



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İNTİHAR GİRİŞİMİYLE GELEN HASTALARIN YAKINLARININ  
İNTİHARA YÖNELİK TUTUMLARIN İNCELENMESİ**

TUBA YILDIZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi SİBEL DOĞAN

İSTANBUL-2018

## TEŞEKKÜR

Hemşirelik bilimine ve bu alanın gün geçtikçe yenilenen bilgileriyle hayata adapte olmaya çalışırken en başlarda kişisel olarak mesleki gelişimimle ilgili beni zorlamış olsa da aldığım eğitimler, bu alanda edindiğim bilgiler, arkadaşlıklar, sorumluluklar ve deneyimler uzun yıllardır kendimi bu alanın içindeymişim gibi hissettirdi. Öncelikle, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan 6 yıl boyunca hem lisans hem de tez çalışmam sırasında her türlü bilgi ve tecrübesini paylaşan, yorumları ve eleştirileri ile yol gösterici önerilerde bulunan, değerli vaktini ve bilimsel desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocama teşekkür ederim. Eğitimimi sürdürmem konusunda bu günlere gelebilmem için benden maddi, manevi desteklerini eksik etmeyen aileme teşekkür ederim.

Çalışma arkadaşlarıma, değerli vaktini bana ayıran tezimi yazmam konusunda her türlü desteğini benden esirgemeyen Hemşirelik Hizmetleri Müdürüm Banu Katran'a ve verilerin toplanmasında bana yardımcı olan Dr. Fethi Altıntaş'a, teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında olduğu gibi gösterdiği sabır, güven ve anlayışından dolayı ihtiyaç duyduğum her anda yardımlarını benden esirgemeyen, birlikte geçireceğimiz vakitlerden fedakarlık gösteren, desteğinin ve sevgisinin sonsuz olduğunu bildiğim, Arda Turgay'a sonsuz teşekkür ederim.

Saygılarımla,

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU .....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ .....	vi
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ .....	vii
1. ÖZET .....	1
2. ABSTRACT .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	5
4.1. İntihar Nedir .....	5
4.1.1. İntihar Girişimleri ve Yaygınlığı .....	6
4.2. İntihar Davranışları.....	6
4.3. İntihar Davranışlarını Açıklayan Kuramlar .....	7
4.3.1. Sosyolojik Kuramlar .....	7
4.3.2. Psikolojik Kuramlar .....	8
4.3.3. Biyolojik Kuramlar .....	10
4.3.4. Schneiderman'ın İntihar Kuramı .....	10
4.4. Durkheim'a Göre İntihar Çeşitleri.....	10
4.4.1. Bencil (Egoist) İntihar .....	11
4.4.2. Elcil (Alturistik/Özgeci) İntihar.....	11
4.4.3. Anomik ( Kuralsızlık) İntihar .....	12
4.4.4 Fatalist (Kaderci) İntihar.....	13
4.5. İntiharin Nedenleri.....	13
4.5.1. Psikolojik ve Psikiyatrik Nedenler .....	13
4.5.2. Sosyal Nedenler .....	14
4.5.3. Diğer Nedenler.....	14
4.6. Dünyada Tamamlanmış İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Yaygınlığı.....	16
4.7. Türkiye'de Tamamlanmış İntihar ve İntihar Girişimlerinin Yaygınlığı.....	19
4.8. İntihar Etmeye Yönelik Tutumlar .....	21
4.8.1. İntihar Davranışlarında Bulunan Bireylere Karşı Tutumlar .....	26
4.9 İntihar Riski Olan Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı .....	28

4.9.1 İntihar Eğilimli Hastada Hemşirelik Sürecinin Uygulanması .....	28
4.9.1.1 İntihar Hakkında Gerçekler ve Mitler.....	30
4.9.1.2. İntihar Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler .....	31
4.9.2. İntihar Fikirleri ve Eylemleri .....	32
4.9.3. İntihar Riski Olan Ayaktan İzlenen Hastaya ya da Yatarak Bakım Alan ve Taburcu Olmuş Hastaya Müdahale.....	32
4.9.4. İntihar Riski Olan Hastanın Aile ve Arkadaşları İçin Gerekli Bilgiler ..	33
4.9.5. İntihar Eden Bireyin Ailelerine ve Arkadaşlarına Yönelik Müdahaleler	33
4.9.6. İntihar Eden Bireyi Yakınlarını Desteklemek İçin Girişimler.....	34
<b>5. METOT VE MATERYALLER.....</b>	<b>35</b>
5.1. Araştırmanın Tipi .....	35
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	35
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	35
5.4. Araştırmanın Uygulaması.....	35
5.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
5.6 Veri Toplama Araçları.....	35
5.6.1. Hasta Yakını Anket Formu .....	36
5.6.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiye Karşı Tutumlar Ölçeği .....	36
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
5.8. Araştırmanın Etik Yönü .....	37
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	38
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>92</b>
<b>8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>99</b>
<b>9. KAYNAKÇA .....</b>	<b>101</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>111</b>
<b>11. ETİK KURULU ONAYI .....</b>	<b>118</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>120</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>CDC</b>	: Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezi
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>İKT</b>	: İntihara Karşı Tutumlar
<b>İEKKT</b>	: İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar

## ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.4.1.1. Dinlere Göre İntihar .....	11
Tablo 4.6.1. DSÖ Ülkeler Arası Cinsiyete Göre İntihar Oranları .....	18
Şekil 4.7.1. Türkiye’deki Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre İntihar Oranları .....	20
Şekil 4.7.2. Kaba İntihar Hızının En Yüksek Ve En Düşük Olduğu İlk Beş İl .....	21
Tablo 4.9.1.1. İntihar Hakkında Gerçekler ve Mitler .....	30
Tablo 4.9.1.2. İntihar Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler .....	31
Tablo 6. 1. İntihar Girişimi İle Gelen Hastaların Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri.....	39
Tablo 6. 2. İntihar Girişimi İle Gelen Hastaların Özellikleri İle Hastaların Yakınlarının Duygu Ve Tutumları .....	41
Tablo 6. 3. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği Puanları .....	44
Tablo 6. 4. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği Puanları.....	45
Tablo 6.5.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Kabul Edilebilirliği” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	46
Tablo 6.5.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Kabul Edilebilirliği” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	48
Tablo 6.6.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	50
Tablo 6.6.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	52
Tablo 6.7.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Ölümden Sonra Cezalandırılma” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	54
Tablo 6.7.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Ölümden Sonra Cezalandırılma” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	56

Tablo 6.8.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	58
Tablo 6.8.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	60
Tablo 6.9.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Davranışını Saklama” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	62
Tablo 6.9.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Davranışını Saklama” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	64
Tablo 6.10.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	66
Tablo 6.10.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	68
Tablo 6.11.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Sosyal Kabul Görme” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	70
Tablo 6.11.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Sosyal Kabul Görme” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	72
6.12.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	74
Tablo 6.12.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması” Alt Ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	76

Tablo 6.13.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme” Alt Ölçeğinin Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	78
Tablo 6.13.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme” Alt Ölçeğinin Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	80
Tablo 6.14.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İle İntihar Üzerine Tartışma” .....	82
Tablo 6.14.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İle İntihar Üzerine Tartışma” Alt Ölçeğinin Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	84
Tablo 6.15.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme” Alt Ölçeğinin Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	86
Tablo 6.15.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme” Alt Ölçeğinin Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	88
Tablo 6.16. ‘İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar’ ile ‘İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar’ ölçek puanları arasındaki ilişki .....	90



## 1.ÖZET

### İNTİHAR GİRİŞİMİYLE GELEN HASTALARIN YAKINLARININ İNTİHARA YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Araştırma, intihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarının intihara yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmış bir çalışmadır. Çalışma; İstanbul'da özel bir psikiyatri hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, bu hastanenin, intihar girişiminde bulunmuş ve yatarak tedavi görmesine karar verilmiş hastaların yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, bu hasta yakınlarından iletişim problemi, mental sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 81 hasta yakını oluşturmuştur. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak, Hasta yakınlarının sosyodemografik bazı özelliklerine ilişkin soruları işaret eden anket formu, Hasta yakınlarının intihara karşı tutumlarını değerlendirmek için; İntihara Karşı Tutumlar ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, , ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi, ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmamızda hasta yakınlarının “İntihar ve İntihar Eden Kişiye Karşı Tutumlar Ölçeği” puan ortalamalarına bakıldığında, en az puanı ‘İntiharın Kabul Edilebilirliği’ alt boyutunda, en yüksek puanı ise ‘İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme’ alt boyutunda aldıkları görülmüştür. Çalışmada hasta yakınlarının, intihar eden kişiyi intihardan vazgeçirmeye eğiliminde olduğu, intihar girişimine karşı duygusal tepki vermeyi ise en alt düzeyde önemseydiği, Hasta yakınları kişisel özellikleri ne olursa olsun intiharın kabul edilebilirliğini reddeden bir eğilim gösterdiği saptanmıştır. İlkokul mezunu olan hasta yakınlarının ölümden sonra cezalandırılma konusuna, diğer eğitim seviyesindekilere göre daha fazla önem verdiği, intihar davranışını saklama konusunda hasta yakınları kişisel özellikleri ne olursa olsun benzer düşüncelere sahip olduğu, hasta ile birlikte yaşamayan hasta yakınlarının ise intihar ile ilgili duygusal tepki vermeye daha eğilimli olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlarımız doğrultusunda, intihara eğilimli kişiler ve yakınlarının eğilimlerini çeşitli açılardan inceleyecek, ev ve hastane ortamını gözlemleyen uzun süreli boylamsal araştırmalar yapılmasının, bir ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

#### **Anahtar Kelimeler**

İntihar, Girişim, Hasta Yakınları, Tutumlar

## **2. ABSTRACT**

### **AN EXAMINATION OF THE ATTITUDE OF PATIENT'S RELATIVES TOWARDS SUICIDE WHOSE RELATIVE ATTEMPTED SUICIDE**

This is a cross-sectional descriptive research to study the attitude of the patient's relatives towards suicide whose relative attempted suicide. The experiment was conducted in a private psychiatric hospital in Istanbul. The population was the patient's relatives whose relative attempted a suicide and were decided to be hospitalized. The sample of 81 was selected from the patient's relatives who did not have a communication problems or mental problems. The experiment was conducted after getting the consent of patient's relatives after talking to them in person and informing them about the study. As data collection tools, a form with questions about the patient's relatives' socio-demographic status, attitude towards suicide scale to measure patient's relatives attitude towards suicide and attitude towards the patient scale to measure their attitude towards the patient who attempted suicide. Shapiro-Wilk normality test was used to evaluate if the test results have a normal distribution. Mann-Whitney U test was used for comparison of two independent samples with non normal distribution, Kruskal-Wallis test was used in more than two independent samples, Spearman correlation was used to measure the relationship between variables. According to the results obtained by the "suicide and attitude towards the patients who attempted suicide" scale, the patients' relatives scored the lowest in "Acceptance of Suicide" and the highest in "Communication About The Issues Causing Suicide". Findings indicate that the patients' relatives have a tendency to talk them out of the suicide, they care the least about showing emotional reactions to their suicide attempts, and they do not accept the suicide no matter what their personalities are. Patients' relatives who have elementary school degree place more importance to the punishment after death than the others. No matter what their personalities are, they have the similar thoughts about hiding the suicidal behavior. Also the patients' relatives who do not live with the patient have more tendency to show emotional reactions about the suicide. Taking these results into consideration, there is a need for further research about suicidal patients and longitudinal studies about their relatives' attitude at home and at the hospital.

#### **Keywords**

Suicide, attempt, patient relative, attitude

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Özellikle ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin ilgi alanına girmiş olan intihar; biyolojik, psikolojik, psikiyatrik, sosyolojik, ekonomik, kültürel, felsefi ve dini bakımdan birçok nitelikleri olan komplike bir davranıştır. İntihar, kişide stresli süreci oluşturan yaşam koşullarına tepki gösteren diğer kişilerden, ruhsal bozukluğu bulunan hastalara kadar geniş bir örneklem grubunda görülebilmektedir (1,2). Bireyin intihar ile ilgili düşünceleri, davranışları ve intihar girişimleri, bireyin karşılaşmış olduğu kişiye travma yaşatacak bir olay ve bu süreç ile baş edemediği durumlarda gerçekleşmektedir. İntihar girişiminde bulunan birey kendisine yardımcı olabilecek, sorunları için kendisine çözüm sağlayacak bu davranış dışındaki yöntemleri fark edememektedir (2, 3, 4).

İntihar, küresel bir sorundur, günümüzde birçok ülkede özellikle genç nüfus arasında oranı yükselerek tırmanma eğilimindedir (5,6). İntihar; dünyada hızlı bir süreç içinde en çok artan ilk on ölüm nedeni arasında gösterilmekte ve üzerinde mutlaka durulması gereken bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (7). İntihar girişimine sebep olan çok fazla risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri intihar girişimi ve davranışında bulunan her birey için söz konusu olmakla birlikte her yaş grubu için farklılık göstermektedir. Bu sebeple ergenler, genç yetişkinler ve yaşlılarda da farklı sebeplere bağlı olarak intihar girişimleri görülmektedir (8, 9, 10).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; intihar davranışının demografik bilgiler içerisindeki yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında küçük yaşta intihar girişiminde bulunan bireylerin sayısının giderek arttığı, intihar olaylarında yaş gruplarının azaldığı görülmektedir TÜİK, (11). Türkiye’ de benzer şekilde intihar olayları en çok 15-24 yaşları arasında erkek ve kadınlarda görülmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha çok intihar girişiminde bulunmakta fakat ölümle sonuçlanan intihar girişimleri erkeklerde daha fazla görülmektedir (12, 13, 14). Yapılan çalışmalarda yaş gruplarına bakıldığında kişinin yaşı ilerledikçe intihar davranışının azaldığı görülmektedir (15, 16). Fakat yaşlılık sürecinde fiziksel olarak ortaya çıkan problemlerle birlikte ruhsal problemlerin olduğu, yaşlılık sürecinin gençlere göre umutsuzluğun fazla olduğu, kişinin yalnızlık ve depresyon yaşadığı ve bu durumun sonucuna göre intihar düşüncesi, intihar girişimi ve ölme isteğinin daha fazla görüldüğü vurgulanmaktadır (17, 18,19).

İnsanlık tarihi boyunca bazı insanlar, hayatlarının herhangi bir süreçlerinde intihar etme girişiminde bulunabilmektedir. Bu intihar deneyimlerinin bir bölümü ölümle sonuçlanmaktadır. İntiharı düşünen ve bunu davranışa dönüştüren bireyin yaşama isteğine

ambivalan bir eylemdir (20, 21). Bireyin intihar davranışını bir çözüm ya da kaçış düşüncesi olarak görmesi farklı sebeplerden kaynaklanmaktadır (22, 23, 24). İntihar düşüncesiyle ilgili olarak ve bireyin intihar etmeyi kendisi için tek çözüm olarak görmesindeki etkili olan süreçler; kişinin sağlık durumu ve sağlık durumuna yönelik kendince algısı, ruh sağlığı sorunları, yalnızlık, aile içi yaşanan çatışmalar, zorlayıcı yaşam şartları intihar nedenleri arasında yer almaktadır (25, 26).

İntiharın kültürel olarak farklı algılanışı o kültürün intihara ve intihar girişiminde bulunan bireye karşı tutumlarını etkilemektedir (8, 27, 28). Yapılan araştırmalara göre toplumlarda intihar girişimine karşı hoşgörülü olmayan tutumların var olması intihar davranışını azalmasını sağlayacak etmenlerdendir (29, 30). İntihara eden kişiye karşı tutumların hoşgörü ile yaklaştığı toplumlarda birey ruhsal süreciyle ilgili bir olumsuzluk yaşadığında kendisi için kolay bir seçim olarak intihar girişiminde bulunmayı düşünebilir. Diğer bir durum kişinin yaşadığı ruhsal sürecin sonrasındaki çekmiş olduğu acı sebebiyle umutsuz bir durum olan ve kişinin kendisini çaresiz hisseden baş edemediği durum karşısında bireyin intihar girişiminin ardından çevresindeki kişilerin intihar girişiminde bulunmuş olan bireye karşı suçlayıcı ve olumsuz, yargılayıcı bir tutumla yaklaşması bu bireyin yaşadığı kötü duygu sürecine bir de suçluluk duygusunu ekleyeceğinden kişi bir kere daha intihar girişiminde bulunabilir (8, 31, 32). İntihar girişiminde bulunan birey bulunduğu toplumda yaşatmış olduğu süreçten sonra tekrar bulunduğu toplumun içerisine girebilmesi için çevresindeki bireylerle iletişime geçebilmesi ve konuşmasına izin verilmesi bu kişiyi çevresindekilerle iletişime geçme konusunda cesaretlendirebilir. Bu da intihar girişiminde bulunan bireyin çevresindekiler tarafından onu intiharın olumsuz bir tercih olduğuna ve sorunlarını bu seçim sürecine başvurarak çözemeyeceği konusunda ikna etmesine fırsat tanıyabilir (8, 33).

Literatürde intihara ve bireylerin intihara yönelik tutumlarını ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışma, intihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarının intihara yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır (8).

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. İntihar Nedir

İntihar Latince “insanın kendini öldürmesi ya da kendi canına kıyması” anlamına gelen “sui” yani “ben” ve “cedere” yani “öldürmek” iki kelimenin birleşmesi sonucu “suicidere” kelimesinden İngilizceye suicide şeklinde geçmiştir. Ölüm tüm canlılar için kaçınılmaz bir sonudur. İnsan hayatı; doğal ölüm, bir başkası tarafından öldürülme, kazaya bağlı ölüm ve intihar olmak üzere 4 farklı şekilde sonlanmaktadır (34, 35).

İntiharı tanımlarken sürecin karmaşıklığı, nedeninin ve bilinmeyenlerinin çokluğu farklı tanımların yapılmasına neden olmuştur. İntihar DSÖ tarafından birinin kendisini kasten öldürmesi ve kendine zarar vermesi olarak tanımlanır (6).

Emile Durkheim ve Maurice Halbwachs önde gelen intihar kuramcılarındandır. Durkheim tarafından intihar etme süreci; “bireyin toplumla olağandan fazla bütünleşmesi sonucu (elcil intihar) ya da yetersiz bütünleşmesi (bencil intihar) neticesinde oluşmakta; bu süreçle birlikte toplumsal düzenin kişi için yetersiz olması (anomik intihar) ya da toplumun aşırı derecede düzen konusunda dikkatli olması (kaderci intihar) da intihara neden olabilmektedir,” şeklinde belirtilmiştir (35).

Kişiyi ölüme götürdüğünü bilerek bu olayı yaşamış olan kişi tarafından olumlu ya da olumsuz olarak yapılan eylemin doğrudan ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir (36).

Ringel intiharı, patolojik gelişimi olan bir hastalık gibi algılamakta, Jakobson depresif bir sorun olarak görmekte, Henseler narsistik bir durum ve Kind ise nesne ilişkileri kuramına dayandırmaktadır. Durkheim’ın intihar tanımının çok kapsamlı olduğunu düşünen Delmas intiharı; “Bir kişinin hayatını devam ettirmek ile yaşamına son vermesi arasında kendisi için yapacağı seçim sonucunda kişinin kendisini öldürmesi olarak tanımlanmıştır (37, 38, 39). Delmas’a göre intiharın oluşmasındaki neden kaygı ve bireydeki mizaç bozukluğu ile ilişkili olduğunu düşünmektedir. Bu mizaç bozukluğu kişide biyolojik süreçten kaynaklı olarak kabul edilir ve çeşitli ruhsal hastalıklarda bulunabilir (20, 35, 40, 41).

Karl Menninger kendi eserinde; “Man Against Himself” kişinin başka birisine duymuş olduğu öfkeyi tamamen kendisine yöneltmesi ile oluşan öldürme arzusu şeklinde tanımlamıştır. Menninger’e göre kişi üç farklı güdüyle hareket etmektedir. Bu güdüler; kişinin öldürme isteği, kişinin öldürülme isteği ve ölme isteğinden oluşmaktadır. İntihar ederek kendisini öldürmüş olan kişinin ölme isteği varken intihar girişiminde bulunan kişinin ise

ölmeme isteğinin olduğunu bilinçaltı sürecinde bunları gerçekleştirmek isteği olduğunu açıklamıştır (42).

#### **4.1.1. İntihar Girişimleri ve Yaygınlığı**

İntihar süreci günümüzde giderek büyüyen ve gerilemeyen bir halk sağlığı sorunudur. Düşünceyle başlayan bu süreç ölümle sonuçlanmaktadır. İntihar davranışının karmaşık doğasını anlama, önleme çalışmalarını yönlendirme ve özellikle de boyutlarını belirlemede; epidemiyolojik veriler önemli katkıda bulunur ve yol gösterici olurlar. Böylelikle risk etkenlerini de belirlemek mümkün olmaktadır (43, 44).

İntihar olayları karşılaştırılırken ortak bir payda belirlenmiştir. Bu payda intiharlarda 100.000 olarak belirlenmiştir. Pay ise intihar sürecinde belirlenen nüfustur. İntiharla ilgili açıklanmış olan oranların gerçeğinden az olduğu bilinmektedir, bunun nedeni ise resmi kayıtlara geçmeyen intihar vakalarının olması ya da bildirimlerin olmamasıdır (8).

#### **4.2. İntihar Davranışları**

İntihar davranışları farklı ülkelerde zaman içerisinde artış göstermekte ve günümüzde dünyada önde gelen sorunlardan birisi olarak kabul edilmektedir. İntihar bireyde karmaşık doğayı anlayabilmek için önemli bir süreçtir. Bireyin intihar davranışını ne şekilde gerçekleştireceğini bilmek zordur. Kişinin dayanma gücünü yitirip intihar sürecine gireceği önceden belirlenmemektedir. İntihar sürecinde olan birey bilinçli bir şekilde ya da bilinçsiz bir şekilde yardım beklediklerini çevresindekilere belli etmekte ve bunun sonucunda kurtarılmayı beklemektedir. Bu uyarıyı veren her birey intihar edecektir diye bir durum da yoktur. Bazen de tam tersi olur ve intihar eden kişiler buna karar verdiklerini çevresindeki kimseye belli etmeden bu durumu gerçekleştirir. İntihar düşüncesinde olan bireylerde; içe kapanma, sosyal olarak çevresinden uzaklaşma, gündelik işleriyle ilgili durumlardan uzaklaşma, ailesinden ve arkadaşlarından uzaklaşma, iştahsızlık, kilo kaybı, olumsuz düşünceler, ekonomik kayıp, kişinin kendisini mutsuz ve değersiz hissetmesi, kendisi ve yaptıkları hakkında olumsuz konuşmalar, uyuyamama, uyku kalitesinin bozulması ve bunun sonunda bireyde depresyon belirtileri görülmektedir. Bu belirtiler kişiyi intihara girişimine götürebilir (8, 42, 45, 46, 47, 48).

İntihar davranışları birey tarafından daha sonra tekrarlanabilir. Bu durumla ilgili tekrarlanma oranı erkeklerde %19, kadınlarda ise %39 olarak belirlenmiştir (43, 44, 46, 49). DSÖ çok merkezli intihar davranışı çalışması sonuçlarına göre intiharlarda daha önce intihar

girişiminde bulunanların oranı %56'dır ve bunların %32'si en az iki girişimde bulunmuşlardır. Bunların %29'u da son bir yıl içinde intihar girişimini tekrarlamışlardır (50, 51).

Ruh sağlığının farklı bölümlerinde çalışan bu meslekteki profesyonellerin intiharla ilgili davranışlarını rahat bir şekilde anlayabilmeleri için, intiharın öne çıkan temel özelliklerinden bahsedebiliriz. Los Angeles İntiharı Önleme Merkezi çalışanlarınca intihar için geliştirilen ve öne çıkan özellikler şunlardır;

- İntiharı düşünen birey krizdedir. Bu durum bilişsel (kognitif) daralma ve tünel düşünme olarak karakterize edilir.
- İntihara eğilimi olan bireylerin birçoğunun düşünme şekli karşıt duyguların birlikte yaşanması (ambivalence) olarak nitelendirilir. İntihara eğilimi olan kişiler ölme isteğine karşı yaşamak ve yaşamdan keyif almak gibi farklı iki duygunun aynı anda geldiğinin intiharı düşünen birey farkındadır.
- İntihar, bireyin yaşamış olduğu bir problemi sona erdirmeye veya asla çözülmeyeceğini düşündüğü yoğun duygusal süreçle ilgili acısını dindirmede kendisi için bir seçenek olarak görmektedir.
- İntihar girişimlerinde bulunan bireyin sosyal çevresinin dışlaması sonucu bunu bir çözüm olarak görmektedir (50, 52, 53).

### **4.3. İntihar Davranışlarını Açıklayan Kuramlar**

Bir kişinin kendisini neden öldürdüğünü neden böyle bir karar aldığını anlamak için ülkemizde TÜİK tarafından yurt dışında da DSÖ tarafından birçok çalışma yapılmaktadır. İntiharı tek bir kategoride değerlendirmek günümüzde mümkün olmamıştır. İnsanların bu süreçte yaşamış olduklarıyla ilgili sosyolojik, psikolojik, biyolojik, epidemiyolojik ve kültürel olarak farklı şekilde ele alınmalıdır. Bir kişinin olumsuz bir olay ile karşılaştığında karşılaşmış olduğu durumla kişinin baş etme süreci, çevresiyle ve bulunmuş olduğu toplum ile uyumlu yaşama gayreti ve bunlar arasındaki bireyin dengesizlik süreci sonrasında yaşamına son verme isteğini gündeme getirebilmektedir (6, 54).

#### **4.3.1. Sosyolojik kuramlar:**

Sosyologlar intihar nedenini kişinin dışında, toplum içinde araştırmışlardır. İntiharın giderek çoğalmasının ana nedeni, toplumun yapısında meydana gelen değişimlerdir. Değişimler bireyin yaşamış olduğu hayat şartlarını ve etik değerlerini alt üst etmektedir.

Bireyin intihar etmesindeki asıl neden kişinin değişen yeni durumlara uyum göstermede yaşadığı zorluktan kaynaklanmaktadır. Durkheim'ın yapmış olduğu intiharla ilgili araştırma, sosyal bilimlerde istatistik yöntemlerinin kullanılmış olduğu ilk çalışmadır (35, 41, 45).

Durkheim, insanların toplumla etkileşim durumlarını ve intiharla arasındaki ilişkiyle ilgili çalışmış ve birbirine bir şekilde bağlı olan insanların kendilerini aidiyet duyguları yaşamış oldukları toplumlarda intihar oranlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Durkheim intiharı salt toplumsal bir olgu olarak görmektedir. Ona göre intihar kişiyle bulunduğu toplum arasındaki ilişkinin bozukluğundan kaynaklanan bir sonuçtur. Toplumda var olduğuna inandığı 'ortak kıyım eğiliminin' bireyleri intihar eylemine sürüklediği kanısındadır. Bu düşüncesine kanıt olarak da toplumsal dalgalanmalar ile intihar sayılarındaki değişmeler arasındaki bağlantıyı gösterir. Durkheim toplumda köklü değişmelerin olmadığı dönemlerde intihar sayılarında büyük değişmelerin olmadığını, buna karşılık toplumsal değişmelerin hızlandığı dönemlerde intihar sayılarında artışın olduğunu belirtir. Hemen her topluma ait intihar oranının var olduğu ve kişilerin toplumla bütünleşebilmelerinin bu oranı etkilediği öngörüsündedir. Bu duruma göre kişilerin toplumla bütünlük yaşamaları intihar girişiminde bulunan bireylerin sayısının zamanla azalmasına, toplum içinde bu kişilerin soyutlanmaları ise intihar sayılarının zaman içerisinde artmasına neden olmaktadır (35, 41, 45).

#### **4.3.2. Psikolojik kuramlar:**

Freud'a göre intihar depresyon süreciyle bağlantılıdır ve depresyon sonrasında ortaya çıkan en zor ve ağır durumdur. Freud'un kuramına göre kişi bir nesne kaybı yaşamaktadır. Gerçek olarak ya da hayali bir şekilde kaybedilen sevgi nesnesinden sonra, sevgi nesnesine karşı ambivalan duygular yaşanmaktadır. Deprese durumda olan kişinin benliğinin kaybettiği nesne ile özdeşleşmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Sevgi nesnesine karşıt olan özlemin yerine daha sonraları bilinç dışı şekilde ambivalan bir duygu olan nefret oluşmaktadır. Bu nefret sonucunda meydana gelen ya katı süperego egoyu cezalandırır ve yaşamaya hakkı olmadığını söyler ya da içe alınmış olan nesnenin cezalandırılması istenir. "Bu nedenlerle kişi intihar düşünür. Güçlü bir üst benliği olan birey saldırgan duygularını dışa vuramadığı için bu duygularını kendine yöneltir. Bundan dolayı id, ego ve süperego diye bilinen sistemde kendi arasında çatışma oluşmaktadır. Bu nedenle kişinin kendisine saldırgan duygular oluşur. Benlik saygısı ve benliğin değeri azaldığında depresyon süreci ortaya çıkmaktadır. Bunu yapan Freud'a göre kişinin kendi üst benliğidir. Ayrıca kişinin intiharda erken dönemlerde bastırılmış olan başkalarını öldürme isteğinin olduğudur (55, 56, 57).



Kişi; öfkesini, kızgınlığını ve yaşamış olduğu hayal kırıklığı gibi duygularını gerçek nesneye değil de kendisine yöneltilmektedir (8, 58).

Adler, yeterli sosyal destek bulamayan kişilerin aşağılık duygularının artması nedeniyle intiharı düşünebileceğini belirtmiştir. Yapıcı (konstrüktif) ve yıkıcı (destrüktif) dürtüler, bunların beraberlikleri bütünleşmeleri ve ayrışmaları kavramlarından yararlanır. Bu dürtülerin sadece doğada değil insanın ana sürecinde bulunduğu, biyolojik ve ruhsal olguların temel sürecini oluşturduğu kanısındadır. Kişiye göre yıkıcı ve yapıcı dürtüler birbirleri ile daima bir ilişki sürecindedir, bütünleşebilir ya da ayrışabilir. Bu süreçte bütünleşmeleri durumunda yapıcı, ayrışmaları durumunda ise yıkıcı öğeler baskındır. Freud'a göre insan gelişme sürecinin ilk dönemlerinde kendisine yönelik bu yapıcı ve yıkıcı dürtüler gelişim süreciyle birlikte bütünleştiğini söylemektedir, nötralize olduğunu ve dış nesnelere yönlendiğinden bahsetmektedir. Yıkıcı ve yapıcı dürtülerin dış sürece yöneltilmesindeki bozukluklar onların yeniden ayrışarak içe "kendiliğe" geriye dönmelerine neden olurlar. Ayrım saldırganlık sürecinin şiddetlenmesi ve kişi için yapıcı öğeleri bastırması sonucunu doğurur. Bu durum sonucunda kişinin intihar eğilim süreci de şiddetlenmektedir. Nötralize olmayan saldırganlığın (yıkımın) kendiliğe geri dönüşü süregelen bir intihar olgusuna neden olur. Süregelen intihar kavramı intihar anlayışının özünü oluşturur. Ayrıca intihara güdüleyen üç kaynak vardır; başkasını öldürme isteği, başkaları tarafında öldürülme isteği, kendini öldürme isteği (58, 59, 60, 61, 62, 63).

Ruhsal isteklerin engellenmesi sonrasında kaynaklanan bireyin dayanılmaz bir acı ve bunu oluşturan sorunlar nedeniyle kişinin egosunun güçsüz ve çaresiz kaldığı durumlarda intihar davranışını düşündüğünü ifade etmiştir. Umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, intikam, utanç ve aşağılanma duygularının intihara neden olduğu belirtilmektedir (52, 64, 65, 66, 67).

Litman ise intihar davranışının temelinde hostalitenin dışında kişinin terk edilmesi, çaresizliği, umutsuzluk, suçluluk hissetmesi, öfkelenmesi, anksiyete sürecinin ve bağımlılık durumun üzerinde durmuştur (68).

Yalom'a göre, intihar insanın yaşamıyla ölümü arasındaki durumu inceler. Ümitsizlik süreci kişiyi bu duruma götürdüğünü belirtir. Ümitsiz olan bireyin yaşamın bir şekilde anlamsız olduğunu hissetmesiyle bunu gerçekleştirdiğini açıklamıştır (68).

Bazı insanların yaşam sorunlarıyla baş etme yöntemi olarak intihara başvurduğu belirtilmiştir. Ergenlik döneminde ise taklitçi intihardan ve çatışma, ayrılma ve reddedilme gibi durumların intiharla ilişkili olduğundan söz edilmektedir. Ayrıca, katı bir şekilde ya hep

ya hiç düşünce tarzı, mükemmeliyetçi olma isteği ve farklı alternatifleri görmede yetersizlik gibi bilişsel süreçlerin de intiharla ilişkili olduğu bilinmektedir (35, 69).

#### **4.3.3. Biyolojik Kuram:**

Bu kuramda anne ve babadan gelen genetik bir sürecin olduğu öne sürülmüştür. Beyin biyokimyasından, nörotransmitterlere kadar nedenlerden bahsedilmiştir. Buna istinaden ikiz ve evlat edinme çalışmaları intiharda genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde ve çift yumurta ikizlerine göre konkordans daha yüksek olarak belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda intihar eden evlatlık kişilerin biyolojik akrabalarında intihar oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ifade edilmiştir.

İntiharda serotonin 5-HIAA düzeyinin düşüklüğünün rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca kişide biyokimyasal değişikliğe neden olan alkol-madde kötüye kullanımının, kişilerin yaşama bakış açısını değiştirdiğine ve umutsuzluğa neden olduğuna; bu nedenle intiharın meydana geldiğine yönelik açıklamalarda bulunmaktadır (70, 71).

İntiharda önemli olan bir başka konu ise AIDS, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği, siroz, cushing, demans, epilepsi gibi fizyolojik hastalıklardır (37, 70).

#### **4.3.4. Shneidman'ın İntihar Kuramı**

Bu kuramda bireyin yaşamış olduğu psikolojik acının boyutunun yüksek olması durumunda, bireyin şaşkın sürecinin ya da gücü tükenmekte olan benliğin çözüm arayışı içinde olan bireyin kendi iradesiyle kendisini yok etmesidir. İntiharın bir anlamının olduğunu anlamsız bir durum olmadığını belirtmiştir. Bireyin yaşamakta olduğu acının dayanılmaz olduğu kabul edildiği noktada intiharın oluşacağını ifade etmektedir (8, 52, 53, 72). Birey yaşadığı bu acılara katlanmak yerine yaşamını sonlandırmayı tercih etmiştir. Leenaars Schneidman'ın intihar teorisine göre kişinin tamamen kendisini suçlayan ve kişinin kendisini depresif hissetmesiyle kendi bilinçaltında öfkeli durumu neticesinde; id, ego, süperego çatışması sonucunda bozulan benlik sürecinin çözüm aramaya yönelik davranışını intihar olarak tanımlamıştır (55, 57, 72).

#### **4.4. Durkheim'a Göre İntihar Çeşitleri**

Durkheim toplumsal nedenleri dikkate alarak intiharı farklı şekilde sınıflamıştır. Bunları sınıflandırırken belli başlı süreçlerle bağdaştırarak açıklamıştır (35, 72):

#### 4.4.1. Bencil ( Egoist) İntihar

Bireyin inandığı dinsel bütünlük, toplumun ailevi bütünlüğü ve bağlı olduğu toplumsal çevresiyle bütünleşememesi sonucu oluşan intihar çeşididir. Bir başka şekilde tanımlarsak bireysel ben'i toplumsal ben karşısında ve onun aleyhine aşırı derecede kendini göstermesini bencillik olarak tanımlarsak ölçsüz bir bireyselleşmeden doğan intihar türüne de bencil intihar diyebiliriz. Bireyin toplumsal bağının azalması ya da tamamen toplumdan uzaklaşması bu bağın sonlanması, intihar temayülünü arttırmaktadır. Bu bireyler kendilerini yalnız hissederler. Birey için yaşam anlamını yitirir. Kırsal toplumlarda yaşayanlar şehirde yaşayanlara göre daha fazla sosyal bütünleşmeye sahip olduğundan intihar daha azdır. Aile bağları ne kadar iyi olursa kişinin intihar etme olasılığı da o kadar az olmaktadır.

Avrupa'daki yaygın olan dine baktığımızda Hristiyanlık önde gelmektedir. Protestanlarda intihar oranının Katoliklere oranla daha fazla olduğu yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır (35, 72).

**Tablo 4.4.1.1. Dinlere Göre İntihar**

	<b>Milyon Nüfusta</b>
Protestan toplumlar	190
Protestan ve Katoliklerin karışık olduğu toplumlar	96
Katolik toplumlar	58

Durkheim bu sonucun çıkmasındaki önemli etkenin Protestanlığın daha fazla insanların hürriyetine düşkün ve Protestanlığın daha hoşgörülü olduğunu göstermektedir (35, 72).

#### 4.4.2. Elcil (Alturistik/Özgeci) İntihar

Bu intihar fazlasıyla ilkel bir bireyselleşmenin sonucu olmaktadır. Bu intihar şeklinde ben kendisine ait değildir, ben kişide kendisinden farklı bir şeyle karışmaktadır, davranışının yönelimi kişinin kendisi dışındadır, kişi kendisinin de içinde olduğu gruptan bir tanesinin içindedir. Bu kişiler kendi hayatlarından daha fazla üstün gördüğü için intihar etmişlerdir. Yapmış oldukları bu eylem sonucunda kendilerinin ödüllendirileceğini düşünürler (35, 72).

Elcil intiharların devam ettiği toplumsal bir çevre vardır, bu çevre ordudur. Durkheim'a göre; ordudaki intihar süreci ilkel toplumlardaki intihar süreçlerinin aktarımıdır. Askerlik süreci bazı benzer süreçlerle ilkel ahlakın bir aktarımıdır (35, 72).

#### **4.4.3. Anomik (Kuralsızlık) İntihar**

Toplumdaki normların çözülmesi ya da toplum olarak bunalmaların olması sonucu oluşan intihar şeklidir. Bireyin yaşamla ilgili boşanma ya da parasal (maddiyat) olarak yaşamın alt üst olması sonucu oluşan intihar çeşididir. Ülkesel olarak ekonomik kriz sonucu oluşan intiharlar bu intihar çeşidinin içinde yer almaktadır. Türkiye'de 2001 yılında meydana gelen krizi Durkheim'ın bu intihar şekline örnek olarak verebiliriz. Bu intihar türünde kişilerin bulunduğu toplumla bütünleşebilmiş olmaları bu intihar şeklini oran olarak düşürebilir (8, 35, 72).

Durkheim'a göre intihar, nedenleri kişi tarafından inkâr edilemeyecek kadar toplumun içinde olan birçok olgudur. Bu durumun nedenlerini belirleyen süreçler, belirli bir toplumda meydana gelen ve intihar dürtüsü yaratan akımlardır. İntiharların esas süreç ve nedenleri olan bu toplumsal güçler bir toplumdan diğerine, bir din içerisindeki mezhep ayrımlarına, bir dinden diğer dine göre değişebilir. Ama önemli olan bireyden kaynaklanan bir durum değil, toplumda bulunan gruplardan veya toplumun tutum ve davranışından kaynaklanmış olmalarıdır. İntihara baktığımızda bireysel bir yapının sonucu gibi görünse de, gerçekte intiharın toplumsal yapının bir sonucu olduğu görülmektedir. Bir toplumun herhangi bir dönemindeki görülen intihar sayısını, toplumun, o süreçteki ahlâk yapısının belirlediği görülmektedir (35, 72).

Ülkemizde yapılan araştırmalar sonucunda intihar, değişkenlere göre farklılıklar göstermektedir. Yapılan araştırmalarda en dikkat çeken unsurun yaş ve cinsiyetle ilişkili olduğu görülmektedir. İntiharın genç yaşlarda daha fazla olduğu ya da sıklığı artmaktadır. Ülkemizde TÜİK verileri incelendiğinde cinsiyet olarak erkeklerin kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu görülmektedir (8, 11).

Oranın gençlerde daha fazla olmasının nedeni çözüm bulmakta yetersiz oldukları, stresli duruma maruz kaldıklarında bu durumla baş edemedikleri ve intiharı tercih ettikleri görülmektedir. Bireylerin ergenlik evresi bu süreçte önemlidir. Son yıllarda madde bağımlılığı sürecinden dolayı gençlerin ölümleri artsa da, ülkemizde, gençler arasında ölüm nedeni olarak ilk sırada trafik kazaları gelmektedir. İkinci sırada ise intiharlar gelmektedir (8, 11).

#### **4.4.4. Fatalist (Kaderci) İntihar**

Bu intihar şeklinde ise toplumdaki aşırı düzenlemeden kaynaklanmaktadır. Bu süreçte kişinin belirli bir katı ve uyması gereken kurallarla karşılaşması onu intihara sürüklemektedir. Durkheim bu intihar türüne köleliği örnek vermiştir (35).

#### **4.5. İntiharın Nedenleri**

Yapılan araştırmalarda intiharın birçok nedenin bulunduğu uzmanlar tarafından belirlenmiştir. Kişiyi bunaltan ve kendince çözemediği bir süreçten dolayı canına kıymaktadır (42).

##### **4.5.1. Psikolojik ve Psikiyatrik Nedenler**

İntiharın en güçlü ilişkisi psikolojik bozukluklar göstermesidir. Kendini öldürebilen ya da öldürmeyi deneyen ya da bunu yapmaya çalışan kişilerin tamamına yakını psikolojik bir bozukluk yaşadığı bunun neticesinde kişinin intihar etmeye karar verdiği bilinmektedir. Psikolojik boyutta intihara yol açan en önemli sorun depresyondur. Beck, Silver, Freeman ve birçok kişi intihar sürecini öncelikli olarak depresyon sonucu olduğunu düşünmüşlerdir ve depresyon intihar arasındaki dolaysız ilişkiyi araştırmışlardır. İntihar eden kişinin o anda depresif bir süreçte olduğundan bunu gerçekleştirdiğini yapmış oldukları araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Kişi bunu gerçekleştirirken üzüntü doludur, isteksiz bir yapıdadır, hayata karşı umudu kalmamıştır ve çökkün bir yapıya sahiptir (42, 73, 74).

Depresyon süreci intiharda önemli bir yere sahiptir. İntihar sonucunda yaşamına son verenlerin %90'a yakınında depresyon tespit edilmiştir. Depresyon sürecinde olan kişilerinde %15'i intihar süreci sonrasında ölümle sonuçlanmıştır. Türkiye'de erkek intihar oranı kadınlara göre daha yüksektir. İntihar vakalarının %10'luk kısmında şizofreni görülmektedir (11, 73, 75, 76, 77).

Alkol ve Madde bağımlılarını ele alacak olursak kötüye kullanım sonucu intihar gerçekleşmektedir. Değişik türdeki madde kullanımlarıyla ilgili intihar sürecini incelediklerinde, madde sayısının artmasının intiharla ilişkili olduğunu saptamışlardır. Madde kullanan kişi bunu elde edebilmek için çaba sarf etmektedir. Bunu kullanan kişi mesleki ve toplumsal olarak insanlardan uzaklaşmaya başlar. Ruhsal gerilemenin yanı sıra birde yasal süreçlerle karşılaşabilir. Bunun sonucunda da kişide farklı davranış şekilleri görülebilmektedir (76, 78, 79, 80, 81, 82, 83).

Alkol kullanımı sonucunda kişideki serotonerjik sistem etkilenecek bireyi depresyon sürecine itmektir. Bunun sonucunda da kişi kendisini öldürme sürecini başlatmış

olmaktadır. Bu durumla ilgili yapılan çalışmada duygu durum bozuklukları ve alkol bağımlılığının, genetik bir yatkınlıkla etkileşim sonucu serotonin geri emilimini etkileyerek kişiyi intihara yatkın kılabilceği sonucuna varmışlardır (81, 82, 83).

Şizofrenik bireylerde kişinin gerçeklik algısının bozulması sonucunda bununla birlikte diğer işlevlerinde bozulmasıdır. Kişi dış gerçeklikten kopmuştur. Şizofrenik hastalarda beklenmedik anda depresif durumun gelişmesi kişinin değişken duygu durumu intihar etmesine neden olmaktadır. Yeme bozukluklarıyla da intiharın ilişkisi bulunmaktadır. Bireyin aşırı kilo alma korkusu ya da aşırı kilo alması neticesinde kendisini beğenmemesi durumunda intihar eylemini gerçekleştirmektedir. Yeme bozukluklarında depresyon kişiye eşlik etmektedir. Kendisini fiziksel olarak beğenmeyen birey intihar etmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların %29'unun kendilerini öldürmeyi düşündüklerini ve yüzde 13'ünün de öldürmek için bir girişimde bulunduğunu saptamıştır (84, 85, 86).

Yaşlılarda intihar riskini oluşturan bir başka gruptur. Genellikle yalnızlık, yaşamdan zevk alamama, ilerleyen yaşının neticesinde çile çekmek istememe ve yalnızlığa katlanamama sonucunda intihar davranışını gerçekleştirmektedir. Kendi yaşamını yardım almadan devam ettiremeyen kişi gerilemekte ve güçsüz düştüğünü hissettiği an bu davranışı gerçekleştirmektedir. Yapılan araştırma neticesinde intiharın yaşlanma sürecinde daha genç yaştakilere göre iki üç kat arttığını saptamışlardır (86, 87, 88, 89).

#### **4.5.2. Sosyal Nedenler**

Toplumun belirli olaylar sonrasındaki tutumu insan yaşamının birçok sürecinde etkili olmuştur. Aile bağları ya da arkadaş bağları zayıf olan kişilerin intihar etme olasılığı artmaktadır. Ekonomik kriz dönemlerinde de intihar oranlarının arttığı görülmektedir. Bazı toplumlarda dini inanç neticesinde intihar lanetlenmektedir. Tanrıların intihar eden bireye kızgınlığından ya da şeytanın işi olduğu söylenmektedir. Çalışmak bir şeylerle uğraşabilmek kişiyi intihar sürecinden koruyan bir durumdur. İşsiz kalan kişinin sosyoekonomik düzeyindeki gerileme psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenden dolayı kişinin kendini idame ettirecek gelir kaynağının kesilmesi intihar oranını arttırmaktadır (35, 87, 90).

#### **4.5.3. Diğer Nedenler**

Farklı süreçlere de bakacak olursak biyolojik olarak kişide serotonin maddesinin azalması sonucu kişi kendisini mutsuz hissetmekte ve intihar etme olasılığı artmaktadır.

Genetik süreç olarak bireyin ailesindeki intihar eden kişinin kan bağından dolayı intihar etme olasılığı da nedenler arasında olabilir. Yapılan araştırmalar sonucunda bazı ailelerde intihar edenlerin oranının yüksek olması dikkat çekmektedir (91, 92, 93).

Bireyin fiziksel bir hastalık sonucunda psikolojik sürecinin bozulması neticesinde intihar olasılığı artmaktadır. Kanser, bunama, AİDS, kalp hastalıkları, yatalak olma sonucunda kişinin içinde bulunduğu topluma göre intihar etme nedeni bu durumlardan da kaynaklanabilmektedir (93, 94).

İntihar nedenlerini maddelerle özetleyecek olursak;

- Kişinin, ailesi ya da kendisi için önemli bir birey tarafından terk edilme ya da istenmemesi sonucunda bu süreçle baş edememesi,
- Ailede geçmişinde intihar eden birey ya da bireylerin bulunması,
- Bireyin depresyon sürecine girmiş ya da giriyor olması,
- Madde bağımlılığı ya da alkol kullanımı sonrasında oluşan psikolojik bunalım durumu,
- Bireyin ailesinde sevdiği bir kişinin kaybı ve ona kavuşma isteği, onunla tekrar buluşma isteği,
- Bireyin yaşamış olduğu bir hastalıktan dolayı psikolojik olarak çökkünlük yaşamaması,
- Bireyin bulunmuş olduğu toplumda yaşamış olduğu cinsel kimlik sorunu,
- Bireyin kısa süre önce bitmiş olan sevgili ya da yakın ilişkisi sonucunda oluşan süreç,
- Bireyin işinde ya da normal yaşantısında geri dönüşü olmayacak bir hatasından kaynaklanan süreç,
- Bireyin ailesindeki maddi çaresizlikten dolayı bunalım sürecine girişmesi,
- İntiharla ilgili son yıllardaki bilgisayar oyunları, film, kitap ya da müziklerin yapılması,
- Bireyin tanımış olduğu bir intihara şahit olması ve kendisini bununla özdeşleştirilmesi,
- Bilinmeyen nedenler,
- Bireyin toplumsal iletişim ve sosyalleşme sürecinde arkadaş grubu içerisine girememesi ya da grup içerisine alınmaması sonucunda yalnız kalması,
- Bireyin anne baba sevgisinin diğer çocuklardan dolayı dengesiz dağılımı (20, 35, 94, 95).

#### 4.6. Dünyada Tamamlanmış İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Yaygınlığı

Literatürde intiharların doğasına ve yaygınlığına ilişkin pek çok betimleyici bilgi bulunmaktadır. İntiharla ilgili bildirilen rakamlar çok değişik olmakla birlikte, farklı ülkelerde intihar süreçleri dünyadaki bütün ölümlerin ufak bir kısmını göze çarpacak şekilde oluşturmaktadır (96, 97).

Dünyada yaklaşık olarak bir yıl içerisinde 1 milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Son 45 yıl içerisinde %60 oranında intihar da artış görülmektedir. Dünyadaki intihar edenlerin hızı yaklaşık olarak yüz binde 16'dır ve her 40 saniyede bir kişi intihar etmektedir. İntihar bazı ülkelerde 15-44 yaş arası grup için üçüncü, 10-24 yaş arası grup için ikinci sırada gelen ölüm nedenidir. İntihar girişimleri tamamlanmış intiharlardan 20 kat daha fazladır. Öteden beridir yaşlı erkeklerde intihar hızı en yüksek olmasına rağmen son zamanlarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gençlerin intihar hızı giderek artmaktadır. Ruhsal bozukluklar özellikle depresyon ve alkol kullanım bozukluğu, Avrupa ve Kuzey Amerika'da intihar davranışı için başlıca risk faktörüdür. Asya ülkelerinde dürtüselliğin intiharlarda önemli rolü vardır (98, 99).

DSÖ tarafından yapılan açıklamada tahminlere göre 2020 yılında dünyada yaklaşık 1,5 milyon kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybedeceğini yaptığı araştırmalar sonucunda bildirmiştir. Dünyadaki erkek intihar ortalamalarının hızı yüz binde 18; kadınların ise yüz binde 11'dir. İki cinsiyet birlikte ele alındığında intiharların 35-44 yaş arasında yoğunlaştığı görülmüştür (98, 99).

DSÖ'nün 2011 yılında yayınlamış olduğu istatistikler derlenerek 105 ülke arasından (2005-2009) yılları arası için istatistiği verilen en yüksek ve en düşük intihar oranlarına sahip 15 ülkenin ulusal intihar oranları Tablo olarak aşağıda yer almaktadır (98, 99).

Tablo incelendiğinde Kuzey ve Doğu Avrupa ülkelerinde yaygın olduğu görülmektedir. Atlantik okyanusundaki ada ülkelerinde, Güney Amerika ve Orta Doğu ülkelerinde ise düşük olduğu görülmektedir. Litvanya en yüksek intihar oranına ait ülke olduğu görülmektedir. Tabloda yer almayan Çin'de ise kadın oranları erkek intihar oranlarına göre daha yüksektir. Çin dışındaki tüm dünyada erkek intihar oranları daha yüksektir. Kuzey ve Güney Amerika, Avrupa'da erkek intihar oranlarının kadın intihar oranlarına göre 2 kat daha fazla olduğu görülürken, Güney Asya ülkelerinde 2 kattan daha azdır (98, 100, 101, 102).

DSÖ Avrupa'daki son yılları kapsayan intihar istatistiklerini yayınlamıştır. Tabloda görülen bu istatistiklere göre intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlara göre 10-40 kat daha



fazladır. Avrupa'da yaklaşık 150 milyon insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Avrupa'da 1,5 milyon insan intihar girişiminde bulunmuştur. En yüksek intihar hızı sırasıyla Litvanya, Rusya, Kazakistan, Macaristan ve Ukrayna'ya aittir (98, 103, 104).

İntihar girişimleri intiharlardan en az 81-90 kat daha fazladır ve kadınlar erkeklere; gençler yaşlılara oranla daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır (6, 98, 103).

DSÖ Avrupa Bölgesindeki Ofisi 1980'lerin ortalarında Avrupa ülkeleri arasında "DSÖ/Avrupa Çok Merkezli İntihar Çalışması" adıyla intihar girişimleri üzerine bir çalışma başlamıştır. Bu çalışma kapsamında 1989-1992 yılları arasında, 22.655 intihar girişimi vakası verilere göre bildirilmiştir. Avrupa'da yaşa göre standardize edilmiş intihar girişimi hızı erkeklerde yüz binde 136 ve kadınlarda yüz binde 186'dır. Erkeklerde en yüksek yaş aralığı 25-34; kadınlarda ise 15-24 yaş gruplarında saptanmıştır. Bu çalışma sonrasında birçok merkezde, genç kadınlardaki intihar girişim hızının endişe verici bir şekilde artış gösterdiği açıklanmıştır. Genel olarak en sık kullanılan intihar girişimi yöntemi ilaçla kendini zehirlemedir. Erkeklerde kadınlara göre ölümcül düzeyi daha yüksek intihar yöntemleri tercih etme eğilimindedir (8, 98, 106, 107). Tamamlanmış intiharlar daha çok erkek ve ileri yaşta olan kişilerde; intihar girişimleri ise kadınlarda ve gençlerde yaygınlık göstermektedir (8, 35, 98, 106, 107).

İntihar girişiminde bulunan kişilerin orana göre bakıldığında önemli bir çoğunluğunun ergenler olduğu görülmektedir. Son yıllarda ABD de ulusal ölçekli yapılan tarama çalışmalarında ergenlerin yaklaşık %21'i intihar girişiminde bulunmayı ciddi bir şekilde düşünmüş, %16'sı bir intihar planı geliştirmiş ve %7,7'si intihar girişiminde bulunmuştur. 2002 yılı istatistiklerine göre 15-19 yaş grubunda intihar girişimleri son derece yüksektir: Yüz binde 259 ( erkeklerin intihar hızı yüz binde 198,7; kadınların intihar hızı yüz binde 322,7). Yoğunluk bakımından bu yaş grubunu 20-24 yaş grubu izlemektedir. 20-24 yaş grubunda erkeklerin intihar hızı yüz binde 212,5; kadınların intihar hızı yüz binde 261,5 olmak üzere toplamda yüz binde 236,6'dır (108, 109, 110).

İntiharların dünyadaki dağılımı göz önünde bulundurulduğunda özetle şöyle bir tablo ortaya çıkmaktadır. Ülkenin refah düzeyi arttıkça intiharlar da artmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla tamamlanmış intihar davranışı gerçekleştirmektedirler. Oysa kadınlarda intihar düşüncesi, intihar tehdidi ve intihar girişiminin erkeklerden daha fazla olduğu bilinmektedir. Gerçekten düşündürücü olan bu tablo biri "refah" , diğeri "cinsiyet" değişkenine ilişkin iki paradoksal duruma işaret etmektedir ( 103, 104, 105).

#### 4.6.1. DSÖ Ülkeler Arası Cinsiyete Göre İntihar Oranları

İNTİHAR ORANLARI YÜKSEK ÜLKELER				İNTİHAR ORANLARI DÜŞÜK ÜLKELER			
ÜLKE	YIL	İntihar Oranı (%000'de)		ÜLKE	YIL	İntihar Oranı (%000'de)	
		Erkek	Kadın			Erkek	Kadın
Litvanya	2009	54.6	11.6	Antigua ve Barbuda	2007	0.0	0.0
Rusya	2006	53.9	9.5	Grenada	2007	0.0	0.0
Beyaz Rusya	2007	48.7	8.8	Mısır	2009	0.1	0.0
Kazakistan	2008	43.0	9.4	Ürdün	2009	0.0	0.0
Macaristan	2009	40.0	10.6	Maldivler	2007	0.7	0.0
Letonya	2009	40.0	8.2	Azerbaycan	2007	1.0	0.3
Kore Cumhuriyeti	2009	39.9	22.1	Meksika	2008	6.8	1.3
Guyana	2006	39.0	13.4	Malta	2009	5.9	1.0
Japonya	2009	36.2	13.2	Ermenistan	2008	2.8	1.1
Ukrayna	2009	37.8	7.0	Kuveyt	2009	1.9	1.7
Slovenya	2009	34.6	9.4	Paraguay	2008	5.1	2.0
Estonya	2008	30.6	7.3	Dominik Cum.	2007	4.0	0.8
Moldova	2008	30.1	5.6	Yunanistan	2009	6.1	1.0
Finlandiya	2009	29.0	10.0	Venezüella	2007	5.3	1.2
Sırbistan	2009	28.1	10.0	S.Vicent ve Grenadies	2008	5.4	1.9

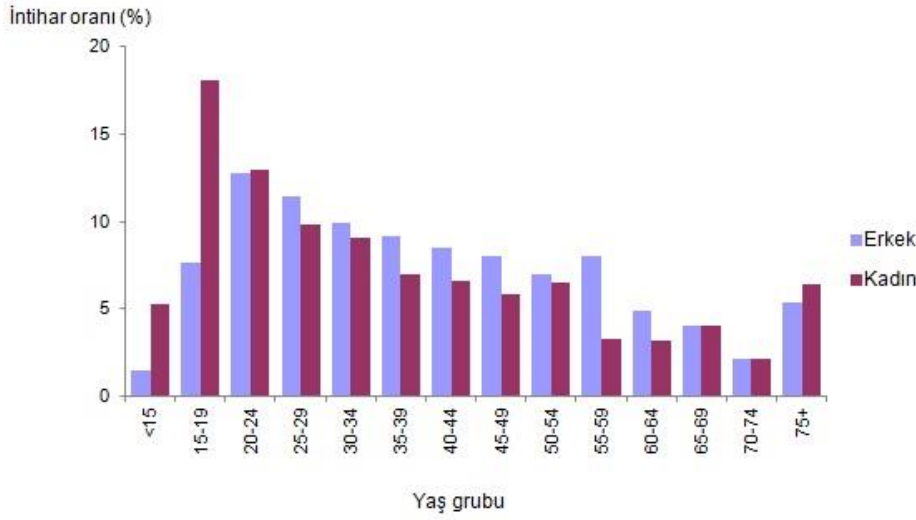
**Kaynak:** Dünya Sağlık Örgütü ( DSÖ, 2011) Yıl ve Cinsiyete Göre İntihar Oranları

#### 4.7. Türkiye’de Tamamlanmış İntihar ve İntihar Girişimlerinin Yaygınlığı

Ülkemizde intiharla ilgili süreci ele alabilmek için resmi kayıtlara geçmiş intihar verilerine bakmamız gerekiyor. Türkiye’de intihar verilerinin tamamı TÜİK tarafından yayımlanmaktadır. TÜİK, Kalkınma Bakanlığının araştırma kurumudur. 18 Kasım 2005 tarihinde alınan karar sonucunda “T.C. Başbakanlık İstatistik Enstitüsü” ismi Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) olarak değiştirilmiştir (11, 77).

1974 yılından bu zamana kadar devletin resmi organlarınca yayımlanan tüm intihar vakalarının neticesinde Türkiye’de oranların düşük ancak zaman geçtikçe her yıl bu oranın arttığı görülmektedir. Ülkemizde kullanılan en sık intihar yönteminin ası olmasına rağmen 1989 yılıyla birlikte yaygınlaşan silahlanma süreciyle birlikte ateşli silahla gerçekleşen intiharların %247 oranında artış göstermeye başladığını belirtmektedir (8, 11, 77).

Türkiye intihar sürecinin az yaşandığı coğrafyada yer almaktadır. Tamamlanmış intihar 2012’ de en yüksek hıza ulaşmıştır. 2015’ de ise en yüksek hıza yaklaşmıştır. Dünyadaki birçok ülkeye göre ülkemizde daha az intihar süreci görülmektedir. Ülkemizde intihar girişimi ölümle sonuçlanan süreçlere baktığımızda ise en başta gelmektedir. Bu intihar sürecini sırasıyla ateşli silah izlerken üçüncü olarak da kimyevi madde alımı sonrasında bireylerin kendilerini öldürdükleri göze çarpmaktadır. Ülkemizde intihar nedenleri incelendiğinde, birinci sırada aile içindeki geçimsizlik ve hastalık olduğu TÜİK tarafından açıklanmıştır (77, 111).



**Şekil 4.7.1. Türkiye’deki Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre İntihar Oranları (TÜİK, 2015)**

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (77)

2015 TÜİK raporuna göre 2015 yılı içerisinde intihar eden kadınların %18’ini 15-19 yaş grubundakiler, %34,3’ünü ise 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur. İntihar eden kişiler cinsiyete göre incelendiğinde, intihar eden kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş grubunda bulunurken, erkeklerde ise bu oranın en yüksek %12,8 ile 20-24 yaş grubunda olduğu görülmüştür. İntihar eden erkeklerin %33,3’ünün, kadınların ise %46’sının 30 yaşından küçük olduğu görülmüştür. Ülkemizde intihar eden ergenlerin oranı diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu verilerle TÜİK tarafından belirlenmiştir (77).

İntihar eden kişilerin %23,7’sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.. İntihar edenlerin 2014 yılında %22,2’si ilköğretim mezunu iken 2015 yılında bu oran %23,7 olmuştur. İlkokul mezunları %21,4 ile ilköğretim, %20,9 ile lise ve dengi okullardan mezun, %11,7 ile yükseköğretim mezunları izlemiştir. İntihar eden kişilerin %50,5’i evliydi. İntihar eden kişilerin medeni duruma göre incelendiğinde, 2015 yılında intihar edenlerin %50,5’ini evli, %37,7’sini hiç evlenmemiş, %7,2’sini boşanmış, %4,6’sını ise eşi ölmüş olanlar oluşturmuştur. Cinsiyete göre medeni durum incelendiğinde, 2015 yılında intihar eden erkeklerin %54’ünün evli, %36,4 ünün hiç evlenmemiş, intihar eden kadınların ise %41,1’inin evli, %41’inin hiç evlenmemiş olduğu görülmüştür (77).

Yapılan çalışmalar tamamlanmış intiharların tersine ülkemizde özellikle büyük kentlerdeki intihar düşüncesi ve girişimlerinin yaygın olduğunu göstermektedir (1, 8).

Ölümle sonuçlanan intihar sayısı 2015 yılında %1,3 artmıştır. Ölümle sonuçlanan intihar sayısında revize edilen 2014 yılında 3169 iken 2015 yılında %1,3 artarak 3211 kişi olmuştur. İntihar edenlerin %72,2' sini erkekler oluşturur iken geriye kalan %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır (77).

Bu durumlar olurken kaba intihar hızı değişmemiştir. Kaba intihar hızı 100 bin nüfus sayısına düşen intiharın sayısını ifade etmekte olup, 2015 yılında değişmeyerek 100 binde 4,11 olarak sonuçlanmıştır. 2015 yılında 100 bin kişiden 4 kişi ülkemizde intihar etmiştir (77).

İntihar oranının en yüksek olduğu il 100 binde 9,17 ile Kars ilidir. Bu ili 100 binde 8 ile Ardahan, 100 binde 7,05 ile Karaman izlemiştir. Ülkemizde intihar oranlarının en düşük olduğu il ise 100 binde 1,1 ile Çankırı ilidir. Bu ili 100 binde 1,21 ile Rize ve son olarak 100 binde 1,54 ile Kilis ili izlemiştir (77).

En yüksek iller	Kaba intihar hızı	En düşük iller	(Yüz binde)
			Kaba intihar hızı
Kars	9,17	Çankırı	1,10
Ardahan	8,00	Rize	1,21
Karaman	7,05	Kilis	1,54
Tunceli	6,95	Gümüşhane	2,01
Eskişehir	6,59	İğdir	2,08

**Şekil 4.7.2. Kaba intihar hızının en yüksek ve en düşük olduğu ilk 5 il, 2015**

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (77)

#### 4.8. İntihar Etmeye Yönelik Tutumlar

Psikiyatrik, psikolojik, sosyolojik, biyolojik, ekonomik, kültürel, dini ve felsefi yönleriyle ele alınan intihar, sosyokültürel bir ortamda gerçekleşmektedir. İntihar bu denli kişisel bir durum gibi görünse de gerçekte bir o kadar toplumsal bir olgudur. Toplumun bulunduğu ortamın kültürel değerleri intiharı etkilemektedir. Bu nedenle sosyal ortamda var olan yaşam, ölüm ve yaşamın son bulmasıyla ilgili değerlerin bu şekilde anlaşılması, intihar girişimi üzerindeki etkisi bakımından çok önemli olmaktadır. Toplumsal değer ve tutumlar intihar düşüncesi ve davranışı üzerinde üç şekilde etkilidir (8, 112, 113).

İlk olarak; toplumsal değer ve tutumlar, bireylerin yaşamlarında birebir maruz kaldıkları sorun ve sıkıntılar karşısında nasıl davranması gerektiğini belirler. Bireyin yaşamında karşılaştığı sorun ve sıkıntılarla başa çıkamama ve kendi canından vazgeçme hakkının olduğu düşüncesinin hakim olduğu toplumsal mekanda, kişiler çok rahatlıkla intihar eyleminde bulunabilir ve bu yönde bir adım atabilirler. Ayrıca yapacakları bu davranışı başarılı bir şekilde sonuca ulaştırmak isteyebilirler. Bazı toplumlarda var olan intihara yönelik

tutum, davranış ve düşünceler, bireylerin intihar girişiminde bulunup kendi canından vazgeçip geçmeyecekleri konusunda önem arz etmektedir. Dolayısıyla intihar hakkındaki toplumsal değer, inanç ve tutumların bilinmesi bu durumun anlaşılması yönünde önem arz etmektedir (8, 112, 113).

İkinci olarak; toplumsal değer ve tutumlar, intihar düşüncesinde olan ve bunu eyleme geçirmek için herhangi bir intihar girişiminde bulunan bireylere karşı, insanların bu duruma karşı tutum ve tepkilerini etkilemektedir. “İntihar girişiminde bulunan bireyin bunu kesin sonuca ulaştırması ve bunu eline yüzüne bulaştırıp becerememesi gerekir” şeklinde toplumsal bir tutumun var olan topluluklarda, tersi yönde davranan bireyler hoşgörülü karşılanmayacak, sosyal kabul görmeyecektir. Kendi canına kıyan bireyin, kıyma düşüncesi olan ya da bu sebeple intihar girişiminde bulunan bireylere karşı toplumun verdiği tepkiler, toplum bu bireylere ne şekilde tepki gösterir gibi sorular karşısında intihar girişimiyle alakalı toplumsal değer, inanç ve tutum böyle bir davranışta bulunan kişilere karşı insanların tavır ve tutumlarını belirleyecektir. İntiharın kendi canına kıyan bireylerin baş etme faktörlerinin yetersizliğinden kaynaklanan bir durum olması yönünde toplumsal inanç ve tutumlar, intihar düşüncesi olan kişileri soyutlayıcı bakımından toplumsal tepkilere yol açabilmektedir. Bu durumda olumsuz tepkiler intihar düşüncesi olan bireylerin eğilimlerini daha çok artıracaktır (8, 112, 113).

Üçüncü olarak; toplumsal değer ve tutumların intihar girişiminde bulunarak canına kıyan bireylerin geride bıraktıkları yakınlarına karşı toplumsal tepkileri etkilediğidir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin yakınları nasıl bir toplumsal tepkilerle karşılaşacağı, verilen bu tepkiler kişilere kendilerini kötü hissettirecektir. Yakınını intihar girişiminde kaybetmek bireyin yine kendisi için bir intihar risk faktörüdür. İntihara ve intihar girişimi yapan bireylerin yakınlarına yönelik toplumsal tepkiler olumsuz ise; bu risk büyüyecektir. İntihar gibi, toplum tarafından ayıp görülen davranış toplumsal değerler, inanç ve tutumlar geride kalan yakınlarını da etkileyecektir (8, 112, 113).

İntihar girişiminde bulunan bireyle beraber ortaya çıkan, bireyin yaşamış olduğu o kültürü var olan toplumu nasıl algıladığını, o karşı toplumun tutumlarını ve davranışlarını ve aynı zamanda bireye nasıl davranılması gerektiğini etkilemektedir. Yapılan araştırmalara göre bu tutumların ve davranışları bireyin bu davranışını azaltacak bir etmendir (30, 41).

Gelişme ve olgunlaşma insan varlığına has özelliklerinden biridir. İnsan, kendisini aşabilme, geliştirebilme imkânı bulabilen tek canlıdır. Ruhbilimi gelişimin ruhsal unsurlarda başlayıp ve alt düzeyden daha üst düzeye bir ilerleme kaydettiğini öğretir. Buna istinaden

dürtüler, duygular, düşünceler, savunma mekanizmaları ve ilişkiler bu gelişim çizgisi içerisinde birbirinden farklılık göstermektedir. Örneğin; empati yapabilme, hoşgörülü davranma, birbirine anlayış gösterme üst düzeydeki ilişkilerin belirtilerindendir. Üst düzeydeki gelişmiş ilişkiler iki kişinin birbirlerine karşı sınır koyabilen, birbirlerinin özgürlüğünü tanıyan bir birliktelik sağlar. Buna karşın acımasızlık, hoşgörülü olmayan, empatiyle yaklaşmayan, birbirinin hakkına saygı duymayan, aşağılayıcı davranan, gerçek olmayan güçlere inanç iyi ile kötü arasında ayırım yapma, yüzeysellik, beğenilmeyenin dışlanması veya yadsınması, aşağı düzeydeki gelişmemiş ilişkilerin belirtileridir. Bazı kaynaklar bunları ilkel ilişkiler olarak tanımlamaktadır (41, 44, 48).

Toplumların belirli olaylar ve olgulara yönelik tutumları tarih boyunca olumlu değişimler göstermiştir. Fakat birçok toplumun intihar girişiminde bulunanlara tutumu ilkel düzeydeki davranışların izlerini taşımaktadır. Yakın zamanlara kadar bazı toplumlarda intiharın; lanetlendiğini, çok kötü bir davranış, Tanrıların öfkesini çeken bir girişim, şeytanın işi olarak anlaşıldığını bilinmektedir (41, 44, 55, 109).

İntiharın lanetlenmekle kalmayıp toplumun diğer üyeleri tarafından intihar davranışında bulunanın evinin bunu yaptığı için yakılması, defnedilmesinin engellenmesi, ası yapılan ağacın kesilmesi gibi davranışlar sergilenmesi acımasız, hoşgörü ve anlayıştan yoksun bir tutumun belirtilerindendir. Yakın bir zamana kadar intihar girişiminde bulunanların ağır cezalara çarptırıldıklarını, tüm haklarının ellerinden alındığını, bunu yapanların kötü ve lanetli kişiler olarak görüldükleri, miraslarından akrabalarının hiçbir şekilde yararlandırılmadıklarını toplum tarafından buna izin verilmediğini görmekteyiz. Toplumları bu şekilde bu kadar aşağı olarak nitelendirilebilecek davranışlara iten güçlerin başında intihar girişiminin ortaya çıkardığı korku süreci gelmektedir. İntihar girişiminin niçin yapıldığının anlaşılabilmesi, bu girişimin bilinmemesi ve ortaya çıkardığı birey için çaresizlik algısı bu korkuları şiddetlendirmektedir (41, 101, 109, 114, 115).

Buda ve Brahman dışındaki diğer dinler intihar eylemini bir günah olarak görmektedirler. 1955 yılında İngiltere’de, hapishanedeki bir mahkûm intihar girişiminde bulunur ve bu davranışından dolayı cezası iki sene uzatılır, yazılı olan bu kaynaklardan anlaşıldığı üzere İngiltere’de 1955 yılına dek intihar girişiminin cezalandırılan bir suç olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. İngiltere’de 1961 yılında çıkarılan “öz kıyım yasası” ile intihar girişimi bir suç olmaktan çıkarılmış, tıbbi yardıma gereksinim duyan toplumsal bir olgu olarak tanımlanmıştır. Hâlbuki Almanya’da intihar girişiminin bir suç olarak görülmesini engelleyen yasa 1751 tarihinde ortaya çıkmıştır. Almanya’da Büyük Friedrich’in 1751 tarihli

bir genelge ile intihar girişiminin suç olarak görülmesi ve bundan dolayı cezalandırılmasını yasakladığını belirtmektedir (90, 91). Fransa 1790, Avusturya 1850, İngiltere ise 1961 intihar girişiminin cezalandırılmasını yasalarla yasaklar (8, 41, 44, 101, 109, 115).

Toplumun intihar girişimine ve davranışına yönelik tutumlarında anlayış, hoşgörü ve empatiye olanak veren bu gelişmeler memnun vericidir. İntihara ilişkin tutumdaki bu olumlu gelişmelere rağmen toplumun, intihar girişimi yapanlara karşı yaklaşımı hala ilkel düzeydeki davranışlara benzer. Toplum genellikle anlayamadığı, çaresizliğe düştüğü, yetersiz kaldığı, çözüm bulamadığı, bilmediği, zorlandığı, başedemediği ve bu yüzden endişeye kapıldığı olay ve olgulara benzemektedir. İntihar eden kişilere karşı toplumun tutumunu araştırırken, ilkel kavimlerden başlamak gerektiğini savunur ve antropologların Afrika ve Asya’da bu konuyla ilişkili olarak yaptığı çalışmaları anlatır. Antropolog Paul Bohmann ve arkadaşları Nijerya, Uganda ve Kenya’da yaşayan altı kabilede intihar girişimine yönelik tutumları anlatmaktadır. Yaşamakta olan bu altı kavimde de intihar girişimi “kötü bir şey” olarak anlaşılmaktadır. Bu intihar davranışında bulunan kişiye dokunmuş olmanın uğursuzluk getireceğine inanılmakta ve ne o kişiye, ne de yakınlarına elle temastan kaçınılmaktadır. Uğursuzluktan korunmak içinde bir takım önlemler alınır. İntihar girişiminde bulunan kimse, kavimden olmayan başka bir yabancı kişi tarafından götürülür. Yabancı, yaptığı bu davranıştan dolayı kavim tarafından bir boğa verilerek ödüllendirilir. Fakat bu intihar girişimini yapan kimsenin evi yıkılır ve kalan yıkıntılar ayin yapılarak temizlenir. Başka kavimlerde ise kendisini bir ağaca asarak intihar girişiminde bulunan kimsenin astığı ağaç yakılır. Bazı kavimlerde ise bu davranışın ruhların kızgınlığı olduğuna inanılır. Bu kızgınlığın dindirilmesi için intihar girişimini yapan kimse ayin yapılmadan gömülür. Başka kavimlerdeki inanca göre de intihar bir büyüün sonucudur. Bundan dolayı intihar girişimin yapıldığı yere kötü ruhlar ve şeytanın geleceği inancı olduğu için gelinmez (8, 41, 44, 115, 116).

Asya kabilelerinde de yapılan birçok araştırmada, intihara yönelik tutumların benzerlik gösterdiğinden bahsetmektedir. Malinowski, Malezya’daki Trobriand adası yerlilerinde yaptığı araştırmada iki intihar biçiminin toplum tarafından kabullenildiğini; göstermiş oldukları intihar yöntemi, zehir içerek veya bir palmiye ağacının tepesinden atlamadır. Diğer durumlar öc alma istemlerinin, kendisini temize çıkarma isteği, kendisini cezalandırma isteği, bireyleri intihara yönelttiğini de izler. Ona göre; davranışın yıkımı, onur kaybı da intihar girişiminin önemli nedenlerin arasındadır (8, 41, 44, 116).

Raymonda Frith, Doğu Pasifik’te küçük bir ada da intihar girişimine yönelik olan tutumu araştırır. Bu adada intihara yönelik tutumun daha hoşgörülü karşılandığını gözlemler.



Ada da yaşayan topluma göre ölenlerin ruhları Tanrı katına çıkabilmektedir. Fakat asarak intihar girişiminde bulunan kimsenin bu haktan yararlanamadığına inanılır (41, 117, 118).

Bazı din mensupları ölümü bir fedakârlığın ve temizliğin simgesi olarak görmektedirler. Ayrıca bu şekilde ölen kimselerin mezarları kutsal kabul edilir. Bazı Budist tarikatlar intihar girişimini eğer kendi inancına göre yapıyorsa hoşgörülle karşılamaktadırlar. Japonlarda da artık uygulanmayan harakiri bir zamanlar onurunu kurtarmaya çalışan kendisini temize çıkarmak ya da kendisini feda eden kahramanca biri olarak kabul görüyordu (41, 117, 118, 119).

Budistler ve Brahmanlar intihar girişimi ve davranışına karşı her zaman hoşgörülü bir tutum göstermişlerdir. Bu duruma rağmen Katolik kilise intihar girişimini büyük bir günah olarak kabul eder ve kesinlikle yasaklar. Eski Yunanlılar ve Romalılar ise intihara karşı lanetlenmiş ile hayranlık arasında ambivalan bir tutum göstermektedirler. İslam dininde de intihar girişimi günah olduğu bilinmektedir. İntihar girişiminde bulunan kimsenin cenaze namazı kılınmaz. Türk Ceza Yasası'nda intihara sebep olmak suçtur. Fakat yasalara göre intihar suç sayılmaz (41, 115, 116, 119).

İslamiyet'in intihara yönelik tutumu üzerine şunları belirtmektedir; "Dünyada birçok insan, birçok sebeple bunalıma girip kurtuluş çaresini intiharda bulacağını düşünür ve kendi canına kıyar hâlbuki intihar hiç bir zaman çözüm ya da çare değildir, ruh ölümsüzdür. Ruh bedenden ayrıldıktan sonra, insanın dünyada yaptığı davranışlara uygun olarak yaşantı içine girer. Ölüm, bir son değil ruhun gerçek hayata bağlanmasıdır. İntihar, Allah'ın emir ve yasaklarına karşı gelme ve onun yazdığı kadere isyan etmedir. İslam dininde adam öldürmek ve intihar etmek büyük bir günahdır. Yüce Allah, Nisa 30. Ayette; "Kim bunu zulüm ve düşmanlık ile yaparsa onu cehenneme sokarız" buyurmaktadır ve bu davranışı yapanın cehenneme sokacaktır. Allah için zor olmadığını belirtmektedir. "Kendini boğarak öldüren kimse, Cehennem için boğmuş olur. Kendini vuran kimse, Cehennem için vurmuş olur." (Buhârî, Cenâiz 84). Din manevi yönden kişileri doyuma ulaştırmayı amaçlamaktadır ancak intihar girişimini yapana göre kolay kurtuluş gibi görünse de kişinin aslında kaybetmesidir (120, 121, 122).

İntihar girişimine karşı diğer bir din Hristiyanlıktır. Saint Augustine ve Saint Thomas gibi din bilginleri ne şartlar altında olursa olsun intiharı onaylamamıştır. Bu duruma günümüzde sıcak bakılsa da Hristiyanlıkta halen günah sayılmaktadır. Yahudilik dini de intiharı hoş karşılamamaktadır. İntihar edenin yapmış olduğu davranış sürecinde kişinin

kendisinde olmadığından dolayı bu durumla ilgili sorumlu tutulmayacağına dair bir inanış vardır (41, 117, 120, 121).

#### **4.8.1. İntihar Davranışında Bulunan Bireylere Karşı Tutumlar**

İntiharla ilgili tutumlar insanların hem karşılaştıkları güçlük ve sorunlar karşısında kendi canına kıymayı düşünüp düşünmeyeceğinin hem de karşı karşıya kalacakları toplumsal tepkilerin birer belirleyicisidir. İntiharın bir ruh hastalık olduğu ve intihar ederek kendi canına kıyan bireylerin akıl hastası olduğu yönünde geniş bir fikir vardır. Kendini öldürmeyi düşünen, girişimde bulunan ve hatta kendini öldüren kişiler arasında psikolojik sorunlar yaygındır. Hemen her toplumda intihar, üzerinde açık açık konuşulmayan bir konudur. Bunun nedeni, yalnızca itici ve iç karartıcı bir olgu olması değil, intihar konusunda konuşulanların, dinleyenlerin içindeki kaygıları ortaya çıkarmasıdır. İntihar ölümleri, insanlar arasında negatif tepkiler uyandırmaktadır, kendilerini bu konuda rahat hissetmezler. Sadece intihardan ölümlerin değil, kendi canına kıymak isteyen kişilerin bunu dile getirmeleri de insanlarda, üzüntü, endişe, korku, kaygı, sıkıntı gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İntihar tutumu aslında bu davranışta bulunan kimse tarafından çevreye yollanan bir mesajdır. Ne var ki böyle bir mesaj, iletiyi alan kişilerin, mesajı verene karşı davranışlarını farklı bir şekilde etkileyebilir. Olumlu etki uyandırması durumunda, insanların ileti gönderene karşı tepkileri pozitif olacaktır. Ama mesajı alan kimsede uyandırdığı etki olumsuz olursa, bu mesajı yollayan kimseye karşı çevredeki kişilerin tepkileri de olumsuz olacaktır (5, 89).

Genel düşüncenin tersine intiharda kural, kişilerin bu yöndeki sıkıntı ve meyillerini yakın çevrelerine iletme ve bu tür sıkıntıları için yardım arayışında bulunduğunu ifade etmektir. İntihar sürecinde, kişinin içinde bulunduğu durumu çözümsüz olarak idrak ettiği ortadadır. Bireyin, intihar girişiminde bulunması kendi canına kıyması, içinde bulunduğu çözümsüzlüktür. Kendini çaresiz, umutsuz ve kapana kısıtılmış hisseden birey, kendi canına kıymayı, yaşamına son vermeyi bir çözüm ve bir kurtuluş olarak algılayarak harekete geçmektedirler. Kişinin sorunlarını sıkıntılarını çevreye duyurarak yardım arayışına girmesi, baş etmek için gerekli olan toplumsal kaynak oluşturulması yönünde atacağı ilk adımdır (8, 113).

Yapılan çalışmalar intiharı yaşamakta olan kimselerin birçoğu yakınlarından destek istemek amacıyla yaşadıkları problem ve sorunları dışarı yansıtmaktadırlar. Yapılan bir çalışmada Rudestan Stockholm ve Los Angeles ‘taki 50 ‘şer intihar davranışında, kendi canına kıyan kimselerin bu yöndeki meyillerini sosyal çevrelerini iletme iletmediklerini, bu

girişimi gerçekleştiren kimsenin niyetini açıklamak adına psikolojik otopsi metoduyla araştırmışlardır. Yapılan çalışmalardan alınan bulgulara göre hem Stockholm hem de Los Angeles ‘taki intihar girişimini yapan kimseler en az yüzde 60 ‘ın kendi canına kıymadan önce çok açık tehditlerde bulunduğunu, yüzde 80 ‘inin de dolaylı ya da dolaysız olarak tehditlerde bulunduğunu göstermiştir (8, 114, 122, 123).

İntihar konusunda, bireyin hem de toplumun kafasının karışık olduğunu çoğu zamanlarda bu durumlarda nasıl davranacağını hem bilememekte hem de tepkileri negatif olmaktadır. İntihar girişiminde bulunacağını kendi canına kıyacağını belirterek birilerinin yardım etmesini bekleyen birine karşı yakınlarının hem tepkisiz kalışları hem de olumsuz tepki vermeleri, kişinin kendisi ve başkalarıyla ilgili duygu ve düşüncelerini adeta teyit eder. İntihar krizi yaşayan kimsenin özgüveni zayıftır. Çevrenin tutum ve davranışı ise kimsenin düşük özgüvenini destekler. Aynı şekilde kendi canına kıymak isteyen kimse kendini sevmeye, kendini sevmeye layık kimse olarak görmez. Çevrenin tutumu, bireyin kendisine ait bu duygularının ne kadar haklı olduğunu doğrular adeta. İnsanların intihar girişim düşüncelerini çevrelerine bahsetmesine karşın çevrenin olumsuz tepkiler verdiğini belirtmektedir. İsveçli hastalarla yapılan çalışmada kendi canına kıyanların neredeyse tümünün, sıkıntılarını ve sorunlarını çevreye sözel olarak dile getirmiş olmalarına rağmen, çevrenin bu konuda nasıl davranacağını bilmediğini göstermiştir. Hasta yakınlarının intihar mesajını almalarına rağmen tepkilerinin sessiz kalarak gösterdiklerini bildirmektedir. Bu çalışmaya göre, çalışmaya katılan intihar girişiminde bulunan hastalar, yakınlarının verdiği tepkilerinin kendilerinin sevilmediğini yorumlamakta ve kişisel değersizliklerinin bir kanıtı olarak almaktadırlar. İnsanlar, intihar edeceğini söyleyen kişilere karşı gösterecekleri tepkiler konusunda net değiller veya genellikle olumsuz tepkiler gösterirler. Her şeyden önce kendi canına kıyan kimse çoğunluğun değer verdiği bir hayatı reddetmiştir. Bu reddediş kızgınlık uyandırır ve insanları kaygılarıyla yüz yüze getirir (8, 123, 124).

1131 üniversite öğrenci grubun, arkadaşlarındaki intihar tutum ve davranışlarını fark edip etmediklerini ve bu davranışı gösteren kimselere nasıl tepkide bulduklarını incelemiştir. Yapılan çalışmanın sonucuna göre öğrenciler, arkadaşlarındaki intihar tutum ve davranışlarının farkına varmakta fakat nasıl yardımda bulunacakları konusunda kendilerinin yetersiz kaldıklarını ve zorlandıkları görülmüştür. Toplumun, hayatlarına son veren, vermeyi düşünen veya bunun için intihar girişiminde bulunan kimselere karşı toplumun olumsuz olarak yaklaştığı olumlu olmayan tepkilerden bahsedilmiştir (125, 126).

#### **4.9. İntihar Eğilimi Olan Hastada Hemşirelik Yaklaşımı**

İntihar girişiminde ya da davranışında bulunan kimselerin hemen hemen %95 inin tanısı konmuş olup mental bir bozukluğu olduğunu, depresif bozukların bu oranın %80 inini oluşturduğunu belirtmiştir (127, 128, 129;130).

##### **4.9.1. İntihar Eğilimli Hastada Hemşirelik Sürecinin Uygulanması**

İntihar değerlendirmesini yaparken demografik özellikler, var olan belirtiler, psikiyatrik tanı, intihar davranışları ve intihar girişimleri, intihar krizinin risk analizi, psikiyatrik hikâye, aile hikâyesi, baş etme metotları göz önüne alınmalıdır. Bazı risk faktörleri intihar düşüncesi ve intihar girişimi için büyük bir risk taşımakta ve koruyucu önlemler ile intihar riskinin azalması arasında ilişki bulunmaktadır (129, 130, 131, 132, 133, 134,135).

Her türlü intihar düşüncesi ve davranışı mutlaka ciddiye alınmalı ve hasta anlaşılmaya çalışılmadır. Her zaman şimdi ve burada ilkesine uygun olarak davranılmalıdır (129, 130, 133, 134, 135).

İntihar düşüncesi taşıyan bir hastaya empatiyle yaklaşılmalıdır. Empati, hastayla sağlık ekibinin içinde bulunduğu duygularını, hastanın çektiği acıyı ve çözümsüzlüğü anlayabilmeyi içerir. Empatik bir yaklaşım değişik yönlerden hastanın, hastalığı yenecek etkenleri ve bu etkenlerin kullanma yöntemini bularak sıkıntılarının giderilmesinde katkıda bulunur (8, 128, 134).

Hemşire, hastayla güvene dayalı bir ilişki kurmalıdır. Hemşire hastaya güven vermelidir. İntihar düşünen ve bunu planlayan hastanın birçok yönlerden güven duygusu zedelenmiştir. İntihar düşüncesi var olan kendi canına kıymayı göze alan hastalar, yaşama tutunacak bir sebep bulamamışlardır. En azından risk düzeyinin azaltılabilmesi için bu yaklaşım önemlidir (8, 128, 134).

Hemşire, intihar düşüncesi olan hastanın güvenliğini sağlamalıdır. Hastane ortamında hastanın kendine zarar verebilecek nesnelere ortamdaki uzaklaştırılmalıdır ve güvenli bir çevre oluşturulmalıdır. Hemşireler ve tüm sağlık ekibi hastaya karşı dürüst saygılı ve anlayışlı yaklaşmalıdır. Hastaya yakın gözlem uygulanmalı ve hemşire odasına yakın ve kolay ulaşabileceği, rahat gözlemlenebilecek bir odaya yerleştirilmelidir ve hasta sık sık kontrol edilmelidir. Hasta yalnız başına bırakılmamalıdır. Özellikle geceleri, nöbet değişim saatlerinde, servisin çok yoğun olduğu saatlerde hasta kesinlikle kontrol edilmelidir. Hasta, yemek saatlerinde ve ilaç saatlerinde dikkatlice gözlenmelidir. Gerekli hallerde şüpheli davranışlarda bulunduğu durumlarda hastanın odası aranmalıdır. Hastayla, kendi canına

kıymayacağına ve kendine zarar vermeyeceğine dair sözlü veya yazılı olarak anlaşma yapılmalıdır (128,129, 130, 131, 132, 134, 137).

Hemşire ve diğer sağlık ekibi, hastanın intihar düşüncesi ve davranışından dolayı intihar risk değerlendirilmesi yapılmalıdır ve bu duruma uygun tedavi ve bakım planı uygulanmalıdır. Bu nedenle hastaya intihar düşüncesiyle ilgili sorular direkt yöneltilmelidir. Hastaya intiharla ilgili direkt sorular sormak, intihar girişiminde bulunmasına sebep olmaz. Hastanın bu konuda yardım çağrısı anlaşılır (128, 129, 130, 131, 132, 134, 137).

Hastanın, intihar riski devam ediyorsa, bununla ilgili nasıl gerçekleştireceğine dair planları sorgulanmalıdır. Kendi canına kıyma düşüncesi olan hastaların, yaşam ve ölüm arasında zıt duygular yaşayabildikleri unutulmamalıdır. Hastaların yakın zamanda yaşamış oldukları psikolojik durumları, sıkıntı ve problemleri veya kayıpları sorgulanmalıdır. Bu tecrübelerin hastada şuanda meydana getirdiği duygu ve düşünceleri konuşulmalıdır. Hemşire ve sağlık ekibi için hastaların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, tedavi ve bakım sürecinde intihar risk düzeyinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Hastanın ruhsal durumunun değerlendirilmesi, intihar etmesiyle ilgili altında yatan düşünce, duygu ve davranışların belirlenmesini sağlamaktadır. Tedavi ve bakım sürecinde hastanın intiharla ilgili düşüncelerinin tamamen değişebileceği ve bu davranışı tekrarlamayacağı unutulmamalıdır (128, 129,130, 136).

Hastada gelişen bulgularla ilgili olarak uygun hemşirelik girişimleri yapılmalıdır. Ayrıca hastanın yakınları ve ev ortamı da dikkate alınmalıdır. Ev ortamı da tıpkı hastane ortamı gibi, hasta açısından güvenli hale getirilmelidir. Yakınlarının duygu ve düşünceleri dinlenmeli ve hastaya nasıl yaklaşmaları konusunda bilgi verilmelidir (128, 129,130, 137).

**Tablo 4.9.1.1. İntihar Hakkında Gerçekler ve Mitler**

<b>İntihar Hakkında Gerçekler ve Mitler</b>	
<b>Mitler</b>	<b>Gerçekler</b>
İntihar hakkında konuşan birey intihar girişiminde bulunmaz. İntihar girişimi uyarı vermeden olur.	İntihar girişimi yaparak canına kıyan 10 kişiden 8 i intihar girişimleri hakkında hep bir uyarı vermiştir. Çok kesin uyarılar yakınları tarafından fark edilmeyebilir ya da ihmal edilebilir.
İntihar düşüncesinde kesin kararlı bireyi durduramazsınız, kesinlikle canına kıymaya niyetlidir.	İntihar eden kişi yaşam ve ölüm ile ilgili olarak ambivalan duygular içerisindedir. Çoğu kişiler, ölümle kumar oynar ve intihar girişimini birisinin bir yardım çılgığı olarak görürler.
Depresyon sonrası kesin iyileşme, intihar riskinin ortadan kalktığı anlamına gelir.	Çoğu intihar girişimi iyileşmenin başlangıç sonrası enerjisinin en pik yaptığı yaklaşık 3 ay içerisinde gerçekleşir.
Biri intihar etme düşüncesi içerisindeyse devamlı olarak bu düşüncüyü taşır.	Canına kıymak isteyen bireyler belirli zamanda intihar girişiminde bulunmaya daha meyillidirler. Kendine zarar verme duygularından bu olumsuz düşünceden kurtulurlarsa, sağlıklı olarak normal yaşamlarını sürdürmeye devam edebilirler.
İntihar düşüncesi ve bu düşüncüyü eyleme geçirmek isteyen tüm bireyler mental olarak hastadırlar ve intihar psikotik kişinin eylemidir.	İntihar düşüncesi olan bireyler aşırı derecede mutsuz olmalarına karşın, zannedildiği gibi psikotik ya da mental bir hastalığa sahip değildirler. Yalnızca, dayanılmaz acı duydukları şeye karşı başka bir çözüm yolu olmadığını zamanında göremezler.
İntihar düşünceleri, tehditleri ve davranışları dikkat çekme davranışı olarak düşünülmelidir ve önemsenmemelidir.	Bütün İntihar davranışlarına, düşüncesinde intihar eylemi fikri olduğu bilinerek yaklaşılmalıdır. Bireyin yardım çılgığını duyurmak istediği anlaşılmalıdır.
İntihar girişiminde bulunan bireylerin genellikle en sık tercih ettiği yöntem aşırı doz ilaç alarak intihara kalkışmalarıdır.	Ateşli silahla kendini öldürme intihar yöntemleri arasında ölümün başlıca nedenidir.
Birey intihar girişiminde bulduysa bunun tekrarı olacaktır. Yeniden deneyecektir.	Kendi canına kıyan insanların %50 ve % 80 inde daha önce denenmiş bir intihar girişim hikâyesi vardır.

**Kaynak:** Townsend MC. Çev. Özcan CT, Gürhan N. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri (128).

**Tablo 4.9.1.2. İntihar Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler**

<b>İntihar Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler</b>	
<b>Risk Faktörleri</b>	<b>Koruyucu Faktörler</b>
Denenmiş intihar girişimi	Madde bağımlılığı, ruhsal, fiziksel ve mental hastalıklarda etkili tedavi ve ulaşılabilir bakım olması
Ümitsizlik	Yardıma ihtiyaç duyulduğunda, çeşitli destek ve klinik girişimlere ulaşılabilme durumu
Mental hastalıklarla birlikte alkol ve madde kötüye kullanım bozuklukları	Öncelikle aile ve toplumun verdiği destek
Aile öyküsünde intihar girişiminin olması	Problem çözme, çatışma çözümü ve şiddete başvurmaksızın anlaşmazlık çözüm becerilerini öğrenmiş olma
Fiziksel hastalıkların varlığı	İntihara olan tutum toplumun, kültürel ve dini inanışların intihar girişimini hoş karşılamadığı
Maddi, manevi, sosyal, iş kayıpları	
Damgalama nedeniyle psikolojik rahatsızlık, madde ve alkol bağımlılığı veya intihar düşünceleri olduğunda yardım etmede eksiklik	
Kültürel farklılıklar, dini inanış ve tutumlar, örn; intihar düşüncesiyle ilgili ikilem yaşayan birinin kutsal bir çözüm olduğuna inanma	
Birey için önemli olan birinin intihar ederek ölmüş olmasının etkisi	
Kendini izole etme, insanlardan uzak kalma duygusu	
İntihar yöntemleri farklılık gösterme ve ölümcül araçlara, kolay ulaşma	

- **Kaynak:** Townsend MC. Çev. Özcan CT, Gürhan N. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri (128).

#### **4.9.2. İntihar Fikirleri ve Eylemleri**

İntihar düşüncesini kesin olarak zihinde taşıyan birey yaptığı davranışlarla ve sözel olarak ipuçları bırakabilir. Maddi olarak işlerini düzeltme, değerli eşyalarını başkalarıyla paylaşma, intihar notları yazma ya da duygu durumunda değişkenlikler bu tür davranışsal ipuçlarına örneklerdendir (128,129,130,134). Diğer bir değerlendirme; bireyin intihar girişimiyle ilgili bir planı varsa, planı gerçekleştirecek araca sahip olup olmadığını belirlemek.

#### **4.9.3. İntihar Riski Olan ve Ayaktan İzlenen Hastaya ya da Yatarak Bakım Alan ve Taburcu Olmuş Hastaya Müdahaleler**

Bazı vakalarda, intihar düşüncesi düşük ve hastanede yatırmanın çok da gerekli olmadığı belirlenebilir. Bu tür hastalar ayaktan tedaviyle takip edilebilir. İntihar riski taşıyan bu hastalarda evde yapılması gerekenler;

- Kişi yalnız bırakılmamalıdır. Refakat, ailesi veya yakın arkadaşlarıyla birlikte yakın gözlem yapabileceği bir düzenleme yapılmalıdır. Bu şartların sağlanması mümkün değil ise hastaneye yatırma durumu tekrar değerlendirmelidir.
- Hastayla intihar etmeyeceği yönünde direkt sorular yöneltip ve anlaşma yapılmalıdır. Kendine zarar vermeyeceği konusunda yazılı anlaşma yapılabilir. Fakat bazı klinisyenler yapılan bu anlaşmanın pek de yararlı olmadığını düşünmektedirler (138). Yapılan anlaşma güvenlik için garanti değildir ve yasal bir geçerliliği de yoktur.
- Ev ortamının ve çevresinin kaldığı odanın güvende olmasını sağlamak adına, silahtan tehlike oluşturabileceği maddelerden arındırılması için yakın arkadaşlarından ailesinden yardım istenmelidir.
- Hastayla aranızda güven ilişkisi kurun ve sıcak samimi bir yaklaşım sergileyin. İntihar düşüncesi hakkında açıkça konuşun. Aktif şekilde dinleyin, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için yardımcı olun ve bireyi yargılayan konuşma tarzından uzak durun ve duygularını kabullenin.
- Hastanın içinde bulunduğu krizi tartışın. Baş etme yöntemini çözüme yaklaşımını kullanmasını sağlayın. “ İntiharın probleminizi çözümede tek ve en iyi çözüm olduğu fikrinizde hatalı olduğunuz inancındayım. Pek çok iyi seçenekler var dahası onları test etmek için yaşamalısınız” (138).
- Hastanın kendini kontrol edebildiği veya edemediği başa çıkamadığı durumları belirlemesine yardımcı olun. Bu durumla ilişkili olan duygularını açık olarak konuşun



ve tartışın. Hastanın, durumlar üzerinde kontrolünün olduğunu fark etmesi kendine değer verme ölçüsünü algılamak için önemlidir.

- Hekim tarafından intihar riski olan hastaya başlanan tedavi yeniden yazılmak koşuluyla ilacın 3 günlük tedavisinden daha fazla miktarda reçetelenmesi uygun değildir.
- Tedaviyle birlikte gelen iyilik hali, hastalar enerji kazanır ve böylece intihar düşüncesini eyleme geçirebilir. Bazen tedavi alan ya da almayan hastalar birdenbire kendilerini huzurlu mutlu gibi gösterebilirler. Tedavi ekibi, intihar girişimini ortaya çıkaran bu karmaşık duygular yaşanınca dikkatli olunmalıdır (127, 128, 129,130, 134).

#### **4.9.4. İntihar Riski Olan Hastanın Aile ve Arkadaşları İçin Gerekli Bilgiler**

- İntihar riskini mutlaka dikkate alın. İntihar duygusunu ifade eden her birey, mutlaka ciddiye alınmaya ihtiyaç duyar.
- Sır saklamayın bu durumla ilgili söz vermeyin intihar davranışın bir yardım çığı olduğu unutulmamalıdır.
- Hasta duygularını açıklarken iyi bir dinleyici olun, bireyler; intihar düşüncelerini açıklarken, içinde bulunduğu mutsuzluğu, umutsuzluğu, değersizliği ifade ediyorsa destek olun. Onların yanında olduğunuzu ve profesyonel destek almasını sağlayın.
- İntihar düşüncesi ve girişimi olanlara karşı tedirginliğinizi belli edin ve açıkça konuşun. Kişinin çektiği acıyı ve duygularını size anlatmakta çekiniyorsa duygularını rahatça açabileceği başka biriyle konuşması için cesaretlendirin.
- Kriz ve kriz önleme merkezlerini öğrenin, tanıyın.
- Ateşli silahlara ve diğer tehlikeli maddelere ulaşmasını engelleyin.
- İntihar düşüncesi olan bireye yargılayıcı olmayın, kızgınlık göstermeyin. Onlara suçlayıcı davranmayın ve bu yönde kışkırtmayın, duygularına karşı ilgisiz kalmayın. Bu durum birey için çok önemli ve gerçek bir durumdur (128,129,130,131,134).

#### **4.9.5. İntihar Eden Bireyin Ailelerine ve Arkadaşlarına Yönelik Müdahaleler**

İntihar, kurbanın yitirildiği bir kayıp olmasına karşın aile ve arkadaşları üzerinde çok derin etkiler yaratmaktadır. Kurbanı yakın olan kişiler bu durumla baş etme mekanizmalarını geliştirememektedirler. İntihar sonrası yaşanan yas, kişilerde meydana getirdiği psikolojik sonuçlar nedeniyle karmaşık hale gelmektedir. Bu durumun yaşanması sonrasında ailenin baş edemediği ve toplumsal algıya yol açmakta ve toplumun intihar girişiminde bulunan kişinin

yakınlarına suçlama konusu yaratması süreci daha da karmaşık hale getirmektedir (128,129,130).

Sevilen birinin kaybı aile üyelerinin tüm duygularını harekete geçirmektedir ve bu duruma takiben ortaya çıkan belirtiler;

- Suçluluk ve kendini sorumlu tutma duygusu.
- Kızgınlık, kaybedilen kişiyi bir daha bulamayacağı duygusu.
- Çaresizlik, çektiği acı, ümitsizlik, çökkünlük, yetersizlik duygularında artma.
- Aile çok büyük bir yara almış ve bu durumla nasıl başa çıkabileceğini bilememek.
- Ciddi bir gerilim yaşanır ve aile üyeleri arasında sabırsızlık, öfke, huzursuzluk, sinirlilik duygusu vardır (128,129,130,134).

#### **4.9.6. İntihar Eden Bireyin Yakınlarını Desteklemek İçin Girişimler;**

- Aile üyelerini suçlamaktan ve sorumlu tutmaktan uzak durun. Her birinin intihar girişimi öncesi ve sonrası aile içindeki konumlarını tartışın.
- Durumla ilgili duygularını diler getirmelerini ve kendini suçlama duygularını dinleyin, gerçeğe getirmeye çalışın.
- Her birey yası farklı şekilde yaşayabilir, ruhsal durumları baş etme yeteneklerinden kaynaklandığını bilmek ve ona göre suçlayıcı olunmamalıdır.
- İntiharda geride kalanlar için dini inançlar, manevi duygularda danışmanlar, yakın akraba, dostlar ve profesyonel destek sağlanmalıdır (128,129,130,134).

## **5. METOT VE MATERYAL**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, intihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarının intihara yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma; 1 Ağustos 2017 / 1 Şubat 2018 tarihleri arasında, İstanbul Fransız Lape Hastanesinde gerçekleşmiştir.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini, İstanbul Fransız Lape Hastanesine başvuran, intihar girişiminde bulunmuş ve yatarak tedavi görmesine karar verilmiş hastaların, yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, bu hastaların yakınlarından iletişim problemi, mental sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 81 gönüllü kişi oluşturmuştur.

### **5.4. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma, İstanbul Fransız Lape Hastanesinde intihar girişimi sonucunda servise yatışı karar verilen hastaların yanında bulunan hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek, yapılan çalışma ile ilgili bilgi verilip, hasta yakınlarının onamları alındıktan sonra, veri toplama araçlarının uygulanması ( EK-2, EK-3) şeklinde uygulanmıştır.

### **5.5. Araştırma Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hasta yakınlarının intihara karşı tutumlar ölçeği puanları ve intihar eden kişiye karşı tutumlar ölçek puanlarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise hasta yakınlarının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi gibi değişkenlerdir.

### **5.6. Veri Toplama Araçları**

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak;

- Hasta yakınlarının sosyo demografik bazı özellikleri ile ilişkin soruları içeren anket formu (EK-1).

- Hasta yakınlarının intihara karşı düşüncelerini değerlendirmek için; İntihara karşı tutumlar ölçeği (EK-2) kullanılmıştır.
- Hasta yakınlarının intihar edene karşı düşüncelerini değerlendirmek için; İntihara eden kişiye karşı tutumlar ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

**5.6.1. Hasta Yakını Anket Formu:** Kullanılan bu formda, katılımcılara ait çeşitli bilgilerin toplandığı sorular bulunmaktadır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik durumu, kronik hastalık olup olmadığı, hastaya yakınlık derecesi, hastanın tanısı, hasta ile birlikte yaşayıp yaşamadığı, hastasının daha önceden denenmiş bir intihar girişimi olup olmadığı, daha önce hastasının kendisine zarar verme düşüncesini yakınlarıyla paylaşıp paylaşmadığı, hastanın intihar eylemi karşısında ne hissettiği, yakınlarının ne hissettiği, nasıl tepki verdikleri ve intihar girişiminin tekrarlanması konusundaki düşünceleriyle ilgili sorular sorulmuştur.

#### **5.6.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiy Karşı Tutumlar Ölçeği:**

Eskin tarafından geliştirilen ölçekteki sorular kişilerin intihar sürecini ve intihar eden kişiye karşı tutumunu ölçmektedir. Yapılmış olan intihar eden kişilerle ilgili çalışma süreçleri incelendiğinde birçok çalışmada bu ölçeğin kullanıldığı görülmüştür (Eskin, 2003).

**İntihara Karşı Tutumlar:** Kişilerin intihara karşı tutumunu ölçmek amacıyla 24 sorudan oluşan bu alt ölçek katılımcıların “Tamamen Katılıyorum” ile “Tamamen Katılmıyorum” arasında değerlendirme yapacakları 5’li likert tipi bir ölçektir (Ek: 3). Eskin tarafından ölçeğe faktör analizi yapılmış, 6 faktöre ayrıldığı görülmüştür. “İntiharın kabul edilebilirliği” faktörünün 6 faktör arasındaki en yüksek öz değere (6.4) sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeğin diğer alt boyutları, intiharın kabul edilebilirliği, intiharın ruhsal bir hastalığa işaret etmesi, ölümden sonra cezalandırılma, intihara sebep olan sorunlarla ilgili iletişime geçme, intihar davranışını saklama, intihar hakkında açıkça tartışma ve intiharın konuşulmasıdır (8,140,141,142,143).

**İntihar Eden Kişiy Karşı Tutumlar:** Katılımcıların kendini öldürmeye karar verdiğini anlatan birine karşı nasıl tepki gösterdiklerini veya neler hissettiklerini “Tamamen Katılıyorum” ile “Tamamen Katılmıyorum” arasında değerlendirme yapacakları 5’li likert tipi bir ölçektir. İntihar eden kişiye karşı kullanılan bu ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek Eskin tarafından geliştirilmiştir. Yapmış olduğu birçok çalışmada kullanılmıştır (Ek: 4). 20

maddeden oluşan ölçek 4 faktöre ayrılarak faktör analizi yapılmış ve ilk faktör olan “Sosyal kabul” 4 faktör arasındaki en yüksek öz değere (6.9) sahiptir. Ölçeğin alt boyutları;

“Sosyal kabul görme”

“İntiharla ilgili kendini açmanın onaylanmaması”

“İntihar eden kişiyi intiharın olumsuz olduğuna ikna etme”

“İntihar eden kişi ile intihar üzerine tartışma”

“İntiharla ilgili duygusal tepki verme” dir (8,140,141,142,143).

### **5.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 22 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi, ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **5.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu ‘dan etik kurul onayı (EK-6) ile araştırmanın yapıldığı Fransız Lape Hastanesinden yazılı izin (EK-5) alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılan deneklere araştırma hakkında bilgi verilerek “Gönüllü Oluru” ilkesi ve “Gönüllülük” ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesi, araştırmaya katılan hasta yakınlarının bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir.

### **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırmanın verileri İstanbul Fransız Lape Hastanesine başvuran ve yatarak tedavi gören intihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarından elde edildiği için, araştırma bulguları sadece bu araştırma kapsamındaki hasta yakınlarına genellenebilir.



## 6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarını gerçekleştirmek için toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere ve analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

Tablo 6.1. İntihar girişimi ile gelen hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri (N=81)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>		
20-29 yaş	13	16.0
30-39 yaş	23	28.4
40-49 yaş	18	22.3
50-59 yaş	27	33.3
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	44	54.3
Erkek	37	45.7
<b>Medeni durum</b>		
Evli	48	59.3
Bekar	26	32.1
Eşi ölmüş-boşanmış	7	8.6
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Yok	32	39.5
Var	49	60.5
<b>Eğitim durumu</b>		
İlköğretim	8	9.9
Lise	21	25.9
Ön lisans	15	18.5
Lisans	29	35.8
Lisansüstü	8	9.9

<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	49	60.5
Çalışmıyor	32	39.5
<b>Ekonomik durum</b>		
Orta	42	51.9
İyi	39	48.1
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Var	12	14.8
Yok	69	85.2
<b>Toplam</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

İntihar girişimi ile gelen hastaların yakınlarının tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %33.3’ünün 50-59 yaş arasında, %54.3’ünün kadın, %59.3’ünün evli, %60.5’inin çocuk sahibi ve %35.8’inin lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Hasta yakınlarının %60.5’inin herhangi bir işte çalıştığı, %51.9’unun ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %14.8’inin kronik hastalığının bulunduğu saptanmıştır.



Tablo 6.2. İntihar girişimi ile gelen hastaların özellikleri ile hastaların yakınlarının duyu ve tutumları (N=81)

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yakınlık derecesi</b>		
Anne	16	19.8
Baba	17	21.0
Kardeş	14	17.2
Eş/çocuk	9	11.1
Diğer ( Kuzen, yeğen, dayı, torun, akrabası vb.)	25	30.9
<b>Hastasının tanısı</b>		
Belli Değil / Bilmiyorum	13	16.0
Depresyon / İntihar teşebbüsü	45	55.6
Majör depresyon	7	8.6
Bipolar bozukluk	6	7.4
Stres	5	6.2
Psikoz	5	6.2
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>		
Evet	41	50.6
Hayır	40	49.4
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>		
Evet	38	46.9
Hayır	43	53.1
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma sayısı (n=38)</b>		
1	33	86.8
2	3	7.9
3	2	5.3
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>		

Evet	34	42.5
Hayır	46	57.5
<b>Hastanın intihar girişiminde bulunduğu öğrenildiğinde yaşanan duygu (n=67)</b>		
Üzüntü	20	29.8
Şaşkınlık	20	29.8
Kaybetme korkusu	17	25.5
Suçluluk	7	10.4
Kızgınlık	3	4.5
<b>İntihar girişiminden sonra hastaya gösterilen ilk tepki</b>		
Sevecen davranma	20	24.7
Nedenini anlamaya çalışma	14	17.3
Kızma	12	14.8
Şaşkınlık	11	13.6
Sessiz kalma	9	11.1
Yardım etmeyi isteme	9	11.1
Suçluluk ve üzüntü	6	7.4
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünme durumu</b>		
Evet	47	58.0
Hayır	27	33.4
Bilmiyorum	7	8.6
<b>Toplam</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

İntihar girişimi ile gelen hastaların özellikleri ile hastaların yakınlarının duygu ve tutumları Tablo 2’de görülmektedir. Hasta yakınlarının %40.8’inin hastanın anne ya da babası olduğu, %16.0’nun hastanın tanımasını bilmediği, %50.6’sının hasta ile birlikte yaşadığı, %46.9’unun daha önce intihar girişiminde bulunduğu ve daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların %86.8’inin daha önce bir kez intiharı deneyimlediği bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan hastaların %42.5’inin hasta yakınına daha önce kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden

bahsettiği, hasta yakınlarının %10.4'ünün hastanın intihar girişiminde bulunduğunu öğrendiğinde suçluluk hissettiği, %24.7'sinin intihar girişiminden sonra hastaya ilk tepkisinin sevecen davranışlar göstermek olduğu ve %58.0'ının hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşündüğu belirlenmiştir.



Tablo 6.3. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği Puanları (N=81)

<b>İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği</b>	<b>Mean±SD</b>	<b>Median (Min-Max)</b>
İntiharın Kabul Edilebilirliği	1.26±0.43	1.12 (1-3.13)
İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi	1.66±0.76	1.66 (1-4)
Ölümden Sonra Cezalandırılma	2.34±1.06	2.40 (1-4)
İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme	3.29±0.69	3.25 (1-4)
İntihar Davranışını Saklama	2.05±0.95	2.00 (1-4)
İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması	1.98±0.76	2.00 (1-4)

İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği puanları Tablo 3’de verilmiştir. Hasta yakınlarının İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği puan ortalamalarının ‘İntiharın Kabul Edilebilirliği’ alt boyutunda 1.26±0.43, ‘İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi’ alt boyutunda 1.66±0.76, ‘Ölümden Sonra Cezalandırılma’ alt boyutunda 2.34±1.06, ‘İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme’ alt boyutunda 3.29±0.69, ‘İntihar Davranışını Saklama’ alt boyutunda 2.05±0.95 ve ‘İntiharın Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması’ alt boyutunda 1.98±0.76 olduğu bulunmuştur.

Tablo 6.4. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği Puanları (N=81)

İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği	Mean±SD	Median (Min-Max)
Sosyal Kabul Görme	3.43±0.90	3.50 (1-8.50)
İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması	2.65±1.09	3.00 (1-4)
İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme	3.67±0.52	4.00 (1-4)
İntihar Eden Kişiyeye İle İntihar Üzerine Tartışma	2.67±0.94	2.50 (1-4)
İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme	1.85±0.73	1.60 (1-4)

İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği puanları Tablo 4’de yer almaktadır. Hasta yakınlarının İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği puan ortalamalarının ‘Sosyal Kabul Görme’ alt boyutunda 3.43±0.90, ‘İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması’ alt boyutunda 2.65±1.09, ‘İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme’ alt boyutunda 3.67±0.52, ‘İntihar Eden Kişiyeye İle İntihar Üzerine Tartışma’ alt boyutunda 2.67±0.94 ve ‘İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme’ alt boyutunda 1.85±0.73 olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.5.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Kabul Edilebilirliği” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntiharın Kabul Edilebilirliği		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	1.45±0.57	1.37 (1.00-2.88)	KW=4.010 p=0.260
30-39 yaş	23	1.35±0.54	1.12 (1.00-3.13)	
40-49 yaş	18	1.09±0.13	1.00 (1.00-1.38)	
50-59 yaş	27	1.21±0.35	1.12 (1.00-2.25)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	1.23±0.47	1.00 (1.00-3.13)	U=632.000 p=0.069
Erkek	37	1.31±0.38	1.12 (1.00-2.25)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	1.22±0.41	1.12 (1.00-3.13)	KW=1.350 p=0.509
Bekar	26	1.37±0.50	1.12 (1.00-2.88)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	1.14±0.18	1.12 (1.00-1.50)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	1.13±0.44	1.12 (1.00-2.88)	U=702.500 p=0.407
Var	49	1.24±0.42	1.12 (1.00-3.13)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	1.21±0.37	1.12 (1.00-2.13)	KW=4.167 p=0.384
Lise	21	1.43±0.65	1.12 (1.00-3.13)	
Ön lisans	15	1.15±0.33	1.12 (1.00-2.25)	
Lisans	29	1.25±0.30	1.12 (1.00-2.00)	
Lisansüstü	8	1.17±0.31	1.00 (1.00-1.88)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	49	1.30±0.45	1.12 (1.00-3.13)	U=671.500

Çalışmıyor	32	1.21±0.40	1.06 (1.00-2.88)	p=0.252
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	1.31±0.49	1.12 (1.00-3.13)	U=685.500
İyi	39	1.21±0.35	1.00 (1.00-2.25)	p=0.184

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Kabul Edilebilirliği” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 5’de verilmiştir. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Kabul Edilebilirliği” alt ölçeği puan ortalamalarının 40-49 yaş arasında, kadın, eşi ölmüş-boşanmış, ön lisans mezunu, ekonomik durumu iyi düzeyde olan, herhangi bir işte çalışmayan ve çocuk sahibi olmayan hasta yakınlarında daha düşük olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.5.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Kabul Edilebilirliği” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)  
(Devamı)

Özellikler	N	İntiharın Kabul Edilebilirliği		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	1.13±0.25	1.00 (1.00-2.00)	U=318.000 p=0.179
Yok	69	1.29±0.45	1.12 (1.00-3.13)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	1.32±0.42	1.12 (1.00-2.25)	KW=1.207 p=0.877
Baba	17	1.21±0.37	1.12 (1.00-2.25)	
Kardeş	14	1.20±0.26	1.06 (1.00-1.75)	
Eş/çocuk	9	1.11±0.15	1.12 (1.00-1.50)	
Diğer	25	1.36±0.59	1.12 (1.00-3.13)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	1.19±0.30	1.12 (1.00-2.25)	U=759.500 p=0.547
Hayır	40	1.34±0.53	1.12 (1.00-3.13)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	1.29±0.46	1.12 (1.00-3.13)	U=757.500 p=0.553
Hayır	43	1.24±0.40	1.12 (1.00-2.88)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	1.27±0.46	1.12 (1.00-3.13)	U=761.500 p=0.662
Hayır	46	1.26±0.41	1.12 (1.00-2.88)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünme durumu</b>				



Evet	47	1.37±0.52	1.12 (1.00-3.13)	KW=5.168 p=0.075
Hayır	27	1.12±0.17	1.00 (1.00-1.63)	
Bilmiyorum	7	1.10±0.15	1.00 (1.00-1.38)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Kronik hastalığı bulunmayan, hastaya diğer( kuzen, dayı, torun, vs.) yakınlığı olan, hastayla birlikte yaşamayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunan, hastası daha önce kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahseden ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünen hasta yakınlarının ‘İntiharın Kabul Edilebilirliği’ alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek bulunduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 6.6.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	1.71±0.60	1.66 (1.00-3.00)	KW=5.251 p=0.154
30-39 yaş	23	1.88±0.87	2.00 (1.00-3.67)	
40-49 yaş	18	1.70±0.79	1.66 (1.00-4.00)	
50-59 yaş	27	1.43±0.69	1.00 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	1.58±0.71	1.33 (1.00-3.67)	U=719.500 p=0.345
Erkek	37	1.76±0.82	1.66 (1.00-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	1.62±0.74	1.50 (1.00-4.00)	KW=0.792 p=0.673
Bekar	26	1.75±0.78	1.66 (1.00-4.00)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	1.61±0.95	1.33 (1.00-3.67)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	1.71±0.76	1.66 (1.00-4.00)	U=725.500 p=0.551
Var	49	1.63±0.77	1.33 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	2.37±1.20	2.16 (1.00-4.00)	KW=5.709 p=0.222
Lise	21	1.53±0.72	1.00 (1.00-3.67)	
Ön lisans	15	1.48±0.75	1.00 (1.00-3.67)	
Lisans	29	1.70±0.66	1.66 (1.00-3.00)	
Lisansüstü	8	1.50±0.39	1.50 (1.00-2.00)	

<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	49	1.74±0.86	1.66 (1.00-4.00)	U=738.000
Çalışmıyor	32	1.55±0.57	1.66 (1.00-3.00)	p=0.639
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	1.63±0.83	1.00 (1.00-4.00)	U=721.000
İyi	39	1.70±0.69	1.66 (1.00-4.00)	p=0.329

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Tablo 6’da İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması görülmektedir. ‘İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi’ alt ölçeği puan ortalamalarının 30-39 yaş arasında, erkek, bekar, çocuk sahibi olmayan, ilköğretim mezunu, herhangi bir işte çalışan ve ekonomik durumu iyi düzeyde olan hasta yakınlarında daha yüksek olduğu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 6.6.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	1.88±1.11	1.50 (1.00-4.00)	U=386.500 p=0.700
Yok	69	1.62±0.69	1.66 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	1.62±0.58	1.66 (1.00-3.00)	KW=4.054 p=0.399
Baba	17	1.94±0.95	2.00 (1.00-4.00)	
Kardeş	14	1.69±0.82	1.66 (1.00-3.67)	
Eş/çocuk	9	1.37±0.67	1.00 (1.00-3.00)	
Diğer	25	1.60±0.73	1.33 (1.00-3.67)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	1.67±0.73	1.66 (1.00-4.00)	U=777.500 p=0.672
Hayır	40	1.65±0.80	1.66 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	1.64±0.73	1.66 (1.00-4.00)	U=802.000 p=0.881
Hayır	43	1.68±0.80	1.66 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	1.71±0.71	1.66 (1.00-3.67)	U=711.000 p=0.345
Hayır	46	1.63±0.81	1.66 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını</b>				

<b>düşünme durumu</b>				
Evet	47	1.70±0.83	1.66 (1.00-4.00)	KW=0.680 p=0.712
Hayır	27	1.65±0.68	1.66 (1.00-3.67)	
Bilmiyorum	7	1.42±0.65	1.00 (1.00-2.67)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Kronik hastalığı bulunmayan, hastanın eşi ya da çocuğu olan, hastayla birlikte yaşamayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahsetmemiş olan ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunup bulunmayacağına ilişkin düşüncesi olmayan hasta yakınlarında ‘İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi’ alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.7.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Ölümden Sonra Cezalandırılma” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	Ölümden Sonra Cezalandırılma		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	2.23±1.01	2.20 (1.00-3.80)	KW=4.231 p=0.238
30-39 yaş	23	2.42±0.93	2.80 (1.00-4.00)	
40-49 yaş	18	2.72±1.07	3.20 (1.00-4.00)	
50-59 yaş	27	2.07±1.14	1.70 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	2.27±1.03	2.20 (1.00-4.00)	U=741.500 p=0.600
Erkek	37	2.42±1.10	2.40 (1.00-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	2.46±1.07	2.40 (1.00-4.00)	KW=2.893 p=0.235
Bekar	26	2.27±1.05	2.20 (1.00-4.00)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	1.80±0.89	1.20 (1.00-3.00)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	2.25±1.01	2.30 (1.00-4.00)	U=686.500 p=0.421
Var	49	2.41±1.09	2.404(1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu**</b>				
İlköğretim	8	3.45±0.97 <sup>a</sup>	3.90 (1.20-4.00)	KW=9.966 p=0.041
Lise	21	2.22±1.08 <sup>b</sup>	1.80 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	2.17±1.05 <sup>b</sup>	2.20 (1.00-3.80)	
Lisans	29	2.25±0.97 <sup>b</sup>	2.30 (1.00-4.00)	
Lisansüstü	8	2.20±0.99 <sup>b</sup>	2.40 (1.00-3.20)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	49	2.35±1.07	2.40 (1.00-4.00)	U=756.500

Çalışmıyor	32	2.32±1.06	2.20 (1.00-4.00)	p=0.976
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	2.25±1.07	2.00 (1.00-4.00)	U=711.500
İyi	39	2.44±1.05	2.40 (1.00-4.00)	p=0.394

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

\*\* a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Ölümden Sonra Cezalandırılma” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 7’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; 50-59 yaş arasında, kadın, eşi ölmüş-boşanmış, çocuk sahibi olmayan, herhangi bir işte çalışmayan, ekonomik durumu orta düzeyde olan, kronik hastalığı bulunmayan, hastanın annesi olan, hastayla birlikte yaşayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunan, hastası daha önce kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahseden ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunup bulunmayacağına ilişkin düşüncesi olmayan hasta yakınlarında ‘Ölümden Sonra Cezalandırılma’ alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (p>0.059)

Tablo 6.7.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Ölümden Sonra Cezalandırılma” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)  
(Devamı)

Özellikler	N	Ölümden Sonra Cezalandırılma		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	2.70±0.93	2.80 (1.20-4.00)	U=287.000 p=0.194
Yok	69	2.28±1.07	2.20 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	2.18±1.02	2.10 (1.00-3.60)	KW=2.050 p=0.726
Baba	17	2.64±1.21	2.80 (1.00-4.00)	
Kardeş	14	2.28±1.05	2.20 (1.00-4.00)	
Eş/çocuk	9	2.25±1.07	2.00 (1.20-3.80)	
Diğer	25	2.31±1.01	2.40 (1.00-4.00)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	2.29±1.03	2.20 (1.00-4.00)	U=753.000 p=0.649
Hayır	40	2.40±1.09	2.40 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	2.24±1.10	2.40 (1.00-4.00)	U=695.500 p=0.332
Hayır	43	2.43±1.02	2.40 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	2.12±1.03	2.10 (1.00-4.00)	U=608.500 p=0.090
Hayır	46	2.50±1.06	2.40 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünme durumu</b>				



Evet	47	2.29±1.09	2.30 (1.00-4.00)	KW=0.874 p=0.646
Hayır	27	2.48±1.07	2.80 (1.00-4.00)	
Bilmiyorum	7	2.17±0.78	2.00 (1.00-3.40)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin 'Ölümden Sonra Cezalandırılma' alt ölçeğinin puan ortalamalarının eğitim durumu ilköğretim mezunu olan hasta yakınlarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir (p=0.041).



Tablo 6.8.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş**</b>				
20-29 yaş	13	2.98±0.89 <sup>a</sup>	3.00 (1.50-4.00)	<b>KW=9.450</b> <b>p=0.024</b>
30-39 yaş	23	3.06±0.72 <sup>a</sup>	3.00 (1.25-4.00)	
40-49 yaş	18	3.41±0.36 <sup>ab</sup>	3.37 (3.00-4.00)	
50-59 yaş	27	3.54±0.65 <sup>b</sup>	3.75 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	3.27±0.73	3.50 (1.00-4.00)	U=787.000 p=0.934
Erkek	37	3.31±0.66	3.25 (1.50-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	3.35±0.71	3.50 (1.00-4.00)	KW=3.192 p=0.203
Bekar	26	3.26±0.61	3.25 (1.75-4.00)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	2.96±0.80	3.00 (1.25-3.75)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	3.16±0.69	3.25 (1.50-4.00)	U=605.000 p=0.121
Var	49	3.37±0.69	3.50 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	3.09±0.66	3.12 (1.75-4.00)	KW=2.674 p=0.614
Lise	21	3.41±0.70	3.75 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	3.28±0.81	3.50 (1.25-4.00)	
Lisans	29	3.30±0.69	3.25 (1.50-4.00)	
Lisansüstü	8	3.15±0.53	3.25 (2.00-3.75)	
<b>Çalışma durumu</b>				

Çalışıyor	49	3.33±0.65	3.50 (1.25-4.00)	U=704.500
Çalışmıyor	32	3.22±0.75	3.25 (1.00-4.00)	p=0.526
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	3.22±0.68	3.25 (1.50-4.00)	U=675.500
İyi	39	3.37±0.71	3.50 (1.00-4.00)	p=0.230

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

\*\* a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme” alt ölçeğinin puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılmasının verildiği Tablo 8 incelendiğinde; 20-29 ve 30-39 yaş arasındaki hasta yakınlarının puan ortalamalarının 40-49 ve 50-59 yaş arasındaki hasta yakınlarından daha düşük olduğu görülmektedir (p=0.024).

Tablo 6.8.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	3.29±0.78	3.50 (1.25-4.00)	U=366.500 p=0.854
Yok	69	3.29±0.68	3.25 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	3.40±0.64	3.37 (1.50-4.00)	KW=3.949 p=0.413
Baba	17	3.52±0.42	3.50 (2.75-4.00)	
Kardeş	14	3.10±0.91	3.25 (1.25-4.00)	
Eş/çocuk	9	3.44±0.39	3.50 (2.75-4.00)	
Diğer	25	3.10±0.79	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	3.35±0.54	3.25 (1.50-4.00)	U=792.500 p=0.945
Hayır	40	3.24±0.82	3.50 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	3.29±0.55	3.25 (1.75-4.00)	U=699.500 p=0.346
Hayır	43	3.29±0.80	3.50 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	3.22±0.62	3.25 (1.25-4.00)	U=646.000 p=0.163
Hayır	46	3.34±0.75	3.50 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını</b>				

<b>düşünme durumu</b>				
Evet	47	3.30±0.62	3.25 (1.50-4.00)	KW=0.600 p=0.741
Hayır	27	3.22±0.83	3.25 (1.00-4.00)	
Bilmiyorum	7	3.46±0.60	3.50 (2.25-4.00)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Erkek, evli, çocuk sahibi, lise mezunu, herhangi bir işte çalışan, ekonomik durumu iyi düzeyde, hastanın babası olan, hastayla birlikte yaşayan, hastası daha önce kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetmeyen ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunup bulunmayacağına ilişkin düşüncesi olmayan hasta yakınlarında ‘İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme’ alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.9.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Davranışını Saklama” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntihar Davranışını Saklama		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	2.11±0.99	2.00 (1.00-4.00)	KW=2.402 p=0.493
30-39 yaş	23	1.97±0.93	2.00 (1.00-4.00)	
40-49 yaş	18	2.33±1.04	2.00 (1.00-4.00)	
50-59 yaş	27	1.90±0.89	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	1.87±0.82	2.00 (1.00-4.00)	U=642.000 p=0.092
Erkek	37	2.27±1.05	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	2.07±0.98	2.00 (1.00-4.00)	KW=0.059 p=0.971
Bekar	26	2.05±0.96	2.00 (1.00-4.00)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	1.92±0.83	2.00 (1.00-3.00)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	2.01±0.98	2.00 (1.00-4.00)	U=745.500 p=0.701
Var	49	2.08±0.94	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	2.25±1.03	2.00 (1.00-4.00)	KW=1.039 p=0.904
Lise	21	2.07±0.99	2.00 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	2.20±1.08	2.00 (1.00-4.00)	
Lisans	29	1.93±0.91	2.00 (1.00-4.00)	
Lisansüstü	8	2.00±0.80	2.00 (1.00-3.00)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	49	2.18±1.02	2.00 (1.00-4.00)	U=649.000

Çalışmıyor	32	1.85±0.81	2.00 (1.00-4.00)	p=0.178
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	2.07±1.07	2.00 (1.00-4.00)	U=791.500
İyi	39	2.03±0.82	2.00 (1.00-4.00)	p=0.788

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Tablo 9’da İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Davranışını Saklama” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması yer almaktadır. ‘ İntihar Davranışını Saklama’ alt ölçeği puan ortalamalarının 50-59 yaş arasında, kadın, eşi ölmüş-boşanmış, çocuk sahibi olmayan, lisans mezunu, herhangi bir işte çalışmayan ve ekonomik durumu iyi düzeyde olan hasta yakınlarında daha düşük olduğu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 6.9.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Davranışını Saklama” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	İntihar Davranışını Saklama		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	2.08±0.99	2.00 (1.00-4.00)	U=408.000 p=0.934
Yok	69	2.05±0.95	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	2.18±0.98	2.00 (1.00-4.00)	KW=5.165 p=0.271
Baba	17	2.35±0.98	2.00 (1.00-4.00)	
Kardeş	14	1.89±0.81	2.00 (1.00-4.00)	
Eş/çocuk	9	2.27±1.20	2.00 (1.00-4.00)	
Diğer	25	1.78±0.87	1.50 (1.00-4.00)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	2.09±0.93	2.00 (1.00-4.00)	U=764.000 p=0.585
Hayır	40	2.01±0.98	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	2.15±0.99	2.00 (1.00-4.00)	U=718.000 p=0.333
Hayır	43	1.96±0.92	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	2.14±1.01	2.00 (1.00-4.00)	U=736.500 p=0.500
Hayır	46	1.98±0.90	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünme durumu</b>				
Evet	47	2.00±0.94	2.00 (1.00-4.00)	KW=0.725



Hayır	27	2.18±0.99	2.00 (1.00-4.00)	p=0.696
Bilmiyorum	7	1.92±0.88	2.00 (1.00-3.50)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Kronik hastalığı bulunan, hastanın babası olan, hastayla birlikte yaşayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahsetmemiş olan ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunup bulunmayacağına ilişkin düşüncesi olmayan hasta yakınlarında 'İntihar Davranışını Saklama' alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.10.1. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	1.84±0.65	2.00 (1.00-3.00)	KW=0.687 p=0.876
30-39 yaş	23	2.04±0.65	2.00 (1.00-3.50)	
40-49 yaş	18	1.91±0.54	1.75 (1.00-3.00)	
50-59 yaş	27	2.03±0.99	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	1.97±0.74	2.00 (1.00-4.00)	U=809.500 p=0.965
Erkek	37	1.98±0.79	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	1.79±0.74 <sup>a</sup>	1.50 (1.00-4.00)	KW=9.267 p=0.010
Bekar	26	2.25±0.72 <sup>b</sup>	2.00 (1.00-4.00)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	2.28±0.69 <sup>b</sup>	2.50 (1.50-3.50)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	2.09±0.67	2.00 (1.00-4.00)	U=634.000 p=0.139
Var	49	1.90±0.81	1.50 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	1.75±0.88	1.50 (1.00-3.50)	KW=2.270 p=0.686
Lise	21	1.92±0.85	2.00 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	2.00±0.90	2.00 (1.00-4.00)	
Lisans	29	2.06±0.67	2.00 (1.00-4.00)	
Lisansüstü	8	2.00±0.46	2.00 (1.50-2.50)	
<b>Çalışma durumu</b>				

Çalışıyor	49	2.09±0.71	2.00 (1.00-4.00)	<b>U=577.500</b> <b>p=0.041</b>
Çalışmıyor	32	1.81±0.81	1.50 (1.00-4.00)	
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	1.91±0.83	1.50 (1.00-4.00)	U=690.500 p=0.214
İyi	39	2.05±0.68	2.00 (1.00-4.00)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

\*\* a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 10’da verilmiştir. “İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması” alt ölçeği puan ortalamalarının 20-29 yaş arasında, kadın, çocuk sahibi, ilköğretim mezunu, ekonomik durumu orta düzeyde, hastanın annesi olan, hastayla birlikte yaşayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunmayan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahseden ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunmayacağını düşünen hasta yakınlarında daha düşük olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 6.10.2. İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	2.45±0.94	2.25 (1.50-4.00)	U=272.000 p=0.045
Yok	69	1.89±0.70	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	1.71±0.44	1.50 (1.00-2.50)	KW=4.443 p=0.349
Baba	17	2.05±0.80	2.00 (1.00-4.00)	
Kardeş	14	1.89±0.85	2.00 (1.00-4.00)	
Eş/çocuk	9	2.38±0.89	2.50 (1.00-4.00)	
Diğer	25	2.00±0.77	2.00 (1.00-3.50)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	1.87±0.73	1.50 (1.00-4.00)	U=685.000 p=0.192
Hayır	40	2.08±0.78	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	2.03±0.87	2.00 (1.00-4.00)	U=788.000 p=0.779
Hayır	43	1.93±0.65	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	1.91±0.73	2.00 (1.00-4.00)	U=726.000 p=0.441
Hayır	46	2.03±0.79	2.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını</b>				

<b>düşünme durumu</b>				
Evet	47	2.01±0.80	2.00 (1.00-4.00)	KW=1.074 p=0.585
Hayır	27	1.88±0.75	2.00 (1.00-4.00)	
Bilmiyorum	7	2.14±0.55	2.00 (1.50-3.00)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Evli olan, herhangi bir işte çalışmayan ve kronik hastalığı bulunmayan hasta yakınlarının 'İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması' alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; p=0.010, p=0.041, p=0.045)



Tablo 6.11.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Sosyal Kabul Görme” Alt ölçeğii Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	Sosyal Kabul Görme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş**</b>				
20-29 yaş	13	2.94±0.83 <sup>a</sup>	3.00 (1.00-4.00)	<b>KW=11.876</b> <b>p=0.008</b>
30-39 yaş	23	3.44±1.29 <sup>ab</sup>	3.16 (1.67-8.50)	
40-49 yaş	18	3.77±0.35 <sup>b</sup>	4.00 (2.83-4.00)	
50-59 yaş	27	3.43±0.69 <sup>b</sup>	3.66 (1.33-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	3.50±1.00	3.50 (1.33-8.50)	U=813.000 p=0.992
Erkek	37	3.36±0.76	3.66 (1.00-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	3.55±1.03	3.83 (1.00-8.50)	KW=3.479 p=0.176
Bekar	26	3.24±0.66	3.33 (1.67-4.00)	
Eşii ölmüş-boşanmış	7	3.35 ±0.49	3.16 (2.83-4.00)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	3.37±1.14	3.33 (1.67-8.50)	U=604.000 p=0.075
Var	49	3.47±0.70	3.83 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	3.60±0.73	4.00 (2.33-4.00)	KW=4.565 p=0.335
Lise	21	3.45±0.75	3.66 (1.33-4.00)	
Ön lisans	15	3.18±0.89	3.16 (1.00-4.00)	
Lisans	29	3.58±1.09	3.50 (2.33-8.50)	
Lisansüstü	8	3.14±0.59	3.16 (2.00-4.00)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	49	3.48±0.96	3.50 (1.67-8.50)	U=781.500

Çalışmıyor	32	3.36±0.79	3.75 (1.00-4.00)	p=0.980
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	3.55±1.02	3.83 (1.00-8.50)	U=744.000
İyi	39	3.30±0.73	3.50 (1.33-4.00)	p=0.467

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

\*\* a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Sosyal Kabul Görme” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 11’de görülmektedir. ‘Sosyal Kabul Görme’ alt ölçeği puan ortalamalarının; kadın, evli, çocuk sahibi, ilköğretim mezunu, herhangi bir işte çalışan ve ekonomik durumu orta düzeyde, kronik hastalığı bulunan, hastanın babası olan, hastayla birlikte yaşamayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunmayan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahsetmiş olan ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunup bulunmayacağına ilişkin düşüncesi olmayan hasta yakınlarında daha yüksek olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.11.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Sosyal Kabul Görme” Alt ölçeğiy Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	Sosyal Kabul Görme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	3.51±0.60	3.75 (2.33-4.00)	U=362.500 p=0.483
Yok	69	3.42±0.94	3.50 (1.00-8.50)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	3.41±0.70	3.83 (2.00-4.00)	KW=3.048 p=0.550
Baba	17	3.63±0.49	4.00 (2.50-4.00)	
Kardeş	14	3.27±0.84	3.50 (1.00-4.00)	
Eş/çocuk	9	3.31±0.69	3.16 (2.33-4.00)	
Diğer	25	3.44±1.27	3.33 (1.33-8.50)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	3.39±0.58	3.33 (1.67-4.00)	U=755.500 p=0.532
Hayır	40	3.47±1.14	3.75 (1.00-8.50)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	3.40±0.67	3.66 (1.67-4.00)	U=814.000 p=0.977
Hayır	43	3.46±1.06	3.50 (1.00-8.50)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	3.56±1.07	3.66 (1.67-8.50)	U=741.500 p=0.535
Hayır	46	3.33±0.73	3.50 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünme durumu</b>				



Evet	47	3.38±0.74	3.66 (1.00-4.00)	KW=0.168 p=0.919
Hayır	27	3.35±0.66	3.50 (1.33-4.00)	
Bilmiyorum	7	4.09±1.89	3.50 (2.33-8.50)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Yaş değişkenine göre incelendiğinde; 20-29 yaş arasında olan hasta yakınlarının 40-49 ve 50-59 yaş arasında olan hasta yakınlarına göre 'Sosyal Kabul Görme' alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla; p=0.008).



Tablo 6.12.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	1.86±0.80	1.40 (1.00-3.20)	KW=0.806 p=0.848
30-39 yaş	23	1.80±0.60	1.60 (1.00-3.40)	
40-49 yaş	18	1.80±0.89	1.60 (1.00-4.00)	
50-59 yaş	27	1.92±0.73	1.80 (1.00-3.20)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	1.87±0.77	1.60 (1.00-4.00)	U=785.000 p=0.782
Erkek	37	1.82±0.70	1.60 (1.00-3.40)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	1.87±0.76	1.60 (1.00-4.00)	KW=0.078 p=0.962
Bekar	26	1.83±0.75	1.60 (1.00-3.40)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	1.77±0.52	1.80 (1.00-2.60)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	1.78±0.67	1.60 (1.00-3.40)	U=729.000 p=0.593
Var	49	1.89±0.78	1.60 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	2.52±0.77 <sup>a</sup>	2.40 (1.00-4.00)	KW=15.248 p=0.004
Lise	21	2.23±0.91 <sup>a</sup>	2.00 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	1.65±0.69 <sup>b</sup>	1.60 (1.00-3.00)	
Lisans	29	1.54±0.36 <sup>b</sup>	1.60 (1.00-2.20)	
Lisansüstü	8	1.65±0.47 <sup>b</sup>	1.50 (1.20-2.60)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	49	1.77±0.62	1.60 (1.00-3.40)	U=723.000

Çalışmıyor	32	1.96±0.88	1.70 (1.00-4.00)	p=0.553
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	1.86±0.65	1.80 (1.00-3.20)	U=738.000
İyi	39	1.84±0.82	1.60 (1.00-4.00)	p=0.441

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

\*\* a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 12’de yer almaktadır. ‘İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması’ alt ölçeği puan ortalamalarının 50-59 yaş arasında, kadın, evli, çocuk sahibi olan, herhangi bir işte çalışmayan ve ekonomik durumu orta düzeyde olan hasta yakınlarında daha yüksek olduğu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 6.12.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)  
(Devamı)

Özellikler	N	İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	1.81±0.48	2.00 (1.00-2.40)	U=375.000 p=0.602
Yok	69	1.85±0.77	1.60 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	1.67±0.71	1.60 (1.00-4.00)	KW=2.158 p=0.707
Baba	17	1.87±0.82	1.60 (1.00-4.00)	
Kardeş	14	1.77±0.55	1.80 (1.00-3.00)	
Eş/çocuk	9	2.02±0.69	1.80 (1.00-3.20)	
Diğer	25	1.93±0.81	1.60 (1.00-3.40)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	1.82±0.74	1.60 (1.00-4.00)	U=770.500 p=0.638
Hayır	40	1.88±0.73	1.60 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	1.75±0.77	1.60 (1.00-4.00)	U=644.500 p=0.100
Hayır	43	1.93±0.70	1.80 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	1.80±0.78	1.60 (1.00-4.00)	U=713.000 p=0.377
Hayır	46	1.89±0.71	1.70 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını</b>				

<b>düşünme durumu</b>				
Evet	47	1.90±0.77	1.60 (1.00-4.00)	KW=2.693 p=0.260
Hayır	27	1.86±0.71	1.60 (1.00-4.00)	
Bilmiyorum	7	1.42±0.39	1.40 (1.00-2.20)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Kronik hastalığı bulunan, hastanın annesi olan, hastayla birlikte yaşayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahsetmiş olan ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunmayacağını düşünen hasta yakınlarında 'İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması' alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre 'İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması' alt ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; ilköğretim ve lise mezunlarının puan ortalamalarının önlisans, lisans ve lisansüstü mezunu olan hasta yakınlarının puan ortalamalarından daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir ( $p=0.004$ ).

Tablo 6.13.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	3.55±0.56 <sup>a</sup>	3.80 (2.20-4.00)	<b>KW=9.537</b> <b>p=0.023</b>
30-39 yaş	23	3.52±0.51 <sup>a</sup>	3.80 (2.60-4.00)	
40-49 yaş	18	3.90±0.21 <sup>b</sup>	4.00 (3.20-4.00)	
50-59 yaş	27	3.70±0.61 <sup>b</sup>	4.00 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	3.70±0.56	4.00 (1.00-4.00)	U=661.500 p=0.120
Erkek	37	3.62±0.46	3.80 (2.20-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	3.68±0.56	4.00 (1.00-4.00)	KW=2.358 p=0.308
Bekar	26	3.58±0.49	3.80 (2.60-4.00)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	3.88±0.15	4.00 (3.60-4.00)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	3.62±0.45	3.80 (2.60-4.00)	U=647.000 p=0.156
Var	49	3.70±0.56	4.00 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	3.75±0.41	4.00 (3.00-4.00)	KW=3.477 p=0.481
Lise	21	3.64±0.74	4.00 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	3.69±0.51	4.00 (2.20-4.00)	
Lisans	29	3.63±0.40	3.80 (2.60-4.00)	
Lisansüstü	8	3.75±0.35	3.90 (3.20-4.00)	
<b>Çalışma durumu</b>				

Çalışıyor	49	3.67±0.43	3.80 (2.60-4.00)	U=735.000
Çalışmıyor	32	3.66±0.64	4.00 (1.00-4.00)	p=0.611
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	3.64±0.48	3.80 (2.20-4.00)	U=725.000
İyi	39	3.70±0.56	4.00 (1.00-4.00)	p=0.339

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

\*\* a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Tablo 13’de İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması verilmiştir. ‘İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme’ alt ölçeği puan ortalamalarının yaş ortalaması 20-29 ve 30-39 yaş arasında olan hasta yakınlarında daha düşük ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (p=0.023). Erkek, bekar, çocuk sahibi olmayan, lisans mezunu, herhangi bir işte çalışmayan ve ekonomik durumu orta düzeyde olan hasta yakınlarında ‘İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme’ alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 6.13.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	3.73±0.47	4.00 (2.60-4.00)	U=353.500 p=0.387
Yok	69	3.66±0.53	3.80 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	3.63±0.42	3.70 (2.60-4.00)	KW=1.933 p=0.748
Baba	17	3.75±0.39	4.00 (3.00-4.00)	
Kardeş	14	3.72±0.47	3.80 (2.20-4.00)	
Eş/çocuk	9	3.84±0.21	4.00 (3.40-4.00)	
Diğer	25	3.54±0.72	3.80 (1.00-4.00)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	3.74±0.37	4.00 (2.60-4.00)	U=759.500 p=0.539
Hayır	40	3.59±0.63	3.90 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	3.62±0.48	3.80 (2.60-4.00)	U=717.500 p=0.311
Hayır	43	3.71±0.55	4.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	3.69±0.43	3.80 (2.60-4.00)	U=786.500 p=0.849
Hayır	46	3.65±0.58	4.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını</b>				



<b>düşünme durumu</b>				
Evet	47	3.62±0.50	4.00 (2.20-4.00)	KW=0.463 p=0.793
Hayır	27	3.71±0.59	3.80 (1.00-4.00)	
Bilmiyorum	7	3.77±0.33	4.00 (3.20-4.00)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Kronik hastalığı bulunan, hastanın eşi ya da çocuğu olan, hastayla birlikte yaşayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunmayan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahsetmiş olan ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunup bulunmayacağına ilişkin düşüncesi olmayan hasta yakınlarında 'İntihar Eden Kişiyi İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme' alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 6.14.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişiyeye İle İntihar Üzerine Tartışma” Alt ölçeğiyeye Puanlarının Bazı Özelliklere Göreye Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntihar Eden Kişiyeye İle İntihar Üzerine Tartışma		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	2.30±0.72	2.00 (1.00-3.50)	KW=2.700 p=0.440
30-39 yaş	23	2.65±0.77	2.50 (1.00-4.00)	
40-49 yaş	18	2.75±1.01	2.50 (1.00-4.00)	
50-59 yaş	27	2.83±1.10	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	2.68±0.92	2.50 (1.00-4.00)	U=799.500 p=0.889
Erkek	37	2.67±0.97	2.50 (1.00-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	2.79±1.05	2.50 (1.00-4.00)	KW=2.972 p=0.226
Bekar	26	2.40±0.73	2.50 (1.00-4.00)	
Eşiyeye ölmüş-boşanmış	7	2.92±0.67	3.00 (2.00-4.00)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	2.53±0.77	2.50 (1.00-4.00)	U=683.000 p=0.321
Var	49	2.77±1.03	2.50 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	3.50±0.65 <sup>a</sup>	3.75 (2.50-4.00)	KW=9.267 p=0.045
Lise	21	2.73±1.10 <sup>b</sup>	2.50 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	2.73±0.96 <sup>b</sup>	2.50 (1.00-4.00)	
Lisans	29	2.37±0.85 <sup>b</sup>	2.00 (1.00-4.00)	
Lisansüstü	8	2.68±0.59 <sup>b</sup>	2.50 (2.00-3.50)	
<b>Çalışma durumu</b>				

Çalışıyor	49	2.68±0.92	2.50 (1.00-4.00)	U=767.000
Çalışmıyor	32	2.67±0.98	2.50 (1.00-4.00)	p=0.867
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	2.80±0.94	2.50 (1.00-4.00)	U=692.000
İyi	39	2.53±0.92	2.50 (1.00-4.00)	p=0.222

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

\*\* a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Tablo 14’de verilen İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişi ile İntihar Üzerine Tartışma” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması incelendiğinde; ilköğretim mezunu olan hasta yakınlarının puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir (p=0.045). ‘İntihar Eden Kişi ile İntihar Üzerine Tartışma’ alt ölçeği puan ortalamalarının 20-29 yaş arasında, erkek, bekar, çocuk sahibi olmayan, herhangi bir işte çalışmayan ve ekonomik durumu iyi düzeyde olan hasta yakınlarında ‘İntihar Eden Kişi ile İntihar Üzerine Tartışma’ alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 6.14.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntihar Eden Kişi ile İntihar Üzerine Tartışma” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	İntihar Eden Kişi ile İntihar Üzerine Tartışma		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	2.95±0.91	3.00 (1.00-4.00)	U=323.000
Yok	69	2.63±0.94	2.50 (1.00-4.00)	p=0.219
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	2.37±0.78	2.00 (1.50-4.00)	KW=3.868 p=0.424
Baba	17	2.52±1.05	2.50 (1.00-4.00)	
Kardeş	14	2.82±1.10	2.75 (1.00-4.00)	
Eş/çocuk	9	2.77±0.83	2.50 (1.50-4.00)	
Diğer	25	2.86±0.90	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	2.60±0.99	2.50 (1.00-4.00)	U=740.000
Hayır	40	2.75±0.89	2.50 (1.00-4.00)	p=0.442
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	2.61±0.98	2.50 (1.00-4.00)	U=760.000
Hayır	43	2.73±0.91	2.50 (1.00-4.00)	p=0.584
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	2.52±0.84	2.50 (1.00-4.00)	U=673.500
Hayır	46	2.79±0.99	2.50 (1.00-4.00)	p=0.203
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını</b>				

<b>düşünme durumu</b>				
Evet	47	2.65±0.92	2.50 (1.00-4.00)	KW=2.262 p=0.323
Hayır	27	2.83±0.96	3.00 (1.50-4.00)	
Bilmiyorum	7	2.21±0.95	2.00 (1.00-4.00)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin ‘İntihar Eden Kişiyeye ile İntihar Üzerine Tartışma’ puan ortalamalarının kronik hastalığı bulunmayan, hastanın annesi olan, hastayla birlikte yaşayan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahsetmiş olan ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunup bulunmayacağına ilişkin düşüncesi olmayan hasta yakınlarında daha düşük olduğu saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 6.15.1. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81)

Özellikler	N	İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Yaş</b>				
20-29 yaş	13	2.76±1.11	3.00 (1.00-4.00)	KW=2.314 p=0.510
30-39 yaş	23	2.58±1.07	2.50 (1.00-4.00)	
40-49 yaş	18	2.94±1.16	3.25 (1.00-4.00)	
50-59 yaş	27	2.46±1.07	2.50 (1.00-4.00)	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	44	2.47±1.09	2.50 (1.00-4.00)	U=651.500 p=0.117
Erkek	37	2.86±1.06	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	48	2.66±1.12	3.00 (1.00-4.00)	KW=0.106 p=0.949
Bekar	26	2.65±1.18	2.50 (1.00-4.00)	
Eşi ölmüş-boşanmış	7	2.57±0.44	2.50 (2.00-3.00)	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Yok	32	2.65±1.14	3.00 (1.00-4.00)	U=781.000 p=0.976
Var	49	2.65±1.07	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim	8	3.31±0.53	3.25 (2.50-4.00)	KW=4.844 p=0.304
Lise	21	2.50±1.34	2.50 (1.00-4.00)	
Ön lisans	15	2.83±1.06	3.00 (1.00-4.00)	
Lisans	29	2.62±1.07	3.00 (1.00-4.00)	
Lisansüstü	8	2.18±0.70	2.00 (1.00-3.50)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışıyor	49	2.70±1.05	3.00 (1.00-4.00)	U=736.500

Çalışmıyor	32	2.57±1.17	2.75 (1.00-4.00)	p=0.641
<b>Ekonomik durum</b>				
Orta	42	2.78±1.15	3.00 (1.00-4.00)	U=695.500
İyi	39	2.51±1.01	2.50 (1.00-4.00)	p=0.235

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme” alt ölçeği puanlarının bazı özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 15’de verilmiştir. ‘İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme’ alt ölçeği puan ortalamalarının 30-39 arasında, kadın, eşi ölmüş-boşanmış, çocuk sahibi olan, lisansüstü eğitim almış, herhangi bir işte çalışmayan ve ekonomik durumu iyi düzeyde olan hasta yakınlarında daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.15.2. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme” Alt ölçeği Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=81) (Devamı)

Özellikler	N	İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Var	12	2.75±1.01	2.75 (1.00-4.00)	U=392.500 p=0.771
Yok	69	2.63±1.11	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	16	3.00±1.14	3.25 (1.00-4.00)	KW=3.362 p=0.499
Baba	17	2.50±1.07	2.50 (1.00-4.00)	
Kardeş	14	2.78±1.10	3.00 (1.00-4.00)	
Eş/çocuk	9	2.72±1.14	3.00 (1.00-4.00)	
Diğer	25	2.44±1.07	2.50 (1.00-4.00)	
<b>Hasta ile birlikte yaşama durumu</b>				
Evet	41	2.34±1.00	2.50 (1.00-4.00)	U=541.500 p=0.007
Hayır	40	2.97±1.10	3.25 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu</b>				
Evet	38	2.52±1.01	2.50 (1.00-4.00)	U=718.500 p=0.343
Hayır	43	2.76±1.15	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşüncesinden bahsetme durumu (n=80)</b>				
Evet	34	2.71±1.10	3.00 (1.00-4.00)	U=756.500 p=0.638
Hayır	46	2.60±1.09	3.00 (1.00-4.00)	
<b>Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünme durumu</b>				
Evet	47	2.68±1.06	2.50 (1.00-4.00)	KW=0.313



Hayır	27	2.66±1.13	3.00 (1.00-4.00)	p=0.855
Bilmiyorum	7	2.42±1.30	2.50 (1.00-4.00)	

\* Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Kronik hastalığı bulunan, hastanın annesi olan, hastası daha önce intihar girişiminde bulunmayan, hastası daha önce kendine zarar verme düşüncesinden bahsetmiş olan ve hastasının tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünen hasta yakınlarında 'İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme' alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).



Tablo 6.16. ‘İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar’ ile ‘İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar’ ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçekler		İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar					
		İntiharın kabul edilebilirliği	İntiharın ruhsal bir hastalığa işaret etmesi	Ölümden sonra cezalandırılma	İntihara sebep olan sorunlarla ilgili iletişime geçme	İntihar davranışını saktama	İntihar hakkında açıkça tartışma ve intiharın konuşulması
İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar	Sosyal kabul görme	r=-0.162 p=0.149	r=0.149 p=0.185	r=0.258* p=0.021	r=0.231* p=0.039	r=-0.060 p=0.595	r=-0.003 p=0.978
	İntiharla ilgili kendini açmanın onaylanmaması	r=0.002 p=0.986	r=0.094 p=0.405	r=-0.001 p=0.995	r=0.035 p=0.757	r=0.037 p=0.741	r=0.106 p=0.348
	İntihar eden kişiyi intiharın olumsuz olduğuna ikna etme	r=-0.408** p=0.000	r=0.013 p=0.906	r=0.192 p=0.088	r=0.251* p=0.025	r=-0.038 p=0.738	r=-0.124 p=0.269
	İntihar eden kişi ile intihar üzerine tartışma	r=-0.289** p=0.009	r=0.043 p=0.701	r=0.186 p=0.099	r=0.202 p=0.072	r=-0.035 p=0.760	r=0.074 p=0.509
	İntiharla ilgili duygusal tepki verme	r=-0.033 p=0.773	r=0.248* p=0.026	r=0.337** p=0.002	r=0.111 p=0.329	r=0.026 p=0.820	r=0.025 p=0.827

\*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ile İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 16’da yer almaktadır. İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği ‘Sosyal Kabul Görme’ alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği ‘Ölümden Sonra Cezalandırılma’ ve ‘İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme’ alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; p=0.021, p=0.039). İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği ‘İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme’ alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği ‘İntiharın Kabul Edilebilirliği’ alt ölçeği arasında negatif

yönde düşük düzeyde, 'İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme' alt ölçeği arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0.000$ ,  $p=0.025$ ). İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntihar Eden Kişi İle İntihar Üzerine Tartışma' alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntiharın Kabul Edilebilirliği' alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir ( $p=0.009$ ). İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme' alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi' alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve 'Ölümden Sonra Cezalandırılma' alt ölçeği arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0.026$ ,  $p=0.002$ ).



## 7. TARTIŞMA

Bu bölümde intihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarının intihara yönelik tutumlarının incelenmesine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmada hasta yakınlarının İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin alt ölçeklerinden elde ettikleri puan ortalamalarının onların kişisel özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır.

İntihara Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Kabul Edilebilirliği” alt ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları incelendiğinde, kişisel özelliklerine göre hasta yakınlarının bu alt ölçekten elde etmiş oldukları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenmiştir.

Araştırmada “intiharın kabul edilebilirliği” konusunda her ne kadar hasta yakınlarının görüşleri alınmış olsa da, ilgili alan çalışmalarının hastalar üzerinden yürütülmesi nedeniyle hasta yakınlarından elde edilen bulguların hastalardan elde edilen diğer araştırma bulgularıyla birlikte tartışılması yararlı olacaktır. Bu konuda Yavuz’un (2013) Benlik Kurguları, İntihar ve İntihara Yönelik Tutumlar çalışmasındaki bulgular destekleyici özelliktedir. Çalışmada, intiharın kabul edilebilirliği konusunun cinsiyet bağlamında ele alındığı bölümde, erkeklerin intiharın kabul edilebilirliği ile ilgili puanlarının, kadınların intiharın kabul edilebilirliği ile ilgili puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (138). Eskin (1995) tarafından yapılan bir diğer araştırmada da, lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada Türk ve İsveçli lise öğrencilerinin intihara karşı tutumlar ve intihar girişiminde bulunan akranlarına karşı tutumlarını incelenmiştir. İsveçli gençlerin intihara karşı daha onaylayıcı tutumlarının olduğu, Türk gençlerin ise intihara karşı İsveçli akranlarına kıyasla daha yasaklayıcı bir tutum sergiledikleri bulunmuştur (139). Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Türk ve İsveçli öğrenciler arasında yapılan çalışmanın dini inanç farklılıkları nedeniyle bu şekilde sonuçlandığı düşünülmektedir.

Benzer durum, İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi” alt ölçeğinde de görülmektedir. Hasta yakınlarının bu alt ölçekten elde etmiş oldukları puan ortalamaları onların kişisel özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Yavuz’un (2013) araştırmasında da bu bulguyu destekleyecek nitelikte, “...erkeklerin intiharın ruhsal bir hastalığa işaret etmesi ile ilgili puanlarının, kadınların intiharın ruhsal bir hastalığa işaret etmesi ile ilgili puanlarından

anlamli olarak daha yuksek olduğu...” bulgusuna ulaşılmıştır (138). Çalışma sonucumuz literatürle paralellik göstermemektedir, bu durumun çalışmamızda örnekleme alınan birey sayısının azlığından kaynaklandığı düşünölmektedir.

İntihar ve İntihar Eden Kişiye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Ölümden Sonra Cezalandırılma” alt ölçeğinde ise; hasta yakınlarının puan ortalamaları onların kişisel özelliklerinden “yaş, cinsiyet, medeni durum, ocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, kronik hastalık durumu, yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşama durumu, hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu, hastanın kendine zarar vermeye ilişkin düşünesinden bahsetme durumu ve hastanın tekrar intihar girişiminde bulunacağını düşünme durumu” gibi kişisel özelliklerine göre hasta yakınlarının bu alt ölçekten elde etmiş oldukları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığı gözlenirken, diğer taraftan onların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı gözlenmiştir. ‘Ölümden Sonra Cezalandırılma’ alt ölçeğinden elde edilen puan ortalamalarının ilköğretim okulu mezunu olan hasta yakınları lehine diğer eğitim durumundakilere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İlkokul mezunu hasta yakınları intihar eden kişilere yönelik ölümden sonra cezalandırma konusuna daha fazla önem vermektedirler. Bu durum onların diğer eğitim seviyesindekilere göre dini inanç ve moral değerler bağlamında daha güçlü olduklarını düşündürmektedir. Yavuz’un (2013) “kadınların ölümden sonra cezalandırma ile ilgili puanları, erkeklerin ölümden sonra cezalandırma ile ilgili puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir” yönündeki bulgusu bu çalışmayı desteklemektedir (138). Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Diğer taraftan, her ne kadar toplumda bu konudaki yaygın kanaatle uyuyor görünse de bu bulgunun ileri araştırmalarla ve çoklu örnekleme desteklenmesi yararlı olacaktır.

“İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme” alt ölçeğinde hasta yakınlarının puan ortalamalarının onların kişisel özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmama durumu incelendiğinde, yaş değişkenine göre hasta yakınlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Anlamlı farklılığın 40-49 ve 50-59 yaş arasındaki hasta yakınları lehine olduğu görölmüştür. Diğer kişisel özelliklere ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkilere rastlanmamıştır. Hasta yakınları ile yapılan bu konudaki bir çalışmaya rastlanılmadığından çalışma bulgularımız literatür bilgisi ışığında tartışılmamıştır. 40 ve üzeri yaşlardaki hasta yakınları, intihar deneyimi yaşayan yakınlarıyla konuşmayı, onların sorunlarıyla ilgili iletişime geçmeyi daha

fazla önemsiyor görünmektedirler. Bu durum 40 ve üzeri yaşlardaki hasta yakınlarının görece uzun sayılabilecek bir sürede yaşamı deneyimliyor ve yaşamın kendisinin değerli olduğunu biliyor olmalarıyla açıklanabilir.

Ölçeğin, “İntihar Davranışını Saklama” alt ölçeğinde kişisel özelliklerine göre hasta yakınlarının puan ortalamaları arasındaki farkın hasta yakınlarının kişisel özelliklerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılığa yol açmadığı bulunmuştur.

Aynı ölçeğin, “İntihar Hakkında Açıkça Tartışma ve İntiharın Konuşulması” alt ölçeğinde hasta yakınlarının puanları kişisel özellikleri bağlamında incelendiğinde, medeni durum, çalışma durumu ve kronik hastalığı bulunma durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Evli olan hasta yakınlarının evli olmayanlara göre, herhangi bir işte çalışmayanların çalışanlara göre ve kronik hastalığı bulunmayanların kronik hastalığı bulunanlar lehine çıktığı gözlenmiştir. Beklenenin aksine evli olmayanların evli olanlara göre intihar konusunda konuşmaya açık olmaları dikkat çekici bir bulgudur. Çalışanların ve kronik hastalığı olanların intihar konusunda konuşmaya daha fazla önem göstermeleri onların yaşamı daha değerli görmeleriyle ilişkilendirilebilir. Eskin’in (1995) “lise öğrencilerinin intihara karşı tutumlarını araştıran bir çalışmada kız öğrencilerin intiharın arkadaşlar arasında konuşulması gerektiğini daha çok düşündüğü, erkeklerin ise intihara eğilimli kişilerin ruhsal rahatsızlığı olduğuna ve öbür dünyada cezalandırılacağına daha çok inandığı...” yönündeki araştırma bulgusu bu çalışmayı destekler özelliktedir (139). Çalışma sonucumuz literatürle uyumludur.

Ersoy (2008) intihar konusunda yaptığı araştırmasında, evliliğin kadınlar için koruyucu, erkekler için ise intihar girişimini artıran bir değişken gibi görüldüğünü belirtmektedir (132). Çalışmamızda, bahsedilen araştırmadakiyle tutarlı olacak biçimde, evli olan hasta yakınlarının intihar konusunda konuşmaya daha az eğilimli oldukları, evli olmayanların ise intiharın tartışılması ve konuşulması konusunda daha açık tavır sergiledikleri gözlenmektedir. Yine aynı çalışmada; boşanmış ya da eşi ölmüş kişilerde bekar ve evlilere göre intiharların daha sık olduğunu söylemektedir (132). Bu bulgu her ne kadar çalışmamız ile tutarsız görünse de evli olmayanların intihar konusunda konuşmaya istekli olmalarının intihara eğilimin belirlenmesi noktasında önemli ipuçları vermektedir.

İntihar Eden Kişiye Karşı Tutumlar Ölçeğinin “Sosyal Kabul Görme” alt ölçeğinde hasta yakınlarının puan ortalamaları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmektedir. Farklılığın 20-29 yaş grubundaki hasta yakınları aleyhine olduğu görülmüştür.

Aynı alt ölçekte hasta yakınlarının diğer kişisel özelliklerine göre almış oldukları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar gözlenmemiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınları arasındaki en genç yaş grubunu oluşturan 20’li yaş kuşağının sosyal kabul görme konusunda diğer yaş gruplarındaki hasta yakınlarına göre daha düşük puanlar almalarını onların yaş özelliklerine göre açıklamak güçtür. Bu konuda yapılacak destekleyici araştırmalar gençlerin, bilinenin aksine sosyal kabul görme konusunu intihar eden kişilerle ilişkilendirmede neden daha az önemli gördüklerini ortaya çıkaracaktır. Bu bulguyu destekleyecek literatür bilgisine erişilememiştir.

Ölçeğin “İntiharla İlgili Kendini Açmanın Onaylanmaması” alt ölçeğinde hasta yakınlarının elde ettiği puan ortalamalarının istatistiksel olarak eğitim durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı gözlenirken, diğer değişkenlerde anlamlı düzeyde farklılıklar gözlenmemiştir. Hasta yakınlarının puan ortalamaları arasındaki fark ilköğretim ve lise mezunları lehinedir. İlköğretim ve lise mezunu hasta yakınlarının kişilerin intihar düşüncelerini ifade etmelerini onaylamaları normal bir durum olarak kabul edilmekle birlikte, üst eğitim düzeyindekilerden daha fazla puan almış olmaları, eğitim düzeyi arttıkça dinleme ve hoşgörü davranışlarının artacağı beklentisiyle uyumlu görünmemektedir. Bu konuda yapılacak ileri araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmada “İntihar Eden Kişiyi İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme” alt ölçeğinde hasta yakınlarının puan ortalamaları kişisel özelliklerine göre incelendiğinde yaş durumu değişkeninde puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu gözlenmiştir. Fark, 40-49 ve 50-59 yaş grubundaki hasta yakınları lehinedir. 40 ve üzeri yaş grubundaki kişilerin, geçmiş deneyimlerini dikkate alarak, yaşama daha fazla önem vermeleri ve bu nedenle intiharın olumsuz bir durum olduğuna ilişkin kişileri ikna etmeye daha fazla eğilimli oldukları söylenebilir. Özgüven ve diğerleri (2003) intihar girişimlerinin her zaman için ölüm amacıyla yapılmadığını; bunların önemli bir bölümü iletişim kurmayı, yardım istemeyi ve kişinin içinde bulunduğu ve memnun olmadığı koşulları değiştirmeyi hedeflediğini söylemektedir (13). Özgüven ve ark. (2003) yaptıkları başka bir çalışmada ulaştıkları bulgulardan hareketle intihara yönelten temel faktörler arasında kişiler arası iletişim sorunlarını ön plana çıkarmaktadırlar: “...araştırmada yer alan kişilerin özellikle kişilerarası sorunlardan yakındıklarını, dolayısıyla, risk grubundaki bireylerin kişiler arası ilişkilerini geliştirmeye ve karşılaştıkları problemleri etkin bir biçimde çözmeye ait yeni beceriler kazanmaları intiharın önlenmesinde etkili olacaktır. Ayrıca sağlık personelini ve riskli ergenlerin öğretmen ve ana-

babalarını intihara ilişkin ipuçlarını saptama, iletişim becerileri, umutsuzluk ve öfke gibi negatif duygularının yönetilmesi, kendi kendini kontrol, sözel ve fiziksel şiddet gibi yaklaşımların zararları gibi konularda eğitmek de kriz durumlarında intihar davranışını önleme açısından son derece yararlı olabilir.” Şeklinde ifade edilmiştir (46). Bu araştırmada ileri yaşlardaki hasta yakınlarının, intihara teşebbüs eden kişileri ikna etmeye, bu teşebbüsten vazgeçirmeye daha eğilimli oldukları görülmüştür. Bu bağlamda aile içindeki iletişim sorunlarının giderilmesinin intiharı engelleme konusunda etkili olacağı ve katılımcı hasta yakınlarının da bunun bilincinde olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu Özgüven ve diğerlerinin çalışma bulgusuyla ve ilgili literatür ile tutarlıdır. Yapılan çalışmalar araştırmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışmada “İntihar Eden Kişi ile İntihar Üzerine Tartışma” alt ölçeğinde kişisel özelliklerden eğitim durumu değişkenine göre hasta yakınlarının puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Gözlenen fark ilköğretim mezunu hasta yakınları lehinedir. Bu bulgu eğitim düzeyi arttıkça sorunlar üzerinde konuşma eğiliminin artacağına ilişkin önermelere ters düşmektedir ve üzerinde durulması önem arz etmektedir.

İntihar eden kişilere karşı hasta yakınlarının destekleyici yaklaşım sergilemesi intiharın nedenlerini ortaya çıkarmada önemlidir. Araştırmada kullanılan ölçeğin “intihara sebep olan konularla ilgili konuşma”, “intihar hakkında tartışma” ve “intiharın olumsuz olduğuna ikna etme” boyutları intihara teşebbüs eden kişiyi içinde bulunduğu durumdan çıkarmaya dönük çabaları içermektedir. Bu durum bireyin tekrar intihara teşebbüs etme olasılığını azaltmaktadır. Ersoy (2008) intihar konusunda hazırlamış olduğu yüksek lisans tezinde intihar girişiminde bulunan bireylerin tekrar girişimde bulunma olasılıklarının genel topluma göre daha fazla olduğunu söylemektedir. Çalışmasında; “Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların hemen hemen yarısının önceden psikiyatrik tedavi gördüğü ve yine bu olguların yaklaşık dörtte birinin daha önceden en az bir kez girişimde bulunmuş oldukları bildirilmiştir.” denmektedir (132). Bu durum intihara teşebbüs eden kişilere yönelik vazgeçirici tedbirlerin önemini ve bu konuda hasta yakınlarının alacağı tedbirlerin etkisini gündeme getirmektedir.

İntihar Eden Kişiye Karşı Tutumlar Ölçeğinin son alt ölçeği olan “İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme” alt ölçeğinde hasta yakınlarının puan ortalamaları arasında, kişisel özelliklerinde “hasta ile birlikte yaşama” değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlenmiştir. Farkın hasta ile birlikte yaşamayan hasta yakınları lehine



olduğu söylenebilir. Türkiye'nin kültürel kodları dikkate alındığında, hastaya yakın yaşam sürmeyen kişilerin gerek vicdani gerekse sosyal kaygılar nedeniyle kimi zaman olması gerekenden daha fazla oranda duygusal tepkiler verebildikleri düşünülmektedir. Bu durum yaşamın diğer alanlarında da görülebilmektedir. Bu bulgu literatür bilgisine ulaşamadığından tartışılmamıştır.

Hasta yakınlarının İntihara Karşı Tutumlar ile İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeklerinden elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki düzeyini belirlemek için yapılan Spearman Korelasyon Testine göre ölçeklerin şu alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkiler gözlenmiştir ( $p < .05$ ):

- İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'Sosyal Kabul Görme' alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'Ölümden Sonra Cezalandırılma' ve 'İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme' alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $r = .258$ ,  $r = .231$ ).
- İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntihar Eden Kişiyeye İntiharın Olumsuz Olduğuna İkna Etme' alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntiharın Kabul Edilebilirliği' alt ölçeği arasında negatif yönde düşük düzeyde, 'İntihara Sebep Olan Sorunlarla İlgili İletişime Geçme' alt ölçeği arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $r = .408$ ,  $r = .251$ ).
- İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntihar Eden Kişiyeye İntihar Üzerine Tartışma' alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntiharın Kabul Edilebilirliği' alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir ( $r = .289$ ).
- İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntiharla İlgili Duygusal Tepki Verme' alt ölçeği ile İntihar ve İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar ölçeği 'İntiharın Ruhsal Bir Hastalığa İşaret Etmesi' alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve 'Ölümden Sonra Cezalandırılma' alt ölçeği arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir (sırasıyla;  $r = .248$ ,  $r = .337$ ).

Araştırmada elde edilen bulgular bütün olarak değerlendirildiğinde, intihar girişiminde bulunan hastaların yakınlarının, İntihara Karşı Tutumlar ile İntihar Eden Kişiye Karşı Tutumlar leklerinden elde ettikleri puanların, onların kişiisel özelliklerine göre çeşitli değişkenler bağlamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Veri toplama araçlarıyla elde edilen bulguların kimi noktalarda yapılan çalışmalardaki bulgularla benzerlik göstermesi araştırmanın amacına ulaştığının ve literatür için katkı sunduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.



## 8. SONUÇLAR

İntihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarının intihara yönelik tutumlarının incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

- Hasta yakınları intihar ile ilgili olarak en çok intihara neden olan sorunlarla ilgili olarak iletişime geçme konusuna önem verirken, intiharın kabul edilebilirliğine en alt düzeyde onay vermektedirler.
- Hasta yakınları intihar eden kişiye karşı tutumları bağlamında ilgili alan yazınla uyumlu yaklaşımlar sergilemektedirler. Hasta yakınları bu konuda en fazla intihar eden kişiyi intihardan vazgeçirmeye eğilim gösterirken, intihar girişimine karşı duygusal tepki vermeyi en alt düzeyde önemsemektedirler.
- Hasta yakınları kişisel özellikleri ne olursa olsun intiharın kabul edilebilirliğini reddeden bir eğilim göstermektedirler.
- Benzer durum intiharın ruhsal bir hastalığa işaret etmesi konusunda görülmektedir. Hasta yakınlarının intiharın ruhsal bir hastalıkla ilişkilendirilmesini, kişisel özelliklerinden hareketle, uygun bulmadıkları söylenebilir.
- İlkokul mezunu olan hasta yakınları ölümden sonra cezalandırılma konusuna diğer eğitim seviyesindekilere göre daha fazla önem vermektedirler.
- 40-49 ve 50-59 yaş aralığındaki hasta yakınları intihara sebep olan sorunlarla ilgili olarak iletişime geçmeyi kendilerinden yaşça daha küçük olanlara göre daha önemli ve işlevsel görmektedirler.
- İntihar davranışını saklama konusunda hasta yakınları kişisel özellikleri ne olursa olsun benzer düşüncelere sahiptir.
- Evli olmayan, çalışan ve kronik hastalığı bulunan hasta yakınların, intihar hakkında açıkça tartışma ve intiharın konuşulması konusunda evlilere, çalışmayanlara ve kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla oranda açık görüşlü oldukları söylenebilir.
- 20-29 yaş grubundaki hasta yakınları intihar eden kişiler hakkında, sosyal kabul görme konusunu diğer yaş grubundakilere göre daha önemsiz düzeyde görmektedirler.
- İlköğretim ve lise mezunları intiharla ilgili kendini açmanın onaylanması konusunda diğer eğitim düzeyindekilere göre daha hoşgörülü yaklaşmaktadırlar.
- 40-49 ve 50-59 yaş grubundaki hasta yakınları intihar eden kişiyi intiharın olumsuz olduğuna ikna etme konusunu diğer yaş grubundaki hasta yakınlarına göre daha önemli buldukları söylenebilir.

- İlkokul mezunu hasta yakınları intihar eden kişi ile intihar konusunda konuşmayı diğer eğitim düzeyindekilere göre daha fazla önem vermektedirler.
- Hasta ile birlikte yaşamayan hasta yakınları intihar ile ilgili duygusal tepki vermeye daha eğilimlidirler.

Sonuç olarak; yakınları intihar eden hasta yakınlarının İntihara Karşı Tutumları ile İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlarına ilişkin görüşleri arasında kimi boyutlarda farklılaşma olduğuna yönelik bulgulardan hareketle, araştırmanın ilgili alan yazın için önemli sayılabilecek sonuçlara sahip olduğu ve yapılacak ilgili/ileri araştırmalara yol gösterici olabileceği söylenebilir.

Çalışma sonuçlarımıza göre;

- İntihara eğilimli kişiler ve yakınlarının eğilimlerini çeşitli açılardan inceleyecek, ev ve hastane ortamını gözlemleyen uzun süreli boylamsal araştırmalar yapılması alana katkı sunacaktır.
- İntihara eğilimli kişilerin yakınlarına yönelik eğitimler düzenlenmelidir.
- İntihar ve inanç, intihar ve moral değerler konusundaki ilişkiyi ortaya çıkaracak disiplinler arası ve çok disiplinli araştırmalar yürütülmesi yararlı olacaktır.
- İntihar hakkında konuşma konusunda eğitim düzeyinin etkisini inceleyen ileri araştırmalar yapılmalıdır.
- İntihar ve intihar eden kişilere yaklaşımlar konusunda farklı alanlardaki paydaşların olduğu ileri araştırmalar yapılarak, konunun çok boyutlu olarak ortaya konulması sağlanmalıdır.
- Çalışmamız hasta yakınları ile yapılmış olup literatürde bu konuya ilişkin genelde hastalarla yapılan çalışmalara erişilmiştir, hasta yakınları ile yapılan aynı konudaki bir çalışmaya rastlanılmadığından, bu konuda yapılacak ileri araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

## 9. KAYNAKÇA

1. Sayıl I. İntihar davranışı, kriz ve krize müdahale, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, s.165-168. Ankara, 2000.
2. Gençtanırım D. Ergenlerde intihar olasılığının yordanması. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2004.
3. Güleç, H, Sayar, K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(2), 90-96, 2005
4. Arkun N. İntiharın Psikodinamikleri. Edebiyat Fakültesi Matbaası. s. 17, 22, 25, 27, 139, İstanbul, 1978.
5. Freud S. Yas ve Melankoli. Metapsikoloji içinde. (Çev: Emre Kapkın, Ayşen Tekşen Kapkın), Payel Yayınları, İstanbul, 2002.
6. Dünya Sağlık Örgütü. Preventing suicide a resource for media professionals. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/resource\\_booklet\\_2017/en/\(2017\)](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/(2017)) (Erişim Tarihi: 08.02.2018).
7. Bronisch T, Wittchen HU. Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder, Archives of Suicide Research. Volume 244, Issue 2, pp:93-99, 1994.
8. Eskin M. İntihar- açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme. Ofset Basımevi. Ankara, 2003.
9. Köroğlu E. Psikiyatrik Acil Durumlar. 2.Basım. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,; 425-443, 1999.
10. Köroğlu E. Boylam Klinik Uygulamada Psikiyatri: Tanı ve Tedavi kılavuzları, cilt3, 2009.
11. TÜİK. İntihar istatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2012.
12. Ajdacic-Gross V, Bopp M, Gstynski M, Lauber C, Gutzwiller F, Rössler W. Age period cohort analysis of Swiss suicide data. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 256(4): 207-14, 2006.
13. Özgüven-Devrimci H, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO/EURO multicenter study On suicidal behavior. Can J Psychiatry. 48:324-329, 2003.
14. Yamamura T, Kinoshita H, Nishiguchi M, Hishida S. A perspective in epidemiology of suicide in Japan. Vojnosanit Pregl. 63 (6): 575-83, 2006.

15. Batıgün AD, İntihar olasılığı ve cinsiyet: iletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. s. 65-75. Türk Psikoloji Dergisi. 2008.
16. Kozatepe E. İntihar ve intihara teşebbüs yöntemleri, nedenleri ve çözüm yolları. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, 2015.
17. Akdeniz F. Depresyon. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları: İstanbul, 16-20, 2006
18. Turan, E. Özel gruplarda intihar: yaşlı intiharları. 1(3), 34-39. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2008.
19. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlılarda intihar davranışı, psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry, 6(3), 294-309, 2014.
20. Kaya N. Yaşamak istiyorum. Nesil Yayınları, İstanbul, 2014.
21. Durak A. İntihar olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi; 16(1): 29-39, 2005.
22. Ekici G, Haluk A, Savaş AH, Çıtak S. Tamamlanmış intiharlarda iki önemli risk etmeni: fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 11(3), 2001.
23. Brown SL, Vinokur AD. The interplay among risk factors for suicidal ideation and suicide: The role of depression, poor health, and loved ones' messages of support and criticism, American Journal of Community Psychology, 32(1-2): 131-141, 2003.
24. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. Arch Intern Med, 160(10):1522-1526, 2000.
25. Preti, A. Miotto, P. Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. Journal of Epidemiology and Community Health, 53: 694-701, 1999.
26. Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R, Şaşmaz T, Çamdeviren H. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve risk faktörleri. Adli Bilimler Dergisi 2(2): 11-17, 2003.
27. Hisli-Şahin N, Batıgün AD. Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar riskini belirlemeye yönelik bir modelin sınanması. Türk Psikiyatri Dergisi, 20 (1), 28-36, 2009.
28. Sayar K. İntihar ve inanç sistemleri, Yeni symposium s.100-104, C. 40: Türkiye Psikiyatri Derneği 6. Bahar Sempozyumu, Antalya, 2002.
29. Borges G, Angst J, Nock MK, et al. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the national comorbidity surveys. J Affect Disord. 105:25-33, 2008.

30. Stack S, Kposowa AJ. The Association of Suicide Rates with Individual-Level Suicide Attitudes: A Cross-National Analysis. 2008.
31. Kulaksızoğlu A. Ergenlik psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1-220, 2001.
32. Ceyhun AG, Ceyhun B. Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirmesi, Klinik Psikiyatri, 6: 217–224, 2003.
33. Bulut ER, Kūçūker H, Bulut NS. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. Sivas: Cumhuriyet Tıp Dergisi, 34: 128-137, 2012.
34. Shneidman ES, Further reflections on suicide and psychache. Suicide and life-threatening behavior, 28: 245-250, 1998.
35. Durkheim E. İntihar (Le suicide – Etude sociologique, 2013) (Çev. Z. Zühre İlkelen). Pozitif Yayınları, İstanbul, 1-400, 2013.
36. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesan intiharları ve kendilik imgesi, Ankara:Türk Psikiyatri Dergisi, 4: 29-38, 1993.
37. Uludüz D, Uğur M. Bir vaka dolayısıyla intiharın gözden geçirilmesi. Yeni symposium, 39(1): 19-25, 2001.
38. Curran DK. Series in death education, aging, and health care. Adolescent suicidal behavior, Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp, 1-12, 1987.
39. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E ve Ark. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. Klinik Psikiyatri Dergisi 5:22-27, 2002
40. Sarı İ. Gençlik ve intihar. Net Medya Yayıncılık. Antalya, 1-150, 2017.
41. Odağ C. İntihar. Psikiyatri Derneği Yayınları. s.1-150, İzmir, 2013.
42. Yalvaç DH, Kaya B, Ünal S. Malatya ilindeki 2005 yılında intihar girişiminde bulunan bireylerde klinik ve sosyodemografik özellikler. Klinik Psikiyatri Dergisi, 17(1): 18-27, 2005.
43. Polatöz Ö, Kuğu N, Doğan O, Akyüz G. Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24: 13-23, 2011.
44. Alptekin K, Duyan V. İntihar ve intihar girişimi, Yeni İnsan Yayınevi, İstanbul, 1-165, 2014.
45. Semerci Ü. Jandarmanın Genel Komutanlığına bağlı birliklerde 1998-2002 yılları arasında meydana gelen erbaş / er intiharlarının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.

46. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*; 11.13–24, 2003.
47. Öncü B. İntihar ve İntiharda Risk Etmenleri. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, Ankara, 9(3): 1-15, 2016.
48. Özgüven HD. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, Ankara, 1(3): 1-7, 2008.
49. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof A, De Leo D. The WHO/EURO multi-centre study on suicidal behavior: Its background, history, aims and desing. In D. De Leo, B. Bille-Brahe, A Kerkhof, A Schmidtke (Eds.), *suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 5-13). Göttingen: Hogrefe and Huber, 2004.
50. Özkan M, Direk N. Genel Hastane Popülasyonunda Psikiyatrik Aciller, *Türkiye Klinikleri* 3 (42): 47-60, İstanbul. 2007.
51. Kalafat J. School approaches to youth suicide prevention. *American Behavioral Scientist*, 46(9): 1211-1223, 2003.
52. Shneidman ES. Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147. 1998.
53. Shneidman ES. Comprehending suicide. Landmarks in 20th-century suicidology. crisis: *The Journal of Crisis İntervention ans Suicide Prevention*, 22(2), 79. 2001.
54. Özkan M, Direk N. İntihar, *Türkiye Klinikleri*. 3 (42): 8-16, İstanbul. 2007.
55. Freud S. The ego and the İd. In J Strachey (ed. And trans.), *The Standart Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 19. Hogarth Press, London, 1-66, 1923.
56. Jones E. Freud Hayatı ve Eserleri, Çev. Emre Kapkın, Ayşe Teşken Kapkın. Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 486-535, 2004.
57. Freud S. Bilinçaltı, Çev. Beyza Nur Doğan, Gece Kitaplığı, 10-43, 2017.
58. Carlson J, Maniaci MP. (Eds.). *Alfred Adler Revisited*. New York, NY: Routledge. 46-75, 2012.
59. Heck HC, Flentje A, Cochran BN. Ofsetting risks: High school gay-straight alliances and lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) youth. *School Psychology Quarterly*, 26, 161-174. 2011
60. Klimes-Dougan B, Klingbeil DA, Meller SJ. The impact of universal suicideprevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.34(2), 82-97. 2013.



61. Mark L, Samm A, Tooding L, Sisask M, Aasvee K, Zaborskis A, Zemaitiene N, Varnik, A. Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 34(1), 3-12. 2013.
62. Friedman MS, Koeske GF, Silvestre AJ, Korr WS, Sites Ew. The impact of gender-role nonconforming behavior, bullying and social support on suicidality among gay male youth. *Journal of Adolescent Health*, 38, 621-623. 2006.
63. Köknel Ö. Genel ve klinik psikiyatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; s.1-10, 1989.
64. Köknel Ö. Kimliğini Arayan Gençliğimiz, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi. 2001.
65. Koestenbaum P. Ölüme Yanıt Var mı?, Mavi Okyanus Yayıncılık, İstanbul, 78-125, 1998.
66. Litman SK The role of the press in the control of suicide epidemics in Soubrien J.J Vedrinne (eds.) *Suicide and Depression* Pergamon Press, Paris, 168-170, 1981.
67. Litman SK. Suicide epidemics and newspaper reporting. *Suicide Life Threat Behav*. 15(1): 43-50, 1985.
68. Yalom ID, Nietzsche Ağladığında Çev. Aysun Babacan, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 128-235, 2000.
69. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 1: 83-88. 2000.
70. Shneidman Es. *Autopsy od a Suicidal Mind*. US: Oxford University Press, New York, 65-116, 2004.
71. Roy A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *Journal of Affective Disorders* ;77: 267–71. 2003.
72. Leenaars AA. Edwin S. Shneidman on Suicide. Norwegian İnstittute of Publish Health, Division of Mental Health, Depertment of Suicide Research and Prevention. 1: 5-18, 2010.
73. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*; 23: 139-145. 1993.
74. Beck, AT, Kovacs, M, & Weissman, A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-352, 1979.
75. Sayar K, Köse S, Acar B, Ak İ, Reeves RA. Predictors of Suicidal Behavior In a Sample of Turkish Suicidal Attempters. *Death Studies*, 28, 137- 150, 2004

76. Batıgün AD. İntihar olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme. Türk Psikoloji Dergisi, 23 (62), 65-75, 2008.
77. TÜİK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>, (Erişim Tarihi: 13.01.2018)
78. Dilbaz N, Aytekin Y. Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti. Bağımlılık Dergisi;4:1-9. 2003.
79. Evren EC, Erkıran M, Ögel K ve Ark. Alkol kullanım bozukluklarında intihar girişiminin klinik ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. 3P Dergisi, 9, 583-590, 2001.
80. Borges G, Walters EE, Kessler Rc. Associations of substance use, abuse and dependence with subsequent suicidal behavior. Am J Epidemiol; 151: 781-789, 2000.
81. Batıgün AD. Duygudurum bozuklukları, şizofreni ve alkol/madde bağımlılığında intihar. Türk Psikoloji Dergisi; 2: 43-72. 1999.
82. Gorwood P, Balet P, Ades J, Hamon M, Boni C. Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism and suicidal behavior. Biol Psychiatry. 48(4): 259-264, 2000.
83. Gorwood P. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. Eur Psychiatry. 16(7): 410-417, 2001.
84. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. Acta Psychiatr Scand. 95(6): 508-514, 1997.
85. Freeman A, Reinecke M. Cognitive therapy of suicidal behavior. Newyork: Springer. 85-132, 1994.
86. Reinecke MA, Washburn JJ, Becker-Weidman E. Depression and suicide. In F. M. Dattilio, A. Freeman (Eds.), Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention (pp. 25-67). New York, Ny, US: Guilford Press. 2007.
87. Kızıl ÖT, Yarpuz YA, Ekinci S, Sorgun M, Turan DE. Bir geropsikiyatri polikliniğine başvuran depresyonlu yaşlılarda intihar davranışının incelenmesi. Geriatri;10(2): 57-60, 2007.
88. Spar JE, Rue AL. Clinical Manual of Geriatric Psychiatry. Arlington, American Psychiatric Publishing, 3-310, 2006.
89. Amitia M, Apter A. Social aspect of suicidal behavior and prevention in early life: a review. Int J Environ Res Puplic Health. 9(3): 985-994, 2012.
90. Roy A, Sarchiopone M, Carli V. Gene-enviroment interaction and suicidal behavior. J Psychiatr Pract. 15(4): 282-288. 2009.

91. Zai CC, Luca V, Strauss J, Tong RP, Sakinofsky I, Kenndy JL. Genetic Factors and Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, editör. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis, *Frontiers in Neuroscience*. Chapter 11, 2012.
92. Chang HJ, Lin CC, Chou KR, Ma WF, Yang CY. Chinese version of the positive and negative suicide ideation: instrument development. *Journal of advanced nursing*; 65: 1485-1496. 2009
93. Dabaghzadeh F, Jabbari F, Khalili H, Abbasian L. Associated Factors of Suicidal Thoughts in HIV-Positive Individuals. *Iran J Psychiatry*. 10(3): 185-191, 2015
94. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE Jr. The Interpersonal Theory of Suicide. 117(2): 575-600, 2010.
95. Amos T, Appleby L, Kiernan K. Changes in rates of suicide by car exhaust asphyxiation in England and Wales. *Psychological Medicine*, 31: 935-939. 2001.
96. WHO. Preventing Suicide. A global imperative. 1-92, [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/\(2014\)](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/(2014)). (Erişim Tarihi: 20.01.2018).
97. Waaserman D, Rihmer Z, Rujescu D and friends. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Neuropsychopharmacol Hung*. 14(2): 113-136, 2012.
98. WHO. Publish Health Action For The Prevention Of Suicide . A Framework. [http://www.who.int/mental\\_health/publications/prevention\\_suicide\\_2012/en/ \(2012\)](http://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/(2012)). (Erişim Tarihi: 23.01.2018).
99. American Foundation for Suicide Prevention, AFSP. Preventing suicide. Retrieved from <http://www.afsp.org/preventing-suicide> (2014). (Erişim Tarihi 19.12.2017).
100. Eskin M, Demir HK, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse and suicidal behavior in university students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 185-195, 2005.
101. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266-275, 2006.
102. Can SS, Sayıl I. Yineleyici İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi*. 12: 53-62. 2003.
103. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et all. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*;16(3):300-10. 2001.

104. De Leo D, Heller T. Intensive case management in suicide attempters following discharge from inpatient psychiatric care. *Aust J Primary Health*. 13:49–59, 2007.
105. De Leo D, Sveticic J. Suicides in psychiatric patients: what are we doing wrong? *Epidemiol Psichiatr Soc*. 19:8–15, 2010.
106. Bronisch T, Wittchen HU. Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 244(2):93-8. 1994.
107. Esposito-Smythers C, Spirito A. Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcohol Clin Exp Res*. 28 (Suppl 5); 778. 2004.
108. Lavender A, Watkins E. Rumination and future thinking in depression. *British Journal of Social Clinical Psychology*. 43(2): 129-142 2004.
109. Eskin M, Ertekin K, Dereboy Ç, Demirkıran F. Risk Factors For and Protective Factors Against Adolescent Suicidal Behavior in Turkey. *Crisis*, 28 (3), 131-139, 2007.
110. Altındağ A, Sır A, Özkan M. Türkiye’de intihar hızlarındaki değişimler (1974-1998). *Türkiye’de Psikiyatri*, 2:79-86. 2001.
111. Zhang J, Lia CX. Attitudes Toward Suicide: The Effect of Suicide Death in The Family. 60(4): 365-382, 2009.
112. Ingram E, Ellis JB. Attitudes Toward Suicidal Behavior: A review of the literature. *Death Studies*, Pages 31-43, 2007.
113. Henseler H, Marten RF, Sodemann U. Criteria List as a Screening Tool for Recording Chronic Suicidality. *Nerve Doctor Verlag*, 54: 33-41, 1983.
114. Sher L. Narcissistic personality disorder and suicide. *Psychiatria Danubina, Croatia*, 28(3):307, 2017.
115. Müftüoğlu Ö. İntihar Olayları Üzerine Bir Değerlendirme, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2 (4), 143-160, 2002.
116. Yapıcı, A. Ruh Sağlığı ve Din: Psiko-Sosyal Uyum ve Dindarlık, 2. Baskı, Adana: Karahan Kitabevi. 20-316, 2013.
117. M.C. “Töre Baskısına Bağlı İntiharlar ve Töre Cinayetleri”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (16), 209-225, 2008.
118. Onay, A. Dindarlık Etkileşim ve Değişim, İstanbul: Dem Yayınları. 10-200, 2004.
119. Köse A, Ayten A. Din Psikolojisi, İstanbul: Timaş Yayınları, 20-198, 2012.
120. Lester D. Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research*, 10: 77-97. 2006.

121. Aydın H. Kur'an'da İnsan Psikolojisi. Fecr Yayınları, Ankara. 45-286, 2016.
122. Renberg SE, Jacobsson L. Development of a Questionnaire on Attitudes Toward Suicide (ATTS) and Its Application in a Swedish Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 33(1), 52-64, 2003.
123. Rudestam KE. Physical and psychological responses to suicide in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(2), 162-170. 1977.
124. Lawrence MT, Ureda JR. Student recognition of and response to suicidal peers. *Suicide life threat behav*. 20(2): 64-76, 1990.
125. Sudak HS. Psychiatric Emergencies: Suicide. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eight Edition. (Editors: Sadock BJ ve Sadock VA. Ruiz P.) Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia PA: USA, 32, 1-3, 2005.
126. Sadock BJ. Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *Journal Psychiatr Pract*. 18(3): 221-224, 2012.
127. Silverman, MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner, TE. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263. 2007.
128. Townsend MC. Çev. Özcan CT, Gürhan N. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri. Akademisyen Kitap Evi. Ankara, 2016.
129. Eşsizoglu A, Arısoy Ö. Hemşirelerin depresyona ve depresyon hastalarına karşı tutumları: karşılaştırmalı bir çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*; 35:167-76. 2008.
130. Tel H, Uzun S. İntihar Girişimi ile Acil Servislere Başvuran Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4:151-158.2003.
131. Tel H. İntihar ve Psikiyatri Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Yayınları*; 2(2): 14-23. 2016.
132. Ersoy E. Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında İntihar Eğilimi İle İlişkili Özellikler, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. İstanbul, 2008.*
133. Sun FK, Long A, Boore J et al. Suicide: A literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 12: 447-455. 2005.
134. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, 500-750 2015.

135. Sun FK, Long A, Boore J et al. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*; 53(6): 680-690. 2006.
136. Knoll J. The suicide prevention contract: Contracting for comfort. *Psychiatric Times*. 2011. ([www.psychiatrictimes.com](http://www.psychiatrictimes.com)), (Erişim tarihi,08.01.2018).
137. Macnab F. *Brief psychotherapy: An integrative approach in clinical practice*. West Sussex, England: John Wiley, Sons. 1-300, 1993.
138. Yavuz ÖY. Benlik kurguları ve intihara yönelik tutumlar. Yüksel Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Aydın, 2013.
139. Eskin M. Adolescent's attitudes toward suicide and a suicidal peer: a comparison between Swedish and Turkish high school students. *Scandinavian Journal of Psychology*. 36: 201-207. 1995.
140. Eskin M. Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1999; 34:492-497.
141. Eskin M. A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents, *Scandinavian Journal of Psychology* 2003;44:1-6.
142. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:536-542.

## **10. EKLER**

**Ek 1:** Anket Formu

**Ek 2:** İntihara Karşı Tutumlar Ölçeği

**Ek 3:** İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar Ölçeği

**Ek 4:** Hasta Yakınlarından Alınan Yazılı Onam Formu

**Ek 5:** Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Yazılı İzin



## EK 1: ANKET FORMU

1. **Cinsiyetiniz:** 1) Kadın 2)Erkek
2. **Yaşınız:** .....
3. **Medeni Durumunuz:** 1)Evli 2)Bekâr 3)Eşi Ölmüş/Boşanmış
4. **Çocuğunuz var mı?** 1)Yok 2)Var
5. **Eğitim durumunuz:**  
1)Okuma-Yazma Bilmiyor 2)İlköğretim 3)Lise 4) Ön Lisans 5)Lisans  
6)Lisans Üstü
6. **Mesleğiniz:**  
1)Çalışıyor..... 2)Çalışmıyor
7. **Ekonomik durumunuz nasıl tanımlar mısınız?** 1)Kötü 2)Orta 3)iyi 4)Çok İyi
8. **Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**  
1)Var..... 2)Yok
9. **Hastaya yakınlık dereceniz nedir?**  
1)Anne 2)Baba 3)Eş 4)Kardeş 5)Oğlu 6)Kızı  
7)Diğer.....
10. **Hastanın tanısı nedir?**
11. **Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?** 1)Evet 2)Hayır
12. **Hastanın daha önce intihar girişimi oldu mu?**  
1)Evet 2)Hayır
13. **Hastanın size daha önce kendine zarar verme düşüncelerinden bahsetti mi?**
14. **Hastanızın intihar eylemi gerçekleştirdiğini öğrendiğinizde neler hissettiniz?**
15. **Hastanızın intihar eylemini gerçekleştirdikten sonra ona karşı ilk tepkiniz ne oldu?**
16. **Hastanızın bu eylemi tekrar gerçekleştireceğini düşünüyor musunuz?**



<b>EK 2: İntihara Karşı Tutumlar</b>				
Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak her birine ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı değerlendiriniz. Bu sorular sizin intihara karşı bakış açınızla ilgilidir. Lütfen soruları dikkatlice okuyup, yerine göre cevap kâğıdında uygun yeri işaretleyin. Tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışın.	Hiç Katılmıyorum	BİRAZ Katılıyorum	ÇOK Katılıyorum	TAMAMIYLA Katılıyorum
Her şeyini kaybeden birinin kendini öldürmeye hakkı vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Hayattan bıkmış birinin kendini öldürmeye hakkı vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Aile şerefini lekeleyen birinin kendini öldürmeye hakkı vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Çaresiz bir hastalığa yakalanan birinin kendini öldürmeye hakkı vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar bazı sorunlara çözüm olabilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar hayatın sorunlarından kurtulmak için tek çıkış yoludur.	(1)	(2)	(3)	(4)
İnsanların kendilerini öldürmeye hakkı vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İnsanın kendini öldürmesi doğru bir davranıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar girişiminde bulunan insanlar akıl hastasıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar ederek kendini öldüren insanlar akıl hastasıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar etmeyi düşünen ve planlayan insanlar akıl hastasıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar girişiminde bulunan hastalar öbür dünyada cezalandırılacaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar ederek kendini öldüren kişiler öbür dünyada cezalandırılacaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar etmeyi düşünen ve planlayan insanlar öbür dünyada cezalandırılacaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar ederek kendini öldüren kişi günahkârdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Öldükten sonra bir hayat vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Eğer bir insan intihar etmeyi düşünüyor veya planlıyorsa bunu arkadaşlarına anlatıp yardım istemelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
İnsanlar psikolojik sorunlarını arkadaşlarına anlatmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Gençler psikolojik sorunlarını anne ve babasına anlatmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar etmeyi düşünen ve planlayan bir genç bunu annesine ve babasına anlatmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Oğlu ve kızı intihar girişiminde bulunan aileler bunu komşularından saklamalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihardan oğlunun veya kızını kaybeden aileler bunu komşularından saklamalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
Gazetelerde intihar haberleri açıkça yazılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
İntihar konusu arkadaşlar arasında açıkça konuşulmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)

<b>EK 3: İntihar Eden Kişiyeye Karşı Tutumlar</b> Yakın arkadaşınız size "kendini öldürmeye" karar verdiğini anlattığını varsayın. Bu durumda: Nasıl tepki gösterir veya neler hissedersiniz? Bunu belirtmek için lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak size en uygun olan seçeneği cevap kâğıdındaki ilgili alana çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.	HİÇ Katılmıyorum	BİRAZ Katılıyorum	ÇOK Katılıyorum	TAMAMIYLA Katılıyorum
Onu her zamankinden daha sık bize çağırırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Ona her zamankinden daha sık telefon ederdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
Yeni arkadaşlar edinsin diye evimde bir parti düzenler diğer arkadaşlarımı ve onu çağırırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Eğer evimde bir parti yapacak olsam onu da çağırırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Eğer diğer arkadaşlarımla beraber sinemaya veya tiyatroya gidecek olsam onun da bizimle gelip gelmeyeceğini sorardım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sinemaya veya tiyatroya gideceksem ona da benimle gelip gelmeyeceğini sorardım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Onu fikrini değiştirmesi için ikna etmeye çalışırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Kendisini öldürmeye karar verdiği için ona kızardım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Ona sorunlarını çözmek için korkakça bir yol seçtiğini söylerdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunlarını çözmede ona yardımcı olmaya çalışırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Kendisini öldürmesini engellemeye çalışırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Bir psikoloğa veya psikiyatriste gitmesini tavsiye ederdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
Onun Anne-babasıyla ilişkiye geçip durumu bildirirdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
Onunla intihar konusunda derin bir tartışmaya giderdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
Neden kendisini öldürmek istediğini anlamak için bir sürü soru sorardım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Anlatılmayacak şeyler anlattığı için şaşırırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Kişisel planlarını açıkladığı için şaşırırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Anlattığı şeyin doğru olup olmadığı konusunda şüphe ederdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
Artık onun benim arkadaş çevreme uymadığı duygusuna kapılırdım.	(1)	(2)	(3)	(4)
Onun tehlikeli olabileceğinden ötürü korkardım.	(1)	(2)	(3)	(4)

## **EK 4: Hasta Yakınlarından Alınan Yazılı Onam Formu**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Ben, (gönüllü adı) ....., katılmam istenen “İntihar girişimiyle gelen hasta yakınlarının, intihara yönelik tutumların İncelenmesi” isimli çalışmanın kapsamına ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum, tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Gönüllünün Adı-Soyadı:**

.....

**İmzası:**

**Adresi (Varsa Telefon-Faks No):**

.....

.....

**Tarih (Gün/Ay/Yıl):**

...../...../.....

**Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:**


.....


**İmzası:**

**Tarih (Gün/Ay/Yıl):**

...../...../.....

## EK 5: Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Yazılı İzin

 **MEDİPOL**  
UNV



**T.C.**  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.1296  
Konu : Tuba YILDIZ  
Araştırma İzni

28/07/2016

**FRANSIZ LAPE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuba YILDIZ'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan “ **İntihar Girişimiyle Gelen Hastaların Yakınlarının, İntihara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi** ” isimli tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını, hastanenizde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ  
Müdür

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ tarafından 28.07.2016 tarihinde e-imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 7D8EC4E2X2 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İstanbul Medipol Üniversitesi**  
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

Sayfa No. :

KARARIN

KARAR

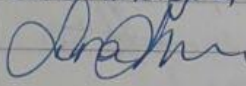
No'su	Tarihi	Konusu
06	03.10.2016	TIBBİ ETİK KURUL

Toplantıya Katılan Üyelerin Adı ve Soyadı

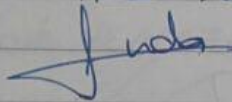
Başkan	: Dr. Funda ATABAY	Dr. Filiz YALAMAN
Üyeler	: Dr. Huseyin GAT	Dr. Ferda KORKMAZ
	Dr. Meltem İCER	Suna Fındıklıoğlu
	Dr. Turgut Can EROL	Ufuk YILMAZ

Kararın Metni

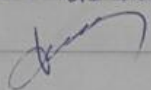
1. Hengiremiz Rıfba Yıldız'ın medikal Üniversitesi Hengiremlik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans "Intihar Girişimiyle Gelen Hastaların Yatırlarının İntihara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" isimli tez çalışması proje dosyası incelendi. Kurul üyeleri toplantıda tıbbi etik yönden uygun bulunduğuna karar verilmektedir.

Suna Fındıklıoğlu  


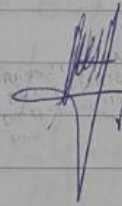
FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
Dr. Ferda KORKMAZ ÖZKANOĞLU  
Nöroloji Uzmanı  
Bip. No: 84  
Dip. Tes. No: 84465

Dr. M. Funda Atabay  


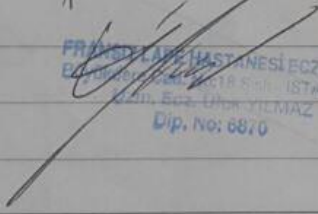
FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
Dr. Turgut Can EROL  
Psikiyatri Uzmanı  
Dip. Tes. No: 86921

Dr. Filiz Yalaman  


ÖZEL FRANSIZ LAPE HASTANESİ

  
Meltem İcer

FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
Uz. Dr. Hüseyin GAT  
Mesul Müdü  
İç Hastalıkları Uzmanı  
Dip. No: 5965 Dip. Tes. No: 00000

Ufuk YILMAZ  


FRANSIZ LAPE HASTANESİ ECZANESİ  
Eczacı Ufuk YILMAZ  
Dip. No: 6870

## 11.ETİK KURULU ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.11448  
Konu : Etik Kurulu Kararı

22/07/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "İntihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarının, intihara yönelik tutumlarının incelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:

-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 22.07.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Eyağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 22A1D2EDXC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	19.07.2016	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.07.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 388</b>		<b>Tarih: 21/07/2016</b>	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Tuba	<b>Soyadı</b>	YILDIZ
<b>Doğum Yeri</b>	Adıyaman	<b>Doğum Tarihi</b>	28.08.1990
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kimlik No</b>	17365265678
<b>E-mail</b>	Tuba_yildiz@outlook.com.tr	<b>Telefon</b>	(544)6504244

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi	
<b>Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
<b>Lise</b>	Adıyaman Lisesi	2009

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl)</b>
<b>1.Hemşire</b>	<b>Fransız Lape Hastanesi</b>	<b>2015-2018</b>

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama *</b>	<b>Konuşma *</b>	<b>Yazma *</b>
<b>İngilizce</b>	<b>İyi</b>	<b>İyi</b>	<b>İyi</b>

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
<b>Microsoft Office Powerpoint</b>	<b>İyi</b>
<b>Microsoft Office Word</b>	<b>İyi</b>
<b>SPSS</b>	<b>İyi</b>