



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARIN MANEVİ YÖNELİMLERİ İLE İNTİHAR
EĞİLİMLERİ VE TEDAVİ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mesude ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2022



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARIN MANEVİ YÖNELİMLERİ İLE İNTİHAR
EĞİLİMLERİ VE TEDAVİ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Mesude ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep

2022

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN
MANEVİ YÖNELİMLERİ İLE İNTİHAR EĞİLİMLERİ VE TEDAVİ
UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mesude ŞAHİN

Tez Savunma Tarihi: 29.06.2022
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

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

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

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

Doç. Dr. Nurgül Özdemir
Tez Danışmanı

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

Tez Jürisi

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR
Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT OLCA
Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

İmzası

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Haziran 2022
Mesude ŞAHİN

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında sabrı ve hoşgörüsüyle bana yol gösteren, her umutsuzluğa düştüğümde umut veren, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca akademik bilgi ve donanımını benden esirgemeyen ve tez danışmanım olduğu için mutluluk duyduğum kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi birikimleri sayesinde gelişimimi sağlayan saygıdeğer hocalarım Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a, Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN'a,

Desteklerini her zaman hissettiğim, her ihtiyacım olduğunda bana güç ve moral veren sorumlu hemşirem, arkadaşım, akıl hocam sevgili Ayten GÜLER'e ve yüksek lisans eğitimimde benden desteğini esirgemeyen birlikte çalışmış olmaktan çok keyif aldığım kıymetli arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Sibel SERÇE'ye,

Tez aşamamda bana destek olan, moral veren, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve çok sevdiğim tüm çalışma arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren desteğini her zaman hissettiğim babama, anneme ve çok sevdiğim kız kardeşlerime,

Her zaman olduğu gibi beni bu süreçte de yalnız bırakmayan, varlığını, ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim, çok sevdiğim kıymetli eşim Çağlar ŞAHİN'e

Varlıklarıyla hayatıma anlam katan, biricik kızlarım ALMİLA ve MİHRA'ya

En içten duygularımla sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

MESUDE ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ.....	3
1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Depresyon.....	5
2.1.1. Depresyon Epidemiyolojisi	5
2.1.2. Depresyon Etiyolojisi	5
2.2. Depresyonun Tipleri.....	8
2.2.1. Majör Depresif Bozukluk.....	8
2.2.2. Distimik Bozukluk	8
2.2.3. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	8
2.2.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk	9
2.2.5. Madde İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk.....	9
2.2.6. Başka Medikal Duruma Bağlı Depresif Bozukluk.....	9
2.3. Anksiyete.....	9
2.3.1. Anksiyete Bozuklukları Etiyolojisi	10
2.3.2. Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi	10
2.4. Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması	10
2.4.1. Panik Bozukluk	11
2.4.2. Agorafobi.....	11
2.4.3. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu	11
2.4.4. Seçici Konuşmazlık (Mutizm).....	12
2.4.5. Özgül Fobi.....	12
2.4.6. Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)	12
2.4.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12

2.4.8 Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Ve Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu	13
2.5. İntihar	13
2.5.1.İntihar Ve Hemşirelik Yaklaşımı	15
2.5.1.1. İntihar Riski Olan Bireye Yönelik Hemşirelik Girişimleri	15
2.6. Tedavi Uyumu.....	16
2.6.1. Tedaviye Uyumu Artırabilecek Hemşirelik Girişimleri.....	17
2.7. Maneviyat.....	18
2.7.1. Manevi Yönelimin Hastalığın Psikososyal Boyutu Üzerine Etkisi.....	19
2.7.2. Psikiyatri Hemşireliğinde Maneviyatın Önemi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Tarih	21
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	21
3.3.1. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	21
3.3.2. Araştırma Kapsamına Dışlanma Kriterleri.....	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.5. Verilerin Toplanması.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-II)	23
3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK III).....	23
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK IV)	23
3.6.4. Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ) (EK V)	24
3.6 5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK VI).....	24
3.6.6. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) (EK VII).....	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	26
3. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	53
5.1. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimleri, İntihar Olasılıkları ve Tedavi Uyumları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53

5.2. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimleri, İntihar Olasılıkları ve Tedavi Uyumluları Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	55
5.3. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle Manevi Yönelimleri, İntihar Olasılıkları ve Tedavi Uyumluları Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
6.1. Sonuç	63
6.2.Öneriler.....	64
7. KAYNAKLAR.....	66
8. EKLER	83
EK I: Bilgilendirilmiş Onam Formu	83
EK II: Kişisel Bilgi Formu	84
EK III: Beck Anksiyete Ölçeği	86
EK IV: Beck Depresyon Ölçeği	87
EK V: Manevi Yönelim Ölçeği.....	89
EK VI: İntihar Olasılığı Ölçeği	90
EK VII: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	92
EK VIII: Ölçeklerden Alınan İzin Yazıları	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK IX: GAÜN Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK X: Kurum İzni.....	98
EK XI: İntihal Raporu	100
9.ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-V:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5)
PB:	Panik Bozukluk
Vb:	Ve benzeri
YAB:	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
TDK:	Türk Dil Kurumu
MD:	Majör Depresyon
BAÖ:	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ:	Beck Depresyon Ölçeği
MYÖ:	Manevi Yönelim Ölçeği
İÖÖ:	İntihar Olasılığı Ölçeği
MTUÖ:	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 2. Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) Toplam ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları....	30
Tablo 3. Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ve Alt Ölçeklerinin Arasındaki İlişki	31
Tablo 4. Depresyon ve Anksiyete Hastalarının Manevi Yönelimine Etki Eden Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi	32
Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Umutsuzluk, Düşmanlık, İntihar Düşüncesi, Kendini Olumsuz Değerlendirme ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43

ÖZET

DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN MANEVİ YÖNELİMLERİ İLE İNTİHAR EĞİLİMLERİ VE TEDAVİ UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mesude ŞAHİN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı,

Danışman: Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Haziran 2022, 102 Sayfa

Bu araştırma, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile intihar eğilimleri ve tedavi uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek için tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesinde psikiyatri kliniğinde yatan ve ayaktan tedavi edilmek üzere psikiyatri polikliniğine başvuran anksiyete ve depresyon tanılı 295 hasta oluşturdu. Veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanıldı. Verilerin analizi SPSS İstatistik 26 versiyonu ile Independent Sample T testi, One Way Anova Testi, Post Hoc ve Pearson Testi kullanılarak değerlendirildi. Hastaların ölçek toplam puanları; BAÖ 25,53±13,58, BDÖ 26,25±13,29, MYÖ 85,48±28,17, MTUÖ 1,80±0,72 ve İÖÖ 79,98±17,90 olarak belirlendi. MYÖ ile İÖÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). MYÖ ve MTUÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$). İÖÖ ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Depresyon ve anksiyete hastalarında manevi yönelim düzeyleri arttıkça intihar olasılık düzeylerinin azaldığı, intihar olasılıkları azaldıkça tedavi uyumlarının arttığı belirlendi. Psikiyatri hemşiresinin hasta ile terapötik etkileşiminde ve bakım sürecinde hastanın manevi yöneliminin değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntihar Olasılığı, Manevi Yönelim, Psikiyatri Hemşireliği, Tedavi Uyum.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL ORIENTATION AND SUICIDAL TENDENCY AND TREATMENT COMPLIANCE OF PATIENTS WITH DEPRESSION AND ANXIETY DISORDERS

Mesude ŞAHİN

Master's Thesis, Nursing Department/ Psychiatric Nursing Master's Degree
Program

Supervisor: Assoc. Dr.Nurgül ÖZDEMİR

June 2022, 102 Pages

This research was conducted as descriptive study determine the relationship between spiritual orientation and suicidal tendency and treatment compliance patient with depression and anxiety disorders. Sample the study consists 295 patients diagnosed with anxiety and depression who are hospitalized psychiatry clinic University Gaziantep Sahinbey Research and Practice Hospital and who applied outpatient clinics to be treated. Personal Information Form (PIF), Beck Anxiety Inventory(BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), Spiritual Orientation Inventory (SOI) and Suicide Probability Scale (SPS) were used as data collection tool. Data analysis was evaluated using Independent Sample T Test, One Way Anova Test, Post Hoc and Pearson Test with SPSS Statistics version 26. Total scale scores patients were determined as BAI $25,53 \pm 13,58$, BDI $26,25 \pm 13,29$, SOI $85,48 \pm 28,17$, MMAS $1,80 \pm 0,72$, SPS $79,98 \pm 17,90$. It was determined that there was statistically significant and negative correlation between total mean scores the SOI and SPS at moderate level ($p < 0.05$). It was detected that there was no statistically significant relationship between the total mean scores SOI and MMAS ($p > 0.05$). It was found that there was statistically significant and negative correlation between total mean scores SPS and MMAS low level ($p < 0.05$). It was determined that in patients with anxiety and depression; as the level spiritual orientation is increased, the probability suicide is decreased and as the probability suicide is decreased, the treatment compliance is increased. It is recommended to evaluate and support the spiritual orientation the patient in the therapeutic interaction with the patient and care process the psychiatric nurse.

Keywords: Probability of Suicide, Spiritual Orientation, Psychiatric Nursing, Treatment Compliance.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresyon kelime anlamıyla, çökkünlük, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitede azalma gibi anlamlarda kullanılan, elem keder duygularını barındıran duygusal bir yaşantı şeklidir (1). Normal üzüntü halinden, şiddetli psikotik belirtiler gösterebilen tablolara kadar geniş bir çerçevede ortaya çıkan semptomlardan oluşabilir (2). Anksiyete kavramı ise korkuya benzeyen fakat sebebi belirlenemeyen yada sebebi bilinç dışı olan belirtiler olarak tanımlanabilir. Anksiyete öznel bir beklenti hissi, dehşet, kaygı yada bir felaketin olacağı duygusu ile belirlidir (3) Depresyon ve anksiyete bozuklukları toplumda ve birinci basamak uygulamalarında çok sık olarak görülen ruhsal sorunlardır (4).

Ruhsal bozukluklar intihar davranışını belirleyen en önemli risk faktörlerindendir (5). İntihar girişiminde bulunan vakaların %90'ından fazlasında ruhsal bozukluk mevcuttur (6). İntihar düşüncesinin çok sayıda major depresif semptomla ve olumsuz yaşam olayıyla, ailede olan major depresyon öyküsüyle, fazla epizod sayısı ve erken başlangıç yaşıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Anksiyete ve anksiyete bozuklukları da, intihar düşüncesinin ve girişiminin en önemli yordayıcılarından biridir. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda depresyon, ruh sağlığıyla ilgili bozulma ve düşük sosyal destek, artmış intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir (7).

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyumsuzluk da diğer tıbbi durumlardan daha fazladır. Bu durumun sebepleri arasında kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması yada yetersiz olması, ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan nörolojik, endokrin ve antikolinerjik yan etkiler, sosyal ve çevresel desteğin yeterli olmaması, ekonomik zorluklar ve tedaviye karşı yeterli bilgi sahibi olmama sayılabilir. Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun, yatış sayısının fazla olması ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu iki sebep, hastalarda, hastalıklarının düzelmeyeceği ve tedavilerin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine sebep olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (8).

Depresyonun ortaya çıkmasına ve sürekliliğine neden olan pek çok genetik, gelişimsel ve çevresel faktörler olmasının yanında yaşam stresi ile başetmedeki yetersizlik genellikle altta yatan temel sebeptir. Manevi katılım, insanların daha iyi başetmelerine yardımcı olarak yaşam stresini azalttığı zaman depresyonun

gelişmesini önlemeye de yardımcı olabilir yada depresif bir olayın veya depresif bulguların azalmasını da hızlandırabilmektedir. Dinin ve maneviyatın depresyona karşı korumada ve sağaltımda yada depresyonun ortaya çıkmasına yardımcı olmada veya seyrini karmaşık hale getirmede hangi ölçüde katkıda bulunduğu sosyal ve davranış bilimleri içerisindeki çalışma metotları kullanılarak araştırılmaktadır (9).

Psikiyatri hemşiresinin hastalarla yakın ilişki içerisinde olması, bakım sunarken manevi bakımında kapsayacak şekilde bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik gereksinimlerine yönelik bütüncül bir bakım vermesi, hastaların hem tedavi uyumlarına hemde intihar girişimlerinde azalmaya yönelik olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu sebeple depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile intihar eğilimleri ve tedavi uyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi, bu konuya ilişkin sorunların çözümünde önerilerde bulunulması önem kazanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile intihar eğilimleri ve tedavi uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H₁: Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri arttıkça intihar olasılıkları azalmaktadır.

H₂: Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu olan hastaların tedavi uyumları arttıkça intihar olasılıkları azalmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Bir çok insan kendi kişiliğine ve başetme durumuna bağlı olarak üzüntü, umutsuzluk ve çaresizlik dönemleri yaşar. Bu yaşanan duygular doğal sayılmaktadır. Depresif duygudurum evrensel bir duygudur fakat klinik depresyon, süresi ve şiddeti açısından bunlardan ayrılmaktadır. Depresyonda bu ve benzeri duygular hem sürekli, hem de kişinin günlük hayatını ve işlevselliğini bozacak düzeydedir (1,10). Depresyon kelime olarak çöküş, alçalma anlamlarına gelmektedir. Daha önce kişiye zevk veren durumlardan artık eskisi gibi zevk alamamama ve bunlara karşı ilginin kaybolması, durgunluk, değersizlik, isteksizlik, karamsarlık, keder ve elem duygularıyla seyreden, zihinsel ve fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama, düşünce içeriğindeki kısıtlılık ile belirgin bilişsel yavaşlama ve işlevsellikte azalma ile kendini göstermektedir (1,11). Hayat enerjisinin azalması, dikkatte bozulma, suçluluk, pişmanlık düşünceleri, uyku, iştah gibi psikofizyolojik işlevlerde problem, cinsel isteksizlik ve yorgunluk hissi görülebilmektedir (11).

2.1.1. Depresyon Epidemiyolojisi

Genel toplumda depresyonun yaşam boyu sıklığı %15 kadardır (10). Türkiye Kronik Hastalık Sıklığı Araştırması (2013)'na göre Türkiye'de depresyon sıklığı kadınlarda %13.1, erkeklerde %5, toplam %9.3 seviyelerinde bulunmuştur. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda depresyon prevalansının %18.5 ile %52.6 arasında geniş bir dağılım aralığı görülmektedir (12,13). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Özellikle 25 yaştan sonra olmak üzere 18-44 yaş aralığında daha fazla olup 45-65 yaşları arasında cinsiyet farklılığı azalmaktadır (10). Ülkelerin ve toplumların sosyokültürel ve ekonomik yapıları depresyonun görülme sıklığını etkilemektedir (12).

2.1.2. Depresyon Etiyolojisi

Depresif bozukluğun etiyolojisi genetik, biyolojik ve psikososyal faktörler olarak üç ayrı alanda incelenmektedir.

Genetik faktörler: Major depresyonun kalıtım yoluyla geçişi kanıtlanmıştır (11). İkizlerde yapılan metaanaliz araştırmalarında depresyonun genetik geçişli olduğu

ve bu durumun bipolar bozukluğa bağılı depresyonda daha belirgin olduğu belirtilmiştir. Aile ve evlat edinme çalışmalarında major depresif bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında depresyon olasılığının arttığı ve biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edilmiş çocuklarda depresyona yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür (1).

Biyolojik faktörler: Nöronal salınım mekanizmalarındaki işlev bozukluğu, depresyon dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıklarda belirli işlevsel ağ eksikliklerine sebep olmaktadır (14). Depresyon hastalarında biyokimyasal düzeneklerde farklılıklar olduğu fakat bu farklılığın sebep mi yoksa organizmanın zorlanması sonucu ayarlama yaparken tepki olarak mı ortaya çıktığı konusunda kesin bilgi bulunamamıştır. Depresyonun patofizyolosinde etkili olan nörotransmitterler; noradrenalin (norepinefrin), serotonin ve dopamindir. Duygudurum değışikliklerinde bu maddelerin doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Depresyon hastalarında bu nörotransmitterlerin eksikliği görülmektedir (11, 15).

Serotonin; ağrı, uyku, uyanıklık, iştah, libidonun düzenlenmesi, sirkadiyen ritim gibi işlevlerde görevlidir. Serotonin döngüsündeki bir bozukluk iştah ve cinsel istekte azalma, uyku sorunları, düşük impuls bozukluklarına sebep olmaktadır (11, 15). İntihar girişiminde bulunan bazı hastaların beyin omurilik sıvılarında serotonin metabolitlerinin düşük seviyede olduğu görülmüştür (15).

Noradrenalin; dikkat ve davranışı düzenleme konusunda etkilidir. Stresli durumlarda uyarılarak fazla kullanılması sonucu epinefrin(adrenalin) eksikliğine yol açmaktadır. Adrenalin eksikliği ise nörotransmitterler arasında dengesizliğe ve noradrenalin kullanımında sorunlara sebep olarak hastada apati, tepkisel yanıtlarda azalma ve psikomotor aktivede yavaşlama görülebilmektedir (11).

Dopamin; keyif alma yetisinde etkili olan norotransmitterdir. Ayrıca bireyin mizacı ve davranışı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığı, manide arttığı görülmektedir (15).

Psikososyal faktörler:

Psikoanalitik kuram; Freud, “Yas ve Melankoli” isimli depresyona ait ilk psikoanalitik araştırmada, bu iki süreci benzer kayıp yaşantısına farklı tepkilerin gösterildiğı birbirleriyle ilişkili durumlar olarak anlatmıştır (1). Freud, melankolinin sevilen bir nesnenin kaybından sonra veya gerçek bir ölüm ya da duygusal reddedilmeyle veya kişi için değeri olan soyut değeri

kaybedilmesiyle meydana geldiğinden bahsetmektedir. Depresif bireyin öfkesini, kaybedilen nesnenin belirlenmesi ile içsel olarak kendine yönelttiğini belirtmiştir (16).

Davranışçı Kuram; Martin Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik görüşüyle açıklanmaktadır. Buna göre, öğrenilmiş çaresizlik, yaşanan durumlar üzerinde kontrol eksikliği duygusu ile öne çıkarak bireyleri depresyona yatkınlaştırdığı düşüncesi kabul edilmektedir. Öğrenilmiş çaresizlik yaşayan bireyler, çocukluk çağlarından itibaren olumsuz uyarılarla karşılaştıklarında bu durumlardan kaçamaz, kurtulmayı bilemez ve çaresiz kalırlar, çabaları bunun faydasız olduğunu öğrenmiştir. Kendilerini çaresiz hissettiklerinden dolayı depresyona girip bu durumun hayatın sonraki dönemlerinde ciddi hasarlara sebep olabileceği belirtilmektedir (15).

Bağlanma kuramı; depresyonun, hayatın ilk altı ayı sırasında birey için önemli birinden ayrılmış olma ya da terk edilmiş olmanın sonucu olarak meydana geldiği şeklinde açıklanmaktadır. Bu aşamada, anne çocuğun güvenliğinin ana kaynağı olduğu için obje olarak düşünülmektedir. Fiziksel veya duygusal bağlanma noksanlığı, kayba tepki olarak ortaya çıkan depresyonun hayat boyu ortaya çıkışına sebep olan umutsuzluk ve çaresizlik duygularına neden olur (16).

Bilişsel kuram; bu kuramın temelinde insan duygularının, bireyin düşünceleri sonucunda oluştuğu varsayımı bulunmaktadır. Eğer kişi hayata olumlu bakarsa pozitif duyguları deneyimler. Fakat karşılaştığı olayları ve durumları olumsuz yorumlarsa bunun sonucunda keder, öfke ve ümitsizlik yaşayabilir. Depresif durumun altta yatan sebebi negatif, savunmasız davranışlarla sonuçlanan bilişsel bozulmalar olarak açıklanmaktadır (11, 16). Bilişsel kuramcılara göre, çocukluk çağındaki tecrübeler öğrenme yoluyla, bazı temel düşünce, varsayım ve inanç sistemlerinin oluşmasına sebep olmaktadır (11).

Beck, depresyona sebep olan üç temel bilişsel bozulmayı, çevrenin olumsuz beklentileri, kişinin kendisinden olumsuz beklentileri ve gelecekte olumsuz beklentiler olarak gruplamıştır. Bu bilişsel bozulmalar, bilişsel gelişimdeki bir sorundan kaynaklanır ve kişi, değersizlik, yetersizlik ve reddedilme duygularıyla karşılaşır. Geleceğe bakışı kötümserlik ve umutsuzluk duyguları ile dolu olur. Bilişsel kuramcılarca, depresyonun olumsuz düşünmenin sonucu olduğu düşünülmektedir. (16).

2.2. Depresyonun Tipleri

Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, beşinci baskısı (DSM-V) depresyon hastalıklarını şu şekilde sınıflandırır: Majör Depresif Bozukluk, Distimik Bozukluk, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu, Premenstrüel Disforik Bozukluk, Madde İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk, Başka Medikal Duruma Bağlı Depresif Bozukluk, Diğer Belirtilen Depresif Bozukluk, Tanımlanmamış Depresif Bozukluk.

2.2.1. Majör Depresif Bozukluk

Çökkün duygu durum, olağan aktivitelere karşı ilgide azalma, kilo ve uyku sorunları, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik hisleri, konsantrasyon eksikliği ve yineleyen ölüm veya özkıyım düşünceleri gibi bulguların en az beşinin en az iki hafta süreyle aynı kişide bulunması tanı konulması için gereklidir. Bu belirtilerden en az biri, ya çökkün duygu durum, ya da hastanın sevdiği bir şeye karşı ilgisini yitirmesi veya zevk almaması olmalıdır. Bu belirtiler arasında, özellikle insomnia ipucu olması açısından önemlidir (15,17).

Majör depresif bozukluğun gerek kişide sebep olduğu yeti yetimi gerekse toplumda çok yüksek mali yitimlere sebep olmasıyla öne çıktığı bilinmektedir (18).

2.2.2. Distimik Bozukluk

En az iki yıl süreyle bireyin ruh halini üzgün yada depresif (çökkün), dibe vurmuş olarak tanımlamasıdır. Kronik depresif duygudurumdur (15). Majör depresyona kıyasla daha az şiddetli ancak genellikle daha uzun süreli bir depresyon türüdür (19).

2.2.3. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

Bu bozukluk, en az bir yıl boyunca devam eden haftada üç veya daha fazla kez ortaya çıkan sık, şiddetli, tekrarlayıcı, kronik olarak irritabl ve/veya öfkeli duygudurum ile karakterizedir. Tanı, 6 ile 18 yaş arasındaki kişilerde sınırlandırılmış olup semptom başlangıcı genellikle 10 yaşından önce görülmelidir (20).

2.2.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk

Şiddetli bir duygudurum bozukluğu olan premenstrüel disforik bozukluk, menstruasyondan bir hafta önce görülmeye başlayıp bilişsel-duygusal ve fiziksel semptomlarla karakterizedir ve dünya çapında milyonlarca kadını etkiler (21). Belirgin bir çökkün duygudurum, aşırı anksiyete, duygudurum dalgalanmaları, genellikle artan kişilerarası çatışmalarla karakterize edilen sinirlilik veya öfke, umutsuzluk veya kendini küçümseyen düşünceler, gerginlik veya gergin hissetme, olağan aktivitelerde ilgi azlığı ile seyredip, menstruasyon bitimiyle bu belirtilerin en alt seviyeye inmesi veya tamamen kaybolması durumları görülür (15, 21).

2.2.5. Madde İlaç Kullanımına Bağlı Depresif Bozukluk

Madde veya ilaç kötüye kullanımı, ilaç ve toksine maruz kalma gibi doğrudan fizyolojik etkilerinin sonucu olarak, sosyal, mesleki veya işlevselliği etkileyen diğer alanlarda belirgin bir sıkıntı veya bozukluğa sebep olan çökkün duygudurumdur (15).

2.2.6. Başka Medikal Duruma Bağlı Depresif Bozukluk

Bu bozukluk genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan, işlevsellikte bozulma, klinik olarak belirgin sıkıntı veya bozuklukla seyreden, majör depresif bozukluk belirtilerinin görüldüğü bir sendromdur (15).

2.3. Anksiyete

Anksiyete, bireyin günlük hayatında karşılaştığı bir durumu veya nesneyi olduğundan daha fazla tehlikeli görme ve durumdan/ nesneden gereğinden çok kaygılanması durumudur (22). İç sıkıntısı, kötü birşey olacakmış hissi olarak da tarif edilir. Korkudan farklı olarak, bilinmeyen, iç odaklı, çatışmalı tehdide karşı bir yanıttır. Korkuda dışarıdan gelen bir tehlike söz konusuysen, anksiyetede içten gelen çatışma ve tehlikeler bunaltı oluşturur. Organizma bu kaygı hissini yaşadığında anksiyete oluşturan durumdan uzaklaşmak ister. Bu durumda fizyolojik olarak; çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilerin yanında psikolojik özellikler olarak sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu yaşanır

(23,24). Anksiyete bozuklukları bireye büyük acı veren, ağır güvensizliğe sebep olan, hem bireysel hem de sosyal tükenmeye yol açan rahatsızlıklardandır.

Kaygı bozuklukları, diğer kaygı bozukluğu çeşitleri ve farklı psikiyatrik bozukluklar ile komorbidite içerebilmektedir. Depresif ve anksiyete bozuklukları yaşam boyu sıklıkla bir arada bulunur. Anksiyete ve depresyon bazı ortak belirtileri paylaşır. Paylaşılan belirtiler tipik olarak genelleştirilmiş bir sıkıntı faktörünü içerir. Anhedoni depresyona özgüdür, aşırı uyarılma ise kaygılı kişilerle ilgilidir (15,25).

2.3.1. Anksiyete Bozuklukları Etiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının patogenezi karmaşıktır ve biyolojik faktörler, çevresel etkiler ve psikolojik mekanizmalar arasındaki karmaşık etkileşimleri içerir (26). Genetik araştırmalar, bir grup olarak kaygı bozukluklarının, kaygı bozukluğu geçmiş olan ebeveynlerin çocuklarında daha çok yaygın olduğunu ve genetik bağın, korku ve kaygı düzeyindeki değişkenliğin üçte birini oluşturduğunu düşündürmektedir (27). Kaygı ile ilgili bilgilerin işlenmesi çok çeşitli beyin bölgelerini içerirken, bu ağdaki anahtar yapı amigdaladır. Bazı çalışmalar, sol amigdalanın anksiyete bozukluğu olan hastalarda sağ amigdaladan daha küçük olduğunu göstermiştir (28,29). Serotonin, locus coeruleus'un aktivasyonunu inhibe edebildiği ve bu nedenle amigdalanın norepinefrin aktivasyonunu azaltabilmesine rağmen, anksiyete bozukluğu olan hastalarda iki nörotransmitterin uygun bir denge göstermediği görülmektedir (28).

2.3.2. Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi

Anksiyete, yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %29 ile en yaygın psikiyatrik bozukluktur (25). Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarının tamamının, kadınlarda erkeklere nazaran iki kat fazla görüldüğü belirlenmiştir (15).

2.4. Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-5 anksiyete bozukluklarını; panik bozukluk, agorafobi, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi), yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu,

tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu şeklinde sınıflandırmıştır (24, 30).

2.4.1. Panik Bozukluk

Panik ataklar, şiddetli korku ve çarpıntı, nefes darlığı, mide bulantısı veya karın ağrısı, uyuşukluk, terleme, titreme ve ölüm korkusu gibi psikolojik bilişler ile fiziksel semptomların eşlik ettiği akut otonomik uyarılma epizodları olarak tanımlanır. Beklenen ve beklenmeyen olarak iki tür panik atak tanımlanmıştır. Panik ataklar, belirli ipuçlarına veya atağı tetikleyicilere maruz kaldığında duruma bağlı (beklenen) veya herhangi bariz bir neden olmaksızın aniden ortaya çıktıklarında durumdan bağımsız (beklenmeyen) olabilir. Her ikisi de altta yatan panik bozukluğu (PB) ile ilişkilidir (31). Yaşam boyu yaygınlığı %1-4.7'dir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 2-3 kat fazladır (24).

2.4.2. Agorafobi

Agorafobi kelimesinin yunan dilinde karşılığı pazaryeri korkusu olarak geçmektedir. Bireylerin korkuları bir güvenlik kaynağından ayrılmaktır. Bireyler kaçması zor olan yada yardım alması mümkün olmayan yerlerde ve durumlarda korku yaşarlar. Toplu taşıma araçlarında bulunma, açık yerlerde bulunma, kapalı yerlerde bulunma, sırada bekleme veya kalabalıkta olma, tek başına evden dışarı çıkma durumlarında yoğun bir korku veya kaygı duyarlar. Korku veya kaygı süreğen ve sürekli (32).

2.4.3. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Bireyin evden yada evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı olarak gelişen beklenenden fazla ve yineleyici korku ve kaygı duyması durumudur. Birey bağlandığı kişileri kaybetme yada onların başına hastalık, yaralanma, ölüm gibi kötü bir olay geleceğine, onlardan ayrılmaya bağlı olarak kaybolma, kaçırılma gibi bir durumla karşılaşacağına yönelik sürekli ve aşırı bir kaygı yaşar (33).

2.4.4. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Kişinin başka durumlarda konuşuyor olmasına rağmen konuşması beklenen özgül sosyal durumlarda (tanımadığı insanlarla karşılaştığında, okulda vb.) sürekli bir biçimde konuşmaması durumudur (33).

2.4.5. Özgül Fobi

Özgül fobi makul şekilde zarar verebilecek olan belirli nesneler veya durumlara kişinin aşırı mantıksız ve uygunsuz olarak verdiği korku tepkileridir. Kişi bu tepkilerin mantıksız olduğunun farkındadır fakat buna engel olamaz (32,33). Böcek, fare, yılan gibi belirli bir hayvandan, kalabalık, açık alan, uçak gibi belirli bir durumdan, karanlık, şimşek, gök gürültüsü gibi doğal çevre olaylarından yada kan, iğne, yaralanma gibi durumlardan kaynaklı belirgin ve sürekli biçimde korkma, endişe duyma ve kaçınma davranışları görülür (33). Her bir fobi tipinde en belirgin özellik ise korku ya da endişe belirtilerinin sadece özgül nesnenin varlığında ortaya çıkmasıdır.

Özgül fobinin kadınlarda görülme sıklığı %14-16 iken erkeklerde %5-7'dir (24).

2.4.6. Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Sosyal fobi, dikkat odağı olmaktan, başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirilmekten, utanılacak ya da aşağılanacak şekilde davranmaktan korku duymak ve bu durumdan belirgin şekilde kaçınmak olarak tanımlanmıştır (32, 34). Topluma açık bir yerde yemek yeme veya konuşma, topluma açık yerleri kullanma, başkalarının yanında yazı yazma, küçük düşecek yanlış birşey yapacağı gibi korkular bireyin otururken, konuşurken kızarması, terlemesi, ellerin titremesi gibi anksiyetenin bedensel belirtilerini ve kaygıyı çok yoğun şekilde yaşamasına sebep olur (32,33).

Yaşam boyu yaygınlığı %3-13'tür. Genellikle geç çocukluk ve erken ergenlik döneminde belirtiler başlar ve kronikleşir. Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşit derecede saptanmıştır (24,32).

2.4.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), hemen her gün ortaya çıkan birçok olay ve etkinlik hakkında aşırı endişe duymak olarak tanımlanabilir. YAB olan kişilerde

yaşam olayları karşısında ve ilişkilerde çabuk endişelenme, meraklanma, gerginlik, tedirginlik, aşırı terleme, sıcak soğuk basması, çabuk sinirlenme, irkilme, dikkat dağınıklığı, uyku bozukluğu, huysuzluk gibi belirtiler görülür (24, 33). Tıbbi olarak açıklanamayan fizyolojik belirtiler (göğüs ağrısı, karın ağrısı, kolay yorulma, baş ağrısı, kas gerginliği v.b) bu kişilerin psikiyatri dışı branşlara başvurmalarına neden olabilir. İntihar düşünceleri ve davranışları olabilir (33).

YAB' da bir yıllık yaygınlık oranı %3-8 arasındadır. Kadınlara erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür. Başlangıcı genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde olur. Olguların önemli bir kısmında çocukluk döneminde aşırı anksiyete bozukluğu şeklinde görülmektedir (10, 24).

Panik bozukluğundan farklı olarak beklenmedik panik ataklar görülmez (24).

2.4.8 Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı ve Maddenin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu

Bu bozukluklar ile ilgili belirtiler doğrudan başka bir sağlık durumunun fizyolojik sonucu yada doğrudan madde intoksikasyonu yada yoksunluk veya ilaca maruz kalma sonucu görülebilir. Madde veya ilaç ile tetiklenen anksiyete bozukluğu hem keyif verici maddelerin kullanımı hem de reçetelenen ilaçların kullanımına bağlı olarak karşılaşılabılır. Alkol, amfetamin, kokain, kafein, esrar gibi semptomimetikler ile serotonerjik ilaçların kullanımı akut ve kronik anksiyeteye sebep olabilir (24, 32).

2.5. İntihar

İntihar, kişinin istemli olarak hayatına son verme isteğiyle birlikte ortaya çıkan benliğine yönelmiş bir saldırganlık olarak tanımlanmaktadır (6). Basit ve kolay bir şekilde açıklanamayan kişisel, sosyal, psikolojik, kültürel, biyolojik ve çevresel faktörler tarafından etkilenen tüm dünyaca önemli bir halk sağlığı sorunu olup tüm bölgelerde ve kültürlerde görülmektedir. (35, 36, 37). Dünya genelinde her yıl 800.000'den fazla kişi intihar ederek ölmektedir (38). İntihar girişiminde bulunan kişilerin %90'ından fazlasının en az bir psikiyatrik bozukluğunun olduğu ve intihar sonucu ölenlerin yaklaşık %90'ının ölümlerinden önceki 3 ay içinde bir sağlık uzmanıyla temasa geçtiği saptanmıştır (35, 39). Genel popülasyonda intihar düşüncesi oldukça yaygındır ve yaşam boyu yaygınlık %10 olarak belirtilmiştir

(39). İntihar girişimleri, intihar oranlarının 20 katı kadar olup, 25-34 yaş grubu ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alırken, 15-24 yaş grubunda üçüncü sırada yer almaktadır (15, 35). Ergenlerde ve genç erişkinlerde intihar oranları erkeklerde kadınlara göre 2-4 kat, intihar girişimleri kadınlarda 3-9 kat daha siktir. Gelişmiş ülkelerde intihar ölüm oranının genç erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat daha fazla olduğu tahmin edilmekte olup erkeklerin daha ölümcül intihar yöntemleri tercih etmeleri buna sebep olarak gösterilmiştir (15, 40). Ülkemizde de ölümle sonuçlanan intihar oranı, erkeklerde kadınlara kıyasla üç kat daha fazla görölmektedir (41, 42)

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği tarafından yapılan intihar anketlerinin %69' unu erkeklerin, %31' ini kadınların oluşturduğu 958 kişinin sonucuna göre; intihar girişimi yöntemlerinden erkeklerde ilk sırada silahla kendini vurma (%35), kadınlarda ise kendini asma (%37) ilk sırada yer almaktadır. (43,44,45)

İntihar olasılığı psikiyatrik belirtiler açısından değerlendirildiğinde, umutsuzluğu, ciddi anhedonisi, ciddi anksiyetesi veya panik atakları olan hastaların yüksek risk oluşturduğu görölmüştür. Psikososyal öyküsü değerlendirildiğinde ise, boşanmış ya da dul, işsiz, kişilerarası ilişkileri çatışmalı ve/veya zayıf olan, başarı düzeyi düşük, aile içi şiddete, cinsel veya fiziksel istismara maruz kalmış yada sosyal izolasyonu olan hastaların yüksek potansiyel oluşturduğu ifade edilmektedir (6).

Major depresyon hastalarında intihar çoğunlukla ilk atakta görölmektedir. Genç yaş, düşük sosyal destek, erken başlangıç yaşı, psikotik belirtiler, kronik fiziksel rahatsızlıklar, daha önceden intihar girişiminin olması, ailede intihar öyküsü bulunması, ümitsizlik, impulsive agresif özellikler, sigara kullanımı risk faktörleridir (46).

Anksiyete bozukluğu olan hastalarda intihar riski duygudurum bozukluğu olanlara göre daha azdır fakat anksiyete bozukluğunun varlığı intihar riskini 6-10 kat artırmaktadır. İntihar nedeniyle ölümlerin %1'inde panik bozukluğu olduğu görölmektedir. Özkıyım sebebiyle ölen PB hastalarında komorbid olarak depresyon, alkol kullanımı, kişilik bozukluğu belirtileri de çoğunlukla karşılaşılmaktadır (46).

İntihar riskindeki farklı klinik müdahaleler, intihar ve/veya intihar davranışlarının tekrarı ile ölümün azaltılmasında etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar göstermektedir. Bu müdahaleler: telefon ve teknoloji tabanlı yöntemleri (e-posta ve mesajlaşma) kullanarak bağlılığı teşvik etmek; ölümcül araçlara erişimin

azaltılması; farmakoterapi ve psikoterapi dahil olmak üzere birlikte ortaya çıkan akıl hastalığının tedavisi şeklindedir (47).

İntihar önlenabilir bir ölüm sebebidir. İntihar etme potansiyeli olan kişilerde bu olasılığın değerlendirilmesi öncelikli bir konu olup, ruh sağlığı çalışanlarının özkıyım davranışını incelemeleri ve intiharı önlemek için gerekli önlemleri almaları önem arz etmektedir. Bu sebeple, intiharı düşünen, intihardan söz eden veya intihar girişimi ile gelen kişilerin ayrıntılı klinik muayenesi yapılmalı, kişinin bu konu ile ilgili duygu ve düşünceleri ortaya çıkarılmalı, herhangi bir risk farkedildiğinde daha ayrıntılı soruşturma yapılmalıdır. Kişinin kendisine zarar verici aletlere ulaşma olasılığı değerlendirilmelidir. Öncesinde intihar girişiminde bulunmuş (son 3-6 ay içinde), intihar niyetini açıkça dile getirmiş veya intihar fikirleri ve planlarından söz eden bireylerin öncelikli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (6,35)

2.5.1.İntihar ve Hemşirelik Yaklaşımı

İntiharda birincil önleme programları, insanların intihara teşebbüs etmesini ve intiharı tamamlamasını önlemeyi amaçlar. İkincil önlemenin amacı, daha önce intihar girişiminde bulunanların intiharı tamamlamasını engellemektir. Kriz telefon hatları ve intihara meyilli kişiler için yardıma ulaşan diğer kaynaklar, birincil önleme stratejileri olarak kabul edilir. Sağlık profesyonellerine yönelik eğitim programları da birincil korunma stratejilerinin bir parçasıdır. Hemşireler, hastalarla önemli miktarda temasları nedeniyle hem birincil hem de ikincil düzeyde intiharı önlemede “ön safta” olarak kabul edilir (48). İntihar olasılığı yüksek olan kişilere yönelik hemşirelik bakımında iki temel öge vardır. İlki olgu duruluncaya kadar kişinin hayatta kalmasını sağlamak, diğeri ise sorunun çözümüne yönelik seçenekler bulabilmesine yardımcı olmaktır (45).

2.5.1.1. İntihar Riski Olan Bireye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

- Dürüst, empatik ve kabullenici tavır sergilenmeli, bireyin korkuları küçümsenmemeli, düşünceleri yargılanmamalıdır.
- Bireyin duygularını ifade etmesine izin verilmeli, konuşması için cesaretlendirilmelidir.

- Yalnız bırakılmamalı, sık sık kontrol edilmeli, güven ortamı oluşturulmalıdır. Kendine zarar verebileceği nesneler ortamdaki uzaklaştırılmalıdır
- İntihar etmeyeceğine dair yazılı ve sözlü anlaşma yapılmalıdır.
- Karşılaşacakları herhangi bir kriz durumunda etkili başatmalarına yönelik problem çözme becerilerini geliştirici çalışmalar yapılmalı farkındalığı güçlendirilmelidir
- İntihar düşünceleri ve planı sorgulanmalı ve intihar olasılık düzeyi belirlenmelidir. Bu durum şikayetlerini açıkça anlatabilme fırsatı sağlar yineleyen intihar girişimine sebep olmaz.
- Bireyin yakın çevresine intihar riskine karşı kişiye nasıl yaklaşımda bulunmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. (49, 50, 51, 52,53).

İntihar riski yüksek bireylerde hemşirelik yaklaşımındaki temel amaç; geniş yelpazede, planlı ve her bireyin kendi kültürel değerleri dikkate alınıp sıkı takip yapılarak bakımı sağlamaktır (54,55). Bu sebeple psikiyatri hemşiresi, toplum ruh sağlığını geliştirici ve koruyucu şekilde; değerlendirebilme, disiplinler arası iş birliği sağlayabilme, zor durumlarda etkin baş edebilme, terapötik ortam sağlayarak iyileştirici tedavi ve bakımın en üst düzeyde hizmete sunulmasında önemli rol oynamaktadır (56).

İntihara yönelik etkili bir hemşirelik bakımını teşvik etmek için hemşirelere terapötik ilişki konusunda daha fazla eğitim verilmelidir. Bu nedenle sağlık kurumları, yeterli bir terapötik ilişki yürütmek için sadece zaman ve alan sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda yöneticileri aracılığıyla intihar davranışı sergileyen hastalara bakan hemşirelerde oluşan duygusal etkiyi denetlemeli ve ele almalıdır (57).

2.6. Tedavi Uyumu

İlaç uyumu, bir hastanın bir doz rejiminin öngörülen aralığı ve dozuna göre hareket etme derecesi olarak görülür (58). Kronik tıbbi veya psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yarısının ilaç uyum sorunları nedeniyle reçete edilen

tedavi rejimlerinden tam olarak yararlanamadığı tahmin edilmektedir. Çoğu hasta için tedavi seyrinin bir noktasında geçici veya kısmi uyum beklenebilirken, psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda, reçeteli ilaçlara ve diğer tedavilere sürekli uyumsuzluk, semptomların nüksetmesine ve yeniden hastaneye yatışa neden olan önemli bir faktördür (59). Tekrarlayan hastane yatışları, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta ve bunlarla ilişkili olarak hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir (60).

Taj ve Khan (2005)'in uyumsuzluk nedenlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastalar en sık ilaç uyumsuzluğu nedeni olarak ilaçların karşılanmaması, fiziksel yan etkiler, gibi nedenleri belirtmişlerdir (61). Baby ve arkadaşları (2008), ayaktan şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada, daha düşük eğitim durumu, kırsal alanda kalış, aile üyeleriyle uyum güclüğü, daha yüksek pozitif semptom şiddeti, zayıf içgörü ve önceki uyumsuzluk, zayıf uyum ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu belirtmiştir (62). Yapılan bir çok çalışmada, hastalar tarafından ilaca uyumsuzluk için verilen nedenler; kendilerini iyi hissetme, algılanan manevi nedenler, finansal zorluklar ve kendini damgalama dahil olmak üzere çok sayıda ve çeşitli olarak belirtilmiştir. Diskinezi ve sedasyon gibi yan etki sorunları, zayıf içgörü, ilaçların satın alınamaması, cinsel yaşam üzerindeki olumsuz etkiler, ilacın etkisiz olduğu algısı, kadın cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, psikiyatrik eştanılar ve zayıf sosyal destek veya işlevsel kısıtlamalar gibi nedenler bulunmaktadır (58, 63).

2.6.1. Tedaviye Uyumu Artırabilecek Hemşirelik Girişimleri

- Ruhsal bozukluğu olan kişilerde, ilaç uyumunu artırmak amacıyla, bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim, sosyal beceri programları ve aile girişimleri gibi psikososyal programlar uygulanabilmektedir.
- Hastanın tedaviye uyumunda psikiyatri hemşiresi, hastaya eğitim verme, ilaç, doz ve zaman programı çizelgeleri, hatırlatıcılar, uyarıcılar hazırlama, iç görü kazanmasına yardımcı olma ve damgalamayı azaltma gibi girişimlerde bulunabilmelidir (64).
- Kötü uyum açısından en yüksek risk altındaki hastaları tanımlamak ve karakterize etmek, bu popülasyonda tedavi sonuçlarını iyileştirmek için

tedavi uyum stratejileri ve hizmetlerinin bilgilendirilmesine ve hedeflenmesine yardımcı olabilir (59).

- Yapılandırılmış tedavi uyum programları kullanarak nükseden yatışlar önlenebilir ve hastanın toplum içindeki işlevselliği artırılabilir (64).

2.7. Maneviyat

Maneviyat ve dindarlığın kavramsallaştırılması ve tanımlanmasına dair akademik araştırma literatüründe çok fazla tartışma olmasının yanı sıra din ve maneviyat bazı yönleriyle birbirlerinden ayrı düşünülebilen fakat yakından ilişkileri olan ve sağlık alanı da dahil olmak üzere birçok kişi için, özellikle operasyonel hale getirilmeye çalışılan, anlaşılması zor bir kavram olarak görülmektedir (65, 66, 67, 68).

Maneviyat, kişinin anlam arayışıyla ilgilidir, kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Bu nedenle kendi kimliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Kişinin, evrendeki yerini, kendisi ve diğer insanlarla olan ilişkilerini, hayatın anlamını anlama ve kabul etme becerisidir (69, 70). Din ise insanların anlamı ifade etmeyi seçebilecekleri bir yoldur ve genel olarak bir dizi ritüel, ayin ve uygulamayı içeren sembolik bir kültürel sistem olarak tanımlanabilir (70, 71).

Maneviyat, duyularla sezilemeyen, soyut bir kavramdır (72).

Türk Dil Kurumu (TDK) maneviyat kavramını; maddi olmayan, manevi şeyler olarak tanımlamıştır (73).

Cosentino (2020)'dan aktarıldığına göre Puchalski, Vitillo, Hull ve Reller maneviyatı, benlikle ve başkalarıyla ilişkili olarak anlam, amaç ve aşkınlık arayışını içeren ve bu maneviyatı inançlar, uygulamalar ve gelenekler yoluyla ifade eden bir kavram olarak tanımlamıştır (67).

Delgado, maneviyatı “hayatın amacını ve anlamını arama hissi, kişinin diğerleriyle veya aşkınla bağlantılılığı ve bunların sonucunda iç huzura ve iyilik haline ulaşması” olarak tanımlamıştır (74).

Maneviyatta üç ortak unsur tanımlanır: “aşkınlık”, “başkalarına, doğaya veya daha yüksek bir güce bağlılık” ve “hayatta anlam”. Bu unsurlar aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından uluslararası manevi refah ölçüsünde tanımlanan sekiz maneviyat alanında da yer almaktadır. Bu alanlar şunları içerir:

- ruhsal bir varlığa veya güce bağlılık,
- hayatın anlamı,
- huşu, bütünlük ve entegrasyon,
- manevi güç,
- iç huzur,
- huzur/uyum,
- umut ve iyimserlik,
- inanç (67).

2.7.1. Manevi Yönelimin Hastalığın Psikososyal Boyutu Üzerine Etkisi

Maneviyatın nasıl tanımlandığı veya kavramsallaştırıldığından bağımsız olarak, bireylerin sağlık ve refahına katkıda bulunduğu bildirilmektedir. Manevi esenlik, hastalığın duygusal ve fiziksel stresine daha fazla tolerans gösterilmesi, ağrı, stres ve olumsuz duygularda azalma ve hem depresyon hem de intihar riskinde azalma dahil olmak üzere bir çok olumlu sonuçla ilişkili bulunmuştur (65,67).

Bir hemşirelik kavram analizi, maneviyatı hastaların değer temelli düşünmesi, başkalarıyla etkileşim kurma yetenekleri, yaşamda anlam arayışları ve diğer insanlarla ve aşkın aziz ile bağlantı olarak tanımlamaktadır (75).

Yoga seansları ve psikoeğitim beyin zevk merkezlerini uyarabilirken, manevi terapi hastaların kültürel inançları ve psikolojik ihtiyaçları aracılığıyla hastalık algısını geliştirmeye çalışır. Yapılan bir çalışmada kemoterapi gören hastaların psikolojik yönleri hakkında eğitimi içeren manevi terapinin, depresyon ve anksiyete semptomlarını iyileştirmeye, sonuçta hastaların yaşam kalitesini artırmaya katkıda bulunduğu görülmüştür (66).

Dini inançların ve bağlılıkların ileri evrelerde hastalıklarla baş etmede, ciddi veya ölümcül hastalıkları olan hastaların iyilik hallerini iyileştirmede, insanların stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmasında önemli rolü olduğu görülmüş ve bunlar daha düşük ölüm kaygısı düzeyleri, daha yüksek yaşam doyumu düzeyi ve daha iyi uyum ile ilişkilendirilmiştir (76, 77).

Hastaların, sağlık bakım ekibinin din ve maneviyat ihtiyaçlarını desteklediğini bildiren raporlarıyla ölçülen manevi bakım, bakımdan daha iyi memnuniyet, psikolojik ve ruhsal uyum ve yaşamın sonunda daha az agresiflik ile bağdaştırılmıştır (65,78).

2.7.2. Psikiyatri Hemşireliğinde Maneviyatın Önemi

Psikiyatri hemşireliği, sağlık hizmeti sunumuna bütüncül bir yaklaşım benimser ve bu nedenle fiziksel, sosyal ve ruhsal refahı kapsamı gerekirken, manevi ihtiyaçlar genellikle göz ardı edilir (79).

Manevi bakım bütüncül hemşirelik bakımının ana unsurlarından biridir (80).

Psikiyatri hemşireliğinde maneviyyatın ne olduğu konusunda fikir birliği olmadığı için birçok hemşire manevi bakımın en iyi nasıl sağlanacağı konusunda güvensizlik duymaktadır (79). Ledger ve Bowler (2013) 235 psikiyatrik bakım sağlayıcısı ile yaptıkları çalışmada, çoğunluğunun maneviyyatı değerlendirme konusunda kendinden emin olmadığı, maneviyyat dilinin anlaşılmadığı ve hastaların farklı manevi ihtiyaçlarını anlayamadıklarını belirtmiştir (81).

Sağlık çalışanları arasında, bakım sırasında maneviyyatı bütönlöştürme yeteneklerini etkileyen, güvenlik eksikliği ve öz yeterlilik gibi engeller bulunmaktadır (82).

Psikiyatri hastaları için maneviyyat, tedaviye yönelik tutumları ve dolayısıyla ilaç ve diğer tedavilere uyumu etkileyip intihar girişimlerinde azalmaya da katkı sağlayabilir. Maneviyyat kavramını anlamak psikiyatri hemşireleri için klinik güveni artırmak adına önemlidir (79).

Manevi bakım, hemşirelik bakımının temel bir parçası olarak giderek daha fazla tanınmakta ve çeşitli araçlarla değerlendirilmektedir (67).

Bu doğrultuda, hastalarla yakın ilişki içerisinde olan hemşireler, bakım sunarken manevi bakımda kapsayacak şekilde bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik gereksinimlerine yönelik bütöncöl bir bakım vererek hastalara gelişme imkânı sağlamalıdır (72, 83, 84).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile intihar eğilimleri ve tedavi uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma 01.07.2020–30.11.2020 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne ayakta tedavi edilmek üzere psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanılı hastalar ile yapıldı. Psikiyatride 3 poliklinik, 1 amatem polikliniği, 1 adli poliklinik bulunmaktadır. Psikiyatri kliniği 24 yatan hastaya hizmet vermektedir. Ekipte 4 psikiyatri uzmanı, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 8 hemşire aktif yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne ayakta tedavi edilmek üzere psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanılı hastalar araştırmanın evrenini oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında “Manevi Yönelim Ölçeği” kullanılarak G-Power programında minimum örneklem genişliği $\alpha=0.05$, testin gücü $(1- \beta)$ 0.95 iken gerekli örneklem sayısı her bir tanı grubundan 133 olarak saptandı. Mevcut evrenden anksiyete bozukluğu tanısı alan 147, depresyon tanısı alan 148 kişi olmak üzere, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden toplam 295 hasta araştırmanın örneklemi oluşturdu (85,86).

3.3.1. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Depresyon veya Anksiyete Bozukluğu tanısı almak,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek,
- Sözel iletişim kurmakta sorunu olmamak.

3.3.2. Araştırma Kapsamına Dışlanma Kriterleri

- 18 yaşın altında olan,
- Depresyon veya Anksiyete Bozukluğu tanısı olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- Sözel iletişim kurmakta sorun yaşayanlar araştırma kapsamına dışlanma kriterlerini karşılamaktadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların Manevi Yönelim Ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları,

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği'nden elde edilen puan ortalamalarıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

Örneklem kapsamına alınan depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Bilgilendirilmiş Onam Formu”(EK I), “Kişisel Bilgi Formu” (EK II), anksiyete bozukluğu tanılı hastalara Beck Anksiyete Ölçeği (EK III), depresyon tanılı hastalara Beck Depresyon Ölçeği (EK IV), Manevi Yönelim Ölçeği (EK V), İntihar Olasılığı Ölçeği (EK VI) ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (EK VII)'ni doldurmaları istenmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 25-30 dakikada doldurulmuştur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler; Kişisel Bilgi Formu (EK II), Beck Anksiyete Ölçeği (EK III), Beck Depresyon Ölçeği (EK IV), Manevi Yönelim Ölçeği (EK V), İntihar Olasılığı Ölçeği (EK VI) ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (EK VII) kullanılarak toplandı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-II)

Literatür doğrultusunda hazırlanan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyo demografik durum, hastalık öyküsü, intihar girişimi olup olmadığı, kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini içeren 22 sorudan oluşmaktadır (87,88,89).

3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK III)

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, kişilerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin ne sıklıkta olduğunu belirlemek amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşup, 0-3 arası puanlama yapılan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. 0-7 puan aralığı minimal düzeyde anksiyete, 8-15 puan aralığı hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan aralığı orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan aralığı şiddetli anksiyete olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmış olup Cronbach alpha değeri 0,93 olarak bulunmuştur (90,91). Bu çalışmada cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK IV)

Beck depresyon ölçeği (1961) duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDÖ araştırmalarda ve kliniklerde en çok kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Ölçek 21 maddeden oluşup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. Her bir soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilerek, 0-63 arasında değişen skorlar elde edilmektedir. Sonuçlar 0-9 hiç yok/minimal depresyon, 10-18 hafif depresyon, 19-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDÖ’nün Türkçe geçerliliği ve güvenirliği Hisli (1988) tarafından yapılmış olup cronbach alpha değeri 0,74 olarak bulunmuştur (92,93) (EK IV). Bu çalışmada cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ) (EK V)

Kasapoğlu (2015) tarafından geliştirilen MYÖ, maneviyatla ilgili literatür taramasından sonra çeşitli ölçekler incelenmiş ve madde havuzu hazırlanırken bu ölçeklerden faydalanılmıştır. Bu aşamada öncelikle 53 maddelik deneme havuzu oluşturulmuş daha sonra 20 madde denemelik madde havuzundan çıkarılmış ve 10 madde yeniden düzenlenmiştir. Yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda 16 maddeden ve tek boyuttan oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Ölçek 1=hiç katılmıyorum, 7=tamamen katılıyorum şeklinde 7’li likert tipi olarak hazırlanmıştır. Ölçekten en düşük puan 16, en yüksek 112 puan alınabilmektedir. Toplam puan manevi yönelimin yüksekliğini ifade etmektedir. Manevi Yönelim Ölçeği’nin yapı geçerliğini sınamak için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Kasapoğlu çalışmasında ölçeğin cronbach alpha değerini 0.87 olarak bulmuştur (94, 95) (EK V). Bu çalışmada cronbach alpha değeri 0,97 olarak bulunmuştur.

3.6 5. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK VI)

Cull ve Gill (1990) tarafından ergen ve yetişkinlerin olası intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, Atlı ve ark. (2009) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış bir kendini bildirim aracıdır. İntihar düşüncesi, umutsuzluk, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere toplam 4 alt boyutu vardır. Ölçekten alınan puanlar dört gruba ayrılmıştır (0-24 normal, 25-49 hafif düzeyde risk, 50-74 orta düzeyde risk, 75-100 yüksek risk). Her alt boyut intihar gibi karmaşık olguyu farklı kuramsal modellerle değerlendirirken, 12 madde (5,12,14,15,17,19,23,28,29,31,33,36) umutsuzluk alt boyutu, 7 madde (1,3,8,9,13,16,34) düşmanlık alt boyutu, 9 madde (2,6,10,11,18,22,26,27,35) olumsuz kendilik değerlendirmesi boyutu ve 8 madde (4,7,20,21,24,25,30,32) intihar düşüncesi alt boyutu şeklindedir. Katılımcılardan her soru için ne sıklıkta yaptıkları „hiçbir zaman yada nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “çoğu zaman yada her zaman” şeklinde yanıtlamaları istenen 36 sorudan oluşan 4 dereceli Likert tipi ölçektir. Ölçek her madde için toplam puanı 1 ile 4 arasında hesaplanırken ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Buna göre, alınan puanlar ne kadar fazla ise intihar eğilimi o kadar fazladır. Atlı ve ark.(2009) tarafından ölçeğin geçerlilik güvenirlilik Cronbach alfa katsayısı 0.89

olarak hesaplanmıştır. İncelenen literatürler doğrultusunda İÖÖ' nün güvenilir ve geçerli olduğu görülmektedir (96,97) (EK VI). Bu çalışmada cronbach alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

3.6.6. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) (EK VII)

D.E. Morisky tarafından geliştirilmiş (1986), Morisky ve arkadaşları tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek, tedavi uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. İki seçenekli dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu soruların altında yatan düşünce, bağılıktan kopmanın unutkanlık, dikkatsizlik, kendini daha iyi hissedince ilacı bırakma yada ters bir olay yaşamaya bağlı olabileceği savıdır. Sorular 'evet/hayır' şeklinde cevaplanmaktadır. Soruların tamamına 'hayır' denmişse ilaç uyumu yüksek düzeyde, bir veya iki soruya 'evet' denmişse ilaç uyumu orta düzeyde, üç veya dört soruya 'evet' denmişse ilaç uyumu düşük düzeyde olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında tedaviye uyumu ölçmek için Bahar (2013) tarafından gerçekleştirilmiş olup cronbach alpha değeri 0,62 bulunmuştur. (98,99) (EK VII). Bu çalışmada cronbach alpha değeri 0,57 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada normal dağılım sergileyen ikili grupların karşılaştırılmasında Independent Sample T testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında One Way Anova Testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığın karşılaştırılmasında Post Hoc testleri kullanılmıştır. Korelasyon analizinde ise Pearson testi kullanılmıştır. Hastaların intihar olasılığına etki eden faktörler çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Kurulan modelde bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu görülmüştür (Test of Linearity testi, $p>0,05$). Bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunu yani yüksek düzeyde ilişkinin olmadığı görülmüştür (VIF değerleri <10 , Korelasyon katsayıları $<0,8$). Bağımsız hatalar veya oto korelasyon olarak ifade edilen herhangi iki veri arasında birbirini etkileyen veri olmadığı görülmüştür (Durbin-Watson Testi, $p<0,05$, Otokorelasyon yoktur=1,5-2,5). Tüm çalışmada anlamlılık düzeyleri 0,05 ve 0,01 değerleri dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

Verilerin analizi SPSS İstatistik 26 versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Sayısal değişkenlerde normal dağılım çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanarak bulunmuştur. Normal dağılımın kurallarına göre çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması gerekmektedir (100). Bu kapsamda tüm ölçeklerin normal dağılım sergilediği görülmüştür.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın Etik kurul izni Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (2020/145), araştırmanın yapılacağı Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesinden gerekli olan kurum izni alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırmanın yapılma amacı, süresi açıklanarak ve yazılı onam alınarak “Aydınlatılmış Onam” etik ilkesine uyulmuştur. Araştırmaya katılma konusunda özgür oldukları ve istedikleri zaman araştırmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesine uyulmuştur. Kişisel bilgilerin korunacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyulmuştur. Soruları cevaplayan bireylerin kimliğinin ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesine uyulmuştur.

3. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri kliniği ve polikliniğinde ayaktan ve yatarak tedavi görme amacı ile gelen hastalarla yapılması çalışmanın sınırlılığı olup, elde edilen bulgular sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmada yer alan anksiyete bozukluğu ve depresyon tanımlı hastaların tanımlayıcı özellikleri, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) toplam puanları ve alt ölçeklerinden alınan toplam puanları, ölçekler arasındaki ilişki, ölçeklerin tanımlayıcı özelliklerle ve tanımlayıcı verilerle karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=295)

Değişken	Kategori	n	%
Hastalık tanısı	Anksiyete	147	49,8
	Depresyon	148	50,2
Cinsiyet	Kadın	165	55,9
	Erkek	130	44,1
Yaş	18-29 yaş	128	43,4
	30-39 yaş	87	29,5
	40-49 yaş	44	14,9
	50 yaş ve üzeri	36	12,2
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	75	25,4
	Ortaokul	47	15,9
	Lise	78	26,4
	Lisans ve üstü	95	32,2
Meslek	Memur	48	16,3
	İşçi	34	11,5
	Ev hanımı	78	26,4
	Serbest meslek	30	10,2
	Çalışmıyor	105	35,6
Gelir düzeyi	İyi	79	26,8
	Orta	134	45,4
	Düşük	82	27,8
Medeni durum	Evli	158	53,6
	Bekar	115	39,0
	Boşanmış veya ayrı yaşıyor	22	7,5
Yaşadığı yer	Köy	13	4,4
	İlçe	48	16,3
	Şehir merkezi	234	79,3
	Toplam	295	100

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=295) (Devamı)

Değişken	Kategori	n	%
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	128	43,4
	1 çocuk	31	10,5
	2 çocuk	53	18,0
	3 çocuk	44	14,9
	4 çocuk ve üzeri	39	13,2
Kiminle birlikte	Yalnız	18	6,1
	Ailemle	167	56,6
	Eşimle	19	6,4
	Eş ve çocuklarla	91	30,8
Aile tipi	Geniş aile	67	22,7
	Çekirdek aile	205	69,5
	Parçalanmış aile	23	7,8
Baba eğitim durumu	Okur yazar değil	30	10,2
	Okur yazar	46	15,6
	İlkokul	103	34,9
	Ortaöğretim	81	27,5
	Yüksek okul	35	11,9
Anne eğitim durumu	Okur yazar değil	101	34,2
	Okur yazar	41	13,9
	İlkokul	93	31,5
	Ortaöğretim	44	14,9
	Yüksek okul	16	5,4
Hastalık süresi	0-1 yıl	101	34,2
	1-5 yıl	95	32,2
	5-10 yıl	46	15,6
	10 yıl ve üstü	53	18,0
Sigara kullanma durumu	Evet	155	52,5
	Hayır	140	47,5
Alkol kullanma durumu	Evet	47	15,9
	Hayır	248	84,1
Madde kullanımı	Evet	13	4,4
	Hayır	282	95,6
Ailede psikiyatrik hastalık durumu	Evet	100	33,9
	Hayır	195	66,1
Sosyal destek alma durumu	Evet	226	76,6
	Hayır	69	23,4
	Toplam	295	100

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=295) (Devamı)

Değişken	Kategori	n	%
Destegi yeterli bulma	Evet	180	61,0
	Hayır	115	39,0
İntihar girişimi	Hayır	182	61,7
	Bir kez	51	17,3
	İki ya da üç kez	37	12,5
	Üçten fazla	25	8,5
Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgi durumu	Evet	43	14,6
	Biraz	84	28,5
	Hayır	168	56,9
Kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri	Yok	119	40,3
	Müzik terapisi	14	4,7
	Dua okuma	52	17,6
	Birden fazla seçenek	110	37,3
	Toplam	295	100

Çalışmaya katılan hastaların hastalık tanıları incelendiğinde; %49,8'i anksiyete ve %50,2'si depresyon hastasıdır. Hastaların %55,9'u kadın, %43,4'ü 18-29 yaş aralığında, %32,2'si ise lisans ve üstü, %35,6'sı çalışmamakta, %45,4'ü orta gelirli, %53,6'sı evli, %79,3'ü şehir merkezinde yaşamakta, %43,4'nün çocuğı yok, %56,6'sı ailesi ile birlikte yaşamakta, %69,5'i çekirdek aile, %34,9'unun babası ilkokul mezunu, %34,2'sinin annesi okur yazar olmadığı, %34,2'sinin hastalık süresi 0-1 yıl olduğu, %52,5'i sigara kullanmakta, %84,1'i alkol kullanmamakta, %95,6'sı madde kullanmamakta, %66,1'inin ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunmamakta, %76,6'sı sosyal destek almakta, %61'i alınan desteğı yeterli bulmakta, %61,7'si hiç intihar girişiminde bulunmamış, %56,9'unun tamamlayıcı tedavi hakkında bilgisi bulunmamakta, %40,3'ünün hiç bir tamamlayıcı yöntem kullanmadığı belirlendi.

Tablo 2. Hastaların BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ, İÖÖ Toplam ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=295)

	N	Ort.±S.S	Min.-Max	Medyan	Cronbach's alpha
Manevi Yönelim Ölçeği	295	85,48±28,17	16,00-112,00	97,00	0,973
İntihar Olasılığı Ölçeği	295	79,98±17,90	44,00-135,00	77,00	0,907
• Umutsuzluk	295	27,86±7,29	13,00-46,00	27,00	0,760
• Düşmanlık	295	14,30±4,37	7,00-28,00	14,00	0,745
• İntihar düşüncesi	295	14,55±5,98	8,00-32,00	13,00	0,880
• Kendini olumsuz değerlendirme	295	23,26±5,13	10,00-36,00	23,00	0,694
Beck Depresyon Ölçeği	148	26,25±13,29	1,00-58,00	24,00	0,907
Beck Anksiyete Ölçeği	147	25,53±13,58	0,00-63,00	24,00	0,905
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	295	1,80±0,72	1,00-3,00	2,00	0,570

Hastaların BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTU, İÖÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının dağılımı tablo 4'te yer almaktadır. Çalışmaya katılan hastaların Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ) toplam puan ortalaması 85,48±28,17, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) toplam puan ortalaması 79,98±17,9, umutsuzluk alt ölçek puan ortalaması 27,86±7,29, düşmanlık alt ölçek puan ortalaması 14,30±4,37, intihar düşüncesi alt ölçek puan ortalaması 14,55±5,98, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puan ortalaması 23,26±5,13, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puan ortalaması 26,25±13,29, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) toplam puan ortalaması 25,53±13,58, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) toplam puan ortalaması 1,80±0,72 olarak saptandı.

Tablo 3. Hastaların BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ, İÖÖ ve Alt Ölçeklerinin Arasındaki İlişki (n=295)

N=295		MYÖ	İÖÖ	U	D	İD	KOD	BDÖ	BAÖ
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam (İÖÖ)	r	-0,329**	1						
	p	0							
Umutsuzluk (U)	r	-0,249**	0,870**	1					
	p	0	0						
Düşmanlık (D)	r	-0,205**	0,815**	0,654**	1				
	p	0	0	0					
İntihar Düşüncesi (İD)	r	-0,260**	0,838**	0,664**	0,614**	1			
	p	0	0	0	0				
Kendini olumsuz değerlendirme (KOD)	r	-0,320**	0,595**	0,297**	0,358**	0,305**	1		
	p	0	0	0	0	0			
Beck Depresyon (BDÖ)	r	-0,033	0,620**	0,555**	0,463**	0,614**	0,291**	1	
	p	0,691	0	0	0	0	0		
Beck Anksiyete (BAÖ)	r	-0,141	0,314**	0,399**	0,336**	0,232**	-0,017		1
	p	0,089	0	0	0	0,005	0,841		
Tedavi Uyumu (MTUÖ)	r	-0,078	-0,204**	-0,199**	-0,204**	-0,135*	-0,101	-0,231**	-0,316**
	p	0,184	0	0,001	0	0,021	0,083	0,005	0

r değeri; 0,2-0,4 arası zayıf, 0,4-0,6 arası orta, 0,6 ve üstü güçlü korelasyondur.

MYÖ: Manevi Yönelim Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, U: Umutsuzluk, D: Düşmanlık, İ: İntihar düşüncesi, KOD: Kendini olumsuz değerlendirme, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Hastaların BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ, İÖÖ ve alt ölçeklerinin arasındaki ilişki tablo 3'te yer almaktadır.

MYÖ ile İÖÖ, umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçekleri arasında düşük düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

İÖÖ ile BDÖ, BAÖ ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

İÖÖ ile MYÖ ve MTUÖ arasında düşük düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

BDÖ ile İÖÖ ve umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt ölçekleri arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

BDÖ ile kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

BDÖ ile MTUÖ arasında düşük düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

BAÖ ile İÖÖ, umutsuzluk ve düşmanlık alt ölçekleri arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

BAÖ ile intihar düşüncesi alt ölçeği arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

BAÖ ile MTUÖ arasında orta düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

MTUÖ ile BDÖ, İÖÖ, umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt ölçekleri arasında düşük düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimine Etki Eden Faktörlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	B	Std. hata _B	β (Beta)	T	p	Tolerance	VIF
Sabit	141,179	8,820		16,007	0		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	-0,563	0,087	-0,360	-6,451	0,000	0,958	1,043
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	5,90	2,180	0,151	2,706	0,207	0,958	1,043
R=0,361	R ² =0,130		F(2,292)=21,81, $p<0,01$				

Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimlerine etki eden faktörler ve faktörlerin etki oranları incelenmiş olup intihar olasılığı ölçeği ve morisky tedavi uyum ölçeği bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir. Bu bağımlı değişkenlerin manevi yönelim bağımsız değişkeni üzerine etkisi çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Çalışmada manevi yönelim ile tedaviye uyum arasında ilişki görülmediği için modele dahil edilmemiştir. Bağımlı değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunu yani yüksek düzeyde ilişkinin olmadığı görülmüştür (VIF

değerleri<10). Bağımlı değişkenler ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu görülmüştür. Bu modeldeki çoklu regresyon analizinde modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F(2,292)=21,82, p<0,01$). Bağımlı değişkenler depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimlerdeki değişimlerin %12,4'ünü açıklamaktadır.

Bağımlı değişkenlerin t-testi sonuçları incelendiğinde sadece intihar olasılığı ölçeğinin manevi yönelim üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu modelde, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların intihar olasılığı puanları arttıkça manevi yönelimin azalacağı görülmüştür. Başka bir ifadeyle modeldeki tüm değerler sabit tutulduğunda intihar olasılığı bir puan arttığında manevi yönelimin -0,360 kat azalış yaşanılacağı görülmüştür.

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295)

Tanımlayıcı Özellikler			Manevi Yönelim	Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Morisky Tedavi Uyumu
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Hastalık tanısı	Anksiyete	147	88,52±27,39	-.	25,53±13,59	1,84±0,73
	Depresyon	148	82,47±28,70	26,26±13,29	-	1,77±0,71
	İstatistiksel	t	1,850	-	-	0,792
	Değerler	p	0,065	-	-	0,429
Cinsiyet	Kadın	165	87,85±28,11	28,10±13,00	28,56±12,36	1,70±0,69
	Erkek	130	82,48±28,06	24,25±13,41	21,02±14,18	1,94±0,73
	İstatistiksel	t	1,628	1,773	3,416	-2,894
	Değerler	p	0,105	0,078	0,001**	0,004**
Yaş	18-29 yaş	128	82,70±29,51	26,69±13,38	23,38±13,53	1,92±0,73
	30-39 yaş	87	83,13±29,58	27,68±15,06	26,70±13,51	1,71±0,70
	40-49 yaş	44	91,86±23,15	25,82±10,22	25,69±12,94	1,70±0,67
	50 yaş ve üzeri	36	93,28±23,30	20,93±13,30	29,14±14,21	1,72±0,78
	İstatistiksel	F	2,321	0,939	1,159	2,065
	Değerler	p	0,075	0,424	0,328	0,105
Eğitim durumu	İlkokul ve altı (A)	75	91,75±25,05	22,50±13,26	28,82±13,73	1,69±0,73
	Ortaokul (B)	47	86,64±26,18	26,63±13,27	25,50±15,34	1,83±0,67
	Lise (C)	78	84,44±30,59	27,35±14,94	24,41±13,61	1,82±,70
	Lisans ve üstü (D)	95	80,83±28,82	27,41±12,07	23,05±12,24	1,86±0,75
	İstatistiksel	F	2,188	1,025	1,441	0,836
	Değerler	p	0,09*	0,384	0,233	0,475
Meslek	Memur (A)	48	89,56±27,26	24,20±8,16	15,83±9,59	1,83±0,78
	İşçi (B)	34	88,82±26,71	21,58±14,11	21,41±11,51	1,88±0,69
	Ev hanımı (C)	78	93,05±22,95	27,24±14,49	29,89±12,04	1,63±0,70
	Serbest meslek (D)	30	86,50±22,40	22,11±14,33	25,45±18,89	1,70±0,65
	Çalışmıyor (E)	105	76,63±31,90	28,86±13,55	28,11±13,75	1,92±0,72
	İstatistiksel	F	4,596	1,624	5,648	2,199
	Değerler	p	0,001**	0,172	0,000**	0,069
	Fark	Fark	E<A,B,C	-	A<C,D,E B<C,E	-

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikler			Manevi Yönelim	Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Morisky Tedavi Uyumu
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Gelir düzeyi	İyi ^(A)	79	84,85±31,14	23,00±11,43	21,56±12,00	1,99±0,74
	Orta ^(B)	134	87,84±27,01	24,90±13,44	24,73±13,56	1,75±0,74
	Düşük ^(C)	82	82,26±27,00	31,31±13,40	31,08±13,74	1,72±0,63
	İstatistiksel Değerler	F	1,026	4,704	5,610	3,615
		p	0,360	0,010**	0,005**	0,028*
		Fark	-	C<A,B	C<A,B	A>B,C
Medeni durum	Evli ^(A)	158	91,27±23,38	25,42±13,45	25,81±13,79	1,70±0,71
	Bekar ^(B)	115	80,10±31,11	27,38±13,09	25,18±13,26	1,92±0,72
	Boşanmış veya ayrı yaşıyor ^(C)	22	72,09±34,21	25,86±13,96	25,00±15,43	1,95±0,72
	İstatistiksel Değerler	F	8,320	0,366	0,041	,858
		p	0,000**	0,694	0,959	0,022*
		Fark	A>B,C	-	-	A,B>C
Yaşadığı yer	Köy	13	87,00±22,76	22,29±16,83	19,00±7,87	1,85±0,80
	İlçe	48	78,63±31,28	30,85±15,51	24,76±14,66	1,96±0,68
	Şehir merkezi	234	86,81±27,67	25,41±12,36	25,99±13,62	1,77±0,72
	İstatistiksel Değerler	F	1,708	2,19	0,793	1,40
		p	0,183	0,116	0,454	0,248
	Fark					
Çocuk sayısı	,00 ^(A)	128	78,96±31,85	25,96±12,89	25,57±13,76	1,95±0,71
	1 çocuk ^(B)	31	85,94±24,61	24,24±12,80	20,71±14,23	1,81±0,79
	2 çocuk ^(C)	53	88,96±26,55	29,52±13,02	24,77±12,95	1,66±0,68
	3 çocuk ^(D)	44	91,48±24,00	29,63±15,33	26,76±13,30	1,68±0,74
	4 çocuk ve üzeri ^(E)	39	95,05±18,95	19,80±12,10	27,79±14,14	1,64±0,67
	İstatistiksel Değerler	F	3,671	1,739	0,671	2,779
		P	0,006**	0,145	0,613	0,027*
		Fark	A<C,D,E	-	-	A>C,D,E
	Fark					
Kiminle birlikte	Yalnız ^(A)	18	78,78±30,06	20,30±11,85	25,25±11,56	2,11±0,76
	Ailemle ^(B)	167	84,69±29,56	26,10±12,63	25,92±14,11	1,87±0,71
	Eşimle ^(C)	19	88,32±27,92	25,00±16,84	20,09±13,85	2,05±0,71
	Eş çocuklarla ^(D) ve	91	87,68±25,54	27,86±13,98	26,23±12,85	1,57±0,69
	İstatistiksel Değerler	F	0,631	0,944	0,643	5,71
		P	0,596	0,421	0,589	0,001**
		Fark	-	-	-	D<A,B,C

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikler			Manevi Yönelim	Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Morisky Tedavi Uyumu
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Aile tipi	Geniş aile ^(A)	67	87,85±28,59	28,48±14,54	24,47±14,69	1,78±0,71
	Çekirdek aile ^(B)	205	86,37±27,26	24,68±12,74	25,64±13,41	1,79±0,72
	Parçalanmış aile ^(C)	23	70,74±31,77	31,44±12,79	29,00±11,86	2,00±0,74
	İstatistiksel Değerler	F	3,548	2,424	0,332	0,938
		p	0,030*	0,092	0,718	0,393
		Fark	C<A,B	-	-	-
Baba eğitimi	Okur yazar değil ^(A)	30	89,77±23,60	30,67±14,47	28,17±13,76	1,80±0,76
	Okur yazar ^(B)	46	90,17±27,24	27,38±12,55	26,35±12,77	1,50±0,62
	İlkokul ^(C)	103	88,75±25,60	26,00±12,30	24,73±13,29	1,78±0,70
	Ortaöğretim ^(D)	81	82,10±30,20	25,10±15,81	24,80±14,31	1,99±0,73
	Yüksek okul ^(E)	35	73,89±32,39	25,06±10,35	25,94±14,70	1,86±0,73
	İstatistiksel Değerler	F	2,673	0,489	0,26	3,569
		p	0,032*	0,743	0,903	0,007*
		Fark	A,B,C>E	-	-	B<A,C,D,E B,C<D
Anne eğitimi	Okur yazar değil ^(A)	101	88,32±25,66	24,13±12,66	27,48±13,57	1,68±0,73
	Okur yazar ^(B)	41	90,98±23,30	30,74±13,00	22,17±13,38	1,63±0,66
	İlkokul ^(C)	93	88,17±29,47	26,26±12,87	25,15±13,23	1,87±0,66
	Ortaöğretim ^(D)	44	77,73±30,26	26,96±16,06	22,76±12,98	2,07±0,76
	Yüksek okul ^(E)	16	59,25±25,96	23,90±11,49	30,00±19,15	1,88±0,81
	İstatistiksel Değerler	F	5,474	1,036	0,952	3,084
		p	0,000**	0,391	0,436	0,016*
		Fark	A,B,C,D>E	-	-	A,B<D
Hastalık süresi	0-1 yıl	101	87,89±28,75	24,64±13,39	23,16±13,27	1,84±0,73
	1-5 yıl	95	83,95±27,32	26,55±13,93	25,17±13,39	1,78±0,73
	5-10 yıl	46	84,35±29,15	27,33±13,34	25,63±10,13	1,87±0,72
	10 yıl ve üstü	53	84,64±28,20	27,20±12,51	32,09±15,83	1,72±0,69
	İstatistiksel Değerler	F	0,378	0,33	2,446	0,512
		p	0,769	0,803	0,066	0,674
Sigara kullanma durumu	Evet	155	82,15±29,55	27,27±13,49	25,82±13,20	1,79±0,72
	Hayır	140	89,17±26,17	24,69±12,94	25,30±13,97	1,81±0,73
	İstatistiksel Değerler	t	-2,149	1,153	0,225	-0,246
		p	0,032*	0,251	0,822	0,805

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikler			Manevi Yönelim	Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Morisky Tedavi Uyumu
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Alkol kullanımı	Evet	47	68,94±34,75	23,04±13,59	25,53±15,51	1,83±0,76
	Hayır	248	88,62±88,62	27,01±13,17	25,53±13,35	1,80±0,71
	İstatistiksel	t	-4,536	-1,429	-0,001	0,274
	Değerler	p	0,000**	0,155	0,999	0,785
Madde kullanımı	Evet	13	92,08±15,78	15,43±6,75	30,83±19,44	1,69±0,63
	Hayır	282	85,18±28,59	26,79±13,32	25,30±13,34	1,81±0,72
	İstatistiksel	t	0,863	-2,238	0,976	-0,568
	Değerler	p	0,389	0,027*	0,331	0,571
Ailede psikiyatrik hastalık durumu	Evet	100	83,06±29,71	28,77±12,85	28,88±12,34	1,78±0,72
	Hayır	195	86,73±27,34	24,90±13,40	23,91±13,93	1,82±0,72
	İstatistiksel	t	-1,059	1,703	2,102	-0,399
	Değerler	p	0,291	0,091	0,037*	0,69
Sosyal destek durumu	Evet	226	89,64±25,20	25,55±13,00	24,78±13,50	1,83±0,72
	Hayır	69	71,88±32,94	28,73±14,19	27,83±13,80	1,71±0,71
	İstatistiksel	t	4,747	-1,213	1,172	1,229
	Değerler	p	0,000**	0,227	0,243	0,220
Desteği yeterli bulma	Evet	180	89,92±25,13	21,83±12,17	23,37±13,16	1,87±0,74
	Hayır	115	78,54±31,22	32,75±12,33	29,15±13,65	1,70±0,68
	İstatistiksel	t	4,747	-1,213	-1,172	1,229
	Değerler	p	0,001**	0,000**	0,012*	0,04*
İntihar girişimi	Hayır ^(A)	182	91,57±25,32	20,82±10,15	23,59±13,40	1,86±0,71
	Bir kez ^(B)	51	77,08±28,61	28,36±13,67	27,91±12,95	1,76±0,79
	İki ya da üç kez ^(C)	37	70,86±32,40	30,19±14,14	33,25±12,70	1,62±0,76
	Üçten fazla ^(D)	25	80,00±28,53	38,09±12,22	39,00±12,73	1,72±0,54
	İstatistiksel Değerler	F	8,597	14,158	3,500	1,361
		p	0,000**	0,000**	0,017*	0,255
		Fark	A>B,C,D	A<B,C,D D>A,B,C	A<C,D	-
Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgi	Evet ^(A)	43	85,81±30,06	23,61±12,54	22,20±11,75	2,23±0,68
	Biraz ^(B)	84	88,19±25,80	27,63±13,73	22,78±13,50	1,82±0,71
	Hayır ^(C)	168	84,05±28,86	26,28±13,32	27,62±13,78	1,68±0,69
	İstatistiksel Değerler	F	0,607	0,682	2,504	10,591
		p	0,545	0,507	0,085	0,000**
		Fark	-	-	-	A>B,C

Tablo 5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ, MYÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Tanımlayıcı Özellikler			Manevi Yönelim	Beck Depresyon	Beck Anksiyete	Morisky Tedavi Uyumu
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri	Yok ^(A)	119	80,31±30,05	26,64±12,56	24,89±13,90	1,73±0,73
	Müzik terapisi ^(B)	14	73,71±38,83	26,50±18,90	23,38±15,43	1,86±0,66
	Dua okuma ^(C)	52	95,08±19,89	26,44±12,00	27,11±13,31	1,67±0,73
	Birden fazla seçenek ^(D)	110	88,05±26,46	25,66±14,59	26,00±13,38	1,94±0,69
	İstatistiksel Değerler	F	4,631	0,051	0,214	2,271
		p	0,004**	0,985	0,886	0,080*
		Fark	A,B<D<C	-	-	C<A<D

p<0,05*, p<0,01**, t: Independent Sample T testi, F: One Way Anova, Fark: Post Hoc Testleri

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre manevi yönelim, beck depresyon, beck anksiyete ve morisky tedavi uyumu puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te görülmektedir.

Cinsiyete göre BAÖ ve MTUÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (p<0,05). Erkeklerin BAÖ toplam puan ortalaması 21,02±14,18, kadınların BAÖ toplam puan ortalaması 28,56±12,36 olduğu belirlendi. Kadınlarda erkeklere kıyasla anksiyete seviyelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0,05).

Erkeklerde MTUÖ toplam puan ortalaması 1,94±0,73, kadınlarda MTUÖ toplam puan ortalaması 1,70±0,69 olarak belirlendi. Erkeklerin kadınlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0,05).

Cinsiyete göre MYÖ ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p>0,05).

Eğitim durumlarına göre MYÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (p<0,05). Eğitim seviyesi ilkokul ve altı olanların MYÖ puan ortalaması 91,75±25,05 olarak belirlendi. Eğitim seviyesi azaldıkça manevi yönelimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0,05).

Mesleklerine göre MYÖ ve BAÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Ev hanımlarının MYÖ puan ortalaması $93,05\pm22,95$, BAÖ puan ortalaması $29,89\pm12,04$ olarak belirlendi. Ev hanımlarının diğer mesleklere kıyasla ankiyete düzeylerinin ve manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Gelir düzeylerine göre BDÖ, BAÖ ve MTUÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Gelir durumu düşük olanların BDÖ puan ortalaması $31,31\pm13,40$, BAÖ puan ortalaması $31,08\pm13,74$ olarak belirlendi. Gelir durumu iyi olanların MTUÖ puan ortalaması $1,99\pm0,74$ olarak belirlendi. Gelir durumu düşük olanların, gelir durumu orta ve iyi olanlara kıyasla depresyon ve anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gelir durumu iyi olanların, gelir durumu orta ve düşük olanlara kıyasla tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Medeni durumlarına göre MYÖ ve MTUÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Evli olanların MYÖ puan ortalaması $91,27\pm23,38$, boşanmış/ayrı yaşayanların MTUÖ puan ortalaması $1,95\pm0,72$ olarak belirlendi. Evlilerin, bekar ve boşanmış/ayrı yaşayanlara kıyasla manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Boşanmış/ayrı yaşayanların evli ve bekar olanlara kıyasla tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çocuk sayısına göre MYÖ ve MTUÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Çocuk sayısı 4 ve üzeri olanların MYÖ puan ortalaması $95,05\pm18,95$, hiç çocuğu olmayanların MTUÖ puan ortalaması $1,95\pm0,71$ olarak belirlendi. Çocuk sayısı fazla olanların hiç çocuğu olmayan ve daha düşük sayıda çocuğu olanlara kıyasla manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Çocuğu olmayanların çocuğu olanlara kıyasla tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Kiminle yaşadığına göre MTUÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Yalnız yaşayanların MTUÖ puan ortalaması $2,11\pm0,76$ olarak belirlendi. Yalnız yaşayanların, ailesi ve çocuklarıyla

yaşayanlara kıyasla tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Aile tipine göre MYÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Geniş aileye sahip olanların MYÖ puan ortalaması $87,85\pm28,59$ olarak belirlendi. Geniş aileye sahip olanların parçalanmış ve çekirdek aile olanlara kıyasla manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Anne ve babanın eğitim durumuna göre MYÖ ve MTUÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Babası okur yazar olanların MYÖ puan ortalaması $90,17\pm27,24$, annesi okur yazar olanların MYÖ puan ortalaması $90,98\pm23,30$ olarak belirlendi. Babası ortaöğretim mezunu olanların MTUÖ puan ortalaması $1,99\pm0,73$, annesi ortaöğretim mezunu olanların MTUÖ puan ortalaması $2,07\pm0,76$ olarak belirlendi. Anne ve babası okur yazar olanların diğer eğitim gruplarında olanlara kıyasla manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Anne ve babası ortaöğretim mezunu olanların diğer eğitim gruplarında olanlara kıyasla tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sigara ve alkol kullanma durumlarına göre MYÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Sigara kullanmayan hastaların MYÖ puan ortalaması $89,17\pm26,17$, alkol kullanmayanların MYÖ puan ortalaması $88,62\pm88,62$ olarak belirlendi. Sigara ve alkol kullanmayanların kullananlara kıyasla manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Madde kullanma durumlarına göre BDÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Madde kullanmayan hastaların BDÖ puan ortalaması $26,79\pm13,32$ olarak belirlendi. Madde kullanmayan hastaların madde kullananlara kıyasla depresyonlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Ailede psikiyatrik hasta olma durumuna göre BAÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Ailesinde psikiyatrik hasta olanların BAÖ puan ortalaması $28,88\pm12,34$ olarak belirlendi. Ailede psikiyatrik hasta olanların olmayanlara kıyasla anksiyetelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sosyal destek alma durumuna göre MYÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Sosyal destek alanların MYÖ puan ortalaması $89,64\pm25,20$ olarak belirlendi. Sosyal destek alanların almayanlara kıyasla manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Desteği yeterli bulma durumlarına göre MYÖ, BDÖ, BAÖ ve MTUÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Desteği yeterli bulanların MYÖ puan ortalaması $89,92\pm25,13$, MTUÖ puan ortalaması $1,87\pm0,74$, BDÖ puan ortalaması $21,83\pm12,17$, BAÖ puan ortalaması $23,37\pm13,16$ olarak belirlendi. Sosyal desteği yeterli bulanların bulmayanlara kıyasla manevi yönelimlerinin ve tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sosyal desteği yeterli bulmayanların desteği yeterli bulanlara kıyasla anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

İntihar sayılarına göre MYÖ, BDÖ ve BAÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Üçten fazla intihar girişiminde bulunanların BDÖ puan ortalaması $38,09\pm12,22$, BAÖ puan ortalaması $39,00\pm12,73$, MYÖ puan ortalaması $80,00\pm28,53$ olarak belirlendi. Üçten fazla intihar girişiminde bulunanların daha az yada hiç intihar girişiminde bulunmayanlara kıyasla depresyon ve anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgilerine göre MTUÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgisi olanların MTUÖ puan ortalaması $2,23\pm0,68$ olarak belirlendi. Tamamlayıcı tedaviler hakkında bilgisi olanların olmayanlara ve biraz bilgisi olanlara kıyasla tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Kullanılan tamamlayıcı yöntemlere göre MYÖ ve MTUÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Kullanılan tamamlayıcı yöntemi duyanların MYÖ puan ortalaması $95,08\pm19,89$, MTUÖ puan ortalaması $1,67\pm0,73$ olarak belirlendi. Kullanılan tamamlayıcı yöntemi birden fazla olanların MTUÖ puan ortalaması $1,94\pm0,69$ olarak belirlendi.

Kullanılan tamamlayıcı yöntemi dua olanların diğer tamamlayıcı yöntemi olanlara kıyasla manevi yönelimlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Birden fazla tamamlayıcı tedavi kullananların, kullanmayanlara ve tek bir yöntem kullananlara kıyasla tedavi uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastaların tanısına, yaşlarına, yaşadığı yere, hastalık sürelerine göre **MYÖ**, **BDÖ**, **BAÖ** ve **MTUÖ** puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).



Tablo 6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Umutsuzluk, Düşmanlık, İntihar Düşüncesi, Kendini Olumsuz Değerlendirme Alt Boyutlarının ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295)

Değişkenler			İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar düşüncesi	Kendini olumsuz değ.
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Hastalık tanısı	Anksiyete	147	77,34±16,48	26,82±6,88	13,61±3,92	13,29±5,17	23,63±5,18
	Depresyon	148	82,62±19,07	28,90±7,56	15,01±4,70	15,82±6,47	22,90±5,08
	İstatistiksel Değerler	t	-2,545	-2,473	-2,779	-3,701	1,217
		p	0,011*	0,014*	0,006*	0,000*	0,225
Cinsiyet	Kadın	165	81,67±18,45	28,55±7,27	14,39±4,34	15,18±6,23	23,55±5,09
	Erkek	130	77,86±17,23	26,98±7,26	14,21±4,45	13,77±5,58	22,90±5,18
	İstatistiksel Değerler	t	1,811	1,839	0,35	2,023	1,072
		p	0,071	0,067	0,726	0,044*	0,285
Yaş	18-29 yaş	128	80,49±17,90	27,70±7,09	14,78±4,59	14,75±5,72	23,26±5,27
	30-39 yaş	87	82,68±19,89	28,56±8,03	14,60±4,34	15,71±6,89	23,80±5,60
	40-49 yaş	44	80,36±15,50	28,27±7,00	14,59±3,51	14,27±5,73	23,23±3,61
	50 yaş ve üzeri	36	71,25±13,78	26,22±6,43	11,58±3,81	11,44±3,40	22,00±5,01
	İstatistiksel Değerler	F	3,614	0,941	5,58	4,566	1,05
		p	0,014*	0,421	0,001**	0,004**	0,371
		Fark	D<A,B,C	-	D<A,B,C	D<A,B,C	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı ^(A)	75	79,68±17,67	28,36±7,48	13,77±4,30	14,15±6,06	23,40±5,07
	Ortaokul ^(B)	47	77,45±13,50	26,40±5,15	14,47±4,54	14,55±5,60	22,02±4,53
	Lise ^(C)	78	81,42±20,02	28,24±8,13	14,56±4,67	14,68±6,33	23,94±5,38
	Lisans ve üstü ^(D)	95	80,32±18,54	27,87±7,25	14,44±4,14	14,79±5,89	23,21±5,23
	İstatistiksel Değerler	F	0,493	0,812	0,51	0,175	1,389
		p	0,687	0,488	0,676	0,913	0,246
Meslek	Memur ^(A)	48	74,17±16,18	26,52±6,48	13,10±3,77	12,92±4,71	21,62±5,30
	İşçi ^(B)	34	77,24±13,61	25,62±6,40	13,76±3,56	13,71±5,91	24,15±5,02
	Ev hanımı ^(C)	78	78,68±17,99	27,81±7,23	13,50±4,01	14,53±6,31	22,85±5,04
	Serbest meslek ^(D)	30	75,70±17,13	25,87±7,00	14,03±4,67	13,43±5,41	22,37±4,38
	Çalışmıyor ^(E)	105	85,74±13,92	29,81±7,65	15,71±4,75	15,93±6,23	24,29±5,18
	İstatistiksel Değerler	F	4,921	3,783	4,658	2,794	2,947
		p	0,001**	0,005**	0,001**	0,027*	0,021*
		Fark	E>A,B,C,D	E>A,B,D	E>A,B,C	E>A,D	A<B,E

Tablo 6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Umutsuzluk, Düşmanlık, İntihar Düşüncesi, Kendini Olumsuz Değerlendirme Alt Boyutlarının ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Değişkenler			İntihar Olasılığı	Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar düşüncesi	Kendini olumsuz değ.
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Gelir düzeyi	İyi ^(A)	79	77,13±18,40	26,25±7,35	14,08±4,17	13,75±5,84	23,05±5,12
	Orta ^(B)	134	78,04±17,84	26,87±6,70	13,99±4,60	14,27±5,92	22,91±5,08
	Düşük ^(C)	82	85,93±16,60	31,02±7,29	15,05±4,17	15,82±6,10	24,04±5,22
	İstatistiksel Değerler	F	6,484	11,650	1,639	2,729	1,317
		p	0,002**	0,000**	0,196	0,067	0,270
		Fark	C<A,B	C<A,B	-	-	-
Medeni durum	Evli ^(A)	158	77,99±17,63	27,62±7,20	13,95±4,28	13,93±5,84	22,49±4,90
	Bekar ^(B)	115	81,21±18,16	27,73±7,48	14,63±4,57	14,73±5,59	24,12±5,17
	Boşanmış/ ayrı ^(C)	22	87,95±17,62	30,27±6,83	15,23±3,91	18,18±7,71	24,27±5,93
	İstatistiksel Değerler	F	3,450	1,310	1,321	5,088	3,881
		p	0,033*	0,271	0,269	0,007**	0,022*
		Fark	A<C	-	-	A,B<C	A,B<C
Yaşadığı yer	Köy ^(A)	13	71,31±16,28	24,92±6,49	12,77±4,04	12,62±5,27	21,00±5,58
	İlçe ^(B)	48	85,15±19,56	30,17±7,52	14,98±4,83	16,19±6,37	23,81±5,77
	Şehir merkezi ^(C)	234	79,41±17,53	27,55±7,20	14,26±4,29	14,33±5,90	23,27±4,96
	İstatistiksel Değerler	F	3,671	3,733	1,386	2,659	1,543
		p	0,027*	0,025*	0,252	0,072	0,215
		Fark	B>A,C	B>A,C	-	-	-
Çocuk sayısı	Yok ^(A)	128	81,46±18,52	27,71±7,33	14,81±4,60	15,04±6,07	23,90±5,36
	1 çocuk ^(B)	31	80,32±18,85	28,48±7,25	13,84±4,31	14,90±6,14	23,10±5,90
	2 çocuk ^(C)	53	81,60±15,96	29,92±7,23	14,64±4,22	14,55±5,87	22,49±4,60
	3 çocuk ^(D)	44	80,98±20,29	27,95±8,20	14,27±4,41	14,80±6,37	23,95±5,04
	4 çocuk ve üzeri ^(E)	39	71,59±13,31	24,95±5,29	12,62±3,52	12,46±5,06	21,56±4,15
	İstatistiksel Değerler	F	2,535	2,751	2,078	1,456	2,095
		p	0,04*	0,028*	0,084	0,216	0,081
		Fark	E>A,B,C,D	E<A,B,C,D	-	-	-

Tablo 6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Umutsuzluk, Düşmanlık, İntihar Düşüncesi, Kendini Olumsuz Değerlendirme Alt Boyutlarının ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Değişkenler			İntihar Olasılığı	Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar düşüncesi	Kendini olumsuz değ.
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Kiminle birlikte	Yalnız ^(A)	18	74,00±14,35	25,44±6,34	13,67±4,10	12,17±4,18	22,72±4,79
	Ailemle ^(B)	167	80,28±17,73	27,72±7,04	14,23±4,43	14,65±6,06	23,68±5,01
	Eşimle ^(C)	19	71,63±19,90	25,79±7,89	12,53±4,60	13,21±6,97	20,11±6,24
	Eş ve çocuklarla ^(D)	91	82,40±18,20	29,03±7,66	14,95±4,24	15,15±5,87	23,26±5,03
	İstatistiksel Değerler	F	2,632	1,994	1,851	1,602	2,877
		p	0,05*	0,115	0,138	0,189	0,036*
		Fark	C<A,B,D	-	-	-	C<B,D
Aile tipi	Geniş aile ^(A)	67	80,46±19,83	27,60±7,68	14,36±4,05	14,72±6,41	23,79±5,54
	Çekirdek aile ^(B)	205	78,46±16,38	27,48±7,06	14,03±4,40	14,09±5,58	22,85±4,69
	Parçalanmış aile ^(C)	23	92,26±21,82	32,00±7,22	16,61±4,63	18,26±7,10	25,39±7,01
	İstatistiksel Değerler	F	6,34	4,108	3,643	5,19	3,038
		p	0,002**	0,017*	0,027*	0,006**	0,049*
		Fark	C>A,B	C>A,B	C>A,B	C>A,B	C>B
Baba eğitimi	Okur yazar değil ^(A)	30	76,77±19,51	27,50±8,28	12,83±3,88	13,27±6,16	23,17±5,91
	Okur yazar ^(B)	46	79,70±15,08	27,30±6,43	14,41±4,14	13,89±5,47	24,09±4,38
	İlkokul ^(C)	103	80,56±17,42	28,50±6,88	14,27±4,14	15,08±6,38	22,71±4,82
	Ortaöğretim ^(D)	81	81,68±18,60	27,85±7,88	14,91±4,62	14,99±5,83	23,93±5,28
	Yüksek okul ^(E)	35	77,54±20,61	27,03±7,48	14,14±5,09	14,03±5,67	22,34±5,83
	İstatistiksel Değerler	F	0,607	0,397	1,263	0,857	1,221
		p	0,658	0,811	0,285	0,49	0,302
Anne eğitimi	Okur yazar değil ^(A)	101	78,37±15,68	27,52±6,85	13,77±3,95	13,96±5,57	23,11±4,71
	Okur yazar ^(B)	41	82,78±16,82	27,44±7,11	15,34±4,29	15,05±5,87	24,95±4,55
	İlkokul ^(C)	93	79,82±20,13	28,43±7,96	14,15±4,67	14,95±6,54	22,29±5,47
	Ortaöğretim ^(D)	44	80,20±17,85	27,95±7,29	14,16±4,41	14,55±5,55	23,55±5,28
	Yüksek okul ^(E)	16	83,50±22,30	27,50±7,10	16,38±4,87	14,88±6,97	24,75±5,81
	İstatistiksel Değerler	F	0,605	0,239	1,906	0,427	2,377
		p	0,659	0,916	0,11	0,789	0,052

Tablo 6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Umutsuzluk, Düşmanlık, İntihar Düşüncesi, Kendini Olumsuz Değerlendirme Alt Boyutlarının ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Değişkenler			İntihar Olasılığı	Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar düşüncesi	Kendini olumsuz değ.
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Hastalık süresi	0-1 yıl ^(A)	101	75,00±15,08	25,95±6,39	13,68±4,02	12,94±4,72	22,43±4,82
	1-5 yıl ^(B)	95	81,96±18,80	28,46±7,54	14,79±4,95	15,52±6,18	23,19±5,23
	5-10 yıl ^(C)	46	80,96±17,94	28,33±6,98	14,28±3,66	14,67±6,22	23,67±5,43
	10 yıl ve üstü ^(D)	53	85,13±19,79	30,02±8,04	14,66±4,50	15,83±6,98	24,62±5,10
	İstatistiksel Değerler	F	4,623	4,273	1,185	4,208	2,267
		p	0,004**	0,006**	0,316	0,006**	0,081
		Fark	A<B,D	A<B,D	-	A<B,D	-
Sigara kullanma durumu	Evet	155	81,78±17,10	28,41±7,13	14,86±4,03	15,06±5,92	23,45±5,30
	Hayır	140	78,01±18,79	27,26±7,45	13,69±4,68	14,01±6,03	23,05±4,96
	İstatistiksel Değerler	t	1,806	1,354	2,311	1,509	0,670
		p	0,072	0,177	0,022*	0,132	0,503
Alkol kullanımı	Evet	47	81,91±18,13	28,40±7,44	15,213,79	14,70±5,64	23,60±5,12
	Hayır	248	79,63±17,97	27,76±7,28	14,14±4,47	14,53±6,06	23,20±5,15
	İstatistiksel Değerler	t	0,8	0,556	1,548	0,178	0,487
		p	0,425	0,578	0,123	0,859	0,627
Madde kullanımı	Evet	13	76,38±12,08	27,31±5,78	12,85±3,58	13,15±3,31	23,08±3,38
	Hayır	282	80,16±18,21	27,89±7,36	14,38±4,41	14,62±6,07	23,27±5,21
	İstatistiksel Değerler	t	-0,739	-0,279	-1,232	-0,866	-0,132
		p	0,461	0,780	0,219	0,387	0,895
Ailede psikiyatrik hastalık durumu	Evet	100	82,72±18,98	29,25±7,66	14,45±4,30	15,62±6,09	23,40±5,43
	Hayır	195	78,59±17,34	27,15±7,01	14,24±4,43	14,02±5,87	23,19±4,99
	İstatistiksel Değerler	t	1,875	2,361	0,397	2,194	0,332
		p	0,062	0,019*	0,692	0,029*	0,740
Sosyal destek durumu	Evet	226	77,94±16,71	27,01±6,94	14,03±4,37	14,25±5,84	22,65±4,67
	Hayır	69	86,70±20,39	30,64±7,76	15,23±4,30	15,58±6,36	25,25±6,06
	İstatistiksel Değerler	t	-3,610	-3,690	-2,011	-1,623	-3,750
		p	0,000**	0,000**	0,045*	0,106	0,000**

Tablo 6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Umutsuzluk, Düşmanlık, İntihar Düşüncesi, Kendini Olumsuz Değerlendirme Alt Boyutlarının ve İÖÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=295) (Devamı)

Değişkenler			İntihar Olasılığı	Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar düşüncesi	Kendini olumsuz değ.
		n	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S	Ort.±S.S
Destegi yeterli bulma	Evet	180	74,27±15,29	25,43±6,48	13,27±4,01	13,42±5,36	22,15±4,78
	Hayır	115	88,95±18,30	31,67±6,87	15,93±4,46	16,35±6,48	25,00±5,21
	İstatistiksel	t	-3,610	-3,690	-2,011	-1,623	-3,750
	Değerler	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
İntihar girişimi	Hayır ^(A)	182	73,49±14,99	25,70±6,73	13,05±3,83	12,12±4,20	22,62±4,87
	Bir kez ^(B)	51	88,76±15,99	30,43±6,76	16,57±4,39	16,43±5,47	25,33±4,92
	İki ya da üç kez ^(C)	37	91,57±19,30	32,54±7,17	15,81±3,81	19,65±6,55	23,57±6,06
	Üçten fazla ^(D)	25	92,28±18,17	31,44±6,36	16,60±5,55	21,00±6,55	23,24±5,15
	İstatistiksel	F	26,404	16,890	15,140	43,527	3,865
	Değerler	p	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,010**
	Fark		A<B,C,D	A<B,C,D	A<B,C,D	A<B,C,D	A<B
Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgi	Evet ^(A)	43	75,86±16,73	27,19±6,55	13,30±4,07	13,91±5,62	21,47±5,42
	Biraz ^(B)	84	77,21±15,97	27,25±6,76	13,90±3,78	13,49±5,30	22,57±4,84
	Hayır ^(C)	168	82,43±18,92	28,34±7,72	14,77±4,68	15,26±6,32	24,07±5,07
	İstatistiksel	F	3,754	0,839	2,44	2,793	5,62
	Değerler	p	0,025*	0,433	0,089	0,063	0,004**
	Fark		C>A,B	-	-	-	C>A,B
Kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri	Yok ^(A)	119	82,24±17,96	27,87±7,61	14,70±4,44	14,59±5,68	25,08±4,45
	Müzik terapisi ^(B)	14	83,43±21,70	29,36±8,83	15,29±5,58	14,57±6,63	24,21±5,75
	Dua okuma ^(C)	52	81,77±18,17	29,23±7,46	14,58±4,00	15,40±7,05	22,56±5,14
	Birden fazla seçenek ^(D)	110	76,27±17,04	27,01±6,60	13,64±4,29	14,13±5,72	21,50±5,13
	İstatistiksel	F	2,569	1,312	1,481	0,535	10,774
	Değerler	p	0,055	0,270	0,220	0,659	0,000**
	Fark		-	-	-	-	A>C,D

$p<0,05^*$, $p<0,01^{**}$, t: Independent Sample T testi, F: One Way Anova, Fark: Post Hoc Testleri

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Umutsuzluk, Düşmanlık, İntihar Düşüncesi, Kendini Olumsuz Değerlendirme ve İÖÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 6’da görülmektedir.

Hastalık tanısına göre İÖÖ toplam, umutsuzluk, düşmanlık ve intihar düşüncesi alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Depresyon hastalarının İÖÖ toplam puan ortalaması $82,62\pm19,07$, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $28,90\pm7,56$, düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $15,01\pm4,70$ ve intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması $15,82\pm6,47$ olarak belirlendi. Depresyon hastalarının anksiyete hastalarına kıyasla intihar olasılıklarının, umutsuzluk, düşmanlık ve intihar düşüncesi alt ölçekleri puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Cinsiyete göre intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Kadın hastaların intihar düşüncesi puan ortalaması $15,18\pm6,23$ olarak belirlendi. Kadınlarda erkeklere kıyasla intihar düşüncesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Yaşa göre İÖÖ toplam, intihar düşüncesi alt ölçeği ve düşmanlık alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). 30-39 yaş grubundakilerin İÖÖ toplam puan ortalaması $82,68\pm19,89$, intihar düşüncesi puan ortalaması $15,71\pm6,89$ olarak belirlendi. 18-29 yaş grubundakilerin düşmanlık puan ortalaması $14,78\pm4,59$ olarak belirlendi. 30-39 yaş grubundakilerin diğer yaştakilere kıyasla intihar olasılığının ve intihar düşüncesinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). 18-29 yaş grubundakilerin diğer yaş gruplarına kıyasla düşmanlık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Mesleklerine göre İÖÖ toplam, umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çalışmayanların İÖÖ toplam puan ortalaması $85,74\pm13,92$, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $29,81\pm7,65$, düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $15,71\pm4,75$ ve intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması $15,93\pm6,23$ kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması $24,29\pm5,18$ olarak belirlendi. Çalışmayanların diğer meslek gruplarına kıyasla intihar olasılıklarının, umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve

kendini olumsuz değerlendirme alt ölçekleri puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Gelir düzeylerine göre İÖÖ toplam ve umutsuzluk alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Gelir durumu düşük olanların İÖÖ toplam puan ortalaması $85,93\pm16,60$ ve umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $31,02\pm7,29$ olarak belirlendi. Gelir durumu düşük olanların, gelir durumu orta ve iyi olanlara kıyasla intihar olasılığının ve umutsuzluk alt ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Medeni durumlarına göre İÖÖ toplam, intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Boşanmış/ayrı yaşayan hastalarının İÖÖ toplam puan ortalaması $87,95\pm17,62$, intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması $18,18\pm7,71$, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması $24,27\pm5,93$ olarak belirlendi. Boşanmış/ayrı yaşayanların evli ve bekar olanlara kıyasla intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Yaşadığı yere göre İÖÖ toplam ve umutsuzluk alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). İlçede yaşayanların İÖÖ toplam puan ortalaması $85,15\pm19,56$, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $30,17\pm7,52$ olarak belirlendi. İlçede yaşayanların köy ve şehirde yaşayanlara kıyasla intihar olasılığının ve umutsuzluk alt ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Çocuk sayısına göre İÖÖ toplam ve umutsuzluk alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). İki çocuğu olanların İÖÖ toplam puan ortalaması $81,60\pm15,96$, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $29,92\pm7,23$ olarak belirlendi. İki çocuğu olanların, hiç çocuğu olmayan, 1 çocuğu olan, 3 ve üzeri çocuğu olanlara kıyasla intihar olasılığının ve umutsuzluk alt ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kiminle yaşadığına göre İÖÖ toplam ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Eş ve çocuklarıyla yaşayanların İÖÖ toplam puan ortalaması $82,40\pm18,20$, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması

23,26±5,03 olarak belirlendi. Eş ve çocuklarıyla yaşayanların, yalnız ve eşiyle yaşayanlara kıyasla intihar olasılığının ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Aile tipine göre İÖÖ toplam, umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Parçalanmış aile tipi olanların İÖÖ toplam puan ortalaması 92,26±21,82, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması 32,00±7,22, düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması 16,61±4,63, intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması 18,26±7,10, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması 25,39±7,01 olarak belirlendi. Parçalanmış aile tipi olanların çekirdek ve geniş aileye sahip olanlara kıyasla intihar olasılığının, umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastalık sürelerine göre İÖÖ toplam, umutsuzluk ve intihar düşüncesi alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastalık süreleri 10 yıl ve üstü olanların İÖÖ toplam puan ortalaması 85,13±19,79, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması 30,02±8,04, intihar düşüncesi alt ölçekleri puan ortalaması 15,83±6,98 olarak belirlendi. Hastalık süresi 10 yıl ve üstünde olanların 10 yılın altında olanlara kıyasla intihar olasılığının, umutsuzluk ve intihar düşüncesi alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sigara kullanma durumlarına göre düşmanlık alt ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Sigara kullananların düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması 14,86±4,03 olarak belirlendi. Sigara kullananların kullanmayanlara kıyasla düşmanlık alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Ailede psikiyatrik hasta olma durumuna göre umutsuzluk ve intihar düşüncesi alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Ailesinde psikiyatrik hasta olanların umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması 29,25±7,66, intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması 15,62±6,09 olarak belirlendi. Ailesinde psikiyatrik hasta olanların olmayanlara kıyasla umutsuzluk ve intihar düşüncesi alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sosyal destek alma durumuna göre İÖÖ toplam, umutsuzluk, düşmanlık ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Sosyal destek almayanların İÖÖ toplam puan ortalaması $86,70\pm20,39$, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $30,64\pm7,76$, düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $15,23\pm4,30$, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması $25,25\pm6,06$ olarak belirlendi. Sosyal destek almayanların alanlara kıyasla intihar olasılığının, umutsuzluk, düşmanlık ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Desteği yeterli bulma durumlarına göre İÖÖ toplam, umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Desteği yeterli bulmayanların İÖÖ toplam puan ortalaması $88,95\pm18,30$, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $31,67\pm6,87$, düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $15,93\pm4,46$, intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması $16,35\pm6,48$, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması $25,00\pm5,21$ olarak belirlendi. Desteği yeterli bulmayanların, yeterli destek bulanlara kıyasla intihar olasılığının, umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

İntihar sayılarına göre İÖÖ toplam, umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Üçten fazla intihar girişiminde bulunanların İÖÖ toplam puan ortalaması $92,28\pm18,17$, umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $31,44\pm6,36$, düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $16,60\pm5,55$, intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması $21,00\pm6,55$, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalaması $23,24\pm5,15$ olarak belirlendi. Üçten fazla intihar girişiminde bulunanların daha az sayıda yada hiç intihar girişiminde bulunmayanlara kıyasla intihar olasılıklarının, düşmanlık ve intihar düşüncesi alt ölçekleri puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hiç intihar etmeyenlerin kendini olumsuz değerlendirme ve umutsuzluk alt ölçekleri puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgilerine göre İÖÖ toplam ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgisi olmayanların İÖÖ toplam puan ortalaması $82,43\pm18,92$, kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puan ortalaması $24,07\pm5,07$ olarak belirlendi. Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgisi olmayanların bilgisi olanlara ve biraz bilgisi olanlara kıyasla intihar olasılığının ve kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Kullanılan tamamlayıcı yöntemlere göre kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Kullandığı tamamlayıcı yöntemi olmayanların kendini olumsuz değerlendirme alt ölçek puan ortalaması $25,08\pm4,45$ olarak belirlendi. Kullandığı tamamlayıcı yöntemi olmayanların dua okuma, müzik terapisi ve birden fazla yöntem kullananlara kıyasla kendini olumsuz değerlendirme alt ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastaların eğitim durumları, anne baba eğitim durumları, alkol ve madde kullanım durumlarına göre **İÖÖ toplam, umutsuzluk, kendini olumsuz değerlendirme, düşmanlık ve intihar düşüncesi alt ölçekleri puanlarında** istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile intihar eğilimleri ve tedavi uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde; bulunan sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimleri, İntihar Olasılıkları ve Tedavi Uyumları Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimlerinin yüksek olduğu saptandı. Peselow ve arkadaşlarının (2014) depresyon/anksiyete kliniğine başvuran 84 hasta ile yaptıkları çalışmada maneviyat düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. (101). Kasapoğlu (2020)'nun anksiyete ile maneviyat ilişkisini incelemek için 565 yetişkin bireyle yaptığı çalışmada maneviyatlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (102). Akyüz ve Kulaoğlu (2021)'nin Türkiye'nin farklı bölgelerinde yer alan 74 ildeki toplam 874 bireyin depresyon ve manevi yönelim ilişkisini araştırdıkları çalışma sonucunda manevi yönelim düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır (103). Güven (2008)'in depresyon ve dindarlık ilişkisi üzerine 18-85 yaş arası 305 kişi ile yaptığı çalışmada bireylerin kendilerini dindar olarak belirttiğini saptamıştır (104). Dini yönelimlerin ve maneviyatın insanlar için önemli olduğu, bireyin depresif yada kaygı durumlarını azaltmak için maneviyata yöneldiği, başka bir deyişle depresyonu olan yada ciddi kaygı bozukluğu semptomları gösteren bireylerin bu durumla başetmek için uyguladığı dini ritüelleri ve manevi yönelimleri sonucu iç huzuru bulacaklarına inandıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların intihar olasılıkları yüksek olarak saptandı. Rönnqvist ve arkadaşları (2021) depresyon tanısıyla yatarak tedavi edilen 28557 hasta ile yapılan bir kohort çalışmasında hastaların intihar riskinin yüksek olduğunu belirtmiştir (105). Çakır (2021) 406 yetişkin bireyin yalnızlık ile depresyon ve intihar olasılığını ölçtüğü çalışmada intihar olasılıklarını yüksek olarak saptamıştır (106). Bahar (2021) 72 depresyon hastası ile yaptığı çalışmada hastaların intihar düşüncesinin yüksek olduğunu saptamıştır

(107). Nart (2018) psikiyatri polikliniği ergen birimine başvuran 16-21 yaş arası 149 kişi ile yaptığı çalışmada hastaların intihar olasılıklarının yüksek olduğunu saptamıştır (108). Lew ve arkadaşları (2019) depresyon, anksiyete, stres, umutsuzluk gibi psikolojik faktörlerle intihar olasılığının ilişkisini araştırmak için 2.074 öğrenci ile yaptıkları çalışmada intihar davranışı olasılığının yüksek olduğunu belirtmiştir (109). Kaygı, korku, stres, umutsuzluk, olumsuz yaşam koşulları, travmalar, yetersiz sosyal destek gibi etkenlerin intihar girişiminde önemli sebepler olduğu, depresyon ve anksiyete hastalarının intihara yatkınlığının önem arz ettiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların tedavi uyumlarının orta düzeyde olduğu saptandı. Sawada ve arkadaşları (2009) major depresif bozukluğu olan 367 hastada antidepresan tedavisine uyumun zayıf olduğunu saptamıştır (110). Okpataku ve arkadaşlarının (2015) psikoaktif madde kullanımı komorbiditesi olan 208 ayaktan psikiyatri hastası ile yaptığı çalışmada, yüksek bir bölümünün ilaç kullanımında tedavi uyumlarının düşük olduğu saptanmıştır (58). Kelleci ve Ata (2011)'nın psikiyatri kliniğinde yatan 140 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların çoğunluğunun ilaç uyumlarının yetersiz olduğu belirtilmiştir (111). Polat ve Uğur (2021)'un 134 adli psikiyatri hastasında yaptıkları çalışmada hastalarının çoğunun tedavi uyumunun düşük olduğu belirtilmiştir (112). Dikeç ve Kutlu (2014)'nın 35 şizofreni hastası ile yaptıkları tedavi uyumunu etkileyen etmenleri inceledikleri çalışmada hastaların tedaviye uyumları düşük olarak saptanmıştır (113). Literatürde farklı sonuçları olan çalışmalar da mevcuttur: Kılınç (2015) 324 psikiyatri hastası ile yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun tedaviye uyumlu olduğunu belirtmiştir (114). Wang ve arkadaşları (2021) anksiyete, depresyon ve tedavi uyumunu inceledikleri 119 yaşlı hastayla yaptıkları çalışmada tedavi uyumlarının iyi olduğunu saptamıştır (115). Psikiyatrik hastaların çoğunluğunda tedaviye uyumsuzluk oldukça belirgindir. Tedavi uyumunu etkileyen sebepler arasında hastanın iç gözü eksikliği, ilaç kullanımına bağlı yaşadığı korkular, hastalığın seyri, ilaç kaynaklı yan etkiler, sosyal desteğin yetersiz olması, ekonomik sorunlar, tedaviye karşı yetersiz bilgi yada tedaviyi yanlış yorumlama, hastanın yaşadığı bölge şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, kültürel inançlar gibi etkenlerin önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimleri, İntihar Olasılıkları ve Tedavi Uyumları Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Tartışması

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelim düzeyleri arttıkça intihar olasılıklarının azaldığı saptandı. Dua ve arkadaşları (2021) son 2 hafta içinde intihar girişiminde bulunan 53 hasta, intihar düşüncesi olan ancak yaşamı boyunca intihar girişimi olmayan 62 hasta ve 102 sağlıklı kontrol grubu ile yaptıkları çalışmanın sonucuna göre; intihar girişimi olan hastaların daha fazla olumsuz dini başa çıkma kullandığı, intihar davranışı (intihar düşüncesi veya intihar girişimi) olan depresyon hastalarında dindarlık ve maneviyatın sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu, depresyon hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla olumsuz dini başa çıkmayı daha sık, olumlu dini başa çıkmayı ise daha az kullandıkları saptanmıştır (116). İntiharın, umutsuzluk, dayanılmaz stres faktörleri gibi etkenlerle de ilişkili olduğu bilinmektedir (117). Taşan (2020) maneviyat arttıkça umutsuzluğun azaldığını belirtmiştir (118). Mirkovic ve arkadaşları (2021) intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılan 320 ergenle yaptıkları çalışmada maneviyatın erkek çocuklar için intihar eğiliminde etkili olduğunu kızlar için önemli bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Maneviyat puanlarının genel örnekleme düşük olmasına rağmen kızlar arasında anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Aydın (2011) 18-68 yaş arası 799 kişi ile yaptığı çalışmada olumlu dini inançların intiharı önlemede işlevsel olabileceği ve insanları hayata bağlayan sebepler ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (120). Tae ve Chae (2021) 18-65 yaş arası 737 katılımcı ile yaptıkları çalışmada maneviyatın arttıkça intihar girişimlerinin azaldığını belirtmiştir (121). İntihar olasılığı ile dini ve ahlaki gerekçeler arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, güçlü dini alt yapıların olduğu yerlerde dinin ve maneviyatın intiharda koruyucu etkisi olduğu araştırmalarda belirtilmektedir (122, 123, 124, 116). Yapılan araştırmaların çoğunda dindarlık ile geleceğe dair umut ve iyimserlik arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Diğer bir deyişle dindar olmanın depresyon oranına muhtemel etkisi olan umut etmeyi arttırdığı düşünülmektedir (120, 123). Çetintulum Huyut (2013) içsel dini yönelim ile intiharın kabul edilebilirliği arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu belirtmiştir (125). Şirin (2020)

bireylerin yaşamda anlam buldukça intihar olasılıklarının azaldığını, yaşamda anlam arayışı arttıkça intihar olasılığının da arttığını belirtmiştir (126).

İnsanı ve kainatı maddi boyutuyla ele alan modern dünya görüşü, maneviyattan uzaklaşmaya sebep olup intihar olgusunu beslemiştir. Bencillik, kibir, haz ve hırs, tüketim çılgınlığı, sorumsuzluk, menfaatperestlik gibi zihin kalıpları, modern zaman insanını yalnızlaştırmış ve mutsuzlaştırmıştır. Bu durumların da intihar eğilimini arttırdığı düşünülmektedir (122).

İncelenen literatür doğrultusunda din, maneviyat ve intihar arasında yadsınamaz bir ilişki olduğu görülmektedir. Bireyin manevi yönelimi ne kadar yüksekse intihar düşüncelerinin ve/veya intihar girişimlerinin o kadar düşük olduğu söylenebilir. Diğer bir bakış açısıyla kişilerin manevi yönelimlerinin ve dini ritüelleri uygulamasının, yaşama anlam ve değer vermesine, hayattan kopmak istememesine ve intihar girişimlerinde bulunmamasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma H₁: Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri arttıkça intihar olasılıkları azalmaktadır hipotezini doğrulamaktadır.

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların tedavi uyumları arttıkça intihar olasılıklarının azaldığı görülmüştür. Ruengorn ve arkadaşları (2012) yaptıkları bir vaka kontrol çalışmasında psikiyatri ilaçlarını düzensiz kullanan veya tedavi uyumu zayıf olan hastaların tedavi uyumu yüksek olanlara kıyasla, intihar girişimi sayısında neredeyse dört kat artış olduğunu saptamıştır (127). Lindström ve arkadaşları (2012) bir psikoz kliniğinden 7 yıllık bir süre içinde intihar etmiş 33 hastanın otopsi kan örnekleri analizinde; reçeteli antipsikotik ve antidepresan ilaçlar için plazma ilaç düzeylerinin intihar ettikleri sırada 24 kişiden üçünün antipsikotikleri 10 kişiden tamamının antidepresanları kullanmadığını belirtmiştir (128). Callor ve arkadaşları (2005) otopsi raporlarını inceledikleri bir çalışmada 21 yaş ve altındaki intiharı tamamlayan gençlerin %82'sinin ölüm anında, reçete edilen psikotrop ilaçların terapötik düzeye sahip olmadığını saptamıştır (129).

Polat ve Uğur (2021) tedavi uyumu ve umut düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir. Umut ile intihar olasılığı arasında ise ters yönde ilişki olduğu birçok araştırmada belirtilmiştir (41,109,130). Umut düzeyinin yüksek olması hastalıklarda tedavi yolları arama, olumsuz durumlarda çözüm yolu bulma

ve etkin baş etme davranışları sergileme ile ilişkili olup dolayısıyla intihar girişimlerinde aynı düzeyde daha düşük olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma H₂: Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu olan hastaların tedavi uyumları arttıkça intihar olasılıkları azalmaktadır hipotezini doğrulamaktadır.

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile tedavi uyumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Literatür taraması sonucu depresyon ve anksiyete tanılı hastalarda manevi yönelim ve tedavi uyumu ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görüldü. Gültekin (2018)'in 410 psikiyatri hastası ile yaptığı çalışmasında hastaların manevi iyilik düzeyleri arttıkça tedaviye uyumlarının da arttığı saptanmıştır (87). Bu araştırmanın bizim çalışmamızdan farklı sonuçları olmasının sebebi, hastaların tanısı, yaşı, eğitim durumu gibi özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle Manevi Yönelimleri, İntihar Olasılıkları ve Tedavi Uyumları Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması

Cinsiyete göre;

Bu çalışmada erkeklerin tedavi uyumunun daha fazla olduğu saptandı. Demirkol ve arkadaşları (2015) 230 hasta ile yaptıkları çalışmada kadınların tedaviye daha uyumsuz olduklarını belirtmiştir (8). Kılınç (2015)'in 324 psikiyatri hastası ile yaptığı çalışmada tedavi uyumu ve cinsiyet dağılımı arasında anlamlı bir fark olmadığı fakat erkeklerin kadınlara göre tedaviye daha uyumlu oldukları saptanmıştır(114). Sawada ve arkadaşları (2009) redaviye uyumda erkeklerin daha iyi olduğunu belirtmiştir (110). Burra ve arkadaşları (2007) Kanada'daki 80 hastada erkek hastaların reçeteli ilaçlara kadın hastalardan daha uyumlu olduğunu belirtmiştir (131). Bu sonuçlar çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermekle birlikte literatürde farklı çalışmalar da mevcuttur. Gün ve Korkmaz (2014) 165 bireyle yaptığı çalışmada tedavi uyum puanlarının cinsiyete göre dağılımı arasında anlamlı bir farklılık oluşmadığını ifade etmektedir (132). Dikeç ve Kutlu (2014) 35 hasta ile yaptıkları çalışmada tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği puan ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir (113). Bulgular arasındaki farklılıkların sosyal ve kültürel etmenlerden

kaynaklanabileceği ve yaşla ilgili olarak tedavi uyumunun değişebileceği düşünülmektedir.

Yaşa göre;

Bu çalışmada 40 yaşın altındakilerde intihar olasılığı, düşmanlık ve intihar düşüncesinin daha fazla olduğu saptandı. Atli ve arkadaşları (2013) acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran 227 kişi ile yaptıkları çalışmada başvuranların çoğunluğunun (%57) 15-24 yaş aralığında olduğunu belirtmiştir (133). Harmancı (2015) 15-24 yaş grubunda intihar vakalarının daha yoğun olduğunu belirtmektedir (134). Shekhani ve arkadaşları (2018) kapsamlı bir inceleme çalışması sonrası intiharın 30 yaşın altındaki bireylerde daha yaygın olduğunu belirtmiştir (135). Rodriguez-Hernandez ve arkadaşları (2018) Kolombiya'da 2000-2013 yılları arasında yaş grubuna göre en yüksek intihar ölüm oranının özellikle 15-34 yaş grubu olduğunu saptamıştır. En yüksek intihar riskinin üretken yaştaki erkekler olduğunu belirtmiştir (136). Bu sonuçlar çalışmanın sonucuyla benzerlik göstermekle birlikte farklı sonuçları olan araştırmalar da mevcuttur. Na ve arkadaşları (2020) Kore'de yapılan bir araştırmada yaşlılarda intiharın önemli düzeyde yüksek olduğunu, bu durumun Amerika Birleşik Devletleri, Japonya ve Avrupa ülkeleri gibi diğer ülkelerdeki intiharlardan farklı olduğunu da belirtmiştir. Bunun sebebi olarak yaşlılarda yalnız yaşamak ve işsiz olmak gibi sosyal geri çekilmenin, diğer yaş gruplarına göre intihara karşı daha savunmasız bıraktığı düşünülmektedir (137).

Eğitim durumuna göre;

Bu çalışmada eğitim seviyesi düşük olanların (ilkokul ve altı) manevi yöneliminin daha yüksek olduğu saptandı. Sharif ve Ong (2019) Malezyada 145 kadınla yaptıkları çalışmada eğitim seviyeleri arttıkça maneviyatın artmakta olduğunu belirtmiştir (138). Taşan (2020) 650 kanser hastası ile yaptığı çalışmada okuryazar olmayanların manevi yönelimlerinin lise mezunu ve üniversite mezunu olanlara kıyasla daha yüksek olduğunu saptamıştır (118). Baynal (2015) öğrenim seviyesi arttıkça dindarlık seviyesinin azaldığını belirtmiştir (139). Maneviyat gibi soyut ve tinsel bir kavramın eğitim seviyesi yüksek olan gruplarda daha az ilgi gördüğü, yerini rasyonel yaklaşımlara bıraktığı düşünülmektedir. Literatürde farklı sonuçları olan çalışmalar da mevcuttur. Akyüz ve Kulaoğlu (2021) 874 yetişkin bireyle yaptığı çalışmada eğitim durumu ve manevi yönelim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (103). Gügen (2019)

152 gebe kadınla yaptığı çalışmada, gebelerin eğitim düzeyi arttıkça başa çıkma, aşkınlık hissi ve hoşnutluk duygusunun da arttığını, varoluşsal kaygının çözülmesinde eğitimin katkısı olduğunu belirtmiştir (140). Çalışmalar arası bu farklılıkların sosyal ve kültürel değerlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Mesleğe ve gelir seviyesine göre;

Bu çalışmada herhangi bir işte çalışmayanların ve gelirini düşük olarak tanımlayanların intihar olasılığı yüksek olarak bulundu. Atli ve arkadaşları (2013) çalışmayanlarda intihar olgularının daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (133). Ak ve arkadaşları (2006) düzensiz işe sahip olanların intihar davranışında bulunma oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır (141). Kim ve Cho (2017) düzenli bir işi olmayan, kişilerde intihar oranının arttığını belirtmiştir (142). Tunalı ve Özkaya (2016) intihar ve işsizlik analizi yaptıkları çalışmada işsizliğin intiharlara neden olduğunu saptamıştır (143). Dilber ve Uysal (2020) Türkiye İstatistik Kurumu 2005-2008 verileri ile yaptıkları çalışma sonucunda işsizlikten intihara doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi saptamıştır (144). Aksu (2018) 1980-2015 yıllarını kapsayan verilerle yaptığı çalışma sonucunda işsizliğin, intihar üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu belirtmiştir (145). Bayrak (2017) 2005-2015 dönemi Türkiye verilerinin işsizlik oranları ve geçim zorluğu-ticari başarısızlıktan kaynaklanan intihar oranları analizini yaptığı çalışmada yaşanan intihar olaylarının sebepleri arasında işsizliğin önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir (146). Gökçe (2018) geçim zorluğu ve ticari başarısızlığın erkeklerde intiharı tetikleyen nedenler olarak görüldüğünü saptamıştır (147).

Yapılan çalışmalar araştırmamızı destekler niteliktedir. Bireyin herhangi bir işte çalışmaması, ekonomik olarak gelirinin düşük olması, ailesinin ve kendinin maddi ihtiyaçlarını karşılayamaması gibi nedenler kişiyi çaresizliğe yöneltir ve kendi hayatına son vermekle bu çaresizlik hissinden kurtulmak için intihar girişiminde bulunduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada gelir düzeyi iyi olanların tedavi uyumunun yüksek olduğu saptandı. Demirbas ve Kutlu (2020) 35 yaş üstündeki 275 hasta ile yaptıkları çalışmada geliri düşük olanların tedavi uyumunun daha düşük olduğunu saptamıştır (148). Kılınç (2015) 324 psikiyatri hastası ile yaptığı çalışmada geliri iyi olanların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (114). Sosyoekonomik seviyenin düşük olmasının ilaçları temin edememe, tedavi kontrolüne gelememe gibi durumlara sebep olarak tedavi uyumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Medeni durum ve kiminle yaşadığına göre;

Bu çalışmada boşanmış ve ayrı yaşayanlarla yalnız yaşayanların tedavi uyumu daha yüksek olarak saptandı. Özcan (2019) 151 hasta ile yaptığı çalışmada tedavi uyumu ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olmadığını fakat bekar/dulların daha yüksek tedavi uyumu olduğunu saptamıştır(149). Bakan ve inci (2021) 116 hasta ile yaptıkları çalışmada evlilerin tedavi uyumunun daha yüksek olduğunu belirtmiştir (150). Yu ve arkadaşları (2021) 217 şizofreni hastası ile yaptıkları çalışmada medeni durumun ilaç uyumuna anlamlı bir etkisi olmadığını belirtmiştir (151). Mathes ve arkadaşları (2014) tedavi uyumunda medeni durumun herhangi bir etkisi olmadığını belirtmiştir (152). Literatürler arası farklı sonuçlar elde edilmiş olup bu çalışmayla aynı sonuçları olan araştırmalarda kısıtlılık söz konusudur.

Bu çalışmada medeni durumu boşanmış/ayrı olanlarda intihar olasılığı daha yüksek olarak saptandı. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığını belirtenlerde de intihar olasılığı yüksek olarak saptandı. Yapılan bir çok çalışmada evliliğin intiharda koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir. Örneğin; Naess ve arkadaşları (2021) Norveç'in tüm ulusal nüfusunu kapsayan verilerle yaptıkları çalışmada, bekarların evlilere kıyasla daha fazla intihar riski olduğunu ve riskin özellikle evlilikten ayrılma sırasında en yüksek olduğunu belirtmiştir (153). Wyder ve arkadaşları (2009) ayrılığın hem erkekler hem de kadınlar için diğer herhangi bir medeni durumdan en az 4 kat daha fazla intihar riski oluşturduğunu belirtmektedir (154). Bu çalışmalardan farklı olarak Sezer (2011) ticari başarısızlık nedeniyle intihar edenlerin % 75'ten fazlasının evli olduğunu belirtmektedir (155). Literatürde farklı sonuçlar olduğu gibi bu çalışmada da farklı sonuçlar bulunmuştur. Medeni durumu boşanmış olanların intihar olasılığının yüksek olduğunu destekleyen çalışmalar yukarıda belirtilmiştir. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ise geçim kaygısı, ekonomik sebepler, bakmakla yükümlü olduğu kişilere karşı sorumluluklarının intihar olasılığını artırdığı düşünülmektedir.

Çocuk sayısına göre;

Bu çalışmada 4 ve üzeri çocuk sahibi olanların manevi yönelimi daha fazla intihar olasılığı daha düşük olarak saptandı. Agerbo (2004) 25-60 yaşları arasında intihar eden 9011 kişi ile yaptığı çalışmada çocuk yasının, ebeveyn intiharı ile ilişkili olduğunu fakat ebeveyn olmanın kadınlarda intihara karşı koruyucu olduğunu belirtmiştir (156). Gügen (2019) 3 çocuk sahibi olan kadınların manevi

yaşantılarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (140). Literatür ve yapılan bu çalışma doğrultusunda, bireylerin çocuklarını güzel yetiştirmek, onlara iyi birer örnek olmak istediği, çocukları ve aileyi koruma güdüsü ile manevi yaşantılarına önem verdiği ve onların geleceklerini düşünme gibi endişelerin dine daha fazla yöneltip intihardan uzaklaştırdığı düşünülmektedir.

Aile tipi ve sosyal destek durumuna göre;

Bu çalışmada parçalanmış aileye sahip olanlarda ve yeterli sosyal destek görmediğini belirtenlerde intihar olasılığı daha fazla olarak saptandı. Wagner ve arkadaşları (2003) ebeveynlerin ayrılmış/boşanmış olmasının tamamlanmış intihar ile güçlü bir ilişkisi olduğunu belirtmiştir (157). Kwon ve arkadaşları (2020) ergen intihar raporlarını inceledikleri çalışmada parçalanmış aileye sahip olanların intihar riskinin yüksek olabileceğini belirtmiştir (158). Kore'de yapılan bir çalışmada ailelerin parçalanmasının ergenler arasında intihar davranışları için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (159). Literatürde çekirdek aile sahibi olanların daha fazla intihar girişimi olduğuna dair de bir çok çalışma mevcuttur (155,160). Bu çalışmaya katılanların hastane başvurusu ve yatışı olan katılımcılar olup büyük çoğunluğunun genç yaş grubunda olduğunu göz önüne alırsak; parçalanmış aileye sahip olanların umutsuzluk, düşmanlık, öfke gibi duyguları yoğun yaşamaları ve bu durumla başedememelerinin intihar olasılıklarının daha fazla görülmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Sosyal bağlılığın kaybının ve algılanan sosyal destek eksikliğinin intihar riskini arttırdığı, aile ve sosyal desteği düşük olan bireylerde intihar girişiminin yüksek olduğu bir çok çalışmada belirtilmiştir (160,161,162). Yapılan çalışmalar da araştırmamızı destekler niteliktedir.

Anne baba eğitim seviyesine göre;

Bu çalışmada anne-babanın eğitim seviyesi arttıkça tedavi uyumunun arttığı saptandı. Ge ve arkadaşları (2022) Çin'de yaptıkları bir çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının ilaç uyumunu iyi olarak saptamıştır (163). Gong ve arkadaşları (2014) anne-baba eğitim seviyesinin ilaç kullanımı üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir (164). Anne babanın eğitim seviyesi yükseldikçe çocuklarını da bilime ve eğitime açık olarak yetiştirdiği, bilime olan inançlarının arttığı, geleneksel tutumlar yerine tıbbi tedavinin gerekliliğine inandıkları düşünülmektedir.

İntihar girişimine göre;

Bu çalışmada hiç intihar girişimi olmayanların manevi yönelimleri ve tedavi uyumları daha yüksek olarak saptandı. Demirkol ve arkadaşları (2015) geçmişte intihar girişimi olmayanların tedavi uyumlarının yüksek olduğunu belirtmiştir (8). Çetintulum (2013) şimdiye kadar hiç intihar düşüncesi ve girişimi olmayanların içsel dini yönelimlerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır (125). Hiç intihar girişimi olmayanların, intihar girişimi olanlara kıyasla tedavi uyumunun daha yüksek olduğu başka bir deyişle intihar girişimleriyle tedavi uyumsuzluğu arasında güçlü bir ilişki olduğu bir çok çalışmada mevcut olup (127,128, 165) alanyazımızı desteklemektedir.

Tamamlayıcı (alternatif) tedavi kullanma durumuna göre;

Bu çalışmada tamamlayıcı tedavi bilgisi olan ve birden fazla alternatif tedavi uygulayanların (dua okuma, müzik, bitkisel tedavi vs.) manevi yönelimi ve tedavi uyumu daha yüksek olarak saptandı. Durmuş (2020) 71 kişi ile yaptığı çalışmada hastalara maneviyatı güçlendirme eğitimi verip anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğunu belirtmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan manevi bakımın hastalarda olumlu etkisi olduğunu saptamıştır (166). Steinhorn ve arkadaşları (2017) tamamlayıcı yaklaşımların, hastaların daha fazla öz farkındalık kazanmasını, manevi ihtiyaçlarını daha iyi karşılamasını, daha fazla iç gözü kazanıp iç huzuru bulabileceklerini belirtmektedir (167).

ABD’de yapılan bir anket çalışmasında hastaların %51’inin bir alternatif tedavi sağlayıcısına danışmadan önce modern bir tıp doktoruna danıştığını ayrıca hastaların %79’unun geleneksel ve modern ilaçların birlikte kullanımını tercih ettiğini belirtmiştir (168). Bu çalışma bizim araştırmamızı destekler niteliktedir. Gelişmiş ülkelerde tamamlayıcı tedavi kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek olup, en yaygın tamamlayıcı tedavi türleri bitkisel ürünlerin kullanımı, dua/maneviyat ve yoga/egzersiz olarak belirtilmiştir (169).

Literatürde farklı olarak tamamlayıcı tedavi yöntemi tercih edenlerde kanıta dayalı ilaç uyumu arasında negatif ilişki olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur (169,170,171). Bu farklılığın geleneksellik ve dini inanışlardan kaynaklandığı, bilime olan inancın daha zayıf olduğu, az gelişmiş ülkelerde tamamlayıcı tedaviye olan inancın kanıta dayalı tedaviden daha fazla olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile intihar eğilimleri ve tedavi uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların çoğunluğunun kadın olduğu, 18-29 yaş aralığında, eğitim düzeyi lisans ve üstü olan, çalışmayan, gelir düzeyi orta seviyede olan, evli, şehir merkezinde yaşayan, çocuğu olmayan, ailesiyle yaşayan, çekirdek aile yapısı olan, anne ve baba eğitim düzeyi ilkokul olan hastalar olduğu,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların çoğunluğunun hastalık süresinin 0-1 yıl olduğu, sigara kullandığı, alkol ve madde kullanmadığı, ailesinde psikiyatrik hasta olmadığı, sosyal destek aldığı, aldığı desteği yeterli bulduğu, hiç intihar girişimi olmadığı, tamamlayıcı tedaviler hakkında bilgisinin olmadığı, herhangi bir tamamlayıcı tedavi kullanmadığı,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimlerinin yüksek olduğu,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların intihar olasılıklarının yüksek olduğu,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların tedavi uyumlarının orta düzeyde olduğu,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri arttıkça intihar olasılıklarının azaldığı,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların tedavi uyumları arttıkça intihar olasılıklarının azaldığı,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların manevi yönelimleri ile tedavi uyumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalardan erkeklerin, boşanmış/dul olanların, gelir düzeyi iyi olanların, yalnız yaşayanların, hiç çocuğu olmayanların, sosyal destek görenlerin, tamamlayıcı tedavi

hakkında bilgi sahibi olup ve uygulayanların tedavi uyumunun yüksek olduğu,

- Eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların, mesleği ev hanımı olanların, evli olanların, 4 ve daha fazla çocuğu olanların, sigara ve alkol kullanmayanların, sosyal destek görenlerin, hiç intihar girişimi olmayanların, manevi yönelimlerinin yüksek olduğu,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalardan 30-39 yaş grubundakilerin, çalışmayanların, geliri düşük olanların, boşanmış/ayrı yaşayanların, ilçede yaşayanların, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların, parçalanmış aileye sahip olanların, 10 yıldan fazla zamandır hasta olanların, sosyal destek göremeyenlerin, üçten fazla intihar girişimi olanların intihar olasılıklarının yüksek olduğu saptandı.

6.2.Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Hastaların manevi yönelimleri arttıkça intihar olasılıklarının azalması sebebiyle, maneviyatı düşük olan depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların intihar riski açısından değerlendirilmesi, maneviyatı güçlendirici planlar geliştirilmesi,
- Maneviyatın ruh sağlığını koruma, geliştirme ve iyileştirme programlarına entegre edilmesi,
- Maneviyatın bireylerin yaşadığı acıları anlamlandırmasında ve güçlenmesinde katkı sağlayacağını psikiyatri hemşireleri tarafından belirtilmesi ve hastanın desteklenmesi,
- Depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaların intihar olasılıklarının yüksek olması sebebiyle psikiyatri klinik hemşiresinin intihar olasılığına sebep olan faktörleri belirlemesi, intiharı önlemeye yönelik teröpatik yaklaşımda bulunması, ayakta tedavi alan hastalara ve yakınlarına intiharı önleyici eğitimler verilmesi,
- Hastaların intihar olasılıklarına karşı, başa çıkma ve problem çözme becerisini geliştirici desteğin psikiyatri hemşireleri tarafından sağlanması,

- Hastaların intihar risklerine yönelik, yaşama sebepleri, güçlü sosyal destek, kişiler arası ilişkilerinde sağlamlık gibi koruyucu faktörler ile mevcut stres etkenleri, intihar planı, önceki davranışları gibi potansiyel risklerin birlikte yaşadığı kişilerce takip edilmesi,
- Hastaların maneviyatını desteklemek, intihar olasılığını önlemek ve tedavi uyumunu artırmak adına psikolojik sağlamlık düzeyini artırıcı stratejiler planlanması,
- Hastaların tedavi uyumlarını arttırmak için, bireylere hastalıkları, tedavi süreci ve ilaç tedavisinin önemini anlatılması,
- İlaç uyumsuzluğu olanlarda hastane yatışları ve nükslerin artması sebebiyle, sağlık kuruluşları ve sosyal destek merkezlerinde tedavi uyumuna teşvik edecek eğitimlerin verilmesi,
- İlaç uyumsuzluğuna ve ilaç kötüye kullanıp intihar etme risklerine yönelik hasta yakınlarının da tedavi planına dahil edilmesi,
- Ekonomik sebeplerden kaynaklı tedavi uyumsuzluğu olanlarda, ilaç temini, sağlık kuruluşuna ulaşım gibi masrafların yerel yönetimlerle işbirliği yapılarak giderilmesi,
- Tedavi uyumsuzluğu olanlarda, ilaç hatırlatıcı sistemlerin, alarmların kullanımı konusunda hastaya ve yakınlarına bilgi verilmesi,
- Psikiyatri kliniği, toplum ruh sağlığı merkezi gibi yerlerde hastalara manevi bakım verilmesi, hemşirelerin manevi bakım konusunda bilgilenmesi amacıyla hizmet içi eğitimler yapılması,
- Lisans eğitim müfredatına manevi bakımın önemine yönelik eğitimlerin entegre edilmesi,
- Manevi bakımın bütüncül hemşirelik bakımının önemli bir ögesi olması sebebiyle hemşirelik bakım planlarında manevi bakıma yönelik girişimlerin bulunması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Helvacı Çelik F, Hoccoğlu Ç. 'Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi 2016;6(1): 51-66
2. Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. Klinik Psikiyatri 2004;7:153-160
3. Yüksel N. Anksiyete bozuklukları. İçinde: Ruhsal Hastalıklar. 4. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 193-223
4. Gülseren Ş. Depresyon ve anksiyete. Klinik Psikiyatri 2004;Ek 1:5-13
5. Atay İnci M, Gündoğa D. İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. Kriz Dergisi 2004;12 (3): 39-52
6. Karamustafaloğlu O, Özçelik B, Bakım B, Cengiz Ceylan Y, Göksan Yavuz B, Güven T, Gönenli S. İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:151-157
7. Bahadır Yılmaz E. Psikiyatri hastalarında özkıym riskini değerlendirme ve yönetme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2019;11(4):438-450
8. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri Hastalarının tedaviye uyumu. Cukurova Medical Journal 2015;40(3):555-568.
9. Bonelli R, Dew RE, Koenig HD, Rosmarin DH, Vasegh S. Depresyonda dini ve manevi faktörler: araştırmaları bir araya getirme ve değerlendirme. Kımtar N (Çeviri). Dini Araştırmalar Dergisi 2013;16(43):224- 244
10. Yüksel N. Depresif bozukluklar. İçinde: Ruhsal Hastalıklar. 4. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 267-298
11. Engin E. Ergün G. Depresyon. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E (Editörler). 1.Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2014:335-365
12. Açıkgöz A, Dayı A, Binbay T. Üniversitede okuyan kız öğrencilerde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. Cukurova Medical Journal 2018;43(1):131-140
13. Ünal B, Ergör G. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2013.

14. Yohn CN, Gergues MM, Samuels BA. The role of 5-HT receptors in depression. *Molecular Brain* 2017;10 (1):28
15. Koç M. Depresif bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Gürhan N (Ed). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2016:475-533
16. Townsend MC, 2016. Ançel G. Depresif bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, 6. Baskı, Özcan CT, Gürhan N(Editörler), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016: 378-427
17. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci basamakta major depresif bozukluğa yaklaşım. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2016;10(4): 250-258.
18. Aydemir Ö. Depresyon sağaltımında temel kavramlar ve ilkeler. İçinde: Depresyon Sağaltım Kitabı, Altınbaş K, Akdeniz F, Bozkurt A (Editörler).1.Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2021:s.3
19. Bhowmik D, Sampath Kumar KP, Srivastava S, Paswan S, Dutta AS. Depression-symptoms, causes, medications and therapies. *The Pharma Innovation* 2012;1 (3):41-55
20. Özyurt G, Emiroğlu N. Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğunda irritabilite. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2019;26(2):63-67
21. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual dysphoric disorder: epidemiology and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17(11): 87. doi:10.1007/s11920-015-0628-3
22. Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective* 2021;3(1):186-194
23. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011;45(2):65-74
24. Tamam L, Demirkol ME. Anksiyete bozuklukları. İçinde: Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta Ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı ve Tedavi. Çifci A, Tursun S, Özkara A, Kekilli M, Demirel B (Editörler). 1.Baskı, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2019:1675-1677
25. Pary R, Sarai SK, Micchelli A, Lippmann S. Anxiety disorders in older patients. *Prim Care Companion CNS Disord* 2019; 21 (1):18nr02335. doi: 10.4088/PCC.18nr02335

26. Schieleve MA, Domschke K. Epigenetics at the crossroads between genes environment and resilience in anxiety disorders. *Genes, Brain and Behavior* 2018; 17: (3):e12423. doi: 10.1111/gbb.12423.
27. Albano AM, Hoffman L. treatment of social anxiety disorder. cognitive therapy with children and adolescents: A Casebook For Clinical Practice 2003; 128-161.
28. Kim J, Gorman J. The psychobiology of anxiety. *Clinical Neuroscience Research* 2005; 4(5-6): 335-347. Doi: 10.1016/j.cnr.2005.03.008
29. Babaev O, Chatain CP, Krueger-Burg D. Inhibition in the amygdala anxiety circuitry. *Experimental & Molecular Medicine* 2018; 50(4):1-16. doi: 10.1038/s12276-018-0063-8.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington. DC. American Psychiatric Publication, 2013.
31. Martinez JM, Garakani A, Aaronson CJ, Gorman JM. Heart rate and respiratory response to doxapram in patients with panic disorder. *Psychiatry Res.* 2015; 227(1): 32–38. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.001
32. Townsend MC, 2016. Engin E. Anksiyete, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*, 6. Baskı, Özcan CT, Gürhan N(Editörler), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016:461-490
33. Yılmaz S. Kaygı (Anksiyete) bozuklukları. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Gürhan N (Ed). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 349-390
34. Haspolat NK, Kağan M. Sosyal fobinin yordayıcıları olarak beden imajı ve benlik saygısı. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2017;19(2):139-152
35. Sabancıoğulları S, Avcı D, Doğan S, Kelleci M, Ata E. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda intihar olasılığı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16:164-172
36. Boğahan M, Türkleş S. Psikiyatri hemşireliği uygulamaları kapsamında intihar girişiminde bulunan bireye yaklaşım. İçinde: *Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar*.Yılmaz M (Ed). 1. Baskı, Akademisyen Kitabevi; 2020:25-44

37. Serrano CC, Dolci AF. Suicide prevention and suicidal behavior. *Gac Med Mex.* 2021; 157(5):547-552. English. doi: 10.24875/GMM.M21000611.
38. Stanley İH, Boffa JW, Rogers ML, Hom MA, Albanese BJ, Capron DW, Chu C, Schmidt NB, Joiner TE. Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta analysis. *J Consult Clin Psychol* 2018; 86(11): 946–960. doi: 10.1037/ccp0000342.
39. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, Duijn E, Mast RC, Dekkers OM, Giltay EJ. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: A meta analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27(2):186-198. doi: 10.1017/S2045796016001049.
40. Miranda-Mendizabal A, Castellvi P, Pares-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebria A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Rodriguez-Jimenez T, Rodriguez-Marin J, Roca M, Soto-Sanz V, Vilagut G, Alonso J. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health* 2019; 64(2):265–283. doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1
41. Durak Batıgün A. İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi* 2008; 23 (62): 65-75.
42. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018, Ölüm İstatistikleri. Erişim Tarihi: 16.04.2022 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2018-30701>
43. Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED). 2020. Anket: İntihar Anketi Sonuçları. Erişim tarihi: 06.04.2022 <https://www.cised.org.tr/icerik/252/anket-intihar-anketinin-sonuclari>
44. Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED). 2020. Anket: Cinsel Şiddet Anketi Sonuçları. Erişim tarihi: 06.04.2022 <https://www.cised.org.tr/icerik/251/anket-cinsel-siddet-anketi-sonuclari>
45. Çapar M. Acile Başvuran Şiddet Görmüş Kadınların İlişkilerindeki İnançları Boyun Eğici Davranışları ve Psikolojik Eziyete Maruz Kalma Durumlarının İntihar Olasılıkları İle İlişkisi. 2021, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 187 sayfa, Gaziantep (Doç. Dr. Nurgül Özdemir).
46. Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. Türkiye Klinikleri J Psikiyatri-Özel Konular 2016;9(3)
 47. Rothes İ, Henriques M. Health professionals facing suicidal patients: what are their clinical practices? Int. J. Environ. Res. Public Health 2018; 15(6):1210 doi: 10.3390/ijerph15061210.
 48. Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. Suicide assessment and nurses: what does the evidence show? Online J Issues Nurs.2015; 20(1):2
 49. Gürhan N, Meriç M, Kaya B, Turan ND, Kabataş E. Tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencilerinin intihar olasılığı ve problem çözme düzeylerinin sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması. GÜSBD 2018; 7(1): 149-155
 50. Devrimci Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişiminde sorun alanları ve tetikleyiciler. Kriz Dergisi 2003;11(1):13-24
 51. Engin E, Öztürk Turgut E. İntihar ve intihar riskli hastalar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E (Editörler). 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2014: 393-410
 52. Sun FK, Long A, Boore J, Tsao LI. Patients and nurses perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. Journal of Clinical Nursing 2006; 15(1): 83-92. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01232.x.
 53. Temel M. İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(2): 78-83.
 54. Yaman Efe Ş. Acil servis hemşirelerinin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin rol ve sorumlulukları. F.Ü.Sağ. Bil. Tıp Dergisi 2012;26(1):49-54.
 55. Korkut Bayındır S, Ünsal A. Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanı ve girişimleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;6(2):115-119.
 56. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy M. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7: 43-48

57. Clua-Garcia R, Casanova-Garrigos G, Moreno-Poyato AR. suicide care from the nursing perspective: a meta-synthesis of qualitative studies. *J Adv Nurs* 2021; 77(7):2995-3007. doi: 10.1111/jan.14789.
58. Okpataku CI, Kwanashie HO, Ejiofor JI, Olisah VO. Medication compliance behavior in psychiatric out-patients with psychoactive substance use comorbidity in a Nigerian tertiary hospital. *Niger J Clin Pract* 2015; 18:371-376 doi: 10.4103/1119-3077.151753.
59. Herbeck DM, Fitek DJ, Sviki DS, Montoya ID, Marcus SC, West JC. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict.* 2005; 14(3): 195–207 doi: 10.1080/10550490590949488.
60. Demirkol ME, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar* 2016;8(1):85-93
61. Taj R, Khan S. A study of reasons of non-compliance to psychiatric treatment. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2005; 17:26-28. PMID: 16092645
62. Baby R, Gupta S, Sagar R. Attitude and subjective reasons of medication compliance and noncompliance among outpatients with schizophrenia in India. *Internet J Epidemiol* 2008;7:1
63. López-Torres J, Párraga I, Del Campo JM, Villena A; ADSCAMFYC Group. Follow up of patients who start treatment with antidepressants: treatment satisfaction, treatment compliance, efficacy and safety. *BMC Psychiatry* 2013; 13:65.<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-65> Erişim Tarihi: 27.04.2022
64. Dikeç G, KutluY. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):40-46
65. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: An overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta biomed.* 2019;90(4-S): 44-55. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8300.
66. Abdullah AK, Lazenby M. Psychosocial-spiritual interventions among Muslims undergoing treatment for cancer: an integrative review. *BMC Palliat Care* 2021;20(1): 51 doi: 10.1186/s12904-021-00746-x.

67. Cosentino C, Harrad RA, Sulla F, Bertuol M, Sarli L, Artioli G. Nursing spiritual assessment instruments in adult patients: A narrative literature review. *Acta Biomed.* 2020;91(12-S):e2020015. doi: 10.23750/abm.v91i12-S.10998.
68. Yeary KHK, Alcaraz KI, Ashing KT, Chiu C, Christy SM, Felsted KF, Lu Q, Lumpkins CY, Masters KS, Newton RL, Park CL, Shen MJ, Silfee VJ, Yanez B, Yi J. Considering religion and spirituality in precision medicine. *Transl Behav Med.* 2020;10(1):195-203. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz105> Erişim Tarihi: 18.04.2022
69. Boztilki M, Ardıç E. Maneviyat ve sağlık. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN* 2017;3(Ek sayı):39-45
70. Collier KM, James CA, Saint S, Howell J. The role of spirituality and religion in physician and trainee wellness. *J Gen Intern Med.* 2021;36(10):3199-3201. doi: 10.1007/s11606-021-06808-3
71. Ransome Y. Religion, Spirituality and health: new considerations for epidemiology. *Am J Epidemiol.* 2020;189(8):755-758. doi:10.1093/aje/kwaa022
72. Masat S. Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. 2018, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 136 sayfa, Samsun (Doç. Dr. Zeliha KOÇ).
73. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Erişim Tarihi: 06.04.2022. <https://sozluk.gov.tr/>
74. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly.* 2005;18(2):157-162 doi: 10.1177/0894318405274828.
75. Frick E, Ziemer P, Heres S, Ableidinger K, Pfitzer F, Büssing A. Spiritual competence in psychiatry and psychotherapy- barriers and success factors. *Der Nervenarzt.* 2021; 92(5): 479–486. German. doi: 10.1007/s00115-020-00975-0.
76. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM. Palliative care and spirituality: An integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):591-601. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167.2016690324i.
77. Rim JI, Ojeda JC, Svob C, Kayser J, Drews E, Kim Y, Tenke CE, Skipper J, Weissman MM. Current Understanding of Religion, Spirituality and Their

- Neurobiological Correlates. Harv Rev Psychiatry. 2019;27(5):303-316.doi:10.1097/HRP.0000000000000232
78. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2013;63: 280-289. doi: 10.3322/caac.21187.
79. Clark M, Emerson A. Spirituality in psychiatric nursing: a concept analysis. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2021;27(1):22-32. doi: 10.1177/1078390320902834.
80. Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;Sempozyum Özel Sayısı:218-225
81. Ledger P, Bowler D. Meeting spiritual needs in mental health care. Nursing Times 2013;109(9):21-23
82. Camacho-Montaña LR, Pérez-Corrales J, Pérez-de-Heredia-Torres M, Martin-Pérez AM, Güeita-Rodríguez J, Velarde-García JF, Palacios-Ceña D. Spiritual care in advanced dementia from the perspective of health providers: A qualitative systematic review. Occup Ther Int. 2021;2021:9998480 doi: 10.1155/2021/9998480.
83. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8 (1):37-45.
84. Bostancı Daştan N, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1):73- 78.
85. Yeter Sİ. Üniversite Öğrencilerinin Mutluluk Düzeylerinin Aile Aidiyeti ve Manevi Yönelimlerine Göre Yordanması. 2019, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 117 sayfa, İstanbul (Doç. Dr. Müge Yüksel).
86. Kasapoğlu F. Psikolojik Danışmanların Danışma Sürecinde Manevi Konulara İlişkin Tutumlarının Manevi Yönelimleri Ve Etkili Danışman Nitelikleri Açısından İncelenmesi. 2019, İnönü Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 197 sayfa, Malatya (Prof. Dr. Mustafa Kutlu).
87. Gültekin A. Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişki. 2018, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 43 sayfa, Malatya (Dr. Öğr. Üyesi Funda Kavak)
88. Terakye G, Demirkıran F. Psikiyatri hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluk sorunu ve hemşirelik yaklaşımları. Anadolu Üniversitesi Bilim Ve Teknoloji Dergisi 2003;4(2):131-144
89. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(2):68-75
90. Beck AT, Epstein N, Brown G et all. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consult Clin Psychol 1988;56:893-897
91. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of the beck anxiety inventor, psychometric properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 1998; 12(2): 28-35.
92. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.
93. Yakar T, Baran A, Güngör S, Altınsoy B, Yalçınsoy M, Can G, Akkaya E. Astımlı hastalarda beck depresyon ölçeğini etkileyen faktörler. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007; 55(1): 11-17
94. Mert A, Topal İ. Benlik ayırılmasının manevi yönelimine etkisinin bazı değişkenlerle incelenmesi. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi 2018;8(14):70-91
95. Kasapoğlu F. Manevi yönelim ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015; 16(3):51-68. doi: 10.17679/iuefd.16360640
96. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar olasılığı ölçeğinin (İÖÖ) klinik örnekleme geçerlik ve güvenirliği. Klinik Psikiyatri 2009; 12: 111-124.
97. Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale. Western Psychological Services, 1990. Los Angels.
98. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74.
99. Bahar G. İki Uçlu Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Morisky Uyum Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenirlik Çalışması Ve Duygudurum Düzenleyici Kullanan Hastaların Kan Düzeyi Ölçümleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2013, Gaziantep Üniversitesi,

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 128 sayfa. Gaziantep (Prof. Dr. Haluk A. Savaş)
100. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (sixth ed.) Pearson, Boston, 2013.
101. Peselow E, Pi S, Lopez E, Besada A, Ishak WW. The impact of spirituality before and after treatment of major depressive disorder. *Innov Clin Neurosci* 2014; 11(3-4):17-23.
102. Kasapoğlu F. COVID-19 salgını sürecinde kaygı ile maneviyat, psikolojik sağlamlık ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Journal of Turkish Studies* 2020; 15(4): 599-614
103. Akyüz İ, Kulaoğlu S. Manevi yönelim ve depresyon arasındaki ilişkinin sosyodemografik değişkenler bağlamında incelenmesi. *Sosyal Sağlık Dergisi* 2021;1(1):63-80
104. Güven H. Depresyon ve Dindarlık İlişkisi. 2008, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 137 Sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Veysel Uysal).
105. Rönqvist I, Nilsson FK, Nordenskjöld A. Electroconvulsive therapy and the risk of suicide in hospitalized patients with major depressive disorder. *JAMA Netw Open*. 2021; 4(7):e2116589. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.16589
106. Çakır S. Yetişkinlerde Yalnızlık Duygusu İle Aleksitimi, Depresyon ve İntihar Olasılığının Ölçülmesi. 2021, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 82 Sayfa, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN).
107. Bahar A. Yüksek İntihar Riskli Depresyon Hastalarına Yapılan Transteoretik Model Aşamalarına Temelli Motivasyonel Görüşmenin İntihar Davranışı ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Etkisi. 2021, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 114 Sayfa, Gaziantep (Prof. Dr. Derya Tanrıverdi).
108. Nart Ö. ‘Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimine Başvuran Kişilerde İntihar Olasılığının, Benlik Saygısı, Psikolojik Dayanıklılık, Algılanan Sosyal Destek Ve Önceki İntihar Girişimleriyle İlişkisi’. 2018, Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 62 Sayfa, Kocaeli (Prof. Dr. Bülent Coşkun).

109. Lew B, Huen J, Yu P, Yuan L, Wang DF, Ping F, Abu Talib M, Lester D, Jia CX. Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *Plos One* 2019; 14(7):e0217372. doi:10.1371/journal.pone.0217372
110. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, Kashima H. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: A chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 9:38 doi: 10.1186/1471-244X-9-38.
111. Kelleci M, Ata E. Psikiyatri kliniği'nde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(3):105-110
112. Polat H, Uğur K. Adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2021;24:491-498
113. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(3):143-148
114. Kılınç G. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi. 2015, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 47 Sayfa, Malatya (Doç. Dr. Rukuye Aylaz).
115. Wang H, Zhang L, Sun M, Kang L, Wei X. Perioperative treatment compliance, anxiety and depression of elderly patients with ophthalmic surgery and the influential factors. *Ann Palliat Med* 2021; 10(2):2115-2122 doi: 10.21037/apm-21-37.
116. Dua D, Padhy S, Grover S. Comparison of religiosity and spirituality in patients of depression with and without suicidal attempts. *Indian J Psychiatry* 2021; 63(3):258-269. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_246_20.
117. Çulha Ateşçi F, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:22-27
118. Taşan N. Kanser Hastalarında Maneviyat İle Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2020, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 54 sayfa, Malatya (Dr. Öğr. Üyesi Seyhan Çitlik Sarıtaş).
119. Mirkovic B, Belloncle V, Pellerin H, Guile JM, Gerardin P. Gender differences related to spirituality, coping skills and risk factors of suicide

- attempt: A cross-sectional study of french adolescent inpatients. Front Psychiatry 2021; 12:537383. doi:10.3389/fpsyt.2021.537383
120. Aydın Ö. Yaşamı Sürdürmede Dini İnancın Rolü. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011, Doktora Tezi, 193 Sayfa, Ankara (Doç.Dr. Öznur Özdoğan).
121. Tae H, Chae JH. Factors related to suicide attempts: The roles of childhood abuse and spirituality. Front Psychiatry 2021; 12:565358. doi: 10.3389/fpsyt.2021.565358.
122. Martı H. Dini referanslar çerçevesinde intihar olgusu ve intiharı besleyen düşünce kalıplarıyla mücadele. Diyanet İlmi Dergi 2016; 52(3): 69-80
123. Dein S, Kımtır N. Din, maneviyat ve depresyon: Tetkik ve tedavi için öneriler. Ekev Akademi Dergisi 2014;18(58):739-750
124. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: A systematic review. Arch Suicide Res 2016; 20(1):1-21. doi: 10.1080/13811118.2015.1004494.
125. Çetintulum Huyut B. Dini Yönelim, İntihar ve İntihara Yönelik Tutumlar. 2013, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, Aydın (Prof. Dr. Mehmet ESKİN).
126. Şirin M. Üniversite Öğrencilerinde Yaşamda Anlam ve İntihar Olasılığının Algılanan Duygusal İstismar Açısından İncelenmesi. 2020, Trabzon Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 95 Sayfa, Trabzon (Doç. Dr. Vesile Oktan).
127. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. Psychol Res Behav Manag 2012; 5:37-45. doi: 10.2147/PRBM.S30878.
128. Lindström E, Eriksson L, Levander S. Suicides during 7 years among a catchment area cohort of patients with psychoses. Nord J Psychiatry 2012; 66(1):8-13 doi: 10.3109/08039488.2011.577186.
129. Callor WB, Petersen E, Gray D, Grey T, Lamoreaux T, Bennett PJ. Preliminary findings of noncompliance with psychotropic medication and prevalence of methamphetamine intoxication associated with suicide completion. Crisis 2005; 26(2):78-84 doi: 10.1027/0227-5910.26.2.78.

130. Durak Batıgün A. İntihar olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(1):29-39
131. Burra TA, Chen E, McIntyre RS, Grace SL, Blackmore ER, Stewart DE. Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Behav Med* 2007; 32(4):127-134. doi: 10.3200/BMED.32.4.127-134.
132. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014;7(2):98-108
133. Atli A, Uysal C, Kaya MC, Bulut M, Güneş M, Karababa İF, Bez Y, Beşatlı S, Sır A. Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme. *Journal Of Mood Disorders* 2014;4(3):110-114.
134. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal* 2015;1 Suppl1
135. Shekhani SS, Perveen S, Hashmi DE, Akbar K, Bachani S, Khan MM. Suicide and deliberate self-harm in pakistan: A scoping review. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1):44 doi: 10.1186/s12888-017-1586-6.
136. Rodriguez-Hernandez JM, Rocha-Buelvas A, Mendieta-Izquierdo G, Hidalgo-Troya A. Riesgo de muerte por suicidio en poblacion Colombiana 2000-2013 [The risk of death by suicide in the Colombian population 2000-2013]. *Cien Saude Colet* 2018; 23(11):3989-3996. Spanish. doi: 10.1590/1413-812320182311.24812016.
137. Na KS, Cho SE, Hong JP, Lee JY, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ. Association between personality traits and suicidality by age groups in a nationally representative Korean sample. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99:16:e19161. doi:10.1097/MD.00000000000019161
138. Pahlevan Sharif S, Ong FS. Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among Malay Muslim women with breast cancer. *J Relig Health* 2019; 58(4):1060-1071 doi: 10.1007/s10943-018-0587-1.

139. Baynal F. Yetişkinlerde dindarlık ve ruh sağlığı ilişkisinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2015;4(1):206-231
140. Gügen B. Gebelik Sürecindeki Kadınlarda Manevi İyi Oluş İle Hayat Memnuniyeti İlişkisi. 2019, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 111 Sayfa, İstanbul (Doç. Dr. Gülüşan GÖCEN).
141. Ak M, Özmenler KN, Bozkurt A. Depresyon hastalarında belirti şiddet ve umutsuzluğun intihar davranışı üzerindeki etkisi. Kriz Dergisi 2006;14 (3): 1-7
142. Kim C, Cho Y. Does unstable employment have an association with suicide rates among the young? Int J Environ Res Public Health 2017; 14(5):470 doi: 10.3390/ijerph14050470.
143. Tunalı H, Özkaya S. Türkiye’de işsizlik - intihar ilişkisinin analizi. Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2016;5(2):56-70
144. Dilber T, Uysal D. İşsizlik ve intihar arasındaki ilişki: Türkiye örneği. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi 2020;16(3):729-744
145. Aksu L. İşsizlik, suç, boşanma, intihar oranları ile iktisadi büyüme ilişkisinin; nedensellik testleri ile analizi: Türkiye örneği. İktisat Politikası Araştırma Dergisi 2018;5(2):58-100
146. Bayrak S. İşsizliğin intihar üzerindeki etkileri: Türkiye için bir nedensellik analizi. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi 2017; 73(2):125-141.
147. Gökçe H. Toplumsal cinsiyet rollerinin intihar olgusu üzerine etkilerini, Türkiye’nin 2015 yılı intihar verileri ölçeğinde incelenmesi. İçinde: 7. Türkiye Lisansüstü Çalışmalar Kongresi Bildiriler Kitabı - IV.Yuvalı B, Eğri T (Ed). Burdur: Sage Yayıncılık, 2018:187-197
148. Demirbas N, Kutlu R. Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. Ankara Med J 2020;(2):269-280
149. Özcan E. Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi Ve Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi. 2019, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 138 Sayfa, İstanbul (Dr.Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz).
150. Bakan G, İnci FH. Hipertansiyonlu hastalarda tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı. Turk J Cardiovasc Nurs 2021;12(28):81-87

151. Yu W, Tong J, Sun X, Chen F, Zhang J, Pei Y, Zhang T, Zhang J, Zhu B. Analysis of medication adherence and its influencing factors in patients with schizophrenia in the Chinese institutional environment. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(9):4746. doi:10.3390/ijerph18094746
152. Mathes T, Jaschinski T, Pieper D. Adherence influencing factors - a systematic review of systematic reviews. *Arch Public Health* 2014;72(1):37 doi:10.1186/2049-3258-72-37
153. Næss EO, Mehlum L, Qin P. Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM Popul Health* 2021; 15:100853 doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100853.
154. Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord* 2009; 116(3):208-213 doi: 10.1016/j.jad.2008.11.007.
155. Sezer S. Ticari Başarısızlık Sonucu Ortaya Çıkan İntihar ve İntihar Girişimi Olaylarının Sosyo-Ekonomik Nedenleri. 2011, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 346 Sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Mahmut Arslan Prof. Dr. Nurgün Oktik).
156. Agerbo E. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: A gender specific study. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(5):407-412 doi: 10.1136/jech.2004.024950.
157. Wagner BM, Silverman MAC, Martin CE. Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist* 2003;46(9):1171-1191
158. Kwon H, Hong HJ, Kweon YS. Classification of adolescent suicide based on student suicide reports. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak* 2020;31(4):169-176 doi:10.5765/jkacap.200030
159. Kwon H, Lee JS, Kim AR, Hong HJ, Kweon YS. Risk factors for suicidal ideation and attempts in adolescents. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak*. 2018; 29(3):114-121 doi: 10.5765/jkacap.170010.
160. Tel H, Uzun S. İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:151-158

161. Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: A review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(8):720-732 doi: 10.1002/gps.1739.
162. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002; 52(3):193-204 doi: 10.1016/s0006-3223(02)01347-1.
163. Ge P, Liu ST, Xu SX, Zhang JZ, Lai YJ, Fu RC, Ke XY, Zhao J, Bian Y, Wu YB. The influence of parents on medication adherence of their children in china: A cross-sectional online investigation based on health belief model. *Front Public Health* 2022; 10:845032. doi: 10.3389/fpubh.2022.845032.
164. Gong T, Lundholm C, Rejnö G, Mood C, Långström N, Almqvist C. Parental socioeconomic status, childhood asthma and medication use-a population-based study. *Plos One* 2014; 9(9):e106579 doi: 10.1371/journal.pone.0106579.
165. Chapman SC, Horne R. Medication nonadherence and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26(5):446-452 doi: 10.1097/YCO.0b013e3283642da4.
166. Durmuş M. Maneviyatı güçlendirme eğitiminin hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi. (2020). <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/54179> Erişim Tarihi :18.05.2022
167. Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med* 2017; 6(3):237-247 doi: 10.21037/apm.2017.05.01.
168. Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, Davis RB. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: Results from a national survey. *Ann Intern Med* 2001 Sep 4; 135(5):344-351 doi: 10.7326/0003-4819-135-5-200109040-00011.
169. Farrukh MJ, Makmor-Bakry M, Hatah E, Tan HJ. Use of complementary and alternative medicine and adherence to antiepileptic drug therapy among epilepsy patients: A systematic review. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12:2111-2121 doi: 10.2147/PPA.S179031.

170. Ramdzan SN, Pinnock H, Liew SM, Sukri N, Salim H, Hanafi NS, Hussein N, Suhaimi J, Lee PY, Cheong AT, Ahad AM, Cunningham S, Khoo EM. Perceptions of complementary/alternative medicine use and influence on evidence-based asthma medicine adherence in malaysian children. *NPJ Prim Care Respir Med* 2019; 29(1):5. doi:10.1038/s41533-019-0118-x
171. Durón RM, Medina MT, Nicolás O, Varela FE, Ramírez F, Battle SJ, Thompson A, Rodríguez LC, Oseguera C, Aguilar-Estrada RL, Pietsch-Escueta S, Collins JS, Holden KR. Adherence and complementary and alternative medicine use among honduran people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009 Apr; 14(4):645-650 doi: 10.1016/j.yebeh.2009.01.022.

8. EKLER

EK I: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimleri İle İntihar Eğilimleri Ve Tedavi Uyumluları Arasındaki İlişki

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK II: Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz:

- 1) Kadın 2) Erkek

2. Yaşınız:

3. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur- yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul
5) Lise 6) Ön lisans 7) Lisans 8) Yüksek lisans

4. Mesleğiniz

- 1) Memur 2) İşçi 3) Ev Hanımı 4) Serbest meslek
5) Emekli 6) çalışmıyor

5. Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1) Çok İyi 2) iyi 3) orta 4) düşük 5) çok düşük

6. Şuan yaşadığınız yer:

- 1) Köy 2) İlçe 3) Şehir merkezi

7. Medeni durumunuz:

- 1) Evli 2) Bekâr 3) Boşanmış 4) Ayrı yaşıyor

8. Çocuğunuz varsa sayısı:

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 ve üzeri

9. Şuan kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız 2) Ailemle 3) Eşim 4) Çocuklarım 5) Eşim ve çocuklarım

10. Aile Tipi:

- 1) Geniş Aile 2) Çekirdek Aile 3) Parçalanmış aile

11. Babanızın Eğitim Düzeyi

- 1) Okur Yazar Değil 2) Okur Yazar 3) İlkokul 4) Ortaöğretim
5)Yüksekokul

12. Annenizin Eğitim Düzeyi

- 1) Okur Yazar Değil 2) Okur Yazar 3) İlkokul 4) Ortaöğretim
5)Yüksekokul

13. Hastalığınız ne kadar zamandır mevcut?

- 1) 0-1 yıl 2) 1-5 yıl 3) 5-10 yıl 4) 10 yıl ve üzeri

14. Sigara kullanımınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

15. Alkol kullanım durumunuz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

16. Madde kullanım durumunuz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

17. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

18. İhtiyaç duyduğunuzda size destek olan birileri var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

19. Aile ve arkadaşlarınızdan gördüğünüz desteği yeterli buluyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

20. İntihar girişiminiz oldu mu?

- 1) Hayır 2) Bir kez 3) İki ya da üç kez 4) Üçten fazla

21. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler hakkında bilginiz var mı?

- 1) Evet 2) Biraz 3) Hayır

22. Kullandığınız Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi yöntemi var mı? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 1) Yok | 7) Meditasyon |
| 2) Teröpatik dokunma/ Reiki | 8) Yoga |
| 3) Aromaterapi | 9) Bioenerji |
| 4) Akupunktur | 10) Müzik Terapisi |
| 5) Masaj | 11) Dua Okuma |
| 6) Bitkisel Tedavi | |

EK III: Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **bugün dahil son bir (1) haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik,titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK IV: Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta içindeki (şu an dahil)** kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulup işaretleyiniz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

EK V: Manevi Yönelim Ölçeği

Her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı size verilen maddenin karşısındaki numaralardan birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Kesinlikle
katılmıyorum

Tamamen
Katılıyorum

1 Yüce bir gücün varlığını ruhumun derinliklerinde hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
2 Bana huzur veren manevi yaşantılarım vardır.	1	2	3	4	5	6	7
3 İlahi bir varlık tarafından sevildiğimi hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
4 İnsanı nihai noktada, ancak sonsuz bir varlık anlayabilir.	1	2	3	4	5	6	7
5 Dua/meditasyon, manevi yaşantımın önemli bir parçasıdır.	1	2	3	4	5	6	7
6 İlahi bir güce olan inancım, hayattaki zorluklarla başa çıkamamda bana yardımcı olur	1	2	3	4	5	6	7
7 Bir kimse hayatının anlamını gerçekten ararsa, cevaplar bulabilir	1	2	3	4	5	6	7
8 İlahi bir varlığa olan inancım davranışlarım üzerinde etkilidir.	1	2	3	4	5	6	7
9 Dua ederek, kendimi inandığım şeye daha yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10 İlahi bir varlığa olan inancım, hayatıma anlam kazandırır	1	2	3	4	5	6	7
11 Dua/meditasyon bana duygusal destek sağlar.	1	2	3	4	5	6	7
12 Manevi boyutla olan iletişimim, ruh sağlığıma iyi gelir	1	2	3	4	5	6	7
13 Yüce bir güç tarafından korunduğumu hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
14 Dua/meditasyon dinginliğinde bir bütünlük duygusu yaşarım	1	2	3	4	5	6	7
15 Doğayı hayranlık içinde seyretmek manevi duygularımı güçlendirir.	1	2	3	4	5	6	7
16 İnancım çevremdeki insanlarla iletişimimi güçlendirir.	1	2	3	4	5	6	7

EK VI: İntihar Olasılığı Ölçeği

Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Size uygun olan cümlelerin sağ tarafındaki seçeneklerin altındaki “D” harfini daire içine alarak işaretleyiniz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkeli olduğum zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissedirim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz(dürtüsel) davrandığımı hissedirim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklendiğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissedirim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissedirim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissedirim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissedirim.	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissedirim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissedirim ki buna dayanamam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissedirim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda birçok değişiklik yapacağımı hissedirim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.		D	D	D
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissedirim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünürüm.	D	D	D	D

21	Dünyanın yaşama değeri olmadığını hissedirim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissedirim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissedirim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Eşime duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissedirim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarını onaylamadıklarını hissedirim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissedirim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olmadığımı hissedirim.	D	D	D	D

EK VII: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Hastalığınızla ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

Sıra No	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleiniz.	Evet	Hayır
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	☐	☐
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	☐	☐
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	☐	☐
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	☐	☐

EK VIII: ÖLÇEKLERDEN ALINAN İZİN YAZILARI

İntihar Olasılığı Ölçek İzni

Tarih: Mon, 6 Apr 2020 16:23:27 +0300 [Tüm Başlık](#)
Kimden: Zehra Atli [Tüm Ek Dosyası](#)
Kime: "Mesude.Sahin"
Konu: Re: İntihar Olasılığı Ölçeği
Merhaba Mesude hanım. Ölçeğin geçerlik çalışmasını yapan kişilerden sadece biriyim. kullanım için özel bir izin alınması gerekmiyor bildiğim kadarı ile, benim açımdan tabi ki kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar diliyorum, iyi çalışmalar..
Mesude.Sahin, 6 Nis 2020 Pzt, 13:47 tarihinde şunu yazdı:
Merhaba hocam,
Ben Mesude Şahin. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmış olduğunuz "intihar olasılığı Ölçeğini" izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.
Cevabınızı bekliyorum. Saygılar...

Beck Depresyon Ölçeği İzni

Tarih: Sat, 28 Mar 2020 14:06:07 +0000 (UTC) [Tüm Başlık](#)
Kimden: "Gülşen T." [Tüm Ek Dosyası](#)
Kime: [Tüm Ek Dosyası](#)
Konu: Beck Depresyon Ölçeği
Merhaba Mesude,
Beck Depresyon Ölçeği içeriğini, mail kutunuzun boyutu yeterli olmadığı için size ulaştıramıyorum.
Farklı bir mail adresi vererseniz yardımcı olurum.
Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına
Gülşen Hisli

Beck Anksiyete Ölçeği İzni

Tarih: Fri, 27 Mar 2020 09:45:05 +0300 [Tüm Başlık](#)
Kimden: Mustafa Ulusoy <[redacted]> 
Kime: "Mesude.Sahin" [redacted]
Konu: Re: Beck Anksiyete Ölçeği

Mesude
İlgili çalışanınızda hanım BAÖ ni merhaba kullanabilirsiniz

Selamlar
M.Ulusoy

> Mesude.Sahin <[redacted]> şunları yazdı (26 Mar 2020 22:57):
>
> [UTF-8?]i»çMerhaba hocam,
> Ben Mesude Şahin. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri
> Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını
yapmış
> olduğunuz "Beck Anksiyete Ölçeğini" izninizle tez çalışmamda kullanmak
> istiyorum.
> Gereğini bilgilerinize arz ederim.
> Cevabınızı bekliyorum. Saygılar..

Manevi Yönelim Ölçeği İzni

Tarih: Sat, 28 Mar 2020 04:35:40 +0200 [Tüm Başlık](#)
Kimden: figen kasapoğlu <[redacted]> 
Kime: "Mesude.Sahin" [redacted]
Konu: Re: Manevi Yönelim Ölçeği [Tüm Ek Dosyası](#)

Merhaba

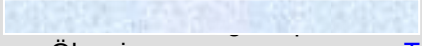
Ölçek maddelerini gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar dilerim

26 Mar 2020 Per 21:03 tarihinde Mesude.Sahin <mesudesahin@gantep.edu.tr> şunu yazdı:

Merhaba hocam,
Ben Mesude Şahin. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri
Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını
yapmış
olduğunuz "Manevi Yönelim Ölçeğini" izninizle tez çalışmamda kullanmak
istiyorum.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.
Cevabınızı bekliyorum. Saygılar.

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği İzni

Tarih: Tue, 7 Apr 2020 19:27:38 +0000 [Tüm Başlık](#)
Kimden: [Güven BAHAR](#) 
Kime: "Mesude.Sahin" 
Konu: Ynt: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği [Tüm Ek Dosyası](#)
Selamlar;

Bu konuyla ilgilenmeniz ve ölçeği kullanmak istemenizden duyduğum memnuniyeti bildirmek istedim. Ölçeği ve de»erlendirmesi konusundaki bilgiyi ekte gönderiyorum. Ekte yer alan 9ekliyle kaynak göstererek kullanmanızda hiç bir sakınca bulunmamaktadır.Çalışmamda sonuçlarınızdan haberdar ederseniz sevinirim.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.
Öğr. Gör. Güven BAHAR
Ruh Sağlığı Destek ve Koruma Uzmanı
Gaziantep Üniversitesi
Instructor Güven BAHAR
Mental Health Support and Protection Specialist

Gönderen: Mesude.Sahin
Gönderildi: 6 Nisan 2020 Pazartesi 22:54
Kime: 
Konu: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

Merhaba hocam,
Ben Mesude Sahin. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşiresi yüksek lisans öğrencisiyim. Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmamı yapmı oldunuz "Morisky Tedavi Uyum Ölçeği"ni izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.
Cevabınız bekliyorum. Saygılar...

EK IX: GAÜN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Depresyon Ve Anksiyete Tanılı Hastaların Manevi Yönelimlerinin İntihar Eğilimleri İle Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		145			
ETİK KURUL BELGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep			
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800			
	FAKS	-			
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Nurgül ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Güzelmsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yersiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐				

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Depresyon Ve Anksiyete Tanılı Hastaların Manevi Yönelimlerinin İntihar Eğilimleri İle Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	145

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/145	Tarih: 30.04.2020
	Sorumlu Araştırmacısı Dr.Öğr.Üyesi Nurgül ÖZDEMİR olan "Depresyon Ve Anksiyete Tanılı Hastaların Manevi Yönelimlerinin İntihar Eğilimleri İle Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına etik kurul üye çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan etik kurul onayı alındıktan sonra şahsen başvuru yoluyla izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Aysun BARANSEL İSİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma İle İlgili	Karar *	İmza
Prof. Dr. Aysun BARANSEL İSİR	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Özgür ALTINDAĞ	FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Biregül ÖZÇİRPİCİ	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Murat NACAK	TIBBİ FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	OROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Sinan AKBAYRAM	ÇOCUK HEMATOLOJİ ve ONKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Umut ELBOĞA	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Serkan GÜRGÜL	BİYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Eda Dilem YALÇIN	AĞIZ DIŞI ve ÇENE RADYOLOJİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Uzm. Dr. Gökül KARATAŞ DURUSOY	GÖZ HASTALIKLARI	Gaziantep Dr. Ervin Arslan (İg. Aq. Hast.)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Emine Aybiken YILDIRIM	AVUKAT (Hukukçu)	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Hanan KİÇİKOĞLU	OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENİ	Gaziantep Anadolulu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

*:Toplantıda Bulunma

Aysun BARANSEL İSİR

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

EK X: KURUM İZNİ


* 0 8 5 7 8 9 7 4 5 *


GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
1973

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi


BU
100DEN
GAZİ
ANTEP

Sayı :50581566/300/27235
Konu :Kurum İzni/ Mesude ŞAHİN

17/06/2020

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Danışmanı Dr.Öğr.Üyesi Nurgül ÖZDEMİR olan, Anabilim Dalımız, Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Mesude ŞAHİN'in "Depresyon ve Anksiyete Tanılı Hastaların Manevi Yönelimlerinin İntihar Eğilimleri ile Tedavi Uyumu Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tezi verilerini toplamaya yönelik yapacağı anket çalışmalarını 01 Temmuz 2020-30 Kasım 2020 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri Servisinde yatarak tedavi olan ve Psikiyatri Polikliniğine ayaktan başvuran hastalar ile yapabilmesi için gerekli iznin alınabilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Derya TANRIVERDİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

EKLER :
1- Dilekçe
2- Etik Kurul Kararı
3- Ölçek / Anketler



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı :47989649/300/
Konu :Anket Çalışma İzni

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi :17/06/2020 tarihli, 27235 sayılı ve "Kurum İzni/ Mesude ŞAHİN" konulu yazı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği (tezli) yüksek lisans programı öğrencisi **Mesude ŞAHİN**'in tezi ile ilgili anket çalışmasını 01 Temmuz 2020-30 Kasım 2020 tarihleri arasında Psikiyatri servisinde yatarak tedavi olan ve Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz ederim.

Prof.Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

OLUR

Prof.Dr. Ali GÜR
Rektör

DAĞITIM

Gereği:

Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliğine

Bilgi:

Hemşirelik Anabilim Dalına

25/06/2020 Mem.
25/06/2020 Enst.Sek.

: M.SEYMEN
: S.ÖZASLAN

EK XI: İNTİHAL RAPORU

DEPRESYON VE ANKSİYETE TANILI HASTALARIN MANEVİ YÖNELİMLERİNİN İNTİHAR EĞİLİMLERİ İLE TEDAVİ UYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yazar Mesude Şahin

Gönderim Tarihi: 31-May-2022 03:15PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1847777469

Dosya adı: Mesude_ahin_intihal.docx (267.73K)

Kelime sayısı: 20890

Karakter sayısı: 144502

Mesude ŞAHİN

31.05.2022

Doç.Dr. Nuri ÖZDEMİR



DEPRESYON VE ANKSİYETE TANILI HASTALARIN MANEVİ
YÖNELİMLERİNİN İNTİHAR EĞİLİMLERİ İLE TEDAVİ UYUMU
ARASINDAKİ İLİŞKİ

ORJİNALLIK RAPORU

%23	%18	%8	%14
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	%10
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.psikoaktif.com İnternet Kaynağı	%1
5	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	<%1
6	www.openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1

Doç.Dr. Nurgül Özdemir

Merve SAHİN

31.07.2022

Selim HOŞGÖR

9.ÖZGEÇMİŞ

2009 yılında Gaziantep'te doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Gaziantep'te tamamladı. 2009-2013 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde eğitim gördü. 2018 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programına başladı. 2013 yılında başlayıp Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Psikiyatri Kliniği'nde halen hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir. Evli ve 2 kız çocuğu annesidir.