwards, S. D. (2006). Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 665-672.

Higgins, A.; Hybholt, L.; Meuser, O.A.; Eustace Cook, J.; Downes, C.; Morrissey, J. (2022). Scoping Review of Peer-Led Support for People Bereaved by Suicide. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 3485.

Hill, R. (2012). “‘Emo Saved My Life’: Challenging the mainstream discourse of mental illness around My Chemical Romance.” 2012, <https://www.scribd.com/document/87151111/Emo-Saved-My-Life-RLH>

Hinds, T. S., & Giardino, A. P. (2017). Child physical abuse: Current evidence, clinical practice, and policy directions. Springer International Publishing.

Hinze, V., Crane, C., Ford, T., Buivydaite, R., Qiu, L., & Gjelsvik, B. (2019). The relationship between pain and suicidal vulnerability in adolescence: a systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 3(12), 899-916.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin gecerliliği üzerine bir çalışma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). *Psikoloji Dergisi.*, 6, 118-122.

Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(4), 224.

Holman, M. S., & Williams, M. N. (2022). Suicide risk and protective factors: a network approach. *Archives of suicide research*, 26(1), 137-154.

Holshausen, K., Bowie, C. R., & Harkness, K. L. (2016). The relation of childhood maltreatment to psychotic symptoms in adolescents and young adults with depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 241-247.

Holmén, J., Williams, S., & Holmberg, J. (2022). Comparing sustainability transition labs across process, effects and impacts: Insights from Canada and Sweden. *Energy Research & Social Science*, 89, 102522.

Hooven, C., Snedker, K. A., & Thompson, E. A. (2012). Suicide risk at young adulthood: Continuities and discontinuities from adolescence. *Youth & Society*, 44(4), 524-547.

Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: understanding the association. *Current pain and headache reports*, 18, 1-6.

Hopper, E. K., Grossman, F. K., Spinazzola, J., & Zucker, M. (2018). Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect. Guilford.

Horney, K. (1950). Neurosis and Human Growth. New York: W. W. Norton.

Horwitz, A. G., Czyz, E. K., & King, C. A. (2014). Predicting Future Suicide Attempts

Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 751–761. doi:10.1080/15374416.2014.910789 10.1080/15374416.2014.910789

Hullmann, S. E., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Chaney, J. M., & Mullins, L. L. (2010). Parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress: A cross-illness comparison. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17, 357-365.

Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A., & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104361

İlhan, R. S., & Akaslan, D. S. (2019). İnternet Haberlerinde Yer Alan İntihar Olgularının Sosyodemografik Özellikleri. *Kriz Dergisi*, 27(2), 71-78.

İbiloğlu, A. O., Atlı, A., Oto, R., & Özkan, M. (2018). Çocukluk çağı cinsel istismar ve ensest olgularına çok yönlü bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 84-98.

Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J., ... & Saxena, S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet*, 370(9592), 1061-1077.

Jansen, P. W., Raat, H., Mackenbach, J. P., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., BakermansKranenburg, M. J., . . . Tiemeier, H. (2012). Early determinants of maternal and paternal harsh discipline: The generation R study. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 61, 253-270. doi:10.1111/j.1741-3729.2011.00691.x

Jenzer, T., Read, J. P., Naragon-Gainey, K., & Prince, M. A. (2019). Coping trajectories in emerging adulthood: The influence of temperament and gender. *J Pers*, 87(3), 607-619. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fjopy.12419>

Ji, X., Zhao, J., Fan, L., Li, H., Lin, P., Zhang, P., & Wang, X. (2022): Highlighting psychological pain avoidance and decision- making bias as key predictors of suicide attempt in major depressive disorder.A novel investigative approach using machine learning. *Journal of Clinical Psychology*, 78(4), 671-691. <https://doi.org/10.1002/jclp.23246>.

Jobes, D. A., & Joiner, T. E. (2019). Reflections on suicidal ideation.

Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and anxiety*, 35(8), 700-716.

Joiner, T. (2005). Why people die by suicide. Harvard University.

Joiner, TE, Van Orden, KA, Witte, TK, Selby, EA, Ribeiro, JD, Lewis, R, et al. (2009) Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior:

empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol.*;118(3):634

- Joiner, T. E., & Silva, C. (2012). Why people die by suicide: Further development and tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior.
- Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., Olsson, G., Paaren, A., & Von Knorring, A. L. (2011). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of affective disorders*, 130(3), 395-404.
- Jordan, J. R., & McGann, V. (2017). Clinical work with suicide loss survivors: Implications of the U.S. Postvention guidelines. *Death Studies*, 41, 659–672. <https://ezp.isikun.edu.tr:2167/10.1080/07481187.2017.1335553>
- Ji Lee, M., Cho, S. J., Wook Park, J., Kyung Chu, M., Moon, H. S., Chung, P. W., ... & Chung, C. S. (2019). Increased suicidality in patients with cluster headache. *Cephalalgia*, 39(10), 1249-1256.
- Jacobson, S., & Jacobson, D. M. (1972). Suicide in Brighton. *The British Journal of Psychiatry*, 121(563), 369-377.
- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24, 339-360. doi:10.1016/j.cpr.2004.03.004
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Kairys, S. W., Johnson, C. F., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2002). The psychological maltreatment of children—technical report. *Pediatrics*, 109(4), e68-e68.
- Kaplan, G., Totsuka, A., Thompson, P., Akatsuka, T., Moritsugu, Y., & Feinstein, S. M. (1996). Identification of a surface glycoprotein on African green monkey kidney cells as a receptor for hepatitis A virus. *The EMBO journal*, 15(16), 4282-4296.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.
- Karakaya, Z.A. (2023). *Lise öğrencilerinde akran zorbalığı ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Investigation of the relationship between peer bullying and the possibility of suicide in high school students in terms of various variables.* Yüksek Lisans Tezi.
- Karataş, Z., & Çelikkaleli, Ö. (2018). Beliren yetişkinlikte intihar olasılığı: Stresle başetme, öfke ve cinsiyet açısından bir inceleme. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 450-462.

- Kashikar-Zuck S, Lynch AM, Slater S, et al. (2008). Family factors, emotional functioning, and functional impairment in juvenile fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care Res.*;59(10):1392-1398.
- Kaya-Kılıç, A., & Tekin, H. H. (2019). Sosyal hizmet uzmanlarının korunmaya muhtaç çocuk birimlerinde ihmal ve istismar vakalarına verilen hizmetlerin niteliğine ilişkin görüşleri.
- Keleş, M. (2022). *İntihar Düşüncesi İle İntihar Girişimini Ayırt Edici Etmenler Olarak Psikolojik Belirleyici Öğeler* Marmara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı / Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., (1962) Droegemueller, W., & Silver, H. K. The battered-child syndrome. *Jama*, 181(1), 17-24.
- Keniston, K. (1971). Psychological development and historical change. *The Journal of interdisciplinary history*, 2(2), 329-345.
- Kernberg, O. F. (2012). Suicide prevention for psychoanalytic institutes and societies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60(4), 707-719.
- Keten, H., Gençoğlu, S., Dalgacı, A., Fazıl, A. V. C. I., Satan, Y., Ölmez, S., & Celik, M. (2015). Evaluation of acute stress disorder following pregnancy losses. *Cukurova Medical Journal*, 40(2), 226-232.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S., & Brown, W. A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 183-190.
- Khatiwada, J., Isono, M., & Ogawa, T. (2023). Factors associated with impeding the reintegration of incest survivors: a qualitative study in selected safe homes in Nepal. *Journal of interpersonal violence*, 38(1-2), 539-564.
- Khazem LR, Jahn DR, Cukrowicz KC, Anestis MD. (2015) Physical disability and the interpersonal theory of suicide. *Death Stud*;39:641-6.
- Khazem, L. R., Pearlstien, J. G., Anestis, M. D., Gratz, K. L., Tull, M. T., & Bryan, C. J. (2023). Differences in suicide risk correlates and history of suicide ideation and attempts as a function of disability type. *Journal of Clinical Psychology*, 79(2), 466-476.
- Kılıç, C. (1998) Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: ana rapor; Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (ed). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Kılıç, C. (2020). Türkiye’de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? *Toplum Ve Hekim*, 35(3), 179 - 187.
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., & Hodgins, S. (1998). Attempted suicide among Inuit youth: Psychosocial correlates and implications for prevention. *The Canadian*

- Kleiman EM, Riskind JH. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A test of a multiple mediator model. *Crisis*;34:42–9.
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*, 150(2), 540-545.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press, New York.
- Kohut, H. (1978) *The restoration of self*. International Universities Press, New York.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago.
- Kohut, H. (2009). *How does analysis cure?*. University of Chicago.
- Korhonen, T., Sihvola, E., Latvala, A., Dick, D. M., Pulkkinen, L., Nurnberger, J., ... & Kaprio, J. (2018). Early-onset tobacco use and suicide-related behavior—A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addictive behaviors*, 79, 32-38.
- Köroğlu, E. (2016). *Klinik psikopatoloji*. Ankara: HYB Basım Yayın Köroğlu, E. (Çev.).
- Kubany, E. S., Ralston, T. C., & Hill, E. E. (2010). Intense fear, helplessness, “and” horror? An empirical investigation of DSM-IV PTSD Criterion A2. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(2), 77.
- La Guardia, A.C., Cramer, R.J., Bryson, C.N. and Emelianchik-Key, K. (2020), Analysis of Personality, Suicide, and Self-Injury in Emerging Adulthood. *Journal of College Counseling*, 23: 57-70. <https://doi.org/10.1002/jocc.12149>
- Lacan, J., Miller, J. A. E., & Grigg, R. T. (1993). The seminar of Jacques Lacan, Book 3: The psychoses 1955–1956. In Translation of the seminar that Lacan delivered to the Société Française de Psychoanalyse over the course of the academic year 1955–1956.. WW Norton & Company.
- Lambert, C. E., Troister, T., Ramadan, Z., Montemarano, V., Fekken, G. C., & Holden, R. R. (2020). Psychache predicts suicide attempter status change in students starting university. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(3), 668-678.
- Lamberti, V., Palermi, S., Franceschin A., Scapol, G., Lamberti, V., Lamberti, C., ..., & Della Valle, E. 374 (2022). The effectiveness of Adapted Personalized Motor Activity (AMPA) to improve health in 375 individuals with mental disorders and physical comorbidities: a randomized controlled trial. 376 *Sports*, 10, 30. doi: 10.3390/sports10030030
- Lamont, R. A., Calitri, R., Mounce, L. T., Hollands, L., Dean, S. G., Code, C., ... & Tarrant, M. (2023). Shared social identity and perceived social support among

stroke groups during the COVID-19 pandemic: Relationship with psychosocial health. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 15(1), 172-192.

Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). What characterizes substance abusers who commit suicide attempts? Factors related to axis I disorders and patterns of substance use disorders: A study of treatment-seeking substance abusers in Norway. *European Addiction Research*, 12(2), 102-108.

Lannoy, S., Ohlsson, H., Kendler, K. S., Sundquist, J., Sundquist, K., & Edwards, A. C. (2022). The causal effect of education and cognitive performance on risk for suicide attempt: A combined instrumental variable and co-relative approach in a Swedish national cohort. *Journal of affective disorders*, 305, 115-121.

Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2015). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1–21. doi:10.1080/13811118.2015.1004494

Lawrence, R. E., Brent, D., Mann, J. J., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., & Oquendo, M. A. (2016). Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(11), 845.

Lazarus RS. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues.:366-88.

Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7(sup1), 3-7.

Le, M. T., Nguyen, H. T., Tran, T. D., & Fisher, J. R. W. (2012). Experience of low mood and suicidal behaviors among adolescents in Vietnam: findings from two national populationbased surveys. *Journal of adolescent health*, 51 (4), 339–348. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.027

Lee MK, Hong JP, Fava M, et al. (2021) Obsessive thought, compulsive behavior, and their associations with suicide ideation and attempts and major depressive disorder: a nationwide community sample of Korean adults. *J Nerv Ment Dis*;209(11):820–828. doi:10.1097/ NMD.0000000000001382

Lehmann, J. K., & Jimenez, X. F. (2018). Suicide in Chronic Pain Patients: Risk Factors and Clinical Considerations. *Suicide Prevention*, 143–151. doi:10.1007/978-3-319-74391-2_7

Legrand, F. D., Lallement, D., & Kasmi, S. (2022). Physical activity can reduce hopelessness among women admitted to psychiatric short stay unit following a suicide crisis. *Journal of psychiatric research*, 155, 567-571.

Lester, D. (1997). The role of shame in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 352-361.

- Lester, D. (1972). The myth of suicide prevention. *Comprehensive psychiatry*, 13(6), 555-560.
- Lester, D. (2006). Suicide and islam. *Archives of suicide research*, 10(1), 77-97.
- Letourneau, N., Salmani, M., & Duffett-Leger, L. (2010). Maternal depressive symptoms and parenting of children from birth to 12 years. *Western Journal of Nursing Research*, 32, 662-685. doi:10.1177/0193945909359409
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., ... & Apter, A. (2014). Mental pain, communication difficulties, and medically serious suicide attempts: A case-control study. *Archives of Suicide Research*, 18(1), 74-87.
- Levi-Belz, Y.; Kryszka, K.; Andriessen, K. What Do We Know about Suicide Bereavement, and What We Can Do to Help Suicide-Loss Survivors? (2023) *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 5577. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085577>
- Levi-Belz, Y.; Feigelman, W. (2021). Pulling together—The protective role of belongingness for depression, suicidal ideation and behavior among suicide-bereaved individuals. *Crisis*, 43, 278–288
- Levi-Belz, Y & Lev-Ari, L. (2019). “Let’s talk about it”: The moderating role of self-disclosure on complicated grief over time among suicide survivors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16, 3740
- Levinson, D., Haklai, Z., Stein, N., & Gordon, E.S. (2006). Suicide Attempters in Israel: Age by Gender Analysis of a National Emergency Departments Database. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (1), 97-102.
- Lewis, H. R. (2022)., "Singing Away The Pain: How Emo Gave Kids A Voice". *Classical Conversations*. 22.<https://firescholars.seu.edu/ccplus/22>
- Li, H., Fu, R., Zou, Y., & Cui, Y. (2017). Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among Chinese college students. *Frontiers in psychology*, 8, 1550.
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Social science & medicine*, 72(4), 608-616.
- Li, X., You, J., Ren, Y., Zhou, J., Sun, R., Liu, X., & Leung, F. (2019). A longitudinal study testing the role of psychache in the association between emotional abuse and suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2284-2292.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 2861.
- Litwiller, B. J., & Brausch, A. M. (2013). Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *Journal of youth*

and adolescence, 42, 675-684.

- Liu, C. H., Stevens, C., Wong, S. H., Yasui, M., & Chen, J. A. (2019). The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among US college students: Implications for addressing disparities in service use. *Depression and anxiety*, 36(1), 8-17.
- Luo, Y., Lai, Q., Huang, H., Luo, J., Miao, J., Liao, R., ... & Zhang, L. (2022). Risk factor analysis and nomogram construction for predicting suicidal ideation in patients with cancer. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-12.
- Lutzman, M., Sommerfeld, E. (2023). The role of meaning in life as a protective factor in suicidal ideation among elderly men with physical illnesses. *Curr Psychol* 42, 10603–10612 <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02332-z>
- Lorant, V., De Gelder, R., Kapadia, D., Borrell, C., Kalediene, R., Kovács, K., ... & Mackenbach, J. P. (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *The British Journal of Psychiatry*, 212(6), 356-361.
- Lorant, V., Kunst, A. E., Huisman, M., Costa, G., & Mackenbach, J. (2005). Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *The British journal of psychiatry*, 187(1), 49-54.
- Love HA, Nalbone DP, Hecker LL, Sweeney KA, Dharnidharka P. Suicidal risk following the termination of romantic relationships. *Crisis: J Crisis Intervent Suicide Prev*. 2018;39(3):166.
- Lopez-Castroman, J., de las Mercedes Perez-Rodriguez, M., Jaussent, I., Alegria, A. A., Artes-Rodriguez, A., Freed, P., ... & European Research Consortium for Suicide (EURECA. (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 619-625.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Haro, B. (2019). Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation. *Addictive behaviors*, 89, 5-9.
- Mackin, D. M., Perlman, G., Davila, J., Kotov, R., & Klein, D. N. (2017). Social support buffers the effect of interpersonal life stress on suicidal ideation and self-injury during adolescence. *Psychological medicine*, 47(6), 1149-1161.
- Madigan, A., & Daly, M. (2023). Socioeconomic status and depressive symptoms and suicidality: the role of subjective social status. *Journal of affective disorders*, 326, 36-43.
- Madsen, T., Erlangsen, A., Orlovskaya, S., Mofaddy, R., Nordentoft, M., & Benros, M. E. (2018). Association between traumatic brain injury and risk of suicide. *Jama*, 320(6), 580-588.
- Maniam, T., Chinna, K., Lim, C. H., Kadir, A. B., Nurashikin, I., Salina, A. A., & Mariapun, J. (2013). Suicide prevention program for at-risk groups: Pointers from

an epidemiological study. *Preventative Medicine* 57 (Suppl), S45–S46. doi:10.1016/j.ypmed.2013.02.022

Mansouri A, Kavi E, Ahmadpoori S F, Amin E, Bazrafshan M, et al. (2019). Cigarette Smoking and Coping Strategies with Stress in Young Adults of Larestan. *Jundishapur J Health Sci.*;11(1):e83121. <https://doi.org/10.5812/jjhs.83121>.

Marlow, N. M., Xie, Z., Tanner, R., Jo, A., & Kirby, A. V. (2021). Association between disability and suicide-related outcomes among US adults. *American journal of preventive medicine*, 61(6), 852-862.

Marraccini, M. E., Griffin, D., O'Neill, J. C., Martinez, R. R., Chin, A. J., Toole, E. N., ... Naser, S. C. (2021). School Risk and Protective Factors of Suicide: A Cultural Model of Suicide Risk and Protective Factors in Schools. *School Psychology Review*, 1–24. doi:10.1080/2372966x.2020.1871305

Marraccini, M. E., & Brier, Z. (2017). School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *School Psychology Quarterly*, 32(1), 5–21. <https://doi.org/10.1037/spq0000192> 10.1080/2372966x.2020.1871305

Marlow NM, Xie Z, Tanner R, Jo A, Kirby AV. (2021). Association between disability and suicide-related outcomes among US adults. *Am J Prev Med*;61:852-6

Marshall, M. N. (1996). Sampling For Qualitative Research. *Family Practice*, 13(6), 522-526. Marshall, C. & Rossman, G. B. (2014). *Designing Qualitative Research*. New York: Sage.

Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148.

McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E., & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of affective disorders*, 274, 880-896.

McClelland, H., Evans, J., & O'Connor, R. (2023): The association of family, social and romantic loneliness in relation to suicidal ideation and self-injurious behaviours. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 330-340. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.022>

McGuffin P , Marusic A , Farmer A : (2001). What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*; 22 : 61 – 65

McKinney, C., & Brown, K. (2017). Parenting and emerging adult internalizing problems: Regional differences suggest Southern parenting factor. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 3156-3166.

McKinney, C., Brown, K., & Malkin, M. (2018). Parenting style, discipline, and parental psychopathology: Gender dyadic interactions in emerging adults. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 290-301.

- McKinney, C., & Szkody, E. (2018). Parent and Child Depression: Moderated Mediation by Gender and Harsh Parenting in Emerging Adults. *Journal of Family Issues*, 40(5), 594–612. doi:10.1177/0192513x18817578
- McMahon, M. C. & McMahon, B.T. (2016). The National EEOC ADA research project: History, available data, and basic findings. *Journal of Vocational Rehabilitation* 44:333-342. doi: 10.3233/JVR-160803
- Medscape (2017) Suicide: Causes and Clinical Management, http://www.medscape.org/viewarticle/413195_2 Erişim tarihi: 19 Mayıs 2017
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 680-690.
- Menninger, K. A. (1996). Psychoanalytic aspects of suicide. In J. T. Maltzberger & M. J. Goldblatt (Eds.), *Essential papers on suicide* (pp. 20–35). New York University Press. (Reprinted from "*International Journal of Psychoanalysis*," 14, 1933, pp. 376–390)
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). IASP task force on taxonomy (pp. 209–214).
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O. et al. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* 64, 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Mitchell, S. M., Seegan, P. L., Roush, J. F., Brown, S. L., Sustaita, M. A., & Cukrowicz, K. C. (2018). Retrospective cyberbullying and suicide ideation: The mediating roles of depressive symptoms, perceived burdensomeness, and thwarted belongingness. *Journal of interpersonal violence*, 33(16), 2602-2620.
- Montemaranano, V., Troister, T., Lambert, C. E., & Holden, R. R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 74(10), 1820-1832.
- Morgan, D. L. & Morgan, R. K. (2008). *Single-Case Research Methods For The Behavioral And Health Sciences*. SAGE.
- Moscardini, E. H., Oakey-Frost, D. N., Robinson, A., Powers, J., Aboussouan, A. B., Rasmussen, S., ... & Tucker, R. P. (2022). Entrapment and suicidal ideation: The protective roles of presence of life meaning and reasons for living. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(1), 14-23.
- Mullins N , Bigdeli TB , Børglum AD , et al. (2019): GWAS of suicide attempt in psychiatric disorders and association with major depression polygenic risk scores . *Am J Psychiatry*; 176 : 651 – 660
- Murphy, G. E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive psychiatry*, 39(4), 165-175.

- Mutlu, M., Kurt, B. S., Şener, S. D., Çağrı, Ö. V. E. N., Yavuzel, İ. S., Hatice, A. T. E. Ş., ... & Ayşenur, K. O. Ç. (2023). Üniversite Öğrencilerinde Siber Mağduriyet Ve Depresyon İlişkisi: Algılanan Sosyal Desteğin Düzenleyici Rolü. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (10), 91-123.
- Näher, A. F., Rummel-Kluge, C., & Hegerl, U. (2020). Associations of suicide rates with socioeconomic status and social isolation: Findings from longitudinal register and census data. *Frontiers in psychiatry*, 10, 898.
- Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 944-951.
- Nart, Ö. (2018). *Bir üniversite hastanesinde psikiyatri polikliniği ergen birimine başvuran kişilerde intihar olasılığının, benlik saygısı, psikolojik dayanıklılık, algılanan sosyal destek ve önceki intihar girişimleriyle ilişkisi*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Neuman, W. L. & Robson, K. (2014). *Basics Of Social Research*. Toronto: Pearson Canada.
- Ning, K., Yan, C., Zhang, Y., & Chen, S. (2022). Regular Exercise with Suicide Ideation, Suicide Plan and Suicide Attempt in University Students: Data from the Health Minds Survey 2018–2019. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8856.
- Nobile, B., Olié, E., Dubois, J., Guillaume, S., Gorwood, P., & Courtet, P. (2022). Characteristics and treatment outcome of suicidal depression: two large naturalistic cohorts of depressed outpatients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(4), 347-364.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310.
- Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.
- Nolen-Hoeksema S, Fredrickson B, Loftus GR, Lutz C. (2014) *Introduction to psychology*. Cengage Learning;
- O'Connor, D. B., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). Effects of childhood trauma on cortisol levels in suicide attempters and ideators. *Psychoneuroendocrinology*, 88, 9-16.
- O'Neill, S., McLafferty, M., Ennis, E., Lapsley, C., Bjourson, T., Armour, C., ... & Murray, E. (2018). Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland. *Journal of affective disorders*, 239, 58-65.

- O'reilly, D., & Rosato, M. (2015). Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 466-470.
- Odağ C (2008) İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram- Sağaltım, İzmir Psikiyatri Derneği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir.
- Okan, C., Bilson, L., Zhong, D., Weidemann, G., & Bailey, P. E. (2023). Validating the interpersonal theory of suicide among older adults pre-and peri-COVID-19 pandemic. *Aging & Mental Health*, 27(8), 1552-1558.
- Oktavia, W. K. & Muhopilah, P. (2021). Model konseptual resiliensi di masa pandemi covid-19: Pengaruh religiusitas, dukungan sosial, dan spiritualitas. *Psikologika*, 26(1), 1-18. <https://doi.org/10.20885/psikologika.vol26.iss1.art1>
- Olatunji, O. A., Idemudia, E. S., & Olawa, B. D. (2020). Family support, self-efficacy and suicidal ideation at emerging adulthood: a mediation analysis. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 920-931.
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 226-230.
- Onyeka IN, Maguire A, Ross E, O'Reilly D. (2020). Does physical illhealth increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 29: e140.
- Opakunle, T., Aloba, O., & Opakunle, O. (2019). Suicidality among Nigerian postpartum women: Prevalence and correlates. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(3), 391.
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., ... & Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric research*, 79(1), 227-233.
- Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. (2003). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav.* 33:219–30.
- Orbach, I. (2011). Taking an inside view: *Stories of pain*.
- Otten, D., Ernst, M., Tibubos, A. N., Brähler, E., Fleischer, T., Schomerus, G., ... & Beutel, M. E. (2022). Does social support prevent suicidal ideation in women and men? Gender-sensitive analyses of an important protective factor within prospective community cohorts. *Journal of Affective Disorders*, 306, 157-166.
- Øien-Ødegaard, C., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2021). Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Population health metrics*, 19(1), 1-11.
- Öncü B (2016) İntihar ve İntiharda Risk Etmenleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-*

- Özkan, Z. (2022). *Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, kdeniz Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
- Öztürk, E. (2018). Psikotarih, ruhsal travma ve dissosiyasyon. Celbiş, (Ed.). Turaz Akademi, 92-106.
- Page, A., Morrell, S., Hobbs, C., Carter, G., Dudley, M., Duflou, J., & Taylor, R. (2014). Suicide in young adults: psychiatric and socio-economic factors from a case-control study. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-9.
- Palermo TM, Chambers CT. (2005). Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: An integrative approach. *Pain.*;119:1-4.
- Pandey, A. R., Bista, B., Ram Dhungana, R., Aryal, K. K., Chalise, B., & Dhimal, M. (2019). Factors associated with suicidal ideation and suicidal attempts among adolescent students in Nepal: Findings from global school-based students health survey. *PLoS One*, 14(4), e0210383. doi:10.1371/journal.pone.0210383
- Pandey, S., Bolstad, I., Lien, L., Walby, F. A., Myhre, M. Ø., & Bramness, J. G. (2022). Sex-specific factors associated with lifetime suicide attempt among patients with alcohol use disorders. *BJPsych open*, 8(4), e135.
- Panesar, B., Rosic, T., Rodrigues, M., Sanger, N., Baptist-Mohseni, N., Hillmer, A., ... & Samaan, Z. (2021). The role of perceived social support in the association between stressful life events and suicidal behavior. *Frontiers in psychiatry*, 12, 699682.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*.37(4):710-724
- Parker, G. (1983). Parental'affectionless control'as an antecedent to adult depression: a risk factor delineated. *Archives of general psychiatry*, 40(9), 956-960.
- Parkes, M. C., & Brown, R. J. (1972). Health after bereavement: A controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosomatic medicine*, 34(5), 449-461.
- Parperis, K., Kyriakou, A., Voskarides, K., & Chatzittofis, A. (2022). Suicidal behavior in patients with systematic lupus erythematosus: Systematic literature review and genetic linkage disequilibrium analysis. In *Seminars in arthritis and rheumatism* (Vol. 54, p. 151997). WB Saunders.
- Pasinringi, M. A. A., Vanessa, A. A., & Sandy, G. (2022). The relationship between social support and mental health degrees in emerging adulthood of students. *Golden Ratio of Social Science and Education*, 2(1), 12-23.
- Patel, V. (2007). Commentary: preventing suicide: need for a life course approach.

- Patel, K. R., Immaneni, S., Singam, V., Rastogi, S., & Silverberg, J. I. (2019). Association between atopic dermatitis, depression, and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(2), 402-410.
- Peng, Z., Klomek, A. B., Li, L., Su, X., Sillanmäki, L., Chudal, R., & Sourander, A. (2019). Associations between Chinese adolescents subjected to traditional and cyber bullying and suicidal ideation, self-harm and suicide attempts. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-8.
- Pereira AS. (2015) Avaliação das habilidades sociais e suas relações com fatores de risco e proteção em jovens adultos brasileiros [dissertação]. *Porto Alegre: UFRGS*.
- Pereira A, Conwell Y, Gitlin MJ, et al. (2014). Suicidal ideation and behavior associated with antidepressant medications: Implications for the treatment of chronic pain. *Pain*. ;155(12):2471-2475.
- Pereira A, Gitlin MJ, Gross RA, et al. (2013). Suicidality associated with antiepileptic drugs: Implications for the treatment of neuropathic pain and fibromyalgia. *Pain*.;154(3):345-349.
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. (2018). Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciencia & saude coletiva*, 23(11), 3767–3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Perlman, C., Hirdes, J., Martin, L., Neufeld, E., & Goy, M. (2011). Inventory and resource guide development for the assessment and prevention of suicide risk.
- Pederson, C.L, Wagner, B. M. (2022). Predictive and protective factors in suicidal behavior among males diagnosed with postural tachycardia syndrome. *Journal of Men's Health*. 18(2);1-8.
- Phillips, J. A., & Hempstead, K. (2017). Differences in US suicide rates by educational attainment, 2000–2014. *American journal of preventive medicine*, 53(4), e123-e130.
- Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ open*, 6(1), e009948.
- Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Holtz Y, Benros ME, Dalsgaard S, Jorge P, et al. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish ntional population. *JAMA Psychiatry*.;76(3):259-70.
- Polanco-Roman, L., & Miranda, R. (2013). Culturally Related Stress, Hopelessness, and Vulnerability to Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in Emerging Adulthood. *Behavior Therapy*, 44(1), 75–87. doi:10.1016/j.beth.2012.07.002

- Pompili, M., Murri, M. B., Patti, S., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., & Amore, M. (2016). The communication of suicidal intentions: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 46(11), 2239-2253.
- Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B., Davies M. (2007), “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*, 164/1: 1035–1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035
- Predescu, E., & Sipos, R. (2023). Self-harm behaviors, suicide attempts, and suicidal ideation in a clinical sample of children and adolescents with psychiatric disorders. *Children*, 10(4), 725.
- Primananda, M., & Keliat, B. A. (2019). Risk and protective factors of suicidal ideation in adolescents. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 42(sup1), 179-188.
- Puzia, M. E., Kraines, M. A., Liu, R. T., & Kleiman, E. M. (2014). Early life stressors and suicidal ideation: Mediation by interpersonal risk factors. *Personality and individual differences*, 56, 68-72.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). 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*, 160(4), 765-772.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British journal of psychiatry*, 177(6), 546-550.
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 269-280.
- Racine, M., Choinière, M., Warren R.N. (2014). Predictors of Suicidal Ideation in Chronic Pain Patients: An Exploratory Study. *The Clinical Journal of Pain* 30(5):p 371-378 DOI: 10.1097/AJP.0b013e31829e9d4d
- Rahman, S. G., Alexanderson, K., Jokinen, J., & Mittendorfer-Rutz, E. (2016). Disability pension due to common mental disorders and subsequent suicidal behaviour: a population-based prospective cohort study. *BMJ open*, 6(4), e010152.
- Rajalin, M., Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2013). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of affective disorders*, 148(1), 92-97.
- Ratcliffe, G. E., Enns, M. W., Belik, S. L., & Sareen, J. (2008). Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. *The Clinical journal of pain*, 24(3), 204-210.
- Reeves A, McKee M, Stuckler D (2014).. Economic suicides in the Great Recession in

Europe and North America. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 246–47.

- Rehkopf, D. H., & Buka, S. L. (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological medicine*, 36(2), 145-157.
- Rees, S., Steel, Z., Creamer, M., Teesson, M., Bryant, R., McFarlane, A. C., ... & Silove, D. (2014). Onset of common mental disorders and suicidal behavior following women's first exposure to gender based violence: a retrospective, population-based study. *BMC psychiatry*, 14, 1-8.
- Rezaeian, M. (2010). Suicide among young middle eastern muslim females. *Crisis*.
- Rihmer, Z., Gonda, X., Torzsa, P., Kalabay, L., Akiskal, H. S., & Eory, A. (2013). Affective temperament, history of suicide attempt and family history of suicide in general practice patients. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 350-354.
- Ringel, E., Spiel, W., & Stepan, M. (1952). Suicidal tendency in children. *Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und Deren Grenzgebiete*, 5(4), 344-354.
- Rizvi, S. J., Iskríc, A., Calati, R., & Courtet, P. (2017). Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: evidence from clinical and neuroimaging findings. *Current opinion in psychiatry*, 30(2), 159-167.
- Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, Wypij D, Lightdale JR, Austin SB. (2013). Sexual orientation and functional pain in US young adults: the mediating role of childhood abuse. *PLoS One*;8:e54702.
- Rogers, L. O. (2018). Who am I, who are we? Erikson and a transactional approach to identity research. *Identity*, 18(4), 284-294.
- Ropaj, E. (2023). Hope and suicidal ideation and behaviour. *Current opinion in psychology*, 49, 101491. •
- Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2013). Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *British Medical Journal Open*, 3, e002618. <https://ezp.isikun.edu.tr:2167/10.1136/bmjopen-2013-002618>
- Roy, A., Carli, V., & Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of affective disorders*, 133(3), 591-594.
- Roy A, Segal NL, Sarchiapone M (1995) Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*, 152:1075-1076.
- Röcker, S., & Bachmann, S. (2015). Suicidality in mental illness—prevention and therapy. *Therapeutische Umschau. Revue thérapeutique*, 72(10), 611-617.
- Rubin, A. & Babbie, E. R. (2016). Empowerment Series: Research Methods For Social Work. Boston: Cengage Learning.
- Ruben JP, Ekstrand ML, Heylen E, Srinivasan K. (2023). Correlates for the severity of

suicidal risk in participants with common mental disorders with comorbid chronic medical conditions in rural primary healthcare settings in India. *Indian J Psychiatry*;65:687-93

Rudd, M. D. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 59-72.

Ruffieux, Y., Lemsalu, L., Aebi-Popp, K., Calmy, A., Cavassini, M., Fux, C. A., ... & Yerly, S. T. (2019). Mortality from suicide among people living with HIV and the general Swiss population: 1988-2017. *Journal of the International AIDS Society*, 22(8), e25339.

Ruiz, A. M. P., Fernandez, M. R. B., Komoda, D. S., Treichel, C. A. D. S., & Cordeiro, R. C. (2023). Risk and protective factors for suicide: a populational case-control study, Brazil. *Revista de saude*, 57, 16.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors in resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.

Salway, T., Plöderl, M., Liu, J., & Gustafson, P. (2019). Effects of multiple forms of information bias on estimated prevalence of suicide attempts according to sexual orientation: An application of a Bayesian misclassification correction method to data from a systematic review. *American journal of epidemiology*, 188(1), 239-249.

Sargın, A.E. ve Türkçapar, H. (2019). İntiharın bilişsel davranışçı modeli ve terapisi. İçinde H. Devrimci Özgüven, H. & M. Sercan (Ed.). İntiharı Anlama ve Müdahale: Temel Kitap (s. 248-268). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.

Savi-Çakar, F. (2021). Çocuk ve ergenlerde travma, kayıp ve yas danışmanlığı kuram ve uygulamaları.

Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., ... & Zubrick, S. R. (2000). *The mental health of young people in Australia* (Doctoral dissertation, Blackwell Science).

Scardera, S., Perret, L. C., Ouellet-Morin, I., Gariépy, G., Juster, R. P., Boivin, M., ... & Geoffroy, M. C. (2020). Association of social support during adolescence with depression, anxiety, and suicidal ideation in young adults. *JAMA network open*, 3(12), e2027491-e2027491.

Sercan (2019). Kendine Kıymanın Zaman İçindeki Yolculuğu. İntiharı Anlama ve Müdahale içerisinde, Ed: Devrimci Özgüven, H., Sercan, M. *Türk Psikiyatri Yayınları*

Šedivya, N. Z., Podlogar, T., Kerr, D. C., & De Leo, D. (2017). Community social support as a protective factor against suicide: a gender-specific ecological study of 75 regions of 23 European countries. *Health & place*, 48, 40-46.

Shenton, A. K. (2004). Strategies For Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research

Projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75.

Shepherd BF, Kelly LM, Brochu PM, Wolff JC, Swenson LP. Am. (2023). *J. Orthopsychiatry*; 93(2): 107-119.

Sher, L. (2006). "Risk and Protective Factors for Suicide in Patients with Alcoholism", *The Scientific World Journal*, vol. 6, Article ID 796725, 7 pages, <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.254>

Shneidman, E. (1972). Foreward. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. ix–xi). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Shneidman ES, Farberow NL. (1957). *Clues to Suicide*. New York, NY: Blakiston Division

Shneidman, E. S. (1985). Some thoughts on grief and mourning. *Suicide and life-threatening behavior*, 15(1), 51.

Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In American Psychological Association Convention, Aug, 1986, Washington, DC, US; This chapter is based upon one of the 1986 Master Lectures that were presented at the aforementioned convention. *American Psychological Association*.

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.

Shneidman, E. S. (1997). The suicidal mind. In R. W. Maris, M. M. Silverman, & S. S. Canetto (Eds.), *Review of suicidology, 1997* (pp. 22–41). Guilford Press. (Reprinted in modified form from E. Shneidman, "The Suicidal Mind," New York: Oxford University Press, 1996)

Shneidman, E. S. (1998). *The suicidal mind*. Oxford University, USA.

Shneidman, E. S. (1999). Conceptual contribution: The psychological pain assessment scale. *Suicide and life-threatening behavior*, 29(4), 287.

Shneidman, E. S. (1999). *Lives and deaths: Selections from the works of Edwin S. Shneidman*. Psychology Press.

Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11-36.

Shoib, S., Armiya'u, A. Y. U., Nahidi, M., Arif, N., & Saeed, F. (2022). Suicide in Muslim world and way forward. *Health science reports*, 5(4).

Smith GD, Phillips AN, Neaton JD (1992) Smoking as " independent" risk factor for suicide: illustration of an artifact from observational epidemiology? *The Lancet* 340: 709–712.

Silva, L. S. D., Silva, P. A. D., Demenech, L. M., Vieira, M. E. C. D., Silva, L. N., & Dumith, S. C. (2023). Suicide risk in high school students: who are the most

vulnerable groups?. *Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo*, 41, e2021236. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021236>

- Silverman M.M., De Leo D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis*. 37:83–87. doi: 10.1027/0227-5910/a000419.
- Song, W., Li, H., Guo, T., Jiang, S., & Wang, X. (2019): Effect of affective reward on cognitive event- related potentials and its relationship with psychological pain and suicide risk among patients with major depressive disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1290-1306. <https://doi.org/10.1111/sltb.12524>.
- Song, I. H., Kwon, S. W., & Kim, J. E. (2015). Association between suicidal ideation and exposure to suicide in social relationships among family, friend, and acquaintance survivors in South Korea. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45, 376–390. <https://ezp.isikun.edu.tr:2167/10.1111/sltb.12158>
- Sonneck, G. (1993) Kriz ve İntihar Tehlikesi. H. Goll, H. Herzog, M. Klejna, S. Kuess, E. Probsting ve diğerleri (Eds.) Y. Sözer ve B. Subaşı (Çev.) 56-67. Ankara: *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları*, No.4
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213.
- Spirito, A., & Lewander, W. (2004). Assessment and disposition planning for adolescent suicide attempters treated in the emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 5(3), 154-163.
- Spínola, J., Campos, R. C., Marques, D., & Holden, R. R. (2022). Psychache, unmet interpersonal needs, childhood trauma and suicide ideation in young adults. *Death studies*, 46(4), 930-939.
- Stack, S., & Kposowa, A. J. (2011). Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the scientific study of religion*, 50(2), 289-306.
- Stanley, I. H., Boffa, J. W., Hom, M. A., Kimbrel, N. A., & Joiner, T. E. (2017). Differences in psychiatric symptoms and barriers to mental health care between volunteer and career firefighters. *Psychiatry Research*, 247, 236-242.
- Steuber TL, Danner F. (2006). Adolescent smoking and depression: Which comes first? *Addict Behav.*;31(1):133-6. [PubMed ID: 15922514]. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.04.010>.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2014). *Basics Of Qualitative Research Techniques*. New York: Sage.
- Still, D. (2021). Romantic relationship quality and suicidal ideation in young adulthood. *Society and Mental Health*, 11(2), 134-148.

- Stone, D. M., Holland, K. M., Schiff, L. B., & McIntosh, W. L. (2016). Mixed methods analysis of sex differences in life stressors of middle-aged suicides. *American journal of preventive medicine*, 51(5), S209-S218.
- Sun, X., Li, H., Song, W., Jiang, S., Shen, C., & Wang, X. (2020): ROC analysis of three-dimensional psychological pain in suicide ideation and suicide attempt among patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 210-227. <https://doi.org/10.1002/jclp.22870>
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., & Terracciano, A. (2015). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23:171-179. doi: 10.1016/j.jagp.2014.03.007
- Szkody, E., & McKinney, C. (2019). Indirect effects of social support on psychological health through self-esteem in emerging adulthood. *Journal of family issues*, 40(17), 2439-2455.
- Szkody, E., & Mckinney, C. (2019). Social Support Versus Emotion Regulation: Mediators of Attachment and Psychological Problems After Social Exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(10), 882-905. doi:10.1521/jscp.2019.38.10.882
- Szkody, E., & McKinney, C. (2020). Parental Depression and Emerging Adult Psychological Problems: Indirect Effects by Parents' Social Support and Emerging Adult Engagement Coping. *Basic and Applied Social Psychology*, 42(4), 209-218. doi:10.1080/01973533.2020.1737069
- Şahbaz, H. (2022) Coğrafi Bir Bakış Açısıyla 2002-2019 Döneminde Türkiye'deki İntiharlar *ETÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi | ETU Journal of Social Sciences Institute* e-ISSN: 2717 - 8706 Sayfa: 64-103, <https://doi.org/10.1109/5.771073>.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Parmis, F. & Türk Kurtça, T. (2021). A Revised And Expanded Version Of The Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ- 33): Overprotection-Overcontrol As Additional Factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760171>
- Şar, V., Öztürk,E. & İkikardeş,E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Olceğinin Türkçe Uyarlamasının Gecerlilik ve Güvenilirliği . *Türkiye Klinikleri* 1054 J Med Sci ;32(4)
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American journal of community psychology*, 13(2), 187.
- Tarhan, S. (2012). The prediction of hope from self-efficacy, perceived social support and personality traits. Unpublished doctoral thesis, Gazi University, Ankara, Turkey.
- Tarım, N. (2021). The Effects Of Childhood Adversity And Benevolent Childhood Experiences On Adult Resilience. Istanbul Bilgi University Institute Of Graduate Programs Clinical Psychology Master's Degree Program.

- Till, B., Tran, U. S., Voracek, M., & Niederkrotenthaler, T. (2016). Music and suicidality: A study on associations between music preferences and risk factors of suicide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 72(4), 340-356.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161.
- Thomas, A. L., & Brausch, A. M. (2022). Family and peer support moderates the relationship between distress tolerance and suicide risk in black college students. *Journal of American college health*, 70(4), 1138-1145.
- Tondo, L., & Baldessarini, R. J. (2016). Suicidal behavior in mood disorders: response to pharmacological treatment. *Current psychiatry reports*, 18, 1-11.
- Trakhtenbrot R, Gvion Y, Levi-Belz Y, Horesh N, Fischel T, Weiser M, et al (2016). Predictive value of psychological characteristics and suicide history on medical lethality of suicide attempts: a follow-up study of hospitalized patients. *J Affect Disord*. 199:73–80. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.054
- Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 1019-1027.
- Trakhtenbrot R, Gvion Y, Levi-Belz Y, Horesh N, Fischel T, Weiser M, et al. (2016). Predictive value of psychological characteristics and suicide history on medical lethality of suicide attempts: a follow-up study of hospitalized patients. *J Affect Disord*. 199:73–80. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.054
- Tsai M, Lari H, Saffy S, Klonsky ED. (2021). Examining the three-step theory (3ST) of suicide in a prospective study of adult psychiatric inpatients. *Behav Ther*. 52:673–85. doi: 10.1016/j.beth.2020.08.007
- Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Borges GLG, Bromet EJ, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Lepine J-P, Haro JM, Levinson D, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Seedat S, Watanabe M. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain*;9:883–91.
- Tsigebrhan, R., Hanlon, C., Medhin, G., & Fekadu, A. (2017). Help seeking and suicidality among people with epilepsy in a rural low income country setting: cross-sectional survey. *International journal of mental health systems*, 11(1), 1-9.
- Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. (2011) Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical Sci Monit*.;17(8):PH65-70. <https://doi.org/10.12659/MSM.881887>
- Tunçer, B. (2022). Genç yetişkinlerde intihar olasılığının affedicilik, bilinçli farkındalık ve minnettarlık değişkenleri açısından incelenmesi. Examining of suicide probability in terms of the forgivingness, mindfulness and gratitude variables in young adults. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

- Turecki G, Brent DA. (2016) Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 387(10024):1227-39. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Turecki G., Brent D.A., Gunnell D., O'Connor R.C., Oquendo M.A., Pirkis J., Stanley B.H. (2019) Suicide and suicide risk. *Nat. Rev. Dis. Prim.* 2019;5:74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0
- Turner, B. J., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Psychopathology and risk of suicide.
- TÜİK (2022) Türkiye İstatistik Kurumu İntihar istatistikleri veri tabanı tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: Kasım 2023).
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2015). Protective Factors. *The Wiley Handbook of Eating Disorders*, 430–444. doi:10.1002/9781118574089.ch33
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of health and social behavior*, 51(1_suppl), S54-S66.
- Uygun, S. D., Uytun, M. Ç., Ünlü, H. K., Ayıdağa, E. A., Büyükceran, Ö. Ç., Vatansever, G., ... & Kılıç, B. G. (2023). Turkish adaptation study of the ask suicide-screening questions in adolescents. *Archives of Neuropsychiatry*, 60(2), 158.
- Üzel, T., & İnci, F. (2020). Depresyon hastalarında çocukluk çağı travmaları, başa çıkma tutumları, intihar düşüncesinin düzeyi ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
- Valles, N. L., Harris, T. B., & Sargent, J. (2019). Mental health issues: child physical abuse, neglect, and emotional abuse. *A practical guide to the evaluation of child physical abuse and neglect*, 517-543.
- Van der Kolk, B. A. (2019). Beden kayıt tutar: Travmanın iyileşmesinde beyin, zihin ve beden (N. C. Maral, Çev.). *Nobel Akademik Yayıncılık*. (Orijinal çalışma basım tarihi 2014).
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24, 197–215. doi:10.1037/a0025358
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. (2010) *Psychol Rev.* Apr;117(2):575-600. doi: 10.1037/a0018697. PMID: 20438238; PMCID: PMC3130348.
- Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Mugisha, J., ... & Stubbs, B. (2018). Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 225, 438-448.
- Vargas, P. A., & Robles, E. (2019). Asthma and allergy as risk factors for suicidal behavior among young adults. *Journal of American college health*, 67(2), 97-112.

- Vasquez, B. "The Therapeutic Value of Emo Music. (2019)" Artefact Magazine, <https://www.artefactmagazine.com/2019/02/25/therapeutic-value-emo-music/>
- Velkoff, M., & Huberty, T. (1988). Thinking patterns and motivation. In D. Capuzzi & L. Golden (Eds.), *Preventing adolescent suicide* (pp. 111-147). IN: Accelerated Development.
- Velkoff, P., & Huberty, T. J. (2013). Thinking patterns and motivation. *In Preventing adolescent suicide* (pp. 111-147). Routledge.
- Venta, A., Velez, L., & Lau, J. (2016). The role of parental depressive symptoms in predicting dysfunctional discipline among parents at high-risk for child maltreatment. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3076-3082. doi:10.1007/s10826-016-0473-y
- Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P (2016) Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Front Psychiatry*, 7:108.
- Vespa, J. (2017). The changing economics and demographics of young adulthood: 1975-2016 (pp. 1-23). Washington, DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau.
- Vijayakumar, L., Kumar, M. S., & Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Current opinion in psychiatry*, 24(3), 197-202.
- Villarroel, M. A., & Terlizzi, E. P. (2020). Symptoms of depression among adults: United States, 2019 (pp. 1-8). Hyattsville, MD, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Volkow, N. D., Icaza, M.-E.-M.-M., Poznyak, V., Saxena, S., Gerra, G., & Network, the U.- W. I. S. (2019). Addressing the opioid crisis globally. *World Psychiatry*, 18(2), 231–232. <https://doi.org/10.1002/wps.20633>
- Vuscan, M. E., Faludi, C., Rusu, S. I., Vica, M. L., Balici, S., Siserman, C. V., ... & Matei, H. V. (2022). Determinants of Suicide Ideation in the Romanian Population. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 10384.
- Vygotsky, L. S. (1978). The role of play in development.
- Vygotsky, L. S. (1965). Psychology and localization of functions. *Neuropsychologia*, 3(4), 381-386.
- Watson, K., Handal, B., Maher, M., & McGinty, E. (2017). Globalising The Class Size Debate: Myths And Realities. *Journal of International and Comparative Education* (JICE), 72-85.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ... & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on

suicide treatment and prevention. *European psychiatry*, 27(2), 129-141.

- Wahba, N., & Hamza, H. (2022): Psychological Pain, Anger Rumination, and Its Relation with Suicidal Ideations among Patients with Major Depressive Disorder. *International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research*, 3(1), 95-116. <https://doi.org/10.21608/ejnsr.2022.247066>.
- Wang, X., Bergren, S., & Dong, X. (2023). Association Between Social Support and Depression Help-Seeking Behaviors Among US Chinese Older Adults. *Journal of aging and health*, 08982643221106870.
- Wang, W., Guo, X., Kang, L., Zhang, N., Ma, S., Cheng, J., & Liu, Z. (2022): The influence of family-related factors on Suicide in major depression patients. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 919610. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.919610>.
- Wedig, M. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2013). Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry research*, 208(3), 252-256.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 Years later. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001-1008. doi:10.1176/appi.ajp.163.6.1001
- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and preventive psychology*, 12(4), 189-201.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. *American Psychological Association*.
- Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D.B., O'Carroll, R., & O'Connor (2018). From ideation to action: Differentiating between those who think about Suicide and those who attempt Suicide in a national study of young adults. *Journal of Affective Disorders*, 241, 475–483.
- Wetherall, K., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2019). Social rank theory of depression: A systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. *Journal of affective disorders*, 246, 300-319.
- Winfrey Jr, L. T., & Jiang, S. (2010). Youthful suicide and social support: Exploring the social dynamics of suicide-related behavior and attitudes within a national sample of US adolescents. *Youth violence and juvenile justice*, 8(1), 19-37.
- Winnicott, D. W. (1971) The use of an object and relating through identifications. In *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1991). *Playing and reality*. Psychology.
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 287–

- Wildeboer, E. M., Chambers, C. T., Soltani, S., & Noel, M. (2023). The relationship between chronic pain, depression, psychosocial factors, and suicidality in adolescents. *The Clinical Journal of Pain*, 39(5), 226-235.
- Wilson, K. G., Kowal, J., Henderson, P. R., McWilliams, L. A., & Péloquin, K. (2013). Chronic pain and the interpersonal theory of suicide. *Rehabilitation psychology*, 58(1), 111.
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 219, 86-92.
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014 [erişim tarihi: 2023 Oct 6]. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=3E929CEB7EF7523576B31CF3C2091A04?sequence=1
- World Health Organization. Suicide data. Retrieved November 19, 2018, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- World Health Organization [WHO] (2019). Suicide. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates. Geneva (CH) (2020): WHO; [Erişim tarihi: Mayıs 2023]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
- World Health Organization, (2021): Suicide. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/suicide>. Date created: 17h June. Date accessed 14 th January 2022.
- Wroblewski, A. (2002). *Suicide Survivors: A guide for those left behind*. Minneapolis, MN: SAVE.
- Wu, R. Zhu, H. Wu, M. Y. Wang, G. H. ve Jiang, C. L. (2022). Childhood trauma and suicide: the mediating effect of stress and sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8493. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148493>
- Wu A, Wang JY, Jia CX. (2015). Religion and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*;10(6):e0131715.
- Yaghoubi Jami, P., Walker, D. I., & Thoma, S. J. (2021). Young adults' empathic responses to others in psychological pain as compared to physical pain: does prior experience of pain matter? *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-021-01852-y
- Yakeley, J., & Burbridge-James, W. (2018). Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. *BJPsych Advances*, 24(1), 37-45.

- Yeager, D. S., Lee, H. Y., & Jamieson, J. P. (2016). How to improve adolescent stress responses: Insights from integrating implicit theories of personality and biopsychosocial models. *Psychological Science*, 27, 1078–1091. <https://doi.org/10.1177/0956797616649604>.
- Yen, C.-F., Liu, T.-L., Yang, P., & Hu, H.-F. (2015). Risk and Protective Factors of Suicidal Ideation and Attempt among Adolescents with Different Types of School Bullying Involvement. *Archives of Suicide Research*, 19(4), 435–452. doi:10.1080/13811118.2015.1004490 10.1080/13811118.2015.1004490
- Yeşiloğlu, C., Tamam, L., Demirkol, M. E., Namli, Z., Karaytuğ, M. O., & Güzelbaba, Ş. Ş. (2023). The relationship of coping skills with psychache in patients with depressive disorder. *Medicine*, 102(29), e34339.
- Yıldız, D., Çiftçi, A., & Yalçın, Ö. (2020). Bir ÇEMATEM kliniğinde yatan ergen hastalarda madde kullanım eğilimleri, psikososyal travmalar, psikiyatrik komorbiditeler ve cinsiyet farklılıkları. *Dusunen Adam*, 33(2), 190-202.
- Yip, P. S., & Thorburn, J. (2004). Marital status and the risk of suicide: experience from England and Wales, 1982–1996. *Psychological reports*, 94(2), 401-407.
- Yong, N., Luo, J., Luo, J. M., Yao, Y. S., Wu, J., Yang, H., ... & Pan, J. Y. (2023). Non-suicidal self-injury and professional psychological help-seeking among Chinese left-behind children: prevalence and influencing factors. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-11.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2022). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Zhang, X., Ren, Y., You, J. et al. (2017) Distinguishing Pathways from Negative Emotions to Suicide Ideation and to Suicide Attempt: the Differential Mediating Effects of Nonsuicidal Self-Injury. *J Abnorm Child Psychol* 45, 1609–1619 <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0266-9>
- Zhang, S., Wang, A., Zhu, W., Qiu, Z., & Zhang, Z. (2022). Meta-analysis of risk factors associated with suicidal ideation after stroke. *Annals of general psychiatry*, 21, 1-11.
- Zhao, J., Yang, X., Xiao, R., Zhang, X., Aguilera, D., & Zhao, J. (2012). Belief system, meaningfulness, and psychopathology associated with suicidality among Chinese college students: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 12(1), 1-11.
- Žižek (2002). Everything you always wanted to know about lacan: (But were afraid to ask Hitchcock). New York: Verso
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610-617.

- Zullig, K. J., & Divin, A. L. (2012). The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addictive behaviors*, 37(8), 890-899.
- Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Garton, A., Burton, P., Dalby, R., Carlton, J., Shepherd, C., & Lawrence, D. (1995). Western Australian Child Health Survey: Developing Health and Well-Being in the Nineties. Perth, Western Australia: Australian Bureau of Statistics and the Institute for Child Health Research.



EKLER

EK-1 İstanbul Tıp Fakültesi Tübitak Projesi Yasal İzni



T.C.
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI



Sayı :68389083
Konu : Bengül Sare Sevdâ Pelin KILIÇ ÖZER
Çalışma İzni

20/01/2023

TÜRKİYE BİLİMSEL VE TEKNOLOJİK ARAŞTIRMA KURUMU' NA (TÜBİTAK)

İşık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Program Öğrencisi **Bengül Sare Sevdâ Pelin KILIÇ ÖZER**'in **Dr. Öğr. Üyesi Ezgi DEVECİ** danışmanlığında yürüteceği "Beliren yetişkinlikte depresyon, intihar olasılığı ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki, psikolojik acı ve koruyucu faktörlerinin rolü" başlıklı çalışmasını Anabilim Dalımız öğretim üyesi **Prof. Dr. Başak YÜCEL**'in gözetimi altında yürütmesi, hastaları değerlendirmesi ve veri toplaması ekte tarafınıza sunulan 26/10/2022 tarih ve 412. sayılı akademik kurul kararımızla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederiz.

EK-2 Işık Üniversitesi Etik Kurul Dilekçesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.10.2022-20090



T.C.
FMV IŞIK ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul

Sayı : E-32760440-050.01.04-20090
Konu : Etik Kurul Toplantı Tutanağı

14.10.2022

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Etik Kurulumun 28.07.2022 tarih 2022/10 ve 11.08.2022 tarih 2022/11 sayılı toplantılarında alınan kararlar ekte sunulmaktadır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Adnan UZUN
Kurul Başkanı

Ek:

- 1- 28.07.2022 Tarih ve 2022_10 Nolu Etik Kurul Toplantı Tutanağı (23 Sayfa)
- 2- 11.08.2022 Tarih ve 2022_11 Nolu Etik Kurul Toplantı Tutanağı (20 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Dağıtım Kodu: IŞUFMENK1
Adnan Işık Üniversitesi 34090 Şile/İstanbul
Telefon: 444 07 99 Faks: 0216 712 14 68
e-Posta: info@isikun.edu.tr Elektronik Ağı: www.isikun.edu.tr
Kapı Adresi: isikunrasmesigi@isikun.edu.tr

Belge Takip Adresi: <https://e-imza.isikun.edu.tr/etk/etk-uzunadnan-uzun>

Belge İçeri: Adnan UZUN

Telefon: 444 07 99-



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3 Işık Üniversitesi Etik Kurul Alt Komisyon Raporu

FMV IŞIK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI
ETİK KURUL ALT KOMİSYON RAPORU

Klinik Psikoloji Doktora Programı 219DPY9246 öğrenci no'lu, Bengü Sare Sevdâ Pelin Kılıç tarafından yürütülecek olan "Beliren Yetişkinlikte Depresyon, İntihar Olasılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki: Psikolojik Acı ve Koruyucu Faktörlerin Rolü" başlıklı tez araştırma protokolüne ait dosyanın incelenmesi sonucunda; tez araştırmasında katılımcıların risklerinin bulunmadığı, katılımcı/örneklem seçiminin yeterli olduğu, savunmasız herhangi bir katılımcının bulunmadığı, katılımcıların gönüllü olarak katıldığını belgeleyen bilgilendirilmiş onay formunun düzenlendiği, katılımcıların gizlilik ilkesine uygun olarak bilgi ve verilerinin korunduğu, kimlik bilgilerinin saklı tutularak bulguların sadece bilimsel amaçla ve toplum yararı için kullanılacağına açıklandığı belirtilmiş ve etik yönden uygun bulunmuştur. 16.06.2022

Prof. Dr. Gülden Güvenç

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci

Dr. Öğr. Üyesi Miray Akyunus

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



EK-4 Işık Üniversitesi Etik Altı Kurul Değerlendirme Formu

FMV IŞIK ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA TEZ/PROJE/ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI İÇİN ETİK ALT KURUL DEĞERLENDİRME FORMU			
Tez/Proje/Araştırma Adı	: Beliren Yetişkinlikte Depresyon, İntihar Olasılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki: Psikolojik Acı ve Korumacı Faktörlerin Rolü		
Yürütücü	: Bengü Sare Sevdâ Pelin Kılıç		
Danışman	: Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci		
Başvuru Tarihi	: 9.06.2022		
1. Niteliği gereği çalışma için Etik Kurulu onayı gerekli midir?			
☒ Evet ☐ Hayır			
2. Katılımcıların uğrayabileceği riskler beklenen yararlarla uyumlu mu?			
☒ Evet ☐ Hayır			
(a) Risk var mı? ☐ Evet ☒ Hayır 			
(b) Yarar var mı? ☒ Evet ☐ Hayır 			
(c) Bu yararlarla göre riskler değer mi? ☒ Evet ☐ Hayır 			
3. Riskler minimize edilmiş mi?			
☒ Evet ☐ Hayır			
4. Yararlar maksimize edilmiş mi?			
☒ Evet ☐ Hayır			
5. Katılımcı seçimi dengeli mi?			
☒ Evet ☐ Hayır			
6. Savunmasız katılımcılar için ek önlemler alınmış mı?			
☒ Evet ☐ Hayır			
7. Katılımcıların özgür ve bilgilendirilmiş bir şekilde araştırmada rol almaları sağlanmış mı?			
☒ Evet ☐ Hayır			
(a) Katılım onay formu var mı? ☒ Evet ☐ Hayır 			
(b) Form anlaşılabilir bir nitelikte mi? ☒ Evet ☐ Hayır 			
8. Özel yaşam ve katılımcı güvenliği korunuyor mu?			
☒ Evet ☐ Hayır			
9. Verilerin korunması için gerekli tedbirler alınmış mıdır?			
☒ Evet ☐ Hayır			
SONUÇ :			
☒ Etik açıdan uygundur ☐ Etik açıdan düzeltmeler gereklidir.* ☐ Etik açıdan uygun değildir*			
*Nedenlerini ek bir rapor halinde açıklayınız.			
TARİH	16.06.2022	Prof. Dr. Gülden Güvenç	Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci
			Dr. Öğr. Üyesi Miray Akyunus

**EK-5 İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim
Başkanlığı Akademik Kurul Dilekçesi**

Tarih ve Sayı: 08.11.2022-1371545



T.C.
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığı



Sayı :E-68389083-600-1371545
Konu :412. Akademik Kurul

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Anabilim Dalımızda 26/10/2022 tarih ve 412 sayısı ile yapılan Akademik Kurul tutanağımız
ektedir.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Başak YÜCEL
Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Kerim GÜLER
Bölüm Başkanı

Bu belge, gönderi elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSETAYD04 Pın Kodu :04062

Belge Takip Adresi : <https://www.tckr.gov.tr/istanbul-sa-rumleri-olga>

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çarşı/Fatih/İSTANBUL

Tel : (212) 414 2171 Faks : (212) 414 2038

e-posta : ifdh@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbulip.istanbul.edu.tr>

Kayıt Adresi : istanbuluniversonline@istanbulip.kap.tr

Belge İmza : Hilmiye YERMAZ (Emza
AYDIN Vakıfı/Şişli)
Dahili : 31459



Bu belge 3070 sayılı Elektronik İmza Kanununa ve 5. Mükerrer gereğince gönderi elektronik imza ile onaylanmıştır.

**EK-6 İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Başkanlığı Akademik Kurul Toplantısı Etik Onayları**

 T.C. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI 	
Sayı: 412 Konu: Ekim 2022 Akademik Kurul Toplantısı	26/10/2022
Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 20/10/2022 tarihli davet üzerine Anabilim Dalı Akademik Kurulu'nu 26/10/2022 tarihinde saat: 10:00' da toplantı ve alınan kararlar:	
Gündem:	
1- Geçen toplantı tutanağının okunması, 2- Gelen evraklar-toplantılarda ilgili bilgi aktarılması, 3- Uzman Talebinin görüşülmesi 4- Akademik Kurul Üyelerinin İstek ve Görüşleri.	
KARARLAR	
1- Dr.Mourat GHUSOUF CHOUSEIN'in "Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda erileme davranışının dürtüsellik ve sıkıntıya dayanmayla ilişkisi" isimli Prof.Dr.M.Raif TÜKEL danışmanlığında yürüttüğü tez çalışması için 14/11/2022 tarihinde sınava girme talebine ilişkin dilekçesi kabul edildi. Jüri üyeleri Prof.Dr.Başak YÜCEL, Prof.Dr.M.Raif TÜKEL, Doç.Dr.Erhan ERTEKİN ve yedek üyeler Prof.Dr.V. Alp UÇOK, Doç.Dr.Neşe Dürak TEÇİRLİ olarak belirlendi.	
2- Dr. Sibel Elmas'ın " Tedaviye yanıt veren ve vermeyen Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde nörolojik sifit belirtilerin negatif ve bilişsel belirtiler ile ilişkisi" isimli Prof.Dr.V.Alp UÇOK danışmanlığında yürüttüğü tez çalışması için 30/11/2022 tarihinde sınava girme talebine ilişkin dilekçesi kabul edildi. Jüri üyeleri Prof.Dr.Başak YÜCEL, Prof.Dr.V.Alp UÇOK, Doç.Dr.Neşe Dürak TEÇİRLİ ve yedek üyeler Prof.Dr.M.Raif TÜKEL ve Doç.Dr.Milge BOZKURT olarak belirlendi.	
3- Dr.Hayide Arjant KARA'nın " Şizofreni, şizofreniiform bozukluk ve bipolar bozukluk tanımlı hastalarda kognisyon ve metakognisyon" başlıklı Doç.Dr.Neşe Dürak TEÇİRLİ danışmanlığında yürüttüğü tez çalışması için 15/12/2022 tarihinde sınava girme talebine ilişkin dilekçesi kabul edildi. Jüri üyesi Prof.Dr.Başak YÜCEL, Prof.Dr.V.Alp UÇOK, Doç.Dr.Neşe Dürak TEÇİRLİ ve yedek üyeler Prof.Dr.Muharrem Barut KULAKSIZOĞLU ve Doç.Dr.Milge BOZKURT olarak belirlendi.	
4- İyik Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Program Öğrencisi Bengül Sarı Sevdâ Pelin Kılıç Özer'in Dr.Öğretim Üyesi Ergi Devenci danışmanlığında yürüttüğü "Belirli yetkinlikte depresyon, intihar olasılığı ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki, psikolojik adı ve koruyucu faktörlerinin rolü" başlıklı tez çalışmasına anabilim dalımızda, Prof.Dr.Başak YÜCEL'in gözetimi altında tamamlanmasına ilişkin dilekçesi kabul edildi.	
5- Anabilim dalımız Öğretim Üyelerinden Dr. Öğretim Üyesi İsmail Polat'ın anabilim dalımız bünyesinde yer alan Kognisyon-İşlevsel Psikopatoloji Bilim Dalı'nda görevli görevlendirilmesi kabul edildi.	
6- Anabilim Dalı'nın Öğretim görevlisi görevini okuduğu vurgulandı ve ortak görüşle, bu itibarla yönetici fakülte yönetiminden talepler	

2022/413, Akademik Kurul 30/11/2022 tarihinde saat: 10:00' da İ.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. Kütüphanesinde toplanacaktır

Bu belge 5072 sayılı Elektronik İmza Kanununa E. Mühürle geçerli bir güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

EK-7 Birinci Aşama Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, FMV Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Doktora Programı kapsamında, Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci danışmanlığında Uzman Klinik Psikolog Bengü Sare Sevdâ Pelin Kılıç Özer tarafından yürütülen doktora bitirme tezidir.

Çalışmanın amacı 18-25 yaş aralığında olan bireylerin depresyon, çocukluk çağı travmaları, psikolojik acı ve algılanan sosyal destek gibi psikolojik ve sosyal faktörler ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmaya sizin dışınızda tahminen 1199 kişi katılacaktır. İki aşamadan oluşan bu çalışmada birinci aşama sonrası ilgili kriterleri sağlayan bireylerle iki hafta sonra ikinci aşamada online olarak yüz yüze görüşmeler yapılacaktır. Bu nedenle isim-soy isim ve iletişim bilgileri alınacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**.

Elde edilen bilgiler üçüncü kişilerle paylaşılmayacak, araştırma sonlandığında imha edilecek ve yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmanın ortalama 15 dakika kadar sürmesi beklenmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyup sizin için en uygun yanıtları seçmeniz önemle rica olunur.

Çalışmaya katılım **gönüllülük esasına** dayanmaktadır. Bazı sorular sizin için zorlayıcı olabilir, içtenlikle ve doğru yanıt vermeniz önemlidir. Çalışmadan istediğiniz zaman sebep göstermeksizin çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmada yer almayı kabul ediyorsanız aşağıdaki onayı kutusunu işaretleyiniz.

Herhangi bir sorunuz olması halinde _____ adresinden iletişime geçebilir, görüş ve önerilerinizi iletebilirsiniz. Katılım ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Katılımcı Beyanı:

Yukarıda yapılan açıklamaları okudum, anladım ve bu çalışmaya kendi isteğim ile gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

EK-8 İkinci Aşama Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Işık üniversitesi Klinik Psikoloji doktora programı öğrencisi Uzman Klinik Psikolog Bengü Sare Sevda Pelin Kılıç Özer'in Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Deveci danışmanlığında yürüttüğü tez çalışmasının ikinci aşamasıdır.

Araştırmada intihara ilişkin risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Yapılan bu araştırma tanı ve tedavi amacı taşımamaktadır. Çalışmada size intiharla ilgili sorular sorulması planlanmaktadır. Bazı sorular sizin için zorlayıcı olabilir, içtenlikle ve doğru yanıt vermeniz önemlidir. Çalışmadan ayrılma hakkınız bulunmakta ve ayrılmanız ardından verdiğiniz bilgiler silinmektedir. Araştırma sonrası elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel araştırmalarda kullanılacak ve etik kurallar çerçevesinde korunacaktır. Ancak bireyin, kendisine ve/veya başka kişilere ciddi/fiziksel bir zarar verme planı/niyeti varsa, gizliliğin bozulması yasal nedenler gereğince zorunludur. Yukarıdaki gibi bir durum söz konusu olduğunda bilgileriniz psikiyatristiniz/psikoterapistiniz ile tedavi sürecinizin ilerlemesi için paylaşılacak olup bunun dışında üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Araştırma yaklaşık 30 dakika kadar çevrimiçi görüntülü video görüşmesi üzerinden tarafların birbirinden maddi beklentisi olmaksızın gerçekleşecektir. Araştırma sırasında cevaplarınızın not alınabilmesi amacıyla ses kaydı alınacak olup, bu kayıt yalnızca araştırmada yanıtları değerlendirmek için araştırmacı tarafından kullanılacak; herhangi bir yerde dinlenmeyecek ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırmada görüntü, video kaydı kesinlikle yapılmayacaktır.

Yukarıda bilgileri verilen çalışmada yer almayı gönüllü şekilde, kendi rızamla kabul ettiğimi, görüşmenin bir tedavi değil, araştırma amaçlı olduğunu anladığımı, araştırma sonrası Uzman Klinik Psikolog Bengü Sare Sevda Pelin Kılıç Özer'in tarafıma çalışmanın olası risklerine dair bilgilendirildiğimi, çalışmadan ayrılma hakkımın olduğunu bildiğimi, herhangi bir olası eylemde bulunmamın sorumlusunun ilgili araştırmanın danışmanı, yürütücüsü ve bağlı olduğu kurum/kuruluşların olmadığını ve tarafıma iletilen bilgileri okuduğumu, anladığımı, kabul ettiğimi beyan ederim.

Tarih:

İsim:

İmza:

EK-9 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

1. Doğum tarihiniz nedir? --/--/----
2. Biyolojik (doğumda atanmış) Cinsiyet ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Kendinizi tanımladığınız cinsiyet nedir? ☐ Kadın ☐ Erkek
4. Romantik bir ilişkiniz var mı? ☐ Var ☐ Yok
- a. Varsa Medeni durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Bekar
5. En son mezun olduğunuz eğitim düzeyi
☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
6. Bugüne dek aldığınız toplam eğitim yılı (.....)
7. Anneniz hayatta mı? ☐ Hayatta ☐ Hayatta değil
8. Babanız hayatta mı? ☐ Hayatta ☐ Hayatta değil
9. Daha önce sizin için önemli birini kaybettiniz mi? ☐ Evet (.....) ☐ Hayır
10. Daha önce sizin için önemli bir hayvanı (evcil dost) kaybettiniz mi?
11. Çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
- a. Evet ise: ☐ tam zamanlı ☐ yarı zamanlı
12. Mesleğiniz nedir? (.....)
13. Çevreniz ile karşılaştırdığınızda gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek ☐ Çok yüksek
14. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır
- a. Evet ise günde kaç adet sigara içersiniz? (.....)
15. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır
- a. Evet ise alkol türü (.....)
- b. Haftada kullandığınız miktar (.....)
16. Herhangi bir uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır
- a. Evet ise türü nedir?
- b. Haftada kullandığınız miktarı nedir?
17. Birlikte yaşadığınız kişiler: ☐ Tek ☐ Aile ☐ Arkadaş ☐ Partner-Eş ☐ Diğer (.....)
18. İçinde büyüdüğünüz aile yapınız: ☐ Çekirdek ☐ Geniş ☐ Parçalanmış ☐ Diğer
19. Sahip olduğunuz bir dini inanç var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım
20. Şu an sahip olduğunuz psikiyatrik hastalığın adı ve süresi nedir?

a. Hastalığın adı:

b. Süresi: ...

21. Şu an herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

a. İlacın adı:

b. Süresi: ...

22. Geçmişte kullandığınız bir psikiyatrik ilaç var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

a. İlacın adı:

b. Süresi: ...

23. Geçmişte kullanıp bıraktıysanız ne kadar süre önce bıraktınız? (.....)

24. Şu an herhangi bir psikoterapi desteği alıyor musunuz?

a. Şu an Psikoterapi desteği alıyorum. (.... Aydır)

b. Hiç psikoterapi desteği almadım.

c. Şu an psikoterapi desteği almıyorum ancak geçmişte aldım.

25. Daha önce psikiyatrik hastalığınız sebebiyle hastaneye yattınız mı/yatarak tedavi oldunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır

a. Kaç kez:

b. Süresi: ...

26. Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Varsa bu kişi ile yakınlığınız nedir?

☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Eş ☐ Anneanne, babaanne, dede

☐ Amca, hala teyze, dayı ve kuzenler

27. Herhangi bir fiziksel engeliniz var mı? ☐ Evet (.....) ☐ Hayır

28. Doktor tanısı olan herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı? (Örn: diyabet, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, hiperlipidemi, kanser, vb.. gibi) ☐ Evet ☐ Hayır

a. Hastalığın adı:

b. Süresi:

29. Fiziksel hastalığınıza bağlı ilaç kullanımınız var mı? (diyabet, tansiyon, kalp vb.)

☐ Evet

☐ Hayır

a. Hastalığın adı:

b. Süresi:

30. Kronik ağrı çeker misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

a. Evetse nerenizde kronik olarak ağrı çekersiniz?

31. Herhangi bir nedenle ağrı kesici ilaç kullanır mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır

a. Evet ise haftada ortalama kaç ağrı kesici ilaç alırsınız?

32. Daha önce intihar etmeyi düşündünüz mü? ☐ Evet ☐ Hayır

Evetse:

a. Daha önce hiç intihar girişiminiz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

b. Evetse kaç kez (...)

33. Aile, akraba veya sosyal çevrenizde intihar girişiminde bulunan biri oldu mu?

☐ Evet (...) ☐ Hayır



EK-10 İntihar Olasılığı Ölçeği

1. Tepem atınca bir şeyler fırlatırım.
2. Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum.
3. Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.
5. Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum.
6. Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum.
7. Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum.
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum.
11. Ölersem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.
12. Kendimi dayanılamayacak kadar yalnız hissediyorum.
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum.
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklik yapardım.
15. Pek çok şeyi iyi yapmadığımı sanıyorum.
16. Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum.
17. Ölersem hiç kimsenin beni özleyeceğini sanmıyorum.
18. İşlerim yolunda gidiyora benziyor.
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.
20. Yaptığım, düşündüğüm şeyler için cezalandırılmam gerektiğini düşünüyorum.
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum.
24. Ölse insanların daha iyi olacağını hissediyorum.
25. Böyle yaşamaktansa ölmemin daha az acı verici olduğunu düşünüyorum.
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum.
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.
28. Bir şeylerin iyi olacağı konusunda umutsuzum.
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.
31. Para konusu beni endişelendiriyor.

32. İntihar etmeyi düşünüyorum.
33. Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.
34. Tepem atınca bir şeyleri kırarım.
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediordum.
36. Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.



EK-11 Çocukluk Çağı Travmaları Anketi

Çocukluğumda ya da ergenliğimde ...

1. Yeterli yemeğim olurdu.
2. Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.
3. Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.
4. Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.
5. Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.
6. Üst baş açısından bakımsızdım
7. Sevildiğimi hissediyordum.
8. Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
10. Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
13. Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
15. Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.
- 16.Çocukluğum mükemmeldi.
- 17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.
- 18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.
- 19.Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
20. Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.
21. Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.
- 22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
- 23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
- 24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
- 25.Ailemdelikiler bana karşı suçlayıcıydı.
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

27. Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi
29. Ailemdelikler yaşıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.
30. Ailemdelikler her şeyime karışırdı.
31. Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.
32. Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.
33. Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karışırdı.



EK-12 Beck Depresyon Envanteri

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

1. 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.

3. Kendimden nefret ediyorum.

8. 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9.0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10. 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11. 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

14. 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15. 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16. 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18. 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19. 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20. 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21. 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-13 Psikolojik Acı Ölçeği

1. Psikolojik acı hissediyorum.
2. Acıyı içimde hissediyorum.
3. Psikolojik acım herhangi bir fiziksel/bedensel acıdan daha çok canımı acıtıyor.
4. Acım, çığlık atma isteği uyandırıyor.
5. Acım, hayatımın kapkara görünmesine neden oluyor.
6. Neden acı çektiğimi anlayamıyorum.
7. Psikolojik olarak kendimi berbat hissediyorum.
8. Kendimi boşlukta hissettiğim için canım acıyor.
9. Ruhum acıyor.
10. Artık acıma katlanamıyorum.
11. Acımdan dolayı dayanılmaz durumdayım.
12. Acımdan dolayı paramparçayım.
13. Psikolojik acım yaptığım her şeyi etkiliyor.

EK-14 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Örnek Maddeler

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet



**EK-15 İntihara İlişkin Risk ve Koruyucu Faktörlerin İncelenmesi için Hazırlanan
Yüz Yüze Görüşme Formu**

1. İntihar dendiğinde aklınıza ilk ne geliyor?
2. İntihar düşünceleriniz ilk nasıl başladı?
3. Sizin için travmatik olarak değerlendirdiğiniz bir yaşantınız oldu mu? Ne zamandı?
4. İntihar düşünceleriniz başlamadan önce kendinizi nasıl hissediyordunuz?
5. İntihar düşünceleri ile birlikte hissettiğiniz duygular değişti mi?
6. Sizce intihar düşüncenizi en çok belirginleştiren/tetikleyen yaşamsal zorluklarınız nelerdir?
7. İntihar düşünceleriniz belirginleştğinde yaşamınızdaki hangi faktörler bu düşüncenize engel olur? / Bunlarla nasıl baş edersiniz?
8. İntihar ile ilgili düşüncelerinizi biriyle paylaşır mısınız? Evetse kiminle?
9. Siz de psikolojik acı hisseder misiniz?
10. Sizce psikolojik olarak sıkıntı hissettiğiniz ve psikolojik acı* çektiğinizi düşündüğünüz zamanlar ne yaptığınızda ya da ne olursa kendinizi daha iyi hissedersiniz?
11. Eklemek veya belirtmek istediğiniz başka bir şey var mı?

EK-16 Türkiye Bulunan Psikiyatri Hastanelerine Dair Bilgilendirme Formu

Bu formda ülkemizde bulunan devlet psikiyatri hastaneleriyle ilgili bilgiler verilmektedir. Kendinizi kötü hissettiğinizde, intihar ile ilgili düşünceler aklınıza geldiğinde, ağır çökkün, umutsuz ve çaresiz hissettiğiniz anlar olması halinde bu durumu önemsemeli ve profesyonel bir desteğe başvurmalısınız. Aşağıda bilgileri verilen kurum ve kuruluşlardan sizin için en kolay ulaşılabilir olan ile irtibata geçebilirsiniz. Devlet hastanelerinden psikiyatri randevusunu 182 nolu telefonu arayarak ya da MHRS sistemi üzerinden psikiyatri poliklinik randevusu oluşturabilirsiniz.

Sağlıklı günler dileriz.

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adres: Zuhuratbaba, Baharözü Sk. No:2, 34147 Bakırköy/İstanbul

Web Sitesi: bakirkoyasadikonukeah.saglik.gov.tr

İletişim:0 212 414 71 71

İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adres: Sinan Ercan Cad. No:23 Kazasker – Erenköy – Kadıköy – 34736 İstanbul

Web Sitesi: erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr

İletişim:0 216 302 59 59

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Adres: Unkapanı Mah. Leventler Sok. No: 1 55020 Samsun

Telefon: 0 362 435 60 50

Web Sitesi: samsunrshh.gov.tr

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Adres: Şehitler Mah. 814 Sok. No: 28 Merkez – Manisa

Telefon: 0 236 231 46 24

Web Sitesi: mrsh.gov.tr

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Adres: Belediye Evleri Mah. Turgut Özal Bulvarı No: 230 Çukurova / Adana

Telefon: 03222390475

Web Sitesi: arsh.gov.tr

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Adres: Rızaiye Mah. Mehmet Güçlü Cad. No: 71 Elazığ

Telefon: 0 424 218 10 83

Web Sitesi: elazigrsh.saglik.gov.tr

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Adres: Ağaçcılar Köyü Mevkii Merkez-Bolu

Telefon: 0 374 275 25 25

Web Sitesi: boluruhsagligi.gov.tr

Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Adres: Ataköy-Çaykara/Trabzon

Telefon: 0 462 626 50 42

Web Sitesi: atakoyrsh.gov.tr

Bursa Dörtçelik Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Adres: Halide Edip Adıvar Cad. Görükle Kurtuluş Mah. Nilüfer, Bursa

Telefon: 0 224 295 50 00

Web Sitesi: bursayuksekihtisaseah.saglik.gov.tr

Tokat Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Adres: Parakente Mahallesi Gazi Osman Paşa Bulvarı No: 333 Tokat

Telefon: 0 356 215 00 70

Web Sitesi: tokatrsh.saglik.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

Bengü Sare Sevdâ Pelin Kılıç Özer, Işık Üniversitesi İngilizce Psikoloji Bölümü'ne burslu olarak kabul edilip onur öğrencisi derecesi ile mezun olmuştur. Ardından, yine Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yetişkin Alt Alanı'nda yüksek lisans eğitimini yüksek onur öğrencisi olarak tamamlamıştır. Yüksek lisans eğitimi ardından Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı'na Akademisyen Yetiştirme Desteği (AYD) Bursiyeri olarak kabul almış ve eğitimine %100 burslu bir şekilde devam etmiştir.

Lisans eğitimi sırasında Florance Nightingale Hastanesi'nde uzun dönemler stajlar yapıp onkoloji, nöroloji ve psikiyatri alanlarında yapılan çalışmalarda veri toplama, ölçme değerlendirme ve hastalarla görüşme gibi süreçlerde aktif rol almıştır. Benzer şekilde, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde ve üç farklı psikoterapi merkezinde stajlarını tamamlamıştır. Şubat 2017 ve Aralık 2017 tarihleri arasında özel bir beyin araştırmaları, eğitim ve danışmanlık merkezinde “idari psikolog” olarak çalışmıştır. Aynı dönem özel bir kurumda çocuklara yönelik objektif ve projektif ölçme değerlendirme testleri uygulamış ve “stajyer koordinatörü” olarak görev almıştır. Ardından, Özel Rumeli Hastanesi'nde 2017-2018 tarihleri arasında “psikolog” pozisyonunda çalışmıştır. Eylül 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Aile ve Çift Danışmanlığı eğitimini tamamlayıp Ağustos 2018 ve Şubat 2019 tarihleri arasında özel bir anaokulunda “kurum psikologu” ve “aile danışmanı” pozisyonunda görev almıştır.

Şubat 2019 güz döneminde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde uzmanlık stajını tamamlayıp, yüksek lisans eğitiminin son senesinde süpervizyon altında danışan görmeye başlamıştır. 2019 yılında ise Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans'ını tamamlamış ve aynı sene doktora eğitimine başlamıştır.

Doktora eğitimi sırasında AYD Bursiyeri olarak Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Lisansüstü Programlarında yürütülen araştırmalara destek olmuş, “Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Atölyeleri” isimli bilimsel seminerlerin koordinasyonunda görev almış ve program kapsamında verilen ilgili diğer görev süreçlerini yürütmüştür. Eğitim sürecinde WAIS, Bender Gestalt, MMPI, Rorschach ve Tematik Algı Testi (TAT) gibi birçok psikolojik ölçme değerlendirme eğitimleri almıştır. Bununla birlikte, Prof. Dr. Doğan Şahin’den Üst Düzey Kişilik Bozuklukları Terapi Eğitimi ve Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği’nden (CETAD) Cinsellik, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Cinsel Terapiler Eğitimi’ni tamamlamıştır. Klinik psikoloji lisansüstü eğitimi sırasında Dr. Psk. Vicdan Yücel, Prof. Dr. Yeşim Korkut, Dr. Ceyda Güvenç ve Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım’dan bireysel ve cinsel terapi süpervizyonu alma şansı edinmiştir. Doktora Yeterlilik süreci ardından Işık Üniversitesi Psikoloji bölümünde “Measurement Techniques”, “Developmental Psychology II”, “Selected Topics in Clinical Psychology”, “Gelişim Psikoloji II”, “Ölçme Teknikleri” ve “Psikolojik Travma” derslerini vermiştir ve halen yarı zamanlı öğretim görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.

İleri düzeyde (C2) İngilizce, orta düzeyde (B1) Almanca ve başlangıç düzeyinde (A1) Fransızca bilmektedir. CETAD ve Türk Psikologlar Derneği’ne üyedir. Halen, Türk Psikologlar Derneği’nin Travma Afet ve Kriz Birimi’nde uzun yıllardır gönüllü olarak sel, COVID ve deprem gibi toplumsal travma süreçlerinde psikolojik ilk yardım, seminer ve süpervizyon aşamalarında görev almakta ve bireysel, çift ve cinsel terapi klinik çalışmalarını sürdürmektedir.

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

Kılıç, B. S. S. P. (2023). A Review of The Movie “Pieces of a Woman” in Terms of Traumatic Loss and Complicated Grief. *Social Sciences Research Journal*, 12 (14), 1687-1694.

Kılıç, B. S. S. P., Hoşceylan, E., Akçınar, B. (2024). Psychosocial Dimensions of Sexual Orientation: Implications in terms of Perceived Social Support, Life Satisfaction and Family Harmony with a Turkish Sample. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. (Hakemde).

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler

Kılıç, B.S.S.P, Deveci, E., (2017). The Relation Between Childhood Traumas and Suicide Ideas, Self-Harming Behaviours and Dissociative Experiences Among Clinical and Nonclinical Samples. EFPA 15. European Congress of Psychology (ECP 2017)'de sunulmuş poster bildiri: P8.2.22), Temmuz 11-14, Amsterdam, Hollanda.

Kılıç, B.S.S.P., Akçınar, B. (2022). The Relationship Between Sexual Orientation, Depression, Psychological Pain, Suicidal Ideation, Perceived Social Support and Life Satisfaction. 7th International Congress on Violence and Gender'da sunulmuş sözel bildiri. 11 Aralık, İstanbul, Türkiye

Yazılan ulusal ve uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler

Kılıç, B.S.S.P. (2023). Çocukluk Çağı Travmalarının Kronik Stres ve İntihar ile İlişkisi. Yılmaztürk-Yıldırım, K. (Ed.) İntiharı Anlama, Önleme ve Müdahale Kılavuzu. Ankara, Türkiye: Nobel Akademik Yayıncılık

Kılıç, B.S.S.P. (2023). İntihar Sonrası Bakım ve Destekleme Müdahaleleri. Yılmaztürk-Yıldırım, K. (Ed.) İntiharı Anlama, Önleme ve Müdahale Kılavuzu. Ankara, Türkiye: Nobel Akademik Yayıncılık

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Kılıç, B.S.S.P., Çam-Çelikel F., Karaköse, S. Kavakçı, Ö. (2021). Obsesif Kompulsif Belirtilerin Çocukluk Çağı Travma Türleri ve Dissosiyatif Yaşantılar ile İlişkisi. Türkiye Travmatik Stres Kongresi II'de sözel sunum, Online, 24-26 Eylül 2021.

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Kılıç, B.S.S.P, Saltoğlu, S., Erdoğan, E. (2023) Neurodevelopmental Effects of Early Psychological Traumas On The Adult Limbic System Current Approaches in Psychiatry (Hakemde)

Ulusal ve Uluslararası Projeler

Kılıç, B.S.S.P., Deveci, E., Kahraman, F. "Beliren Yetişkinlikte Depresyon, İntihar Olasılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki: Psikolojik Acı ve Koruyucu Faktörlerin Rolü" 222K344 Numaralı TÜBİTAK 1002 Projesinde Yürütücü

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan konuşmalar

Kılıç, B.S.S.P. (2017) "Sanatta Ruhsallık" başlıklı konuşma 28 Nisan 2017. Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Günleri.

