T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA

RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN YAKINLARININ İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

NAFİYE GÜZEL

EDİRNE-2025

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA

RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN YAKINLARININ İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

NAFİYE GÜZEL

Destekleyen Kurum:

EDİRNE-2025

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **İ**
ETİK BEYAN ..... **İİ**
İTHAF ..... **İİİ**
TEŞEKKÜR ..... **İV**
SİMGE VE KISALTMALAR ..... **V**
ÖZET ..... **Vİ**
ABSTRACT ..... **Vİİ**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **8**
2. GENEL BİLGİLER **10**
2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık **10**
2.2. Ruhsal Hastalıklar ve Aile **10**
2.3. İntihar Kavramı **12**
2.4. İntiharın Epidemiyolojisi **13**
2.5. İntiharla İlgili Kuramlar **14**
2.5.1. Biyolojik Kuram **14**
2.5.2. Psikososyal Kuram **15**
2.5.3. Bilişsel Kuram **17**
2.5.4. Edwin Shneidman'ın Psikolojik Kuramı **17**
2.6. İntihara İlişkin Risk Faktörleri **17**
2.6.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri **17**
2.6.2. Ailesel Risk Faktörleri **18**
2.6.3. Durumsal Risk Faktörleri **18**
2.7. Ruhsal Hastalıklarda İntihar **19**
2.8. Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Ailelerinin İntihar Hakkındaki Bilgileri **21**
2.9. Psikiyatri Hemşirelerinin Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Ailelerini İntihar Konusunda Bilgilendirmedeki Rolü **22**
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER **24**
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi **24**
3.2. Araştırmanın Soruları **24**
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı **24**
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi **24**

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 24
3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 25
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 25
3.7.1. Bağımlı Değişkenler 25
3.7.2. Bağımsız Değişkenler 25
3.8. Veri Toplama Araçları 25
3.8.1. Anket Formu 25
3.8.2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) 26
3.9. Verilerin Toplanması 26
3.10. İstatistiksel Analiz 26
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları 27
3.12. Araştırmanın Etik Yönü 27
4. BULGULAR 28
5. TARTIŞMA 39
KAYNAKLAR 53
EKLER 63
EK 1: Anket Formu I
EK 2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) II
EK 3: Etik Kurul İzni IV
EK 4: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni V
EK 5: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği Kullanım İzni VI
EK 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu VII
ÖZGEÇMİŞ XI
BENZERLİK RAPORU XII

ONAY SAYFASI

ETİK BEYAN

"Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri" adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

NAFİYE GÜZEL

İmza

İTHAF

Hayallerimi gerçeğe dönüştürme cesaretini bana armağan eden aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde kıymetli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, her bakımdan eğiten ve öğreten hocam, aynı zamanda tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA'ya, lisans ve yüksek lisans eğitimimde yine bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, desteğini ve samimiyetini benden esirgemeyen hocalarıma, çalışmanın gerçekleşmesinde emeği geçen tüm kişi ve kurumlara gönülden teşekkür ederim.

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İBDÖ: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği

ÖZET

"Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri", Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Edirne, 2025.

Giriş ve Amaç: Bu araştırmanın amacı, ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve ilişkili olan faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Sağlık Bakanlığı Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde ruhsal bozukluğu olan hastaların 88 yakını ile yürütüldü. Veriler "Anket Formu" ve "İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği" kullanılarak toplandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hasta yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalaması 10,34±3,20 olduğu belirlendi. Hasta yakınlarının tedavi/önleme ilişkin bilgi düzeyinin %59,4 oranla en yüksek, belirtilerle ilişkin bilgi düzeyinin ise %26,9 oranla en düşük olduğu saptandı. Hasta yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam puanının, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve ailesinde başka ruhsal hastalık tanılı birey varlığı değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Sonuç: Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlendi. Psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarına, intiharı önleme stratejileri, intihar belirtileri, risk faktörleri, nedenleri, tedavisi ve yardım alabilecekleri yerler gibi konulara yönelik eğitimleri planlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile, intihar, psikiyatri hemşireliği, ruhsal hastalık

ABSTRACT

"Levels of literacy of suicide in relatives of mentally disordered patients", Trakya University, Institute of Health Science, Department of Nursing, Master's Degree, Edirne, 2025.

Background and Aim: This study aimed to evaluate the literacy of suicide rates among relatives of patients with mental disorders and related factors.

Material and Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted with 88 relatives of patients with mental disorders in the Psychiatry Polyclinics of the Ministry of Health, Edirne Sultan 1. Murat State Hospital. Data were collected using the "Questionnaire Form," and "Literacy of Suicide Scale."

Results: The mean score of the Literacy of Suicide Scale for the relatives of the patients participating in the study were determined to be 10.34±3.20. The level of knowledge of relatives of patients regarding treatment/precaution was the highest at 59.4%, and the level of knowledge of symptoms was the lowest at 26.9%. The total Literacy of Suicide Scale score of relatives of patients varied according to the variables of income level, education level, and the presence of another person diagnosed with a mental illness in the family.

Conclusion: The level of literacy of relatives of patients with mental disorders regarding suicide was low. It is recommended that psychiatric nurses plan training for relatives of patients with mental disorders on topics such as suicide prevention strategies, suicide symptoms, risk factors, causes, treatment, and places to receive help.

Keywords: Family, mental illness, psychiatric nursing, suicide

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ruhsal bozukluk, bireyin duygu düzenleme, düşünce ve davranışlarında klinik olarak anlamlı bozulmalarla kendini gösteren bir durumdur. Bu bozukluklar, bireyin işlevselliğini azaltmakta, sosyal ilişkilerini zorlaştırmakta ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (1).

İntihar, her yıl milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine neden olmaktadır. Dünya genelinde intihar sonucu yaşamını yitiren bireylerin yaklaşık %90'ında en az bir psikiyatrik bozukluk bulunduğu bildirilmektedir. İntihar riski, en yüksek düzeyde duygudurum bozukluklarında görülmekle birlikte; şizofreni ile alkol ve madde kullanım bozuklukları da intihar riskiyle en yakından ilişkili psikiyatrik rahatsızlıklar arasında yer almaktadır. Bu durum, psikiyatrik bozukluğu olan bireyler arasında intihar oranlarının gün geçtikçe arttığını göstermektedir (1-3).

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yaşamlarında en önemli destek kaynaklarından biri aileleridir. Aile üyeleri, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde, kriz durumlarında ve tedavi, bakım süreçlerinde aktif sorumluluk üstlenmektedir (4). Bu durum, ailelerin ve bakım veren yakınlarının, özellikle intiharın önlenmesinde kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Hastalara güvenli bakımın planlanması ve uygulanması sürecinde ailelerin desteğine duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır (3,5). Ancak bazı aile bireyleri ve bakım verenler, bakım yükü, sınırlı destek kaynakları, iletişim sorunları ve bilgi eksikliği gibi nedenlerle bu süreçte yetersiz kalmaktadır. Bu durum, psikiyatrik belirtilerin zamanında fark edilmesini ve gerekli müdahalelerin yapılmasını engelleyebilir (5). Araştırmalar, birçok aile bireyinin intihar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını, bu bilgi eksikliğinin ise risk altındaki bireylere yönelik etkili müdahaleleri zorlaştırdığını göstermektedir. Bu eksiklik, intihar riskinin doğru şekilde değerlendirilmesini engelleyerek, kritik müdahale fırsatlarının kaçmasına neden olabilir (6,7).

İntihar, yalnızca bireyin kendisini değil, aynı zamanda ailesini, arkadaş çevresini ve toplumu da derinden etkileyen ciddi bir kriz olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada, ailelerin intihar olgusuna yönelik farkındalıkları ve bilgi düzeyleri, bireylerin kriz anlarında doğru şekilde yönlendirilmesi ve desteklenmesinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin ailelere intihar hakkında bilgi vermesi, yalnızca bireyin sağlığını desteklemekle kalmayıp aynı zamanda ailenin sürece bilinçli bir şekilde katılımını da sağlamaktadır. Aile üyelerinin, psikiyatrik hastalığı olan bireylerde intihar riskini değerlendirme ve bu riski

azaltmaya yönelik müdahalelerde bulunma konusunda kritik bir konumda olduğu unutulmamalıdır. İntihar riski taşıyan bireylerin yakınlarının bilgi düzeylerinin belirlenmesi, etkili intiharı önleme stratejilerinin geliştirilmesi, psikoeğitim programlarının yapılandırılması ve toplum temelli müdahale planlarının oluşturulması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, yürütülen yüksek lisans tez çalışması kapsamında, ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık

Ruh sağlığı kavramı, toplumdan topluma ve kültürden kültüre farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Genel olarak ruh sağlığı, bireyin kendi kişiliğiyle ve çevresiyle dengeli ve uyumlu bir ilişki kurabilme yetisi olarak ifade edilir. Bununla birlikte, bazı tanımlarda ruh sağlığı; bireyin zihinsel durumu ile çevresiyle olan etkileşimi ve işlevselliğini belirleyen biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin etkileşimi sonucu oluşan bir sağlık durumu olarak ele alınmaktadır (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise ruh sağlığını; bireylerin kendi potansiyellerini gerçekleştirebildiği, yaşamın zorluklarıyla başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve topluma katkı sunabildiği bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (9).

Ruhsal hastalık, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında belirgin tutarsızlıkların gözlemlendiği bir durumdur. Bu bozukluklar genellikle bireyin toplumsal işlevselliğinde bozulmaya yol açar ve çoğu zaman uzun süreli bakım gerektiren niteliktedir (10). Ruhsal hastalıklar, bireyde sıkıntıya neden olan ve sosyal ya da mesleki işlevsellikte yetersizliklerle seyreden durumlar olarak tanımlanır. Bu tür hastalıklarda, duygular, düşünceler ve davranışlarda aşırılık, tutarsızlık, yetersizlik veya uygunsuzluk gibi belirtiler görülür. Ancak bu tür belirtiler, zaman zaman sağlıklı bireylerde de ortaya çıkabilir. Ruhsal bir hastalıktan söz edilebilmesi için, bu belirtilerin süreklilik göstermesi, tekrar etmesi ve bireyin toplumsal uyumunu ya da üretkenliğini olumsuz etkilemesi gerekir (11).

2.2. Ruhsal Hastalıklar ve Aile

Aile, bireyin ruh sağlığı üzerinde hem genetik hem de çevresel faktörler aracılığıyla güçlü bir etkiye sahiptir (12,13). Genetik olarak aktarılan yatkınlıklar, bazı ruhsal hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesine neden olabilir. Örneğin, aile üyelerinden birinde depresyon, şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi psikiyatrik rahatsızlıkların bulunması, diğer bireylerde bu hastalıkların gelişme riskini artırmaktadır (13,14).

Aile, yalnızca genetik faktörler yoluyla değil, aynı zamanda bireyin psikolojik gelişimini ve sosyal uyum becerilerini şekillendiren bir sosyal kurum olarak da ruh sağlığı üzerinde önemli rol oynar. Bireylerin benlik saygısı, psikolojik dayanıklılığı ve stresle başa çıkma kapasiteleri, aile içindeki roller, kurallar ve iletişim biçimlerinden doğrudan etkilenir (15). Özellikle çocukluk dönemindeki ilk psikolojik ve duygusal deneyimler, büyük ölçüde aile

üyeleriyle kurulan ilişkiler aracılığıyla şekillenir. Aile üyelerinin duygusal tepkileri, iletişim becerileri, sorumluluklarını yerine getirme düzeyleri ve sorun çözme yetileri, aile işlevselliğinin temel bileşenleridir. Bu işlevlerin sağlıklı şekilde sürdürüldüğü aile yapılarında, bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı daha dirençli olduğu ve psikopatoloji gelişimine karşı korundukları görülmektedir (16). Buna karşın, aile işlevselliğinin düşük olduğu ortamlarda; iletişim sorunları, rol ve sorumluluklarda belirsizlik, çözülmemiş çatışmalar gibi unsurlar, bireylerin hem akut hem de kronik ruhsal bozukluklar geliştirmelerine zemin hazırlamaktadır. Bu tür ailelerde sıklıkla anksiyete bozuklukları ve depresyon gözlenmektedir (17). McMaster Aile İşlevselliği Modeli'ne dayanılarak yapılan bir çalışmada, işlevsel ailelerde yetişen bireylerin depresyon ve anksiyete semptomları gösterme oranlarının, işlevsiz ailelerde yetişen bireylere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (18).

Aile üyelerinin oluşturduğu duygusal ve sosyal ortam, bireyin ruh sağlığı üzerinde hem koruyucu bir etken hem de bir risk faktörü olarak işlev görebilmektedir. Çocukluk döneminde güvenli, sevgi dolu ve destekleyici bir aile ortamı, sağlıklı benlik gelişimini teşvik ederken; aile içinde yaşanan çatışma, ihmal ve şiddet gibi olumsuz deneyimler, çocukların ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyerek psikiyatrik bozuklukların gelişme riskini artırmaktadır (19).

Bu bağlamda yapılan araştırmalar, çocukluk çağı travmalarının ruh sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkilerini ortaya koymaktadır. Anda ve ark. (2006) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, çocukluk döneminde istismar ve olumsuz deneyimlere maruz kalan bireylerin, böyle deneyim yaşamayanlara kıyasla depresyon geliştirme risklerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (20).

Toplumsal damgalama, ailenin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz algılarını şekillendirmektedir. Bu damgalama süreci, yalnızca bireylerde değil, ailelerde de utanç, suçluluk ve sosyal dışlanma gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda, aileler ruhsal hastalığın varlığını açıkça konuşmaktan kaçınmakta, hastayı izole edebilmekte ve tedavi sürecine karşı direnç gösterebilmektedir (21). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedaviye uyumu ve iyileşme süreçlerinde, aile üyelerinin hastalığa ilişkin inançları, tutumları ve bilgi düzeyleri belirleyici rol oynamaktadır. Hastalığı ailenin kusuru ya da bireyin suçu olarak gören aile tutumları, bireylerin desteklerden mahrum kalmasına yol açarken bakım kalitesini de önemli ölçüde düşürmektedir (22). Türkiye'de Yıldız ve ark. (2021) psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama ve aile tutumlarını ele alan çalışmasında, ailelerin ruhsal hastalıkların gizlenmesi gerektiği yönünde bir eğilim içerisinde oldukları; Yang ve ark. (2007)

ise aile üyelerinin ruhsal hastalıkları utanç verici bir durum olarak algıladıkları vurgulanmıştır (23,24).

Ruhsal hastalıkların aileyi derinden etkilediği, hasta yakınlarının karmaşık duygular yaşadığı ve genellikle ne yapacakları konusunda belirsizlikler taşıdığı bilinmektedir. Aile bireyleri, hastalığın seyrindeki değişimleri kaygı ve endişe içinde izlerken, tedirginlik, suçluluk ve zaman zaman utanç gibi duyguları da deneyimleyebilmektedir. Ayrıca, kronik ruhsal hastalıklarda sorumluluk yükü önemli ölçüde aile üyelerinin üzerindedir. Hastanın yaşamındaki değişiklikler ve duygusal sarsıntılar, aile üyelerinin nesnel yüklerle (gelir kaybı, sosyal etkinliklerde azalma, ev ortamındaki düzensizlik gibi) ve öznel yüklerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Buna rağmen, ailelerin ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasındaki rolü büyüktür ve tedavi süreçlerinde aktif rol almaları, hasta bireylerin iyileşme sürecini önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. Hastaların hem fiziksel hem de duygusal düzeyde tedaviye uyumu, aile üyelerinin anlayış, sabır ve sevgi göstermesi ile sağlanabilir (14,25,26).

2.3. İntihar Kavramı

"Suicide" olarak İngilizce'ye geçmiş olan "intihar" kelimesi, Arapça'da "kurban" anlamına gelen "nahr" kelimesinden ve Latince'de kökeni "sui" (ben) ile "cedere" (öldürmek) kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Bu terim, "insanın kendini öldürmesi" anlamına gelir (27,28). Türk Dil Kurumu (TDK), intiharı "kişinin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi" ve "hayatını tehlikeye düşürecek aşırı davranış veya eylem" olarak tanımlamaktadır. DSÖ ise intiharı, "kişinin kendi kendini kasıtlı olarak öldürme eylemi" şeklinde tanımlamaktadır (29,30).

İntihar, genellikle kişinin dayanılmaz bir duygusal acı, umutsuzluk, çaresizlik veya anlam yoksunluğu yaşadığı durumlarda bir çözüm ya da kaçış yolu olarak görülebilir (30). Çoğu zaman sadece ölümle sonuçlanan olaylara ilişkin değerlendirilse de, aslında intihar; bir düşünceyle başlayıp, ölümle sonuçlanan bir davranış örüntüsüdür. Bu davranış örüntüsü; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olarak ele alınır. İntihar düşüncesi, bireyin kendi yaşamına son verme fikrini taşıması ve bu amaçla ölüm planı yapmasıdır. İntihar girişimi ise, bireyin kendini öldürme niyetiyle davranışsal olarak bir girişimde bulunmasıdır. Tamamlanmış intihar ise, bireyin kendini öldürmesi durumudur (31).

2.4. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar, küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. İntihar, stresli yaşam olaylarına tepki veren sağlıklı bireylerden, ağır ruhsal bozuklukları olan hastalara kadar geniş bir yelpazede gözlemlenebilen bir olgudur. Önlenebilir olmasına rağmen, her 40 saniyede bir kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybettiği ve birçok kişinin intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 700.000 kişi intihar nedeniyle yaşamını yitirmektedir (30). DSÖ verilerine göre, 2023 yılı itibarıyla yıllık intihar oranı, 100.000 kişi başına 10,5 olarak tahmin edilmektedir (32). Türkiye'de intihar oranları, 2000'li yıllardan itibaren dikkat çekici bir şekilde artış göstermiştir. 2023 yılına ait Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de kaba intihar hızı 2023 yılında yüz binde 4,76 olarak kaydedilmiştir. Aynı yıl toplam intihar vakası sayısının yaklaşık 4.061 kişi olduğu rapor edilmiştir (33).

İntiharlar, dünyanın tüm bölgelerinde ve yaşamın her evresinde meydana gelmektedir. Ancak intihar oranları bölgeler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Güneydoğu Asya ve Doğu Avrupa bölgelerinde intihar oranları daha yüksekken, Orta ve Batı Afrika bölgelerinde bu oranlar nispeten daha düşüktür (32,34). Nüfus büyüklüğü göz önünde bulundurulduğunda, dünya genelindeki tüm intihar vakalarının yaklaşık %30'u sadece Çin ve Hindistan'da gerçekleşmektedir. Ancak Çin'in intihar oranı küresel ortalamaya neredeyse eşdeğerken, Hindistan'ın intihar oranı küresel ortalamanın neredeyse yarısı kadardır. Çin'deki toplam intihar sayısı, Avrupa'daki toplam intihar sayısından %30 daha fazladır. Hindistan'daki intihar sayısı ise, tek başına dünyada ikinci en yüksek intihar vakasına sahip dört Avrupa ülkesinin toplamına (Rusya, Almanya, Fransa ve Ukrayna) eşdeğerdir (35).

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkeklerde intihar oranları kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksektir. Erkeklerde intihar oranı 100.000 kişi başına 15,0 iken, kadınlarda bu oran 6,0 olarak rapor edilmiştir (32). Özcan ve ark. (2018) TÜİK verilerine dayalı olarak 2002-2015 yılları arasındaki intihar vakalarını inceledikleri çalışmada, 14 yıllık dönem göz önünde bulundurulduğunda, intihar eden kişilerin yıllık ortalama sayısı erkeklerde 1957,64, kadınlarda ise 919,57 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla intihar ettiği saptanmış olup, intihar oranları erkeklerde %68, kadınlarda ise %32 olarak kaydedilmiştir (30,36,37).

Yaş faktörü, bireyin intihara eğilimini şekillendiren önemli bir parametredir. İntihar, 15-29 yaş grubundaki ölümler arasında ikinci en yaygın neden olarak gösterilmektedir. Yaşa göre

standardize edilmiş yıllık intihar oranı ise yüz binde 10,5'tir. DSÖ verilerine göre, Türkiye'de 2019 yılında yaşa göre standardize edilmiş intihar hızları, kadınlarda yüz binde 1,2, erkeklerde ise yüz binde 3,6 olarak kaydedilmiştir (30,38,39).

2.5. İntiharla İlgili Kuramlar

İntihar, farklı dinamiklerin ayrı ayrı veya birlikte etkili olabileceği, tek bir yaklaşımla tam anlamıyla açıklanamayan karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, intiharı açıklamaya yönelik pek çok kuramcı çeşitli görüşler ortaya koymuştur. Bu bağlamda, Odağ (1995), her bir kuramın intiharın yalnızca belirli bir yönünü ele aldığını, geliştirilen kuramlara dayanarak intihara dair tanımlar yapıldığını, ancak her intihar girişiminin kendine özgü nedenler kümesi içerdiğini ve bu nedenlerin uygulamalarda farklılık gösterebileceğini ifade etmektedir (40). Aşağıda, intihara yönelik kuramsal yaklaşımlar ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

2.5.1. Biyolojik Kuram

Genetik yatkınlık, nörotransmitter dengesizlikleri ve beyin yapısındaki anormallikler gibi biyolojik etmenler, bireylerin intihar davranışına yönelmelerine neden olan risk faktörleri olarak öne sürülmektedir (41). Nörotransmitterler, sinir hücreleri arasında iletişimi sağlayan kimyasal bileşiklerdir ve bunlar arasında serotonin, dopamin ve noradrenalin gibi maddeler, intihar riskiyle doğrudan ilişkilendirilmiştir (42). Serotonin, intihar üzerinde önemli bir etkiye sahip olarak görülmektedir. Serotonin düzeyinin düşük olması; depresyon, anksiyete bozuklukları ve intihar gibi davranışlarla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, düşük serotonin düzeyi, impulsif davranışları artırabilmektedir (43). Serotonin ve onun ana metaboliti olan 5-hidroksiindolessetik asit (5-HIAA), intihar ve depresyonla ilişkilendirilmiş olup, intihar girişiminde bulunan bireylerin beyin-omurilik sıvısında 5-HIAA seviyelerinin, bu davranışı sergilemeyen bireylere kıyasla daha düşük olduğu gösterilmiştir (44).

İntihara yatkın bireylerde yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, bazı yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri ortaya koymuştur. Özellikle frontal korteks, limbik sistem ve hipotalamus gibi beyin bölgeleri, duygu düzenleme ve karar verme süreçlerinde kritik roller oynamaktadır. Frontal korteksteki işlev bozuklukları ile hipokampus ve amigdala gibi beyin yapılarındaki küçülmeler, intihar düşünceleriyle ilişkilendirilmiştir (45). İntihara ilişkin genetik varyasyonlar üzerine yapılan moleküler çalışmalar da, belirli genetik değişikliklerin intihar riskini artırabileceğini göstermektedir (13).

2.5.2. Psikososyal Kuram

Fransız sosyolog Emile Durkheim, intiharı toplumsal bir olgu olarak değerlendirmiş ve her toplumun kendine özgü bir "toplumsal intihar oranı"na sahip olduğunu öne sürmüştür. Durkheim'in bu konudaki teorisi, iki temel boyut üzerine inşa edilmiştir. İlk boyut, bireyin toplum içerisindeki rolü, katıldığı toplumsal faaliyetler ya da kurduğu duygusal bağlar üzerinden kendisini topluma ne derece ait hissettiğini ve toplum üyeleri arasındaki karşılıklı bağlılık düzeyini ifade eder. Diğer boyut ise toplumsal düzenlemelerdir. Bu boyut, toplumun kural, norm ve değerlerinin gücüne bağlı olarak bireylerin rasyonel olmayan arzularının ne ölçüde denetim altında tutulduğunu açıklamaya yöneliktir. Durkheim, evli bireyler, çocuk sahibi olanlar, çalışanlar ve dini inançlarına bağlı kişilerin intihar oranlarının daha düşük olduğunu; buna karşılık, reform dönemleri gibi toplumsal değişim süreçlerinin hız kazandığı veya toplum değerlerinin zayıfladığı dönemlerde intihar oranlarının arttığını belirtmiştir (42). Bireysel bir davranış gibi algılanan intiharın gerçekte toplumsal faktörlerle yakından ilişkili olduğunu savunan Durkheim, bu bağlamda dört farklı intihar türü tanımlamıştır (27,40,46). Bu türler arasında;

- Bencil intihar; sosyal bütünleşmenin zayıf olduğu, bireyin toplumsal bağlarının zayıflaması ve toplumla bütünleşememesi sonucu ortaya çıkan bir intihar türü olarak tanımlanmaktadır. Durkheim'e göre, bir toplum bireylerine yeterli toplumsal bütünleşme imkanı sunmuyorsa ve bireyler yalnızlığa terk ediliyorsa, bu durum intihar olasılığını artırmaktadır. Bireyin kendi başına mücadele etmesini gerektiren koşullar ne kadar artarsa, intihar vakalarının da o oranda yükseldiği öne sürülmektedir (27,40,46).
- Elcil intihar; bireyin toplumla tam anlamıyla bütünleşmesi, toplumun dayatmalarına maruz kalması ve geleneklere, dini inançlara sıkı sıkıya bağlı kalması sonucunda bireylerin kendini öldürmesiyle sonuçlanan bir intihar türü olarak tanımlanmaktadır. Bu tür intiharda toplumsal baskı belirleyici bir rol oynar ve bireyler intiharı kendileri için bir görev olarak görürler. Bu görevi yerine getirmediklerinde toplumsal ya da dini yaptırımlarla karşı karşıya kalacaklarına inanmaktadırlar (27,40,46).
- Kuralsızlık (anomik) intihar; Durkheim'e göre, bireyin davranışlarını düzenleyecek kural veya ölçütlerin bulunmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Ani toplumsal değişimler, kriz dönemleri ve bireyin yaşam koşullarındaki hızlı değişimler, toplumsal kuralların düzenleyici işlevini zayıflatmakta ve bireyi belirsizlik içinde bırakmaktadır.

Beklenmedik zenginleşme ve boşanma gibi olaylar da, bu tür intihara örnek olarak verilmektedir (27,40,46).

- Ölümcül (fatalistik) intihar; aşırı toplumsal düzenlemeden kaynaklanmaktadır. Bireylerin katı ve sıkı bir şekilde uymaları gereken kuralların bulunduğu durumlarda, kişiler ölümü bir kaçış ya da kurtuluş yolu olarak görebilmektedirler (27,40,46).

Psikanalitik yaklaşımın öncüsü Sigmund Freud, bireyin tehdit edici bir durumla karşı karşıya kaldığında, kendisini savunma ya da bu tehditten kaçma eğilimi göstereceğini belirtmiştir. Freud, içsel ya da dışsal tehditlerin yol açtığı korku ve kaygı durumunun bireyde saldırganlık dürtüsünü tetikleyebileceğini ifade etmiştir. Saldırganlık dürtüsü, birey tarafından hem dış dünyaya hem de kendine yöneltilebilir. Bu bağlamda, intihar davranışı, bireyin kendini yok etme arzusu ile saldırganlık dürtüsünün kendisine yönelmesi sonucu ortaya çıkan bir durum olarak değerlendirilmektedir. Sevgi nesnesinin kaybı durumunda birey, gerçeklikten uzaklaşma eğilimi gösterebilir. Freud bu süreci, bireyin kaybedilen nesneyi yeniden sahiplenmeye yönelik bir girişimi ve aynı zamanda psikolojik bir gerileme mekanizması olarak tanımlamaktadır (47). Freud'a göre, kararsızlık yaşayan ve karar vermekte zorlanan bireyler intihar davranışı sergileyebilmektedir (48).

Menninger'e göre intihar, bireyde var olan ölüm arzusunun bir sonucu olup, bu arzu oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Menninger, intiharın üç temel bileşenden oluştuğunu belirtmektedir: öldürme isteği, saldırganlık, suçlama ve imha etme dürtülerini içerir; öldürülme isteği itaat, mazoşizm ve kendini suçlama eğilimlerini yansıtır; ölme isteği ise umutsuzluk, korku ve yorgunluk duygularından kaynaklanmaktadır. Bu süreçlerin her biri son derece karmaşık ve muğlak bir yapıya sahiptir. Menninger ayrıca, bu bileşenlerin birbirinden tamamen bağımsız olmadığını ve aralarında belirgin bir etkileşim bulunduğunu ileri sürmektedir (49).

Nesne ilişkileri kuramı, bireyin erken dönem ilişkileri ile bu ilişkilerin içselleştirilmiş temsillerinin psikolojik gelişim üzerindeki etkilerini incelemektedir. İntihar davranışı genel olarak, bireyin içselleştirilmiş ilişkilere ilişkin çatışmalarından kaynaklanabilmektedir. İntiharın temelinde aşağıdaki faktörlerin yer alabileceği vurgulanmaktadır.

- İdealizasyon ve Devalüasyon; bireyin ilişkilerinde aşırı idealizasyon ve ardından gelen hayal kırıklığı, yoğun öfke ve çaresizlik duygularını tetikleyebilir.
- Ayrılma ve Kaybın İşlenememesi; erken dönem kayıplar veya ayrılmalar, bireyin kendi kimliği ve diğerleriyle olan ilişkileri üzerinde derin etkiler bırakabilir.

- Kendilik Algısındaki Bütünsellik Eksikliği; bireyin kendisini bir bütün olarak algılayamaması, depresyon ve intihar riskini artırabilir (50).

Bağlanma kuramı, bireyin erken yaşam deneyimlerine ve bu deneyimlerin duygusal dünyası üzerindeki etkilerine odaklanmaktadır. John Bowlby'nin bağlanma kuramına göre, güvenli bağlanma oluşturamayan bireylerde duygusal dengesizlik ve intihar davranışı riski daha yüksek olabilmektedir (51).

2.5.3. Bilişsel Kuram

Beck, depresyon hastalarıyla gerçekleştirdiği görüşmelerde, bazı hastaların intihar girişiminde bulunurken bazılarının bulunmamasının nedenlerini incelemiş ve bu bulgulardan hareketle "umutsuzluk kuramı"nı geliştirmiştir. Umutsuzluk kuramı, bireyi intihara sürükleyen bilişsel süreçleri açıklamayı amaçlamaktadır. Beck'e göre, depresyondaki bireyler kendilerine, çevrelerine ve geleceğe ilişkin olumsuz bakış açıları geliştirmekte ve bilişsel katılık içeren bir düşünme tarzına sahiptirler. Bu bilişsel süreç içerisindeki birey, kendisini değersiz görmekte, çevresini güvenilmez olarak algılamakta ve geleceğe dair olumsuz beklentiler taşımaktadır. Problemlerine çözüm bulamayacağına inanan birey, umutsuzluğa kapılarak intiharı tek çıkış yolu olarak görmektedir (34,52).

2.5.4. Edwin Shneidman'ın Psikolojik Kuramı

Shneidman, intiharı depresyon, umutsuzluk, öfke ve ilgisizlik gibi duyguların eşlik ettiği psikolojik bir acının sonucu olarak tanımlamıştır. Kişi, yaşamına son vermekten ziyade, yaşadığı psikolojik acıyı sona erdirme arzusundadır. Bu duygu durumlarına kontrol kaybı da eklendiğinde, bireyin kontrolü kaybetme hissi artmaktadır. İyileşmeye dair inancı kalmayan bireyler, kontrol kaybı yaşamaktansa intihar yoluyla yaşamlarına son verme eğilimi göstermektedir (53).

2.6. İntihara İlişkin Risk Faktörleri

2.6.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri

İntihar her bireyi etkileyebilmekle birlikte, bazı gruplar diğerlerine göre daha yüksek risk altındadır. İntihar, 15-29 yaş aralığındaki bireyler arasında en önde gelen ölüm sebeplerinden biri olarak dikkat çekmektedir. İntihar oranları yaşa göre farklılık göstermekte olup, 15 yaş

altındaki bireylerde en düşük, 25-29 yaş arasındaki bireylerde ise en yüksek seviyede seyretmektedir (33). Boşanmış, dul veya bekar olmanın ve yalnız yaşamanın intihar riskini artırdığı, evli ve çocuk sahibi olmanın ise bu riski azalttığı belirtilmektedir. Türkiye'de 2023 istatistiklerine göre intihar eden erkeklerin yaklaşık %42'sinin evli, %45'inin hiç evlenmemiş, %3'ünün eşinin ölmüş ve %10'unun ise boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Kadınlar arasında ise intihar edenlerin %41'inin evli, %39'unun hiç evlenmemiş, %8'inin eşinin öldüğü ve %13'ünün boşanmış olduğu bildirilmiştir. Genel olarak, evli bireylerde intihar oranı daha düşük iken, bekar, dul veya boşanmış bireylerde intihar riski daha yüksek olarak belirtilmektedir (33, 54). Tamamlanmış intiharlar açısından erkek olmak, intihar girişimleri açısından ise kadın olmak önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Araştırmalara göre, erkeklerin intihar sonucu ölme olasılığı kadınlara kıyasla yaklaşık dört kat daha fazladır (55). Buna karşılık, kadınların intihar düşüncelerini dile getirme ve ölümcül olmayan intihar girişiminde bulunma olasılığının erkeklere göre daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir (56). Türkiye'de 2023 yılı intihar istatistiklerine göre, eğitim düzeyi ile intihar oranları arasında önemli farklılıklar gözlemlenmiştir. En yüksek intihar oranlarının ortaokul ve lise mezunları arasında olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, intiharların nedenleri incelendiğinde, geçim sıkıntısı nedeniyle hayatına son veren bireylerin oranının belirgin olduğu görülmüştür. Ekonomik zorluklar, işsizlik ve gelir dengesizlikleri, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde intihar riskini artıran önemli etkenler arasında yer almaktadır. İntihar eden bireyler arasında ekonomik sıkıntılar nedeniyle yaşamına son verenlerin oranı %10 civarındadır, bu da geçim zorluğunun intihar üzerindeki etkisini gözler önüne sermektedir (33,39,57,58).

2.6.2. Ailesel Risk Faktörleri

İntihara ilişkin ailesel riskin genetik faktörlerle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (43). Aile içi şiddet, istismar ve duygusal ihmal gibi olumsuz yaşam deneyimleri intihar davranışını tetikleyebilir. Ebeveynlerde bulunan madde bağımlılıkları veya ruhsal hastalıklar da çocuklarda intihar riskini artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca, ebeveynlerden birinin intihar girişiminde bulunmuş olması, çocuklarda intihar riskini artırmaktadır (59).

2.6.3. Durumsal Risk Faktörleri

Bir birey, en yakın sosyal çevresinde bulunan eş, aile üyeleri ve arkadaşlar gibi önemli kişilerle olan iletişimin kesildiğini hissettiğinde, izolasyon durumu ortaya çıkmaktadır. Bu durum

genellikle depresyon, yalnızlık ve umutsuzluk gibi duygularla birlikte gözlemlenmektedir (60). Bireyin yaşamında meydana gelen stres faktörleri; yakın bir kişinin kaybı, iş kaybı, maddi sıkıntılar, ailevi ilişkilerde yaşanan zorluklar, toplumsal izolasyon ve sosyal dışlanma gibi unsurlar intihar riskini artıran önemli durumsal faktörlerdir. Özellikle iş kaybı gibi ekonomik zorluklar, bireyde umutsuzluk duygusunu pekiştirerek intihar riskini artırabilir. Sosyal desteğin yokluğu ve dışlanma, bireyin intihar düşüncelerine yönelmesine neden olabilir (61,62).

Toplumda intiharın nasıl algılandığı, intiharın yaygınlığı ve kültürel normlar da önemli bir durumsal risk unsuru oluşturmaktadır. Bazı kültürel gruplarda intihar, bir çıkış yolu olarak görülebilmektedir. Bu durum özellikle intiharı tabu olarak görmeyen toplumlarda daha belirgin olabilir. Ayrıca, toplumsal baskılar; özellikle cinsiyet, yaş ve toplumsal rol beklentileri bireylerde intihar düşüncelerine yol açabilir (63).

Medyada yapılan bazı uygunsuz haber uygulamaları da intihar riskini artırabilecek faktörlerden biridir. İntihar olaylarının romantize edilmesi veya çekici bir şekilde sunulması, özellikle intihara yatkın bireylerde "taklit intihar" riskini yükseltebilmektedir. Ünlü kişilerin intiharları üzerine yapılan yorumların yanı sıra, intihar yöntemlerinin detaylı bir şekilde açıklanması, kullanılan araçlar hakkında bilgi verilmesi veya intihar sahnelerine ait fotoğrafların paylaşılması, intiharı bir kriz karşısında kabul edilebilir bir yanıt olarak normalleştirme riski taşımaktadır. İntihar modellerine maruz kalmanın, intihara yatkın bireylerde intihar davranışını tetiklediği bildirilmektedir (64).

Bir kişinin geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olması, bir sonraki girişim için güçlü bir göstergedir. Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş bireylerin tekrar intihar düşüncelerine sahip olma ihtimali daha yüksektir. Ayrıca, bir kişinin aile üyelerinde intihar geçmişinin bulunması da durumsal bir risk faktörü olabilir. Genetik yatkınlık ile birlikte, geçmişte yaşanan travmalar ve aile içindeki travmalar, intihar riskini artıran unsurlar olarak ön plana çıkmaktadır (65).

2.7. Ruhsal Hastalıklarda İntihar

Depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi rahatsızlıklar, intihar eğilimlerinin en sık görüldüğü hastalıklardır. Ruhsal hastalıklar arasında depresyon, intihar riskini en fazla artıran rahatsızlıkların başında gelmektedir. Depresyon, bireyde derin bir umutsuzluk, değersizlik ve çaresizlik duygusu yaratarak, kişinin intiharı bir kaçış yolu olarak

görmesine neden olabilir. Özellikle şiddetli depresyon vakalarında, intihar düşünceleri yoğunlaşmakta ve bireyin yaşam kalitesi ciddi ölçüde düşmektedir (66).

Bipolar bozukluk, mani ve depresyon dönemlerinin sıkça yaşandığı bir hastalık olup, her iki dönemde de intihar riski taşımaktadır. Depresif dönemler, bireyleri intihar düşüncelerine daha yatkın hale getirirken, mani dönemi sırasında ise impulsif davranışlar ve riskli hareketler artabilir. Yapılan bir araştırma, bipolar bozukluğu olan bireylerin genel nüfusa göre intihar oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (61).

Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu ve sosyal fobi gibi rahatsızlıklar, bireyin sürekli kaygı ve korku hissetmesine neden olarak yoğun stres yaratır. Bu duygular zamanla başa çıkma güçlüğü ve depresyona dönüşerek bireyde umutsuzluk duygusunun derinleşmesine ve intihar düşüncelerinin gelişmesine yol açabilir. Benzer şekilde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yaşayan bireylerde de geçmişteki travmatik olayların etkisiyle intihar riski yüksektir (38,67).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar da intihar riskini artıran ciddi ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu tür hastalıklar, bireyin gerçeklik algısında bozulmalara yol açar ve bu durum intihar düşüncelerini tetikleyebilir. Şizofreni hastalarında, psikotik bozukluklarda sıkça görülen halüsinasyonlar ve sanrılar, bireyleri hayali tehditlere karşı kendilerini koruma amacıyla intihara yönelebilmektedir. Ayrıca, şizofreni tedavisinde kullanılan bazı antipsikotik ilaçların yan etkileri de intihar düşüncelerini artırabilecek bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (68,69).

Ruhsal hastalıkların intihar üzerindeki etkisi, yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Gençler, duygusal ve zihinsel olarak gelişim aşamasında olduklarından, ruhsal hastalıkların etkilerini daha yoğun yaşayabilirler. Depresyon ve anksiyete bozuklukları gençler arasında yaygın olarak görülmekte olup, okul, arkadaşlık ilişkileri ve aile baskısı gibi dış faktörlerle birleştiğinde intihar riski daha da artmaktadır (70). Gençlerde zorbalık, sosyal dışlanma ve düşük benlik saygısı gibi etkenler de intihar düşüncelerini tetikleyebilir. Yetişkinlerde ise ruhsal hastalıklar farklı şekillerde intihar riskine katkıda bulunmaktadır. Özellikle iş kaybı, maddi zorluklar ve aile içi çatışmalar gibi stres faktörleri, yetişkinlerde depresyon ve anksiyete bozukluklarını tetikleyerek intihar riskini artırabilir (6).

Sosyal ve çevresel faktörler de ruhsal hastalıkların yol açtığı intihar riskinde önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal izolasyon, ailevi destek eksikliği ve ekonomik zorluklar, bireylerdeki

ruhsal hastalıkları derinleştirerek intihar düşüncelerini tetikleyebilir (61). Ayrıca, bireyin çocukluk döneminde yaşadığı travmatik deneyimler, ilerleyen yaşlarda ruhsal hastalıkların gelişmesine neden olabilmekte ve intihar eğilimlerini artırabilmektedir (62).

2.8. Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Ailelerinin İntihar Hakkındaki Bilgileri

Depresyon, anksiyete ve bipolar bozukluk gibi ruhsal hastalıklarda intihar düşünceleri yaygın olarak görülmektedir. Ancak birçok aile üyesi, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin davranışlarını yanlış yorumlayabilmektedir. Örneğin, depresyon belirtilerinin yalnızca "kötü bir dönem" olarak algılanması ya da bireyin içe kapanmasının sadece "kişisel bir tercih" olarak değerlendirilmesi, intihar riskinin göz ardı edilmesine yol açabilir. Bu yanlış değerlendirmeler, damgalanmayı artırmakta, intihar hakkında açıkça konuşmayı ve doğru bilgiye ulaşmayı engellemekte, böylece ailelerin müdahale kapasitesini sınırlandırmaktadır (71). Rusch ve ark. (2009) intiharın damgalanması nedeniyle birçok ailenin bu konuda bilgi arayışına girmediğini ve yardım almayı ertelediğini belirtmektedir (72).

Nock ve ark. (2010) intihar eden bireylerin çoğunun yakın zamanda aileleriyle belirgin bir iletişim kurduklarını, ancak bu ailelerin büyük kısmının intihar belirtilerini fark edemediğini belirtmektedir. Ailelerin, intihar riski taşıyan bireylerde yaygın olarak görülen belirtileri (örneğin, umutsuzluk, sürekli ölüm ya da intihar düşünceleri, ani ruh hali değişiklikleri) tanıyamaması, zamanında müdahale edememelerine yol açmaktadır (73). Ailelerin intiharı önleme stratejileri hakkında bilgi sahibi olmaları da önemli bir konudur. İntihar riski taşıyan bir bireye nasıl yaklaşılması gerektiği, hangi durumlarda profesyonel yardım alınması gerektiği ve bireyi intihardan uzaklaştıracak iletişim teknikleri, ailelerin öğrenmesi gereken kritik unsurlardır. Ancak birçok aile, intiharı konuşmanın bu riski artıracağına dair yanlış bir inanca sahip olabilir. Oysa iletişim stratejilerinin, intihar riskini azaltmada önemli bir araç olduğu vurgulanmaktadır (74). Ailelerin intiharı önleme stratejilerine yönelik bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim programları, literatürde sıkça önerilmektedir. van der Sanden ve ark. (2015) çalışmasında, ailelerin bu tür eğitimleri aldıklarında, sevdikleri bireylerin intihar düşüncelerini daha kolay fark ettikleri ve uygun müdahale yollarını öğrendikleri belirtilmektedir (75). Bu eğitimler, ailelere kazandırılan farkındalık ve stratejilerle birlikte, intihar riskinin erken dönemde tespit edilmesine olanak sağlamaktadır. Ailelerin bilgi düzeyini artıran faktörlerden biri de sağlık sistemlerine kolay erişim ve profesyonel destek alma olanaklarıdır. Psikiyatri uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ve ruh sağlığı danışmanları,

ailelerin intihar riski konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi açısından önemli bir rol oynar. Ancak birçok aile bu tür desteklerden habersiz olabilir ya da finansal kısıtlamalar nedeniyle bu hizmetlerden yararlanamayabilir. Bu durum, yerel sağlık merkezleri ve toplum destek gruplarının daha aktif rol almasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle bu tür hizmetlerin yaygınlaştırılması, ailelerin bilgi düzeyini artırmaya yönelik en etkili yaklaşımlar arasında yer almaktadır (76).

2.9. Psikiyatri Hemşirelerinin Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerin Ailelerini İntihar Konusunda Bilgilendirmedeki Rolü

İntihar, bireyin psikolojik, sosyal ve biyolojik faktörlerinin etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir davranış biçimidir. Genellikle depresyon, kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkilendirilmektedir (77). Bu durumla mücadele eden bireylerin yardım arama sürecinde, ailelerin bilgi düzeyi ve farkındalığı hayati bir öneme sahiptir.

Aile üyeleri, bireyin günlük yaşamını yakından takip ettikleri için ruhsal değişimleri ve tehlike işaretlerini erken fark etme potansiyeline sahiptir. Ancak intihar risk faktörleri ve kriz durumlarında nasıl davranılması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan aileler, bu işaretleri görmezden gelebilir veya yanlış yorumlayabilir. Bu durum, bireyin zamanında yardım almasını engelleyebilir (78,79).

Psikiyatri hemşireleri, bu noktada hem bireye hem de ailesine rehberlik etme görevini üstlenir. Hemşirelerin aileleri bilinçlendirmesi, yalnızca bireyin tedavi sürecini desteklemekle kalmaz; aynı zamanda ailenin bu sürece aktif ve bilinçli bir şekilde katılmasını sağlar. Ailenin bakım sürecine dahil edilmesi, bireyin duygusal ve sosyal destek sistemine erişimini artırarak tedavi sürecinin etkinliğini güçlendirir (38).

İntiharla mücadele süreci, yalnızca bireyi değil, aynı zamanda aile üyelerini de psikolojik açıdan derinden etkiler. Aileler, sevdiklerinin yaşadığı ruhsal çöküntü karşısında yoğun stres yaşayabilirler. Bu nedenle, psikiyatri hemşirelerinin ailelere sadece bilgi sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda duygusal destek sunması büyük önem taşımaktadır. Aile bireylerinin kendi ruh sağlıklarını koruyabilmeleri, bireyin iyileşme sürecine doğrudan olumlu katkı sağlar (80).

Ailelere yönelik düzenlenen intihar eğitim programları, risk faktörlerinin tanınması, kriz anlarında uygun müdahale yöntemleri ve profesyonel yardım arama yolları konusunda

rehberlik etmektedir. Bu eğitimler sayesinde aile üyeleri, bireyin kendine zarar verme düşüncelerini daha erken fark edebilmekte, sağlıklı iletişim kurabilmekte ve gerektiğinde hızlıca destek sağlayabilmektedir. Yapılan araştırmalar, intihar konusunda bilinçli ailelerin hem bireyin tedaviye katılımını artırdığını hem de kriz anlarında daha doğru ve sakin müdahalelerde bulunduğunu ortaya koymaktadır. Aksi durumda, bilgi eksikliği yalnızca intihar riskini artırmakla kalmayıp, aile içindeki stres ve çatışmaların da şiddetlenmesine yol açabilir (81-84).

Sonuç olarak, ailelerin intihar konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi, hem bireyin hem de ailenin ruhsal sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Psikiyatri hemşireleri, bu sürecin merkezinde yer alarak, eğitim programlarının planlanması ve uygulanmasında aktif rol almalı; aileleri bilgiyle donatarak intiharı önlemeye yönelik etkili ve kapsamlı bir destek sistemi oluşturmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeylerini ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel yöntemle gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi nedir?
2. Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve alt boyut puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikleri arasında fark var mıdır?
3. Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve alt boyut puan ortalamaları ile hasta ve hastalıkla ilişkili özellikleri arasında fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Nisan 2024 - Kasım 2024 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak belirlenmiştir. Hesaplamada, çift yönlü etki büyüklüğü %0,4, α hata düzeyi %5 ve gücü (1 - β) %95 olarak esas alınmıştır. Araştırma, psikiyatri polikliniğine başvuran ve araştırma kriterlerine uygun olan 88 hasta yakını ile tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 6 aydır hasta ile birlikte yaşayan,
- Hastanın günlük işlerinden, tedavi ve kontrollerinden sorumlu olan,
- Araştırmadaki soruları anlayıp yanıtlayabilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 6 aydan daha az süredir hasta ile birlikte yaşayan,
- Hastanın günlük işlerinden, tedavi ve kontrollerinden sorumlu olmayan,
- Araştırmadaki soruları anlayıp yanıtlayamayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan bireyler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) puanı araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında; yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ruhsal bir hastalık varlığı, hastaya olan yakınlık durumu, ailede başka ruhsal rahatsızlığı bulunan bireylerin varlığı, hastanın daha önce intihar düşüncesini paylaşma durumu, hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu, hastanın intihar etme olasılığı, hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalık tanısı, hastalık tanı süresi ve hastaneye yatış durumu yer almıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Anket Formu ve İBDÖ ile toplanmıştır.

3.8.1. Anket Formu

Bu formda, hasta yakınlarının ve hasta ile ilişkili sorulardan oluşan (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ruhsal bir hastalık varlığı, hastaya yakınlık durumu, ailede başka ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin varlığı, hastanın daha önce intihar düşüncesini paylaşma durumu, hastanın daha önce intihar girişiminde bulunma durumu, hastanın intihar etme olasılık durumu, hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalık tanısı, hastalık tanı süresi ve ve hastaneye yatış durumu) toplam 18 soru yer almaktadır (Ek 1).

3.8.2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)

Calear ve ark. (2014) tarafından geliştirilen, Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise 2016 yılında Öztürk ve Akın tarafından yapılan bu ölçek, 27 maddeden oluşmakta ve "Belirtiler/Semptomlar" (7,8,12,19,22,24. maddeler), "Risk Faktörleri" (4,6,10,15,16,17,18. maddeler), "Nedenler/Tetikleyiciler" (2,9,11,14,20,21,23,25,26,27. maddeler) ile "Tedavi ve Önlem" (1,3,5,13. maddeler) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır (85,86). Her madde, "Doğru", "Yanlış" veya "Bilmiyorum" seçenekleriyle üçlü Likert tipi değerlendirilmekte olup, ölçekteki 1,2,4,5,7,9,11,13,14,16,19,20,21,23,25 ve 27. maddeleri "Yanlış" olarak işaretleyenler ile 3,6,8,10,12,15,17,18,22,24 ve 26. maddeleri "Doğru" olarak işaretleyenler 1 puan almaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 27 arasında değişmekte olup, yüksek puan intihara ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (86) (Ek 2).

3.9. Verilerin Toplanması

Nisan 2024 - Kasım 2024 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına kişisel ve hasta tanıtıcı bilgilerinin yer aldığı Anket Formu ve İBDÖ yüz yüze görüşme yöntemiyle polikliniğin bekleme odasında uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından anket formu ve ölçeğin doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.10. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri 88 ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarından oluşmuştur. Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 27.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılmıştır. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları hesaplanmıştır. Hesaplanan çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 aralığında olduğu belirlenmiştir. Kategorik değişkenler frekans; sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız örneklem t testi ile yapılmıştır. İkiden fazla grup karşılaştırmaları Tek yönlü ANOVA (varyans) testi ile yapılmıştır. ANOVA testinde, anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Scheffe post-hoc testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler (intihara ilişkin bilgi düzeyi) üzerindeki etkisinin belirlenmesinde çok değişkenli doğrusal regresyon analizinden

yararlanılmıştır. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p<0,05$ (çift yönlü) altında değerlendirilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verilerinin Trakya bölgesindeki bir devlet hastanesini kapsaması nedeniyle araştırma sonuçları tüm hasta yakınları için genelleştirilemez.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlanmadan önce, evrensel ve bilimsel etik ilkeler doğrultusunda, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 09.10.2023 tarihli, 15/22 karar numaralı ve TÜTF-GOBAEK 2023/374 protokol kodlu yazılı etik kurul izni alınmıştır (Ek 3). Ayrıca, araştırmanın yürütülebilmesi için Edirne Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 05.04.2024 tarihinde E-98308410-806.01-241214257 sayılı kurum izni sağlanmıştır (Ek 4). İBDÖ kullanımı için de gerekli ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hasta yakınlarına, İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağı ve araştırmanın amacı hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Araştırma Nisan 2024 - Kasım 2024 tarihleri arasında ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve ilişkili olan faktörleri değerlendirmek amacıyla toplam 88 hasta yakını ile yürütüldü. Bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur:

Bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur:

- Hasta yakını tanıtıcı özelliklerin dağılımı
- Hasta ve hastalıkla ilişkili özelliklerin dağılımı
- İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları
- İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği maddelerini doğru yanıtlanma oranları
- Tanıtıcı özelliklerine göre hasta yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları
- Hasta ve hastalıkla ilişkili özelliklerine göre hasta yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları
- Hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin analizi

Tablo 4.1. incelendiğinde, çalışmaya katılan hasta yakınlarının %44,3'ü 30-50 yaş grubundadır. Ayrıca kişilerin yaş ortalaması ve standart sapması ise 37,39±13,23 yaştır. Hasta yakınlarının %68,2'si kadın, %52,3'ü evli, %75'i çekirdek aile yapısına sahip, %63,6'sının gelir düzeyi orta derecede, %46,6'sı üniversite eğitimine sahip, %68,2'si aktif olarak bir işte çalışmakta ve %38,6'sının daha önce bir ruhsal hastalık tanısı bulunmaktadır. Hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık derecesi incelendiğinde; %14,8'inin eşi, %21,6'sının çocuğu, yaklaşık olarak %32'sinin anne-babası ve %31,8'inin ise kardeşidir.

Tablo 4.1. Hasta yakını tanıtıcı özelliklerin dağılımı

Değişkenler *(N=88)*	**n(%)**
Yaş (yıl), *Ort.±Ss*	37,39±13,23
Yaş grubu (yıl)	
<30	31(35,2)
30-50	39(44,3)
≥50	18(20,5)
Cinsiyet	
Erkek	28(31,8)
Kadın	60(68,2)
Medeni durum	
Evli	46(52,3)
Bekar	42(47,7)
Aile tipi	
Çekirdek	66(75,0)
Geniş	11(12,5)
Diğer	11(12,5)
Gelir durumu	
Düşük	18(20,5)
Orta	56(63,6)
Yüksek	14(15,9)
Eğitim durumu	
İlköğretim	19(21,6)
Lise	28(31,8)
Üniversite	41(46,6)
Çalışma durumu	
Evet	60(68,2)
Hayır	28(31,8)
Ruhsal bir hastalığa sahip olma durumu	
Evet	34(38,6)
Hayır	54(61,4)
Hastaya yakınlık durumu	
Eş	13(14,8)
Çocuk	19(21,6)
Anne	20(22,7)
Baba	8(9,1)
Kardeş	28(31,8)

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

Tablo 4.2. incelendiğinde, çalışmaya katılan hasta yakınlarının %26,1'inin ailesinde başka ruhsal hastalık tanısı olan bir birey vardı. Hastaların sadece %15,9'u intihar düşüncesini yakını ile paylaşmış, %11,4'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. Hasta yakınına göre %26,1'inin intihar etme olasılığı vardır. Hastaların %55'i 30 ila 50 yaş grubundadır. Hastaların %63,6'sı kadın, yaklaşık %66'sının bir yıldan fazla süredir tanısı bulunmaktadır ve 21,6'sı hastaneye tedavi amaçlı yatmıştır. Hastaların tanı dağılımı incelendiğinde; %50'inin anksiyete

bozuklukları, %23,9'unun duygu durum bozukluğu, %10,2'sinin obsesif-kompulsif bozukluk, %9,1'inin bağımlılık ve ilgili bozukluklar ve %6,8'sinin psikotik bozukluk tanısı bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Hasta ve hastalıkla ilişkili özelliklerin dağılımı

Değişkenler	n(%)
Ailede başka ruhsal hastalık tanılı birey varlığı	
Evet	23(26,1)
Hayır	65(73,9)
Hastanın daha önce intihar etmeyi düşündüğünü paylaşma durumu	
Evet	14(15,9)
Hayır	74(84,1)
Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunması	
Evet	10(11,4)
Hayır	78(88,6)
Hasta yakınına göre hastanın gelecekte intihar etme olasılığı	
Belki	23(26,1)
Hayır	65(73,9)
Hasta yaş grubu(yıl)	
<30	40(45,5)
30-50	27(30,7)
≥50	21(23,9)
Hasta cinsiyeti	
Erkek	32(36,4)
Kadın	56(63,6)
Hastalık tanı süresi	
≤1 yıl	30(34,1)
>1 yıl-≤5 yıl	38(43,2)
≥6 yıl	20(22,7)
Hastaneye yatma durumu	
Evet	19(21,6)
Hayır	69(78,4)
Tanı	
Duygu durum bozuklukları	21(23,9)
Anksiyete bozuklukları	44(50)
Psikotik bozukluklar	6(6,8)
Obsesif-kompulsif bozukluk	9(10,2)
Bağımlılık ve ilgili bozukluklar	8(9,1)

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma

Tablo 4.3. incelendiğinde, hasta yakınlarının İBDÖ toplam puan ortalaması 10,34±3,20'dir. Toplam puan ortalamasına göre hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi %38,3 oranında düşüktür. İBDÖ alt boyut puan ortalamaları sırası ile belirtiler alt boyutu için 1,61±1,18; risk faktörleri için 3,46±1,23; nedenler/tetikleyiciler için 2,90±1,76 ve tedavi/önlem

alt boyutu için 2,38±1,09'dur. Hasta yakınlarının tedavi/önlem ilişkili bilgi düzeyi %59,4 oranla en yüksek; belirtilerle ilişkili bilgi düzeyi ise %26,9 oranla en düşüktür.

Tablo 4.3. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

İBDÖ toplam ve alt boyutları	Madde sayısı	Ort.±Ss	En az-En çok	Doğru yanıt oranı (%)
Belirtiler	6	1,61±1,18	0-6	26,9
Risk Faktörleri	7	3,46±1,23	0-6	49,4
Nedenler/Tetikleyiciler	10	2,90±1,76	0-7	29,0
Tedavi/Önlem	4	2,38±1,09	0-4	59,4
İBDÖ-Toplam	27	10,34±3,20	4-20	38,3

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, İBDÖ: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği

Tablo 4.4.'de İBDÖ maddelerinin doğru yanıtlanma oranları değerlendirildiğinde, hasta yakınlarının %85,2 oranla en çok doğru yanıtladığı maddenin "Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir." olduğu saptanırken; hasta yakınlarının %12,5 oranla en az doğru yanıtladığı maddelerin ise "Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.", "İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır." olduğu saptandı.

Tablo 4.4. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği maddelerinin doğru yanıtlanma oranları

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)	Doğru yanıtn (%)
1. Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiçbir şey yapılamaz.	55(62,5)
2. Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.	31(35,2)
3. Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.	75(85,2)
4. İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır.	16(18,2)
5. İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir.	32(36,4)
6. Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.	41(46,6)
7. İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.	26(29,5)
8. İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikirlerini değiştirebilirler.	28(31,8)
9. İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır.	15(17,0)
10. Geçmişte intihara teşebbüs eden birinin hiç intihara teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihar etme olasılığı daha yüksektir.	61(69,3)
11. İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihar etmeye teşvik edecektir.	25(28,4)
12. İntihar girişiminde bulunan kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar.	25(28,4)
13. İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.	47(53,4)
14. Çok az insanın intihar düşüncesi vardır.	27(30,7)
15. Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.	52(59,1)
16. İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır.	26(29,5)
17. Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlara göre daha yüksektir.	36(40,9)
18. İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.	72(81,8)
19. İntihara teşebbüs eden çoğu insan gelecek planları yapmaz.	19(21,6)
20. Eğer birine doğrudan "kendini öldürmeyi düşünüyor musun?" diye sorarsanız, bu o kişinin intihara teşebbüs etmesine yol açabilir.	30(34,1)
21. İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.	11(12,5)
22. İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir.	33(37,5)
23. İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.	40(45,5)
24. Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.	11(12,5)
25. İntihara yol açan dürtü ve sebepler daha öncesinden bilinmektedir.	21(23,9)
26. İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz.	26(29,5)
27. İntihara teşebbüs eden kişiler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.	29(33,0)

Tablo 4.5.'te tanıtıcı özelliklerine göre hasta yakınlarının İBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları gösterilmiştir. İstatistiksel analiz sonucunda çalışmaya katılan hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları (F=6,359; p=0,003) ile "belirtiler" (F=5,165; p=0,008) ve "risk faktörleri" (F=4,572; p=0,013) alt boyut puanları gelir düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05).

Gelir düzeyi yüksek veya orta olan hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Gelir düzeyi yüksek olan hasta yakınlarının, orta ve düşük gelir grubundakilere kıyasla belirtilerle ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu; ayrıca yüksek gelir grubundakilerin, düşük gelir grubundakilere göre risk faktörleriyle ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları (F=9,784; p<0,001) ile "nedenler/tetikleyiciler" (F=10,799; p<0,001) ve "tedavi/önlem" (F=3,972; p=0,022) alt boyut puanları eğitim düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Yapılan alt grup analizinde bu farkın üniversite mezunu hasta yakını grubundan kaynaklandığı belirlendi. Üniversite mezunu hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi daha yüksekti. Daha önce ruhsal bir hastalık tanısı olan hasta yakınlarının "belirtiler" alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=2,055; p=0,043). Yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, çalışma durumu ve hasta yakınlık derecesine göre hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.5. Tanıtıcı özelliklerine göre hasta yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

		Belirtiler	Risk Faktörleri	Nedenler/ Tetikleyiciler	Tedavi/Önlem	İBDÖ-Toplam
Değişkenler	**n**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**
Yaş grubu(yıl)						
<30	31	1,42±0,96	3,71±1,30	2,87±1,82	2,71±0,97	10,71±3,72
30-50	39	1,64±1,39	3,33±1,15	2,97±1,65	2,28±1,10	10,23±2,87
≥50	18	1,89±1,02	3,28±1,27	2,78±1,96	2,00±1,14	9,94±3,02
F/P-değeri		0,921/0,402	1,042/0,357	0,081/0,922	2,799/0,067	0,362/0,697
Cinsiyet						
Erkek	28	1,50±1,07	3,68±1,19	2,39±1,52	2,14±1,01	9,71±2,55
Kadın	60	1,67±1,23	3,35±1,25	3,13±1,82	2,48±1,11	10,63±3,44
t/P-değeri		0,616/0,540	1,169/0,246	1,869/0,065	1,377/0,172	1,402/0,165
Medeni durum						
Evli	46	1,59±1,29	3,41±1,24	3,04±1,70	2,28±1,13	10,33±2,93
Bekar	42	1,64±1,06	3,50±1,23	2,74±1,82	2,48±1,04	10,36±3,50
t/P-değeri		0,221/0,826	0,329/0,743	0,814/0,418	0,834/0,407	0,045/0,964
Aile tipi						
Çekirdek	66	1,68±1,22	3,47±1,26	3,08±1,75	2,49±1,13	10,71±3,32
Geniş	11	1,46±1,21	3,55±1,29	2,64±1,80	2,09±0,70	9,73±2,49
Diğer	11	1,36±0,92	3,27±1,10	2,09±1,64	2,00±1,10	8,73±2,65
F/P-değeri		0,452/0,638	0,152/0,859	1,647/0,199	1,382/0,257	2,099/0,129
Gelir durumu						
Düşük[1]	18	1,17±0,92	2,94±1,73	2,06±1,30	2,22±0,65	8,39±2,25
Orta[2]	56	1,55±1,11	3,43±1,02	3,09±1,78	2,45±1,13	10,52±3,10
Yüksek[3]	14	2,43±1,40	4,21±0,89	3,21±1,93	2,29±1,38	12,14±3,51
F/P-değeri		**5,165/0,008***	**4,572/0,013***	2,738/0,070	0,341/0,712	**6,359/0,003***
Farklılık		3>1ve2	3>1			1<2ve3
Eğitim durumu						
İlköğretim[1]	19	1,42±1,30	3,21±1,36	2,00±1,41	1,84±1,12	8,47±2,41
Lise[2]	28	1,46±1,10	3,46±1,17	2,29±1,33	2,32±0,90	9,54±2,50
Üniversite[3]	41	1,80±1,17	3,56±1,23	3,73±1,80	2,66±1,11	11,76±3,35
F/P-değeri		1,019/0,365	0,522/0,595	**10,799/<0,001***	**3,972/0,022***	**9,784/<0,001***
Farklılık				3>1ve2	3>1	3>1ve2
Çalışma durumu						
Evet	60	1,48±1,23	3,42±1,28	2,87±1,79	2,33±1,16	10,10±3,39
Hayır	28	1,89±1,03	3,54±1,14	2,96±1,71	2,46±0,92	10,86±2,73
t/P-değeri		1,530/0,130	0,421/0,675	0,242/0,810	0,525/0,601	1,035/0,304
Ruhsal bir hastalığa sahip olma durumu						
Evet	34	1,29±1,09	3,27±1,19	2,94±1,95	2,27±1,08	9,77±3,36
Hayır	54	1,82±1,20	3,57±1,25	2,87±1,64	2,44±1,09	10,70±3,07
t/P-değeri		**2,055/0,043**	1,150/0,253	0,183/0,855	0,754/0,453	1,347/0,181
Hastaya yakınlık durumu						
Eş	13	1,15±0,99	3,62±1,45	3,54±1,66	2,39±1,12	10,69±3,17
Çocuk	19	1,63±1,21	3,63±1,16	3,26±2,00	2,47±0,96	11,00±3,25
Anne	20	1,45±1,19	3,00±1,17	2,45±1,67	2,35±1,18	9,25±2,81
Baba	8	1,75±0,89	3,63±1,60	2,50±2,33	2,00±1,20	9,88±4,76
Kardeş	28	1,89±1,29	3,54±1,10	2,79±1,47	2,43±1,10	10,64±2,93
F/P-değeri		1,012/0,406	0,900/0,468	1,100/0,362	0,288/0,885	0,924/0,454

***p<0,05; **t:** Bağımsız örneklem t testi, **F:** Tek yönlü ANOVA testi, **Ss:** Standart sapma, **İBDÖ:** İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği

Tablo 4.6.'da hasta ve hastalıkla ilişkili özelliklerine göre hasta yakınlarının İBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları gösterilmiştir. İstatistiksel analiz sonucunda çalışmaya katılan hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları ($t=2,320$; $p=0,023$) ile "nedenler/tetikleyiciler" ($t=2,513$; $p=0,014$) alt boyut puanları ailesinde başka ruhsal hastalık tanılı birey varlığı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ailesinde başka ruhsal hastalık tanılı birey olmayan hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları ve "nedenler/tetikleyiciler" alt boyut puanlarının anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Hastasının tanı tipine göre hasta yakınlarının "tedavi/önlem" alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlendi ($F=3,711$; $p=0,008$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın hastasına obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulan hasta yakını grubu ile anksiyete bozuklukları tanısı konulan hasta yakını grubu arasında olduğu belirlendi. Hastasına obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulan hasta yakınlarının "tedavi/önlem" alt boyut puanları daha yüksekti.

Tablo 4.6. Hasta ve hastalıkla ilişkili özelliklerine göre hasta yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

		Belirtiler	Risk Faktörleri	Nedenler/ Tetikleyiciler	Tedavi/Önlem	İBDÖ-Toplam
Değişkenler	**n**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**
Ailede başka ruhsal hastalık tanılı birey varlığı						
Evet	23	1,52±1,20	3,35±1,07	2,13±1,58	2,04±1,19	9,04±2,85
Hayır	65	1,65±1,18	3,49±1,29	3,17±1,75	2,49±1,03	10,80±3,21
t/P-değeri		0,433/0,666	0,482/0,631	**2,513/0,014***	1,722/0,089	**2,320/0,023***
Hastanın daha önce intihar etmeyi düşündüğünü paylaşma						
Evet	14	2,00±1,11	3,36±1,34	2,93±1,44	2,21±1,12	10,50±3,18
Hayır	74	1,54±1,18	3,47±1,22	2,89±1,82	2,41±1,08	10,31±3,22
t/P-değeri		1,344/0,183	0,321/0,749	0,071/0,943	0,602/0,549	0,202/0,841
Hastanın daha önce intihar girişiminde bulunması						
Evet	10	1,60±1,17	3,60±0,84	3,00±1,41	2,40±1,08	10,60±2,59
Hayır	78	1,62±1,19	3,44±1,28	2,89±1,80	2,37±1,09	10,31±3,28
t/P-değeri		0,039/0,969	0,395/0,694	0,195/0,846	0,077/0,939	0,271/0,787
Hasta yakınına göre hastanın gelecekte intihar etme olasılığı						
Belki	23	1,78±1,00	3,57±1,16	3,30±1,64	2,44±1,08	11,09±3,09
Hayır	65	1,55±1,24	3,42±1,26	2,75±1,79	2,35±1,10	10,08±3,22
t/P-değeri		0,798/0,427	0,500/0,619	1,298/0,198	0,306/0,761	1,307/0,195
Hasta yaş grubu(yıl)						
<30	40	1,43±1,17	3,43±1,24	2,73±1,54	2,20±1,16	9,78±2,87
30-50	27	1,56±1,01	3,41±1,15	2,89±1,85	2,59±1,01	10,44±3,26
≥50	21	2,05±1,32	3,57±1,36	3,24±2,05	2,43±1,03	11,29±3,61
F/P-değeri		2,014/0,140	0,123/0,884	0,583/0,560	1,089/0,341	1,578/0,212
Hasta cinsiyeti						
Erkek	32	1,56±1,24	3,53±1,37	3,03±1,75	2,44±1,13	10,56±3,30
Kadın	56	1,64±1,15	3,41±1,16	2,82±1,77	2,34±1,07	10,21±3,16
t/P-değeri		0,306/0,760	0,440/0,661	0,537/0,593	0,406/0,686	0,489/0,626
Hastalık tanı süresi						
≤1 yıl	30	1,63±1,43	3,63±1,13	2,77±1,72	2,30±1,06	10,33±2,99
>1 yıl-≤5 yıl	38	1,55±0,98	3,53±1,20	3,21±1,89	2,47±1,20	10,76±3,59
≥6 yıl	20	1,70±1,17	3,05±1,39	2,50±1,50	2,30±0,92	9,55±2,67
F/P-değeri		0,107/0,899	1,477/0,234	1,206/0,304	0,271/0,763	0,942/0,394
Hastaneye yatma durumu						
Evet	19	1,95±1,03	3,68±1,00	2,79±1,44	2,42±1,07	10,84±2,75
Hayır	69	1,52±1,21	3,39±1,29	2,93±1,84	2,36±1,10	10,20±3,31
t/P-değeri		1,402/0,165	0,918/0,361	0,302/0,763	0,208/0,836	0,770/0,444
Tanı						
Duygudurum bozuklukları[1]	21	1,52±1,08	3,48±1,12	2,76±1,41	2,67±0,91	10,43±2,96
Anksiyete bozuklukları[2]	44	1,64±1,26	3,39±1,35	2,91±1,97	2,14±1,11	10,07±3,43
Psikotik bozukluklar[3]	6	2,17±1,33	3,33±0,52	2,83±1,33	1,67±0,82	10,00±1,26
Obsesif-kompulsif bozukluk[4]	9	1,67±1,12	3,56±1,24	3,56±1,88	3,33±0,71	12,11±3,06
Bağımlılık ve ilgili bozukluklar[5]	8	1,25±1,04	3,75±1,39	2,50±1,60	2,38±1,19	9,88±3,60
F/P-değeri		0,548/0,701	0,173/0,951	0,441/0,779	**3,711/0,008***	0,826/0,512
Farklılık					4>2	

***p<0,05; **t:** Bağımsız örneklem t testi, **F:** Tek yönlü ANOVA testi, **Ss:** Standart sapma, **İBDÖ:** İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği

Hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin analiz sonuçları Tablo 4.7.'de sunuldu. Çok değişkenli doğrusal regresyon modeline göre artan eğitim (β=0,286; p=0,008) ve gelir düzeyinin (β=0,277; p=0,007) hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu saptandı ($F_{(3-84)}$=9,857; p<0,001). Regresyon modelinde çoklu doğrusallık (VIF=<5 ve tolerans=>0,20) ve otokorrelasyon (DW=1,98) sorunu bulunmamaktadır. Modeldeki bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki (intihara ilişkin bilgi düzeyi) toplam değişimin yaklaşık %26'sını açıklamaktadır (R^2=0,260).

Tablo 4.7. Hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin **analizi**

Değişkenler	**B**	**SH**	**β**	**t**	***p***	**VIF**	**Tol**	**Model özeti**
Sabit terim	2,882	1,834		1,571	0,120			$F_{(3-84)}$=9,857
Gelir düzeyi *(Düşük=1/Orta=2/Yüksek=3)*	1,464	0,529	0,277	2,767	**0,007***	1,138	0,879	p<0,001
Eğitim düzeyi *(İlköğretim=1/Lise=2/Üniversite=3)*	1,154	0,426	0,286	2,707	**0,008***	1,265	0,790	DW=1,738
Ailede başka ruhsal hastalık tanılı birey varlığı *(Evet=1/Hayır=0)*	-1,184	0,726	-0,164	-1,630	0,107	1,144	0,874	R^2=0,260

*p<0,05; **DW:** Durbin Watson, **β:** Regresyon Katsayısı, **Regresyon yöntemi:** Enter (Tam model), **Bağımlı değişken**: Hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi

5. TARTIŞMA

İntihar, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte olup, intihar eden bireylerin yaklaşık %90'ının bir tür psikiyatrik hastalığa sahip olduğu bildirilmektedir (1,30). Özellikle duygudurum bozuklukları, şizofreni, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile borderline kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkların, intihar riski üzerinde belirgin bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır (3). Bu bağlamda, intiharın önlenmesi sürecinde ailelerin ve bakım verenlerin rolü büyük önem taşımaktadır.

Bu yüksek lisans tezi, ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeylerini ve bu düzeylerle ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulguların, gelecekte yapılacak araştırmalara kaynak oluşturması amacıyla aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılması planlanmıştır:

- Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguların tartışılması
- Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının hasta ve hastalıkla ilişkili özelliklere yönelik bulguların tartışılması
- Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların tartışılması
- Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının İBDÖ maddelerini doğru yanıtlanma oranlarının tartışılması
- Tanıtıcı özelliklerine göre hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların tartışılması
- Hasta ve hastalıkla ilişkili özelliklerine göre hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların tartışılması

Hasta yakınlarının demografik ve sosyoekonomik özellikleri, verilen bakımın kalitesini ve hastaların iyileşme sürecini doğrudan etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının demografik özelliklerine bakıldığında, %44,3'ünün 30-50 yaş aralığında (ortalama: 37,39±13,23) olduğu görülmektedir. Sabancıoğulları ve ark. (2020), kronik psikiyatri hastalarının bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaş ortalamasını 47,65 olarak bildirmiştir (87). Özbaş ve ark. (2008), ruhsal bozukluğu olan bireylerin aileleriyle gerçekleştirdikleri araştırmada, bakım verenlerin yaş ortalamasını 40-50 aralığında belirtmiştir (88). Karaköse ve ark. (2024) kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin

yakınlarıyla yürüttükleri bir başka çalışmada ise, hasta yakınlarının yaşı araştırmamızla benzer olarak 30-50 yaş aralığında olarak saptanmıştır (89). Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun 30-50 yaş aralığında olması, bu yaş döneminin bakım verme sürecinde hem fiziksel hem de duygusal olarak en aktif dönem olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızda kadın hasta yakınlarının oranı, erkek hasta yakınlarına kıyasla belirgin şekilde daha fazladır. Bu bulgumuz, literatürde yer alan benzer çalışmalarla da örtüşmektedir. Sabancıoğulları ve ark. (2020), bakım vericilerde kadın oranını %67 olarak bildirirken; Çoban ve ark. (2013), bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada bu oranı %75 olarak saptamıştır (87, 90). Benzer şekilde, Özbaş ve ark. (2008) çalışmasında %63,8 oranında kadın bakım verici bulunduğunu belirtmiş, Karaköse ve ark. (2024) ise kadın katılımcıların çoğunlukta olduğunu vurgulamıştır (88, 89). Pinquart ve ark. (2006) çalışmasında da kadınların hasta bakım sürecinde daha aktif rol aldıklarını ifade etmiştir (91). Bu bulgular bakım veren bireylerin çoğunlukla kadınlardan oluştuğunu açıkça ortaya koymaktadır. Kadınların duygusal destek sağlama, ev içi düzeni oluşturma ve hasta bakımı gibi kültürel rollerle özdeşleştirilmesi, kadınları bu süreçlerde daha görünür olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hasta yakınlarının %52,3'ünün evli, %75'inin ise çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, önceki çalışmalarla büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Sabancıoğulları ve ark. (2020), bakım vericilerin evlilik oranını %70,9 olarak bildirirken; Özbaş ve ark. (2008) bu oranı %71,7 olarak saptamıştır (87, 88). Benzer şekilde Baştürk (2020) yüksek lisans tezinde bakım verenlerin evlilik oranı %83,33, çekirdek aile oranı %75,56, Bilgin (2007), ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip hasta yakınlarının %79,4'ünün evli, %47,6'sının ise çekirdek aile yapısında olduğunu ifade etmiştir (92,93). Tüm bu veriler, hasta yakınlarının büyük ölçüde evli ve çekirdek aile yapısına sahip bireylerden oluştuğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda, hasta yakınlarının %63,6'sının orta gelir düzeyine, %20,5'inin ise düşük gelir grubuna ait olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Molu ve ark. (2023) psikiyatri servisinde yatan duygulanım bozukluğu olan hastaların yakınlarıyla yürüttükleri çalışmada, hasta yakınlarının çoğunluğunun orta gelir seviyesine sahip olduğunu ifade etmiştir (94). Duran ve Eroğlu (2016), ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının eğitim gereksinimlerini inceledikleri araştırmalarında, bakım verenlerin %38,8'inin gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiğini bildirmiştir (95). Harmancı ve Duman (2016) ise şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %61,5'inin aylık gelir düzeyini orta olarak

tanımladığını belirtmiştir (96). Elde ettiğimiz bulgular, literatürde yer alan çalışmalarla büyük ölçüde benzerlik göstermekte olup, ruhsal hastalığı bulunan bireylerin yakınlarının genellikle orta gelir grubuna mensup oldukları ifade edilebilir.

Araştırmamızda hasta yakınlarının eğitim düzeyine bakıldığında, üniversite mezunlarının %46,6 ile en büyük grubu oluşturduğu görülmektedir. Karaköse ve ark. (2024) yaptığı çalışmada da benzer şekilde, katılımcıların yarısının üniversite mezunu olduğunu bildirmiştir (97). Demirden ve Sarıkoç'un (2022), ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenleriyle gerçekleştirdiği araştırmada ise katılımcıların %60'ının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (98). Buna karşılık, Duran ve Eroğlu'nun (2016) psikiyatrik tanı almış hastalar ve aileleriyle yürüttüğü çalışmada, hasta yakınlarının eğitim düzeylerinin çoğunlukla ortaokul ve lise düzeyinde olduğu belirtilmiştir (95). Benzer şekilde, Harmancı ve Duman Çetinkaya (2016) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı araştırmasında da bakım verenlerin %36,5'inin lise mezunu olduğunu saptamıştır (96). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınları üzerinde yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde, hasta yakınlarının eğitim düzeylerinin çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Bu çeşitlilik, hasta yakınlarına sunulacak desteklerin ve eğitim programlarının ihtiyaçlara uygun şekilde planlanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda hasta yakınlarının %68,2'si aktif olarak çalışmaktaydı. Duran ve Eroğlu'nun (2016) araştırmasında, hasta yakınlarının büyük bir kısmının çalışarak hem kendilerinin hem de bakımını üstlendikleri hastaların ihtiyaçlarını karşıladıkları belirtilmiştir (95). Benzer şekilde, Demirden ve Sarıkoç'un (2022) bakım verenlerle yürüttükleri çalışmada, bakım verenlerin %66,7'sinin çalıştığı, Gümüş Babacan'ın (2006) şizofreni yakınları ile yaptığı araştırmada hasta yakınlarının %58,8'inin bir işte çalıştığı ve Karaköse ve ark. (2024) kronik ruhsal hastalığı bulunan bireylerin yakınlarının tedavi ve hastaneye yatış süreçlerindeki deneyimlerini incelediği çalışmada da 10 kişiden 7'sinin bir işte çalıştığı ifade edilmiştir (97-99). Bu durum, hasta yakınlarının önemli bir bölümünün iş hayatlarını devam ettirdiklerini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %38,6'sının daha önce ruhsal hastalık tanısı bulunmaktaydı. Munie ve ark. (2022) ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınları ile yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının daha önce %11,8'inin ruhsal hastalık tanısı aldığını belirtmiştir (100). Literatürdeki araştırmaların, örneklem özellikleri, yöntemlerdeki farklılıklar, kültürel, sosyal ve coğrafi faktörler gibi farklılıklar sonuçlar üzerinde etkili olmaktadır. Araştırmamıza

katılım sağlayan hasta yakınlarının önemli bir kısmının daha önce ruhsal hastalık tanısı almış olması, bu grubun ruh sağlığı açısından risk altında olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının %26,1'inin ailesinde başka ruhsal hastalık tanısı olan bireyin bulunması, ruhsal hastalık gelişiminde genetiğin önemli bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir. Van Dijk ve ark. (2021) çalışmasında ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunan bireylerin, benzer rahatsızlıklara yakalanma riskinin arttığını göstermektedir (101). Benzer şekilde Mowla ve Bahrami (2020) şizofreni hastalarında psikiyatri bozukluklarının aile geçmişi ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında da şizofreni hastalarının %24,2'sinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu belirtmiştir (102). Psikiyatrik bozukluklarda genetik yatkınlığın belirleyici bir rol oynadığına dair literatür bulguları araştırma bulgularımızı desteklemektedir (103).

Psikiyatrik hastalık tanısı almış özellikle depresyon, anksiyete ve psikotik bozuklukları olan bireylerde intihar düşüncesi ve girişimlerinin genel popülasyona kıyasla daha yaygın olduğu, literatürde vurgulanan önemli bir bulgudur (104). Araştırmamızda hastaların %15,9'unun daha önce intihar etmeyi düşündüğünü ve %11,4'ünün en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmesi, intihar riskin azımsanmayacak düzeyde olduğunu göstermiştir. Sokero ve ark. (2003) majör depresif bozukluk tanısı olan bireylerle yaptığı çalışmada intihar düşüncesi oranını %58, girişim oranını ise %15 olarak bulmuştur (105). Benzer şekilde, Mekonnen ve Kebede'nin (2011) çalışmasında da bu oranlar sırasıyla %64,8 ve %19,2 olarak belirtilmiştir (106). Literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında, araştırmamızdaki oranların diğer çalışmalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak araştırmaların sonuçları ruhsal hastalıklarda intihar riski potansiyelinin her zaman dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda hastaların %63,6'sının kadın olduğu, 30 yaş altı hasta oranlarının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki kadın hasta oranı, Duran ve Eroğlu (2016), Harmancı ve Duman (2016) ile Darol ve Karapınar'ın (2022) bulgularıyla büyük ölçüde örtüşmektedir (95,96,107). Hastalar yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, dünya genelinde psikiyatrik bozuklukların başlangıcının 18 yaşından önce, belirtilerinin ise 25 yaşından önce görüldüğü belirtilmektedir (108). Gustavson ve ark. (2018) genç yetişkinler arasında ruhsal bozuklukların yaygınlığını incelediği çalışmasında, ruhsal bozuklukların özellikle 20'li yaşlarda yaygınlaştığı, ilerleyen yaşlarla birlikte azalma eğilimine girdiğini

belirtmiştir (109). Bulgularımız , ruhsal hastalıkların genç yaşlarda başladığı ve kadınlarda daha sık görüldüğüne dair literatürle büyük ölçüde paralellik göstermektedir.

Araştırmamızın bulgularına göre, hastalar arasında en sık görülen tanılar anksiyete bozuklukları (%50) ve duygu durum bozuklukları (%23,9) olarak belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların %21,6'sının daha önce hastaneye yatmış olduğu belirlenmiştir. DSÖ (2023) verilerine göre, dünya genelinde en yaygın ruhsal bozukluk depresyondur (110). Arslan (2021) tarafından bir toplum merkezinde gerçekleştirilen çalışmada da depresyon en sık görülen tanı olarak bildirilmiştir (111). Gültekin ve ark. (2013), istemli ve istem dışı hasta yatışlarına yönelik yaptıkları çalışmada, kişinin kendisine veya başkasına yönelik tehlikelilik durumu ve tedavi gereksinimi nedeniyle hastaneye yatırıldığını belirtmiştir (112). Ruhsal bozuklukların doğru değerlendirilmesi ve etkili tedavisi amacıyla, ruhsal bozukluğu olan bireyler gerektiğinde hastaneye yatırılabilmektedir.

Araştırmamızda, ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde, hasta yakınlarının intihar belirtileri, risk faktörleri, nedenler/tetikleyiciler ve tedavi/önleme konularındaki bilgi düzeylerinin değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. İBDÖ toplam puan ortalamasına göre hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyinin %38,3 oranında düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Calear ve ark. (2014) İBDÖ'ü kullanarak üniversite öğrencileri ve üniversite personeli üzerinde yürüttüğü çalışmada katılımcıların bu ölçekten elde ettikleri doğru yanıt oranını %62,9 olarak bulmuş ve katılım sağlayanların intihar hakkındaki bilgi düzeylerini orta düzeyde olarak belirtmiştir (113). Altan Sarıkaya ve ark. (2024) üniversite öğrencilerinin intihar okuryazarlık düzeylerini inceledikleri çalışmasında da öğrencilerin orta düzeyde intihar hakkında bilgiye sahip olduklarını belirtmiştir (114). İntihar, yönetilebilir, önlenebilir risk faktörleri olan bir davranıştır. Bu bağlamda, toplum genelinde intihara ilişkin farkındalığın artırılması için daha kapsamlı eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

İBDÖ'nün alt boyutları değerlendirildiğinde, hasta yakınlarının intiharın belirtilerine ilişkin doğru yanıt oranının yalnızca %26,9 olduğu görülmektedir. Belirlenen bu düşük oran, hasta yakınlarının intiharın erken uyarı işaretlerini tanıma konusunda önemli düzeyde yetersiz kaldığını göstermektedir. Araştırmamızın bulguları, önceki araştırmalarla da örtüşmektedir. Calear ve ark. (2014) çalışmasında, en az doğru yanıtlanan maddelerin "belirtiler" alt boyutunda olduğunu belirtilmiştir (113). Benzer şekilde, Chan ve arkadaşları (2014) da intihar okuryazarlığına yönelik yaptıkları araştırmada, en düşük doğru yanıt oranının yine "belirtiler"

alt boyutunda olduğunu ifade etmişlerdir (115). İntihar belirtilerine yönelik bilginin yetersiz olması, risk altındaki bireylerin zamanında fark edilmesini ve uygun müdahale sağlanmasını güçleştirmektedir (116). Ruhsal bozukluğu bulunan ve intihar riski taşıyan bireylerin belirtilerinin çevreleri tarafından fark edilmemesi durumunda, hastalara erken müdahale şansı azalarak, tamamlanmış intihar vakalarının artmasına yol açabilecektir.

Psikiyatrik bozukluklar, sosyal izolasyon, geçmişte yaşanan travmalar ve madde kullanımı gibi faktörlerin intihar riskini artırdığı bilinmektedir (80). Franklin ve ark. (2017), intihara yönelik risk faktörlerinin biyopsikososyal unsurlar içerdiğini ve bu unsurların toplum genelinde yeterince bilinmediğini ifade etmişlerdir (117). Araştırmamızda "risk faktörleri" alt boyutunda doğru yanıt oranı %49,4 olup, hasta yakınlarının bu alandaki bilgi düzeyleri orta düzeyde olarak değerlendirilmiştir. Bulgularımız, toplumun intihar risk faktörleri konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır.

"Nedenler ve tetikleyiciler" alt boyutunda doğru yanıt oranının %29 olması, intiharın temel nedenleri konusundaki farkındalığın düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, intiharı önleme stratejilerinin etkinliğini azaltarak, ruhsal bozukluğu olan bireylerin çevresi tarafından zamanında fark edilmesini de engelleyebilir. O'Connor ve ark. (2018), intihar davranışının çok boyutlu bir olgu olduğunu ve bireylerin tetikleyici faktörleri algılayabilmesinin önleme çalışmalarında önemli bir unsur olduğunu vurgulamaktadır (118). Bu nedenle, intiharın nedenlerini anlamaya yönelik eğitim programları, bireylerin farkındalığını artırabilir ve dolayısıyla risk altındaki bireyler için destek mekanizmalarının güçlendirilmesine katkı sağlayabilir.

İntiharı önlemeye yönelik stratejiler arasında psikolojik destek hizmetlerine erişimin artırılması, damgalamayla mücadele edilmesi ve kriz müdahale hatlarının etkin kullanımı yer almaktadır (96). Çalışmamızda, "tedavi ve önleme" alt boyutunda doğru yanıt oranının %59,4 ile diğer alt boyutlara kıyasla en yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, hasta yakınlarının intiharın tedavi ve önleme yoluyla önlenebilir bir olgu olduğuna dair daha fazla bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Chan ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada da en fazla doğru işaretlenen maddelerin %67,11 oranıyla "tedavi/önleme" alt boyutunda yer aldığı belirtilmiştir (115). Benzer şekilde, Calear ve ark. (2014) yaptığı çalışmada da en yüksek doğru yanıt oranı %91 ile yine "tedavi/önleme" alt boyutunda gözlemlenmiştir (113).

İntiharla ilgili doğru bilgiye sahip olmanın, intihar davranışlarını önlemede önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Baldessarini ve ark. (2006) ise, lityum tedavisinin intihar

girişimlerini azaltmadaki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, duygudurum bozukluğu olan hastalarda tamamlanan tedavi sonrasında intihar girişimlerinin %80 oranında azaldığını bildirmiştir (119). Buna ek olarak, yakın zamanda intihar girişiminde bulunan yetişkin bireylerde uygulanan bilişsel davranışçı terapinin, intihar girişimlerini %50 oranında azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (120). Bu çalışmada, "Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşme, kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir" ifadesine verilen doğru yanıt oranının yüksek olması (%85,2), psikolojik destek mekanizmalarının toplum tarafından büyük ölçüde kabul gördüğünü ortaya koymaktadır. Mann ve ark. (2005) ile Linehan ve ark. (2006), intihar riski taşıyan bireylerde psikolojik destek ve erken müdahalenin etkili olduğunu vurgulamışlardır (83,121). Araştırmamız ve literatür bulguları, bireylerin ruh sağlığı profesyonellerinin intihar riski taşıyan kişilere yardımcı olabileceğine dair güçlü bir algıya sahip olduğunu ve kriz anlarında bir uzmana başvurma olasılığını artırabileceğini düşündürmektedir.

Depresyon tanısı alan bireylerde yaşam aktivitelerine karşı ilginin azaldığı, genel olarak çökkün bir ruh halinin gözlemlendiği dönemler, tedavi başlangıcını izleyen süreçte özellikle intihar riski açısından kritik önem taşımaktadır (122,123). Fornaro ve ark. (2019), genç yetişkinlerde intihar riski üzerine gerçekleştirdikleri çalışmada, 25 yaş altı bireylerde tedavinin ilk haftalarında intihar düşüncelerinde artış yaşandığını belirtmiştir (124). Gibbons ve ark. (2013) ise, tedavinin erken dönemlerinde hastaların izlenimlerinin azaltılmaması gerektiğini vurgulamıştır (125). Antidepresan tedavisine başlandıktan sonraki ilk iki hafta içerisinde, depresyon hastalarının ruhsal durumlarında belirgin bir iyileşme görülmese de, enerji düzeylerinde artış gözlemlenebilmektedir. Bu durum, daha önce intihar planları yapan ancak yeterli enerjiyi kendinde bulamayan bireylerin bu dönemde eyleme geçme olasılığını artırmaktadır (123,126). Oysa ki araştırmamızda, İBDÖ ölçeğinin maddelerine verilen hasta yakını yanıtları incelendiğinde, intiharla ilgili çeşitli yanlış inanışların yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, intihar konusunda bilgi eksikliklerinin ve hatalı inançların mevcut olduğunu göstermektedir. İntihar düşünceleri yardım arayışıyla birlikte azalabilmesine karşın “İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.” ifadesine verilen %12,5 oranında en düşük doğru yanıt, intihar eğiliminin kalıcı ve değişmez olduğunu, hatta kişilerin intihar düşüncesinden zevk aldığını vurgulayan, hasta yakınları arasında tehlikeli ve yanlış bir inanışın yaygınlığını işaret etmektedir. “Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.”

ifadesine verilen %12,5 oranında diğer en düşük doğru yanıt ise, ruhsal hastaların iyileşme sürecindeki artan intihar risklerine dair önemli bir bilgi eksikliğini ortaya koymaktadır. Hasta yakınlarının intihar hakındaki bilgi eksikliği, intihar davranışında bulunulabilecek bireylerin en hassas oldukları dönemde gözden kaçırılmasına yol açabilir.

Toplumda yaygın olan "İntihara teşebbüs eden kişiler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar." şeklindeki yanlış inanış, hasta yakınları tarafından %33 oranında doğru kabul edilmiştir. Taylor (2022) sağlık personelinin intihar eden bireylere yönelik tutumlarını incelediği çalışmada, intihar eğilimi ya da kendine zarar verme nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran kadın hastaların, sağlık çalışanları tarafından genellikle ilgi arayışı içinde ve çevresini manipüle etmeye çalışan bireyler olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (127). Benzer şekilde, Carpiniello ve ark. (2017) intihar eğilimi ile damgalanma arasındaki ilişkiyi ele aldıkları araştırmada, toplumun intihara teşebbüs eden kişileri zayıf ve günahkar olarak nitelendirme eğiliminde olduğu ortaya konmuştur (128). İntihar girişimleri zayıflık, günahkarlık veya manipülasyon aracı olarak görülmemeli, bireylerin ruhsal bir acı yaşadığı bir durum olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. İntihara yönelik yanlış inanışlar, hastaların hem toplumsal hem de kendini damgalanmasına aynı zamanda kendilerini suçlamalarına neden olabilir. Bu tür damgalamalar, bireyleri sosyal izolasyona iterek intihar riskini daha da artırabilir.

Araştırmamızda hasta yakınlarının İBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları, hasta yakınlarının tanıtıcı özellikleri ile hasta ve hastalıkla ilişkili değişkenlerine göre değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, mevcut literatür ile karşılaştırılmış ve bazı önemli çıkarımlar yapılmıştır.

Araştırmamıza katılan 50 yaş ve üzerindeki hasta yakınlarının, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, 50 yaş altı gruba kıyasla İBDÖ toplam puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Yaş gruplarına göre yapılan incelemede benzer şekilde, "belirtiler", "risk faktörleri" ve "nedenler/tetikleyiciler" alt boyutlarında da daha düşük ortalamalar elde edilmiştir. Jorm ve ark. (1997), yaşlı bireylerin ruh sağlığına dair farkındalıklarının, genç bireylere kıyasla daha düşük olduğunu; intiharla ilişkili belirti, risk faktörü ve tetikleyicileri tanımlama konusunda da yetersiz kaldıklarını belirtmiştir (129). Conwell ve Thompson (2008) ise yaşlı bireyler arasında intihar konusundaki damgalamanın daha yüksek olduğunu vurgulamıştır (130). van Deursen ve ark. (2015) ise günümüzde bilgiye erişimin ağırlıklı olarak dijital mecralarda gerçekleştiğini, yaşlı bireylerin ise bu kaynaklara

ulaşmada ciddi zorluklar yaşadıklarını ifade etmiştir (131). Bulgular, 50 yaş ve üzeri hasta yakınlarının intihar belirtileri ve intiharın önlenmesine dair güncel bilgilere erişimde daha dezavantajlı olabileceğini düşündürmektedir. 50 yaş ve üzeri hasta yakınlarının intihar hakkında daha az bilgiye sahip olmalarının nedenleri arasında toplumda intihar konusunun tabu olarak görülmesi ve bu nedenle konuşmaktan kaçınılması, geçmiş dönemlerde bilgi kaynaklarına erişimin kısıtlı olması, yaşa bağlı olarak gelişen sosyal izolasyonlar ve bu yaş grubunun diğer gruplara kıyasla sağlık okuryazarlığının daha düşük olması sayılabilir.

Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, kadın hasta yakınlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, erkek hasta yakınlarına kıyasla İBDÖ toplam puanlarının ve "belirtiler", "nedenler/tetikleyiciler", "tedavi/önlem" alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Courtenay (2000), kadınların erkeklere kıyasla hem kendi sağlıkları hem de başkalarının sağlıkları hakkında daha fazla bilgi arayışında olduklarını belirtmiştir (132). Ayrıca Umberson ve ark. (1992), kadınların sosyal ortamlarda daha aktif olmaları nedeniyle bireylerin intihar düşüncelerini fark etmede daha avantajlı olabileceklerini vurgulamıştır (133). Kadınların sağlık konularına daha fazla ilgi göstermeleri, bakım verme rollerinin daha belirgin olması ve hastalık yönetimine dair daha ayrıntılı bilgi edinme eğilimleri, bu bulguları açıklayıcı nitelikte olabilir (134,135).

Gelir düzeyine göre yapılan analizlerde, yüksek ve orta gelir grubundaki hasta yakınlarının, düşük gelir grubundakilere kıyasla İBDÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle "belirtiler" alt boyutunda yüksek gelir grubundaki bireylerin, hem düşük hem de orta gelir grubundaki bireylere göre daha yüksek puan aldığı; "risk faktörleri" boyutunda ise yüksek gelir grubundakilerin yalnızca düşük gelir grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. van Deursen ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada, yüksek gelirli bireylerin bilgi kaynaklarına erişim açısından daha avantajlı olduğunu vurgulamışlardır (131). Benzer şekilde Marmot (2005) ile Conwell ve ark. (2008) çalışmaları da, yalnızca bilgiye erişimde değil, düzenli sağlık hizmetleri ve psikolojik destek merkezlerine ulaşımda da yüksek gelirli bireylerin daha avantajlı konumda olduğunu belirtmektedir (130,136). Bu bulgular doğrultusunda, bilgiyi artırmaya ve intiharı önlemeye yönelik programların geliştirilmesinde toplumsal sosyoekonomik eşitsizliklerin dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Özellikle düşük gelirli ve dezavantajlı grupların belirlenerek, bu programlara daha etkin biçimde dahil edilmesi gerekmektedir. Araştırmamızın bulguları, literatürdeki diğer çalışmalarla örtüşmekte olup, gelir düzeyinin sağlık hizmetlerine

ve sağlık bilgisine erişimi artırdığı; bu sayede hasta ve hasta yakınlarının eğitim programlarına katılımının da olumlu yönde etkilendiği belirtilebilir (137-139).

Araştırmamızda, hasta yakınlarının eğitim düzeyine göre yapılan değerlendirmelerde, üniversite mezunu bireylerin diğer eğitim düzeylerinde olan hasta yakınlarına kıyasla İBDÖ toplam puanları ile "nedenler/tetikleyiciler" alt boyut puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. "Tedavi/önlem" alt boyutunda ise üniversite mezunlarının ilköğretim düzeyine sahip hasta yakınlarına göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının da yükseldiği ve hastalık yönetimi konusunda bireylerin daha fazla bilgiye sahip oldukları literatürde de vurgulanmaktadır (140,141). Sorensen ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada, sağlık bilgilerine ulaşma ve bilgi edinme düzeyinin eğitimle doğrudan ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (142). Eğitimli bireylerin bilimsel kaynaklara ve sağlık uzmanlarına daha kolay erişim sağlayabilmelerinin, bu farklılığın oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda ruhsal hastalık tanısı olan hasta yakınlarının "belirtiler" alt boyut puanlarının, ruhsal hastalık tanısı olmayan hasta yakınlarına göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ruhsal hastalıklar bireyin hastalık algısını ve bilgi edinme sürecini olumsuz etkileyebilir (143,144). Millan ve ark. (2012), bazı ruhsal hastalıkların bireylerin düşünme, hafıza ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerini etkileyerek bilgiye ulaşma ve öğrenme süreçlerinde olumsuz sonuçlara yol açtığını belirtmiştir (145). Link ve ark. (2025) ise ruhsal hastalığa sahip bireylerin aktif olarak bilgi arayışından kaçınabileceklerini veya bilgiden uzak durabileceklerini ortaya koymuştur (146). Bu bulgular, ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık bilgisine erişimlerinde zorluk yaşamaları, hastalık hakkında konuşmaktan kaçınmaları, hastalığı yok sayma eğiliminde olmaları, içselleştirilmiş damgalama yaşamaları, hastalık hakkında bilgi edinme sürecinde motivasyon kaybı yaşamaları gibi altında yatan çeşitli faktörlerle açıklanabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda bu faktörlerin, ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi sağlık durumları hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarını engeleyerek intiharın önlenmesi açısından önemli riskler oluşturacağını da düşündürmektedir.

Literatürde, aile içinde ruhsal hastalık öyküsüne sahip bireylerin intihar riskinin arttığını gösteren bulgular bulunmaktadır (101). Araştırmamızda, ailede başka bir ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin varlığına göre yapılan değerlendirmelerde, ailesinde herhangi bir ruhsal hastalık tanısı bulunmayan hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları ile "nedenler/tetikleyiciler" alt boyut puanlarının, ailesinde ruhsal hastalık tanısı olanlara göre

anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Brent ve ark. (2005), aile genetiklerine ve intiharı inceleyen çalışmalarında; ayrıca Kendler ve ark. (2018), erkeklerde majör depresyonu inceledikleri araştırmalarında, genetik yatkınlık ve aile içi psikososyal dinamiklerin ruhsal hastalık gelişiminde önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir (147,148). Öte yandan, Brent ve ark. (2008), yürüttükleri çalışmada, hastaların aile üyelerinden birinin intihar girişiminde bulunmasının, bireyin intihar riskini artırdığını vurgulamışlardır (149). Ailesinde ruhsal hastalık olan bireylerin hastalık hakkında bilgileri olsa da bu bilgilerin bilimsel temeli olmayan yanlış inanışlarla şekillenmesi, tükenmişlik ve damgalanma hissinin yoğun hissedilmesi, hastalığı inkar etme gibi durumlarla her zaman doğru bilgiye dönüşmediği düşünülmektedir.

Tanı değişkeni açısından yapılan değerlendirmelerde, obsesif-kompülsif bozukluk (OKB) tanısı olan hastaların yakınlarının, "tedavi/önlem" alt boyutunda, anksiyete bozukluğu tanısı olan hastaların yakınlarına kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Torres ve ark. (2011), OKB'de intihar eğilimini inceledikleri çalışmalarında, bu bozukluğa sahip bireylerin genellikle obsesif düşünceler ve kompulsiyonlar nedeniyle yoğun psikolojik sıkıntı yaşadığını ve bu durumun intihar riskini artırabileceğini belirtmişlerdir (150). Benzer şekilde, Pellegrini ve ark. (2024) OKB'li bireylerin intihar riskinin arttığını ve bu bireylerin daha yakından izlenmesi gerektiğini vurgulamışlardır (151). Sareen ve ark. (2005) ise anksiyete bozuklukları ve intihar girişimleri üzerine yaptıkları araştırmalarında, anksiyete ve depresyonun birlikte görülmesinin intihar girişimi riskini yaklaşık on kat artırdığını ifade etmişlerdir (152). Hasta yakınlarının bilgi düzeyleri ve ihtiyaçları farklılık gösterebilir. Bu bağlamda, intiharın önlenmesinde farklı ruhsal hastalık gruplarına özgü risk faktörlerinin ve tedavi/önleme yaklaşımlarının intihar farkındalık çalışmalarında vurgulaması gerektiğini düşündürmektedir.

Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmaya katılan 88 ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının 44,3'ü 30-50 yaş grubundadır. Ayrıca kişilerin yaş ortalaması ve standart sapması ise 37,39±13,23 yaştır. Hasta yakınlarının %68,2'si kadın, %52,3'ü evli, %75'i çekirdek aile yapısına sahip, %63,6'sının gelir düzeyi orta derecede, %46,6'sı üniversite eğitimine sahip, %68,2'si aktif olarak bir işte çalışmakta ve %38,6'sının daha önce bir ruhsal hastalık tanısı bulunmaktadır. Hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık derecesi incelendiğinde; %14,8'inin eşi, %21,6'sının çocuğu, yaklaşık olarak %32'sinin anne-babası ve

%31,8'inin ise kardeşidir. Hasta yakınlarının %26,1'inin ailesinde başka ruhsal hastalık tanısı olan bir birey vardı. Hastaların sadece %15,9'u intihar düşüncesini yakını ile paylaşmış, %11,4'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. Hasta yakınına göre %26,1'inin intihar etme olasılığı vardır.

- Hastaların %55'i 30 ila 50 yaş grubundadır. Hastaların %63,6'sı kadın, yaklaşık %66'sının bir yıldan fazla süredir tanısı bulunmaktadır ve 21,6'sı hastaneye tedavi amaçlı yatmıştır. Hastaların tanı dağılımı incelendiğinde; %50'inin anksiyete bozuklukları, %23,9'unun duygu durum bozukluğu, %10,2'sinin obsesif-kompulsif bozukluk, %9,1'inin bağımlılık ve ilgili bozukluklar ve %6,8'sinin psikotik bozukluk tanısı bulunmaktadır.
- Hasta yakınlarının İBDÖ toplam puan ortalaması 10,34±3,20'dir. Toplam puan ortalamasına göre hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi %38,3 oranında düşüktür. İBDÖ alt boyut puan ortalamaları sırası ile "belirtiler" alt boyutu için 1,61±1,18; "risk faktörleri" için 3,46±1,23; "nedenler/tetikleyiciler" için 2,90±1,76 ve "tedavi/önlem" alt boyutu için 2,38±1,09'dur. Hasta yakınlarının tedavi/önlem ilişkili bilgi düzeyi %59,4 oranla en yüksek; belirtilerle ilişkili bilgi düzeyi ise %26,9 oranla en düşüktür.
- Hasta yakınlarının İBDÖ'nün maddeleri içinde %85,2 oranla en çok doğru yanıtladığı maddenin "Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir." olduğu saptanırken; hasta yakınlarının %12,5 oranla en az doğru yanıtladığı maddenin "Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.", "İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır." olduğu saptandı.
- Hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları ile "belirtiler" ve "risk faktörleri" alt boyut puanları gelir düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın gelir düzeyi yüksek veya orta olan hasta yakını grubundan kaynaklandığı belirlendi. Gelir düzeyi yüksek veya orta olan hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi daha yüksekti.
- Hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları ile "nedenler/tetikleyiciler" ve "tedavi/önlem" alt boyut puanları eğitim düzeyi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın

üniversite mezunu hasta yakını grubundan kaynaklandığı belirlendi. Üniversite mezunu hasta yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyi daha yüksekti.

- Daha önce ruhsal bir hastalık tanısı olan hasta yakınlarının "belirtiler" alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).
- Ailesinde başka ruhsal hastalık tanılı birey olmayan hasta yakınlarının İBDÖ toplam puanları ve "nedenler/tetikleyiciler" alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).
- Hastasının tanı tipine göre hasta yakınlarının "tedavi/önlem" alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan alt grup analizinde bu farkın hastasına obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulan hasta yakını grubu ile anksiyete bozuklukları tanısı konulan hasta yakını grubu arasında olduğu belirlendi. Hastasına obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulan hasta yakınlarının "tedavi/önlem" alt boyut puanları daha yüksekti.
- Çalışmaya katılım sağlayan hasta yakınlarından elde edilen verilerle kurulan regresyon modeline göre artan eğitim ve gelir düzeyinin intihara ilişkin bilgi düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu saptandı ($p<0,001$). Modeldeki bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin yaklaşık %26'sını açıkladığı belirlendi.

Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınları, hastaların tedavi süreçlerinde ve olası kriz durumlarında önemli bir destek mekanizmasıdır. Ancak intihar hakkındaki yanlış veya eksik bilgiler hasta yakınlarının destekleyici rollerini yerine getirmelerini engelleyebilir. Bu bağlamda araştırmamızın bulguları intiharların önlenmesi stratejileri açısından önemli çıkarımlarda bulunmaktadır. Araştırma bulgularına dayanılarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarına yönelik; intiharı önleme stratejileri, intihar belirtileri, risk faktörleri, nedenleri, tedavi yaklaşımları ve başvurulabilecek destek kaynaklarını içeren özel psikoeğitim programlarının, psikiyatri hemşireleri tarafından hazırlanması,
- Hasta yakınlarının intihar konusundaki bilgi düzeyini artırmayı hedefleyen yapılandırılmış psikoeğitimlerin; psikiyatri klinikleri, toplum ruh sağlığı

merkezleri ve diğer sağlık kuruluşlarında, yüz yüze veya çevrim içi ortamda uygulanabilir olması,

- Psikiyatri hemşirelerinin; intihar riski taşıyan bireylerin yakınlarına taburculuk sürecinde veya tedavi takibi sırasında, intiharla ilgili destek alınabilecek kurumları gösteren anlaşılır ve net içeriklerle hazırlanmış broşürler, bilgilendirme rehberleri ya da güvenilir web sitelerini paylaşmaları,
- Tüm sağlık profesyonellerinin, hasta yakınlarına intihar konusunda doğru, bilimsel ve etkili bilgi verebilmeleri ile uygun kaynaklara yönlendirme yapabilmeleri için eğitimlerle desteklenerek bu süreçte aktif rol almalarının sağlanması,
- Toplumun intihara yönelik damgalayıcı tutumlarının ve yanlış inanışlarının azaltılması amacıyla çalıştaylar, seminerler ve paneller düzenlenmesi,
- Sosyal medya platformları aracılığıyla kısa bilgilendirici videolar, kamu spotları ve farkındalık kampanyaları ile ulusal ve yerel düzeyde daha geniş kitlelere ulaşılması; böylece intiharın önlenebilir bir olgu olduğunun vurgulanması,
- İntihar riski taşıyan bireylerin yakınları için destek grupları oluşturularak deneyim paylaşımı ve sosyal dayanışmanın artırılması,
- Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeylerini ve etkileyen faktörleri değerlendiren, daha geniş örneklem gruplarıyla ve farklı bölgelerde yapılacak yeni araştırmaların teşvik edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in psychiatric patients. Asia Pac Psychiatry. 2021;13:e12450. doi: 10.1111/appy.12450.

2. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2017;74:694-702. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.

3. Baldessarini RJ. Epidemiology of suicide: recent developments. Epidemiol Psychiatr Sci. 2019;29:e71. doi: 10.1017/S2045796019000672.

4. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. Issues Ment Health Nurs. 2003;24:175-98. doi: 10.1080/01612840305301.

5. Edwards TM, Patterson JE, Griffith JL. Suicide prevention: The role of families and carers. Asia Pac Psychiatry. 2021;13:e12453. doi: 10.1111/appy.12453.

6. World Health Organization. Suicide worldwide report. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643. [Cited Date: 01.04.2024]

7. Fountoulakis KN, Gonda X, Rihmer Z. Suicide prevention programs through community intervention. J Affect Disord. 2011;130:10-6. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.009.

8. Sharp ML, Fear NT, Rona RJ, Wessely S, Greenberg N, Jones N, et al. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. Epidemiol Rev. 2015;37:144-62. doi: 10.1093/epirev/mxu012.

9. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response. [Cited Date: 01.04.2024]

10. Altan Sarıkaya N, Buzlu S, Örüm GTY. The effect of an emotional development psychoeducation program on the emotion management skills and caregiver burden of caregivers patients with mental illness: A randomized clinical trial. J Psychiatric Nurs. 2024;15:192-200.

11. Orak SO. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Editör: Gürhan N. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016. s.3-15.

12. An J, Zhu X, Shi Z, An J. A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. BMC Public Health. 2024;24:940. doi: 10.1186/s12889-024-18476-z.

13. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. World Psychiatry. 2004;3:73-83.

14. Uher R, Pavlova B, Radua J, Provenzani U, Najafi S, Fortea L, et al. Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. World Psychiatry. 2023;22:433-48. doi: 10.1002/wps.21147.

15. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. İstanbul: Özgür Yayınları; 2000. s.147-169.

16. Epstein NB, Bishop DS, Levin S. The McMaster model of family functioning. J Marital Fam Ther. 1978;4:581-90. doi: 10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x.

17. Cox MJ, Paley B. Families as systems. Ann Rev Psychol. 1997;48:243-67. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.243.

18. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. J Marital Fam Ther. 1983;9:171-80.

19. Bowlby, J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. USA: A Member of the Perseus Books Group; 1988. s.119-136.

20. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256:174-86. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4.

21. Corrigan PW, Miller FE. Shame, blame and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. J Ment Health. 2004;13:537-48. doi: 10.1080/09638230400017004.

22. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. Schizophr Bull. 1998;24:115-26. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033304.

23. Yıldız H, Yıldız F, Aydın S. Türkiye'de psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama: Ailelerin tutumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2021;22:392-400.

24. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. Soc Sci Med. 2007;64:1524-35. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.013.

25. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13:143-51.

26. Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. World Psychiatry. 2003;2:20-8.

27. Atasoy E, Kösle M. İntiharlar coğrafyası perspektifinden Dünya, Türkiye ve Bursa ili. Tesam Akademi Dergisi. 2019;6:123-165. doi: 10.30626/tesamakademi.528004.

28. Oflaz F, Yıldırım N. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2020. s.327-28.

29. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. 12. Baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları 2023. İntihar. https://sozluk.gov.tr/ [Erişim Date:07.05.2024]

30. World Health Organization. Suicide. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide. [Cited Date: 01.04.2024]

31. Taştan Z. Yusuf Atılgan'ın eserlerinde intihar. Milli Eğitim Dergisi. 2007:212-30.

32. World Health Organization. Global Suicide Data and Prevention Strategies. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf. [Cited Date: 01.04.2024]

33. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri; 14 Haziran 2024. https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar&di%D3%8F=1%2014%20Haziran%202024 [Cited Date: 20.09.2024]

34. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2011.s.1-15.

35. Yip PSF, Chau PH, Law YW. Suicide rates in Asia: A review of trends and patterns. Asian J Psychiatr. 2016;23:65-71.

36. Özcan B, Şenkaya S, Özdin Y, Dinç A. Türkiye'deki intihar vakalarının çeşitli kriterlere göre istatistiksel olarak incelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2018;40:11-34. doi: 10.21560/spcd.vi.282723.

37. Batıgün AD. İntihar olasılığı ve cinsiyet: iletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. Türk Psikoloji Dergisi. 2008;23:65-75.

38. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2015;379:2373-82. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.

39. World Health Organization. Global Suicide Data and Prevention Strategies. Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1. [Cited Date: 06.06.2024]

40. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları; 1995. s.84-95.

41. Aydın M, Hacımusalar Y, Hocaoğlu Ç. İntihar davranışının nörobiyolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019;11:1-23 doi: 10.18863/pgy.382119.

42. Ercis M. Duygudurum bozukluklarında intihar davranışının dürtüsellik ve kalp hızı değişkenliği ile ilişkisinin incelenmesi. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2021.

43. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. Nat Rev Neurosci. 2003;4:819-28. doi: 10.1038/nrn1220.

44. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4:37.

45. Drevets WC. Functional anatomical abnormalities in limbic and prefrontal cortical structures in major depression. Progress in Brain Research. 2000;126:413-31. doi: 10.1016/S0079-6123(00)26027-5.

46. Durkheim E. Çeviren Ö. Ozankaya: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi;1986.

47. Freud S. Yas ve Melankoli. İstanbul: Telos Yayınevi; 2014. s.9-13.

48. Katipoğlu B. Din psikolojisi açısından intiharın psikoanalizi. J İnt Soc Res. 2015;39:1064-70.

49. Alvarez A. İntihar: Kan Dökücü Tanrı. çev. Zühal Çil Sarıkaya. 3. Baskı. Ankara: Öteki Yayınevi;1999. s.107

50. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. Inte J Psychoanal. 1946;27:99-110.

51. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume 3. Loss: Sadness and Depression. New York: Basic Books;1980.

52. Beck AT, Steer RA. Clinical predictors of suicidal acts: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry. 1989;146:210-15.

53. Shneidman ES. The Suicidal Mind. New York: John Wiley & Sons;1985.

54. Teker AG. Epidemiological characteristics of suicide mortality in turkey and trend over the years, 2007-2019. TJPH. 2022;20:186-94. doi: 10.20518/tjph.986095.

55. Zhang J, McKown R E, Hussey JR, Thompson SJ, Woods JR. Gender differences in risk factors forattempted suicide among young adults: findings from the third national health and nutrition examination survey. Ann Epidemiol. 2005;15:167-74.

56. Beautrais AL. Women and suicidal behavior. Crisis. 2006;27:153-6. doi: 10.1027/0227-5910.27.4.153.

57. van Bergen D, Eylem-Van Bergeijk O, Montesinos AH. Attempted suicide and suicide of young turkish women in europe and turkey: a systematic literature review of characteristics and precipitating factors. PLoS One. 2021;16:e0253274. doi: 10.1371/journal.pone.0253274.

58. Emiral E, Ozturk Emiral G, Arslan Cevik Z, Canturk N, Canturk, G. Investigation of suicide deaths in turkey between 2015 and 2019. J Mens Health. 2022;18:1-9.

59. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case- control study based on longitudinal registers. Lancet. 2002;360:1126-30.

60. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behavior in juvenile correctional facilities: a review. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;22:118-24.

61. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. Curr Opin Psychiatry. 2007;20:17-22. doi: 10.1097/YCO.0b013e3280106868.

62. Bertolote J, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. World Psychiatry. 2009;8:73-7.

63. Stack S. Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Sociological Focus. 2000;33:141-57.

64. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. PloS ONE. 2013;8:e77555. doi: 10.1371/journal.pone.0077555.

65. Wasserman D. Suicide prevention: A holistic approach. Int J Soc Psychiatry. 2001;47:277-87.

66. Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. Klinik Psikiyatri. 2004;7:153-60.

67. Stanley IH, Hom MA, Joiner TE. A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, emts, and paramedics. 2016;44:25-44. doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.002.

68. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol. 2010;24:81-90. doi: 10.1177/1359786810385490.

69. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arc Gen Psychiatry. 2005;62:247-53. doi: 10.1001/archpsyc.62.3.247.

70. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47:372-94. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.

71. Schotte DE, Clum GA. Suicide ideation in a college population: a test of a model. J Consult Clin Psychol. 1982;50:690-6. doi: 10.1037//0022-006x.50.5.690.

72. Rusch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Larson JE, Olschewski M, et al. Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. Br J Psychiatry. 2009;195:551-2. doi: 10.1192/bjp.bp.109.067157.

73. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry. 2010;15:868-76. doi: 10.1038/mp.2009.29.

74. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. Arch Suicide Res. 2011;15:1-15. doi: 10.1080/13811118.2011.540213.

75. van der Sanden RL, Bos AE, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G. Stigma by association among family members of people with a mental ıllness: a qualitative analysis. J Community Applied Soc Psychol. 2015;25:400-17. doi: 10.1002/casp.2221

76. Pescosolido BA, Mendelsohn R. Social causation or social construction of suicide? an investigation into the social organization of official rates. Am Sociol Rev. 1986;51:80-100. doi: 10.2307/2095479.

77. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet (London, England). 2016;387:1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.

78. Gorman LS, Littlewood DL, Quinlivan L, Monaghan E, Smith J, Barlow S, et al. Family involvement, patient safety and suicide prevention in mental healthcare: ethnographic study. BJPsych Open. 2023;9:e54.

79. Pisani AR, Cross WF, Gould MS. The assessment and management of suicide risk: state of workshop education. Suicide Life Threat Behav. 2011;41:255-76. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00026.x.

80. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294:2064-74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064.

81. Eskin M. İntihar: Açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003. s.24-27.

82. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet. 2016;3:646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

83. Alptekin K, Duyan V, Uçan Ö. İntiharı önleme çalışmalarında sosyal hizmetin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:179-87.

84. Stanley B, Brown G, Brent DA, Wells K, Poling K, Curry J, et al. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48:1005-13. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe.

85. Calear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of helpseeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. Psychiatry Res. 2014;219:525-30.

86. Öztürk A, Akın S. The turkish version of literacy of suicide sale (LOSS): validity and reliability on a sample of turkish university students. UHPPD. 2016;7:20-42.

87. Sabancıoğulları S, Ertekin Pınar Ş. Kronik psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü ve stresle başa çıkma tarzları. J.Nursology. 2020;23:109-17.

88. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. Düşünen Adam. 2008;21:14-23.

89. Karaköse Ş, Özer BU, Aktürk İ, Yaman ÖM. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının tedavi ve hastaneye yatış sürecindeki deneyimleri. CBU-SBED. 2024;11:91-107.

90. Çoban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4:61-6.

91. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. J Gerontol B. 2006;61:33-45.

92. Baştürk Parlakoğlu Ö. İnmeli hastalarda bakım veren bireylerin kişilik özelliklerinin bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeylerine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2020.

93. Bilgin B. Ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüleri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Haliç Üniversitesi; 2007.

94. Molu GN, Tel H. Psikiyatri servisinde yatan duygulanım bozukluğu olan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2023;22:12-26. doi: 10.69487/hemarge.1196983.

95. Duran S, Eroğlu S. Psikiyatrik hastalık tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2016;13.

96. Harmancı P, Duman Çetinkaya Z. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2016;7.

97. Karaköse Ş, Özer BU, Aktürk İ, Yaman ÖM. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının tedavi ve hastaneye yatış sürecindeki deneyimleri. CBU-SBED. 2024;11:91-107.

98. Demirden A, Sarıkoç G. Ruhsal bozuklukları olan bireylerde bakım verenlerde bilişsel esneklik, empatik eğilim ve hastalık yükü. Humanistic Perspective. 2022;4:623-40. doi: 10.47793/hp.1093660.

99. Gümüş Babacan A. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:33-42.

100. Munie BM, Guangul MM, Mamaru A, Asnakew S, Amha H, Tedla A. Quality of life among caregivers of patients with severe mental illness in northwest Ethiopia, 2022: an institutional-based cross-sectional study. Front Psychiatry.2024;15:1379510. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1379510.

101. van Dijk MT, Murphy E, Posner JE, Talati A, Weissman MM. Association of multigenerational family history of depression with lifetime depressive and other psychiatric disorders in children: results from the adolescent brain cognitive development (abcd) study. AMA Psychiatry. 2021;78:778-87. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0350.

102. Mowla A, Bahrami S. Study family history of psychiatry disorders in schizophrenia. Patients J Neurol Res. 2020;10:231-34.

103. Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. Nat Rev Genet. 2012;13:537-51. doi: 10.1038/nrg3240.

104. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373:1372-81.

105. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2003;64:1094-100. doi: 10.4088/jcp.v64n0916.

106. Mekonnen D, Kebede Y. The prevalence of suicidal ideation and attempts among individuals attending an adult psychiatry out-patient clinic in Gondar, Ethiopia. Afr Health Sci. 2011;11:103-7.

107. Darol Sarıca E, Karapınar A. Cinsiyet ve medeni durum ile stres zemininde oluşan bazı hastalıkların ilişkisi. Sakarya Tıp Dergisi. 2022;12:263-72.

108. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry. 2022;27:281-95. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7.

109. Gustavson K, Knudsen AK, Nesvag R, Knudsen GP, Vollset SE, Kjennerud TR. Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. BMC Psychiatry. 2018;18:65.

110. WHO. Depression and other common mental disorders global health estimates [Web Page]. World Health Organization; [Cited Date: 21.06.2024]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates.

111. Arslan M. Eskişehir toplum ruh sağlığı araştırması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2021;58:344-51.

112. Gültekin BK, Çelik S, Tihan A, Beşkardeş AF, Sezer U. Bir psikiyatri hastanesinde istemli ve istem dışı yatışların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:216-21.

113. Calear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. Psychiatry Res. 2014;219:525-30.

114. Altan Sarıkaya N, Akgün N, Taş Ç. Suicide literacy levels of nursing students: A cross-sectional study. J Psychiatric Nurs. 2024;15:262-68. doi: 10.14744/phd.2024.91297.

115. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C. Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. Australas Psychiatry. 2014;22:132-9. doi: 10.1177/1039856214522528.

116. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45:11-27. doi: 10.1017/S0033291714000129.

117. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X et. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull. 2017;143:187-232. doi: 10.1037/bul0000084.

118. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biol Sci. 2018;373:20170268.

119. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar Disord. 2006;8:625-39. doi: 10.1111/j.1399-5618.2006.00344.x.

120. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;294:563-70. doi: 10.1001/jama.294.5.563.

121. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:757-66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757.

122. World Health Organization; Depressive disorder (depression) [Cited Date: 21.06.2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.

123. Mann JJ. The medical management of depression. N Engl J Med. 2005;353:1819-34. doi: 10.1056/NEJMra050730.

124. Fornaro M, Anastasia A, Valchera A, Carano A, Orsolini L, Vellante F, et al. The FDA "Black Box" Warning on Antidepressant Suicide Risk in Young Adults: More Harm Than Benefits? Front Psychiatry. 2019;10:294. doi:10.3389/fpsyt.2019.00294.

125. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis J, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. Arch Gen Psychiatry. 2012;69:580-7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048.

126. American Psychiatric Association (APA); Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Available from:

296840616_Practice_guideline_for_the_treatment_of_patients_with_major_depressive_disorder_revision. [Cited Date: 21.06.2024].

127. Taylor P. Challenging the myth of “attention seeking” women with suicidality: a grounded theory study about applying counter-pressure to manage system entrapment. Issues Ment Health Nurs. 2022;43:613-24. doi: 10.1080/01612840.2021.2014608.

128. Carpiniello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. Front Psychiatry. 2017;8:35. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00035.

129. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust. 1997;166:182-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x.

130. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. Psychiatr Clin North Am. 2008;31:333-56. doi: 10.1016/j.psc.2008.01.004.

131. van Deursen AJAM, Helsper EJ. The third level digital divide: who benefits most from being online? Editors: Robinson L, Cotten SR, Schulz J. Communication and Information Technologies Annual. Studies in Media and Communications. Emerald; 2015. p. 29-52. doi: 10.1108/S2050-206020150000010002.

132. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med. 2000;50:1385-401. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00390-1.

133. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. Soc Sci Med. 1992;34:907-17. doi: 10.1016/0277-9536(92)90259-s.

134. Williams K, Thomas H, Parker B. Gender disparities in health knowledge and management strategies. J Gender Health. 2021;29:40-55.

135. Kim H, Lee J. Women’s engagement in healthcare decision-making: An analytical review. Women’s Health Issues. 2020;30:90-101.

136. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365:1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

137. Anderson P, Miller T. Socioeconomic status and health literacy: An integrated approach. J Health Educ Res. 2018;33:145-60.

138. Patel K, Singh R. Financial resources and health outcomes: Examining the link. Economic Perspectives on Health. 2019;45:67-85.

139. Nelson L, Carter M. The influence of socioeconomic factors on healthcare accessibility. Soc Sci Med. 2020;112:203-15.

140. Brown C, Smith L, Taylor R. The impact of education level on disease management and health outcomes. Int J Public Health. 2019;64:287-300.

141. Harris D, Jones F. The role of education in chronic disease prevention and management. Health Promot Int. 2021;36:55-70.

142. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a

systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

143. Stevens B, Hall C. Mental health disorders and health information processing: A systematic review. Psychol Health. 2020;35:789-805.

144. Roberts P, Green A. Psychological distress and health literacy: Implications for patient education. J Clin Psychol Med Settings. 2018;25:312-25.

145. Millan M, Agid Y, Brüne M, Bullmore ET, Carter CS, Clayton NS, et al. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. Nat Rev Drug Discov. 2012;11:141-68. doi: 10.1038/nrd3628.

146. Link E, Baumann E. The role of physical and mental health conditions in explaining health ınformation seeking and avoidance behaviors: an application of the planned risk ınformation seeking model. Health Communication. 2025;1-16. doi:10.1080/10410236.2025.2521010.

147. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2005;133:13-24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042.

148. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry. 2006;163:115-24. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.115.

149. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am. 2008;31:157-77. doi: 10.1016/j.psc.2008.02.001.

150. Torres AR, Ramos-Cerqueira AT, Ferrão YA, Fontenelle LF, do Rosário MC, Miguel EC. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. J Clin Psychiatry. 2011;72:17-26; quiz 119-20. doi: 10.4088/JCP.09m05651blu.

151. Pellegrini L, Maietti E, Rucci P, Burato S, Menchetti M, Berardi D, et al. Suicidality in patients with obsessive-compulsive and related disorders (OCRDs): A meta-analysis. Compr Psychiatry. 2021;108:152246. doi: 10.1016/j.comppsych.2021.152246.

152. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:1249-57. doi: 10.1001/archpsyc.62.11.1249.

EKLER

EK 1: Anket Formu

EK 2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)

EK 3: Etik Kurul İzni

EK 4: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

EK 5: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği Kullanım İzni

EK 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 1: Anket Formu

1. Yaş: …….

2. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

3. Medeni durumu: 1) Evli 2) Bekar

4. Aile tipi: 1) Çekirdek (anne-baba, çocuklar)
   2) Geniş (anne-baba, çocuklar, aile büyükleri, akrabalar)
   3) Diğer

5. Gelir durumu: 1) Kötü 2) Orta 3) İyi

6. Eğitim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite

7. Çalışma durumu: 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

8. Ruhsal hastalık tanınız (anksiyete, şizofren, vb) var mı? ( )Evet ( ) Hayır

9. Hastanıza yakınlık durumunuz nedir ?
   1) Eş 2) Çocuk 3) Anne 4) Baba 5) Kardeş 6) Diğer

10. Ailenizde başka ruhsal bir hastalığı olan birey var mı? 1) Evet 2) Hayır

11. Hastanız daha önce intihar etmeyi düşündüğünü sizinle paylaştı mı? 1) Evet 2) Hayır

12. Hastanız daha önce intihar girişiminde bulundu mu? 1) Evet 2) Hayır

13. Hastanızın gelecekte size göre intihar etme olasılığı var mıdır? 1) Evet 2) Belki 3) Hayır

Hastanın;

14. Yaşı: ……

15. Cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kadın

16. Hsstalık tanısı: ……

17. Hastalık süresi……..

18. Hastaneye yatış durumu 1) Evet 2) Hayır

EK 2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve doğru veya yanlış şeklinde işaretleyin:	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiç bir şey yapılamaz.			
2. Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.			
3. Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.			
4. İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır.			
5. İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir.			
6. Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.			
7. İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.			
8. İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikirlerini değiştirebilirler.			
9. İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır.			
10. Geçmişte intihara teşebbüs eden birinin hiç intihara teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihar etme olasılığı daha yüksektir.			
11. İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihar etmeye teşvik edecektir.			
12. İntihar girişiminde bulunan kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar.			
13. İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.			
14. Çok az insanın intihar düşüncesi vardır.			
15. Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.			
16. İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır.			
17. Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlara göre daha yüksektir.			
18. İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.			
19. İntihara teşebbüs eden çoğu insan gelecek planları yapmaz.			
20. Eğer birine doğrudan "kendini öldürmeyi düşünüyor musun?" diye sorarsanız, bu o kişinin intihara teşebbüs etmesine yol açabilir.			
21. İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.			
22. İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir.			
23. İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.			

24. Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.			
25. İntihara yol açan dürtü ve sebepler daha öncesinden bilinmektedir.			
26. İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz.			
27. İntihara teşebbüs eden kişiler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.			

EK 3: Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:15/22	Tarih:09.10.2023
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Nafiye GÜZEL'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi	

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekanik	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 4: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-98308410-806.01-241214257 05.04.2024
Konu : Dilekçe Hk.

Sayın Nafiye GÜZEL

İlgi : 01.03.2024 tarihli ve BİLA sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile gönderilen, "*Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyleri"* konulu araştırma dosyanız incelenmiştir. Araştırmanın gerçekleştirileceği Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Başhekimi ile ilgili klinik sorumlusunun onayı ve diğer araştırma başvuru belgelerinin tam olduğu görülmüştür. Söz konusu araştırma, Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde hasta yakınlarına yönelik anket formu doldurularak yapılacağından; gönüllü katılım esasına dayalı olarak, hasta mahremiyetine özen gösterilerek, verilerin kullanımı sırasında 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanuna ve 21/6/2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun, birim çalışma usul ve düzenini bozmayacak şekilde gerçekleştirmenizde sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Ali Fatih SELVİ
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

EK 5: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği Kullanım İzni



İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği Hk. Gelen Kutusu ×

Nafiye Güzel 4 Eyl 2023 Pzt 14:50
Alıcı: ayferozturk

Sayın Ayfer Hocam merhaba;

Ben Nafiye Güzel. Trakya Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için yaptığım literatür incelemesinde sizin geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız 'İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği" nizi gördüm. Eğer izniniz olursa türkçe uyarlamış olduğunuz İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeğinizi kullanabilir miyim?

Desteğiniz için teşekkür ederim.

Saygılarımla

Ayfer öztürk 7 Eyl 2023 Per 08:49
Alıcı: ben

Merhaba,
Mailiniz spam kutusuna düştüğü için yeni gördüm. Okula geçince ölçek bilgilerini gönderebilirim.

Doç. Dr. Ayfer Öztürk

Sent from Yahoo Mail for iPhone

EK 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı

Siz aşağıdaki bilgileri verilen bir araştırma projesine davet edilmektesiniz.

Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.10.2023 tarih ve 15/22 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyleri
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Ruhsal Hastaların Yakınlarının İntihara İlişkin Bilgi Düzeyleri
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Nafiye GÜZEL
- **Araştırmanın amacı:** Araştırmanın kısa vadede amacı, ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi iken, uzan vadede ki amacı ise, ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarına intihara yönelik eğitimlerin planlanlanması ve intiharı önleme müdahale çalışmalarının artırılmasıdır.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Kesitsel ve tanımlayıcı
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:**
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**88

- **Araştırma sırasında gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:** Anket ve ölçek uygulaması yapılacaktır
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**

✓ En az 6 aydır hasta ile birlikte yaşayan,

✓ Hastanın günlük işlerinden, tedavi ve kontrollerinden sorumlu olan,

✓ Araştırmadaki soruları anlayıp yanıtlayabilen,

✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Herhangi bir doğrudan yararı bulunmamaktadır. Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarının intihara ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek ve gelecekte ruhsal bozukluğu olan bireylerin yakınlarına intiharı önlemeye yönelik eğitimlerin planlanması, uygulanması ile hastaların intihar davranışlarının en aza indirilmesine yol göstermektir.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Sorulara doğru yanıtlar vererek bilime katkı sağlamaktır.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Risk bulunmamaktadır.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Risk bulunmamaktadır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Gönüllünün soruları cevaplamak istememesi, araştırmadan vazgeçmesi.
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Hayır
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**
- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Biyolojik materyal alınmayacak.

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/ hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni okudum. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- ***Gönüllünün; (El yazısı ile)***

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

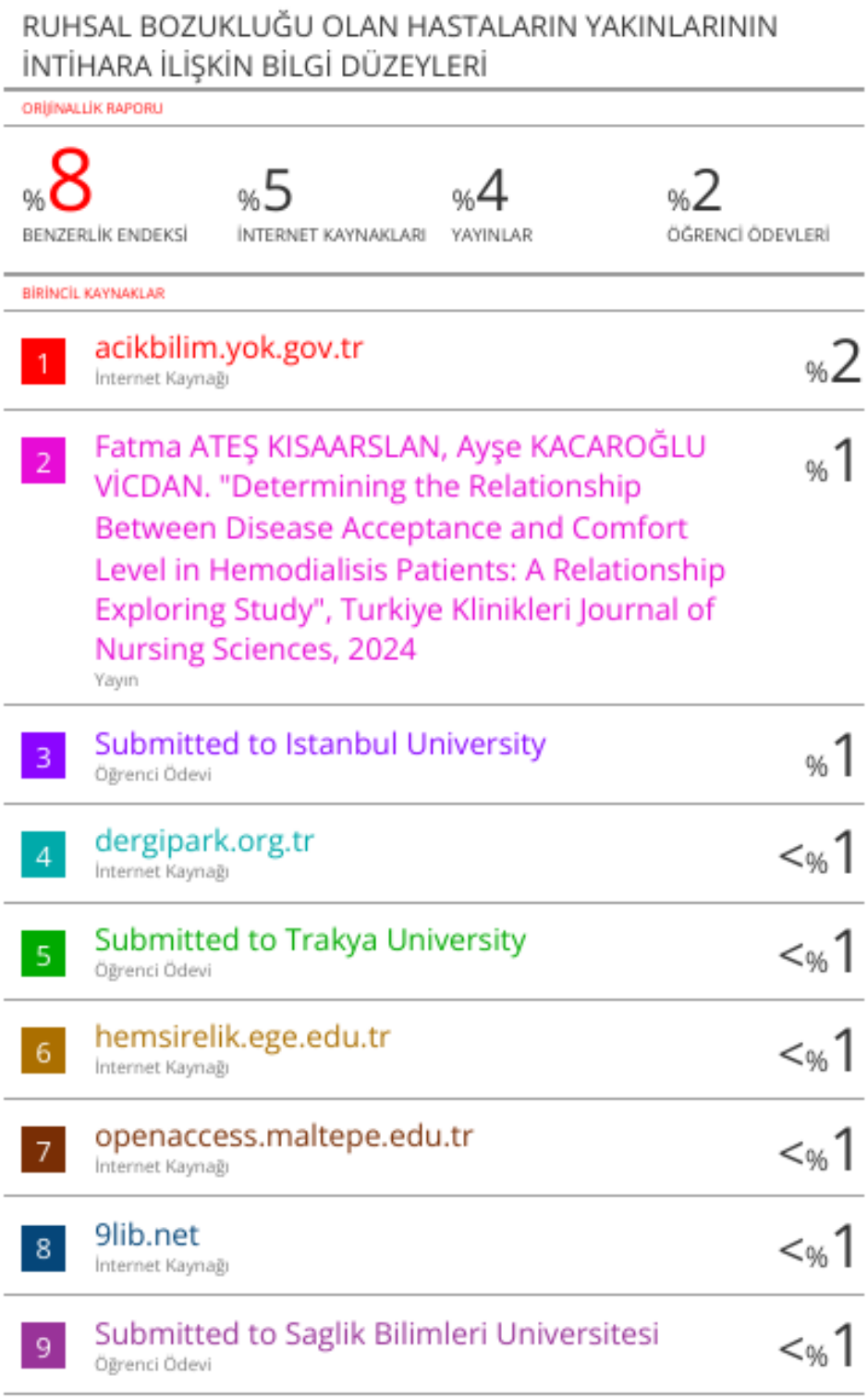
Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

BENZERLİK RAPORU



RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN YAKINLARININ İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%8	%5	%4	%2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Fatma ATEŞ KISAARSLAN, Ayşe KACAROĞLU VİCDAN. "Determining the Relationship Between Disease Acceptance and Comfort Level in Hemodialisis Patients: A Relationship Exploring Study", Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2024 Yayın	%1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<%1
6	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1