T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞİZOFRENİ TANILI YETİŞKİN HASTALARDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN UMUTSUZLUK VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ İLE İLİŞKİSİ

FATMA USLU DURAN

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2021

Bu çalışma 07.01.2022 Tarihinde Aşağıdaki jüri tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı , Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr. Üyesi Elvan Emine Ata
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Özge Sukut
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayşe OKANLI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Semra KARACA
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

FATMA USLU DURAN

İTHAF

“Eşim ve aileme ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Tez sürecinde akademik bilgilerini benimle paylaşarak ufkumu genişleten danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz'a,

Araştırma sürecim boyunca benden yardımlarını esirgemeyen değerli meslektaşım sevgili Fadime Sözer'e,

Çalışma hayatım boyunca bana kattıkları engin bilgiler için 6. Psikiyatri ekibine ve sorumlu hemşirem Meliha Yazıcı'ya,

Hayata ve mesleğe dair öğretileri ve araştırmaya katılımları için sevgili hastalarıma,

Desteklerini benden esirgemeyen arkadaşlarıma,

Her anımda yanımda olan ve her koşulda desteğini hissettiğim sevgili aileme,

Ve bu dönemde yaşadığım her zorlukta yanımdan bir adım ayrılmayan, mutluluğumu ve üzüntülerimi paylaşan, hayat yoldaşım, sevgili eşim Sabahattin Duran'a,

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Şizofreni 3
2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi 3
2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi 4
2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi 4
2.1.4. Şizofreninin Tanı ve Tedavisi 5
2.2. Umutsuzluk 6
2.2.1. Umutsuzlukla İlgili Kuramsal Açıklamalar 7
2.3. İntihar 9
2.3.1. İntiharın Epidemiyolojisi 9
2.3.2. İntiharın Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 11
2.3.2.1. İntihar ile İlgili Kuramsal Açıklamalar 12
2.3.3. İntiharda Tedavi 13
2.4. Psikolojik Sağlamlık 14
2.4.1. Psikolojik Sağlamlık ile İlişkili Koruyucu Faktörler ve Risk Faktörleri 16
2.4.1.1. Psikolojik Sağlamlık ile İlişkili Risk Faktörleri 16
2.4.1.2. Psikolojik Sağlamlık ile İlişkili Koruyucu Faktörler 17
2.4.2. Şizofrenide Umutsuzluk, İntihar ve Psikolojik Sağlamlık 19
2.5. Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 22
3.2. Araştırma Soruları....22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi....22
3.4. Araştırma Evreni....22
3.5. Araştırmanın Örneklemi 22
3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri....23
3.7. Araştırmadan Dışlama Kriterleri....23
3.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 24
3.8.1. Sosyodemografik Veri Formu....24
3.8.2. Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği (PSDÖ)....24
3.8.2.1. Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği (PSDÖ) Klinik Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması 25
3.8.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)....29
3.8.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) 29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 30
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri 30
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 30
4. BULGULAR....32
4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Dağılımı 33
4.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı....34
4.3. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile PSDÖ'nün Karşılaştırılması 35
4.4. Psikolojik Sağlamlık, İntihar Olasılığı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi....37
5. TARTIŞMA 39
5.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 39
5.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldığı Puanların Tartışılması....42
5.2.1. Katılımcıların BUÖ'den Aldığı Puanların Tartışılması....42
5.2.2. Katılımcıların İOÖ'den Aldığı Puanların Tartışılması 44
5.2.3. Katılımcıların PSDÖ'den Aldığı Puanların Tartışılması 46
5.3. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile PSDÖ puan Ortalamalarının Karşılaştılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 48

5.4. Katılımcıların PSDÖ ile BUÖ ve İOÖ Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması 49
5.4.1. PSDÖ ile BUÖ Arasındaki İlişkinin Tartışılması 49
5.4.2. PSDÖ ile İOÖ Arasındaki İlişkinin Tartışılması 51
6. SONUÇ 53
7. ÖNERİLER 55
KAYNAKLAR 56
FORMLAR 70
ETİK KURUL KARARI 79
PATENT HAKKI İZNİ 81
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 86
ÖZGEÇMİŞ 87

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: PSDÖ Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Güvenilirlik Katsayıları……..24

Tablo 3-2: PSDÖ Klinik Geçerlik Analizi (N=120)……...….25

Tablo 3-3: PSDÖ Maddelerin Alt Boyutlara Göre Dağılımı……...26

Tablo 3-4: PSDÖ Test-Retest (N=30) ……...….27

Tablo 3-5: PSDÖ Klinik Cronbach's Alfa Güvenilirlik Katsayıları……...27

Tablo 3-6: PSDÖ Klinik Güvenilirlik Analizi (N=120) …….....28

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (N=120) ……...……33

Tablo 4-2: Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=120) ……..…….....34

Tablo 4-3: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile PSDÖ ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması (N=120)……...……...…….35

Tablo 4-4: Psikolojik Sağlamlık, İntihar Olasılığı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=120)……...……..37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 0-1: PSDÖ'nün Faktör Yapısı…….26

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

PSDÖ: Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği

RAS: Resilience Appraisals Scale

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

SPS: Suicide Probability Scale

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

BHS: Beck Hopelessness Scale

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Edition/ Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Baskı

DSM-V: The Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, 5th Edition/ Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

HPA: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal

SSRI: Seçici Seratonin Geri Alım İnhibitörleri

TDK: Türk Dil Kurumu

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association/ Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

ÖZET

Uslu Duran, F. (2021). Şizofreni Tanılı Yetişkin Hastalarda Psikolojik Sağlamlığın Umutsuzluk ve İntihar Düşüncesi ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma şizofreni tanılı yetişkin bireylerde psikolojik sağlamlığı değerlendirme ölçeğinin geçerlik güvenilirliğini test etmek ve bu bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile intihar düşüncesi ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takip edilen 120 hasta ile metadolojik ve tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Veriler, Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği (PSDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) kullanılarak elde edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Geçerlik-güvenilirlik analizi için açımlayıcı faktör analizi, Cronbach's alfa katsayısı, madde-toplam korelasyonları, test-retest güvenilirlik katsayısı hesaplandı. Analizlerde güven aralığı %95 olarak kabul edildi ($p<0,05$).

Şizofreni tanılı vakalarda PSDÖ'nün iki alt faktörden oluştuğu, ölçeğin bütünü için Cronbach's alfa değerinin 0,91, "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" alt boyutu için 0,94 ve "Sosyal Destek" için 0,78 olduğu belirlendi.

Katılımcıların PSDÖ puan ortalaması 49,25±9,22, İOÖ puan ortalaması 64,30±13,47 ve BUÖ puan ortalaması 5,38±4,61'dir. PSDÖ toplam ve alt boyut puanları ile BUÖ ve İOÖ toplam ve alt boyutları puanlarının negatif yönde, zayıf ve orta düzeyde ilişkili olduğu saptandı ($p<0,01$).

Sonuç olarak PSDÖ şizofreni tanılı bireylerde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ve psikolojik sağlamlık arttıkça intihar olasılığı ve umutsuzluk düzeyinin azaldığı saptandı. Şizofreni tanılı bireylerde psikolojik sağlamlığı arttırmaya yönelik çalışmaların arttırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Psikolojik Sağlamlık, Umutsuzluk, İntihar Olasılığı

ABSTRACT

Uslu Duran, F. (2021). The Relationship between Psychological Resilience and Hopelessness and Suicidal Ideation in Adult Patients with Schizophrenia. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Mental Health and Psychiatric Nursing. Postgraduate Thesis. İstanbul.

This study was carried out to test the validity and reliability of the resilience appraisals scale in adults with schizophrenia and to examine the relationship between the resilience levels of these individuals and their suicidal ideation and hopelessness levels as a methodological and descriptive study with 120 patients in the Communitiy Mental Health Centers.

Data were obtained using the Resilience Appraisals Scale (RAS), the Beck Hopelessness Scale (BHS), and the Suicide Probability Scale (SPS). Descriptive statistics, independent sample t-test, Mann-Whitney U test, Pearson correlation analysis were used in the analysis. Exploratory factor analysis, Cronbach's alpha coefficient, item-total correlations, test-retest reliability coefficient were calculated for validity-reliability analysis. Confidence interval was accepted as 95% ($p<0.05$).

In patient with schizophrenia, the RAS consists of two sub-factors; the Cronbach's alpha value of the scale is 0.91, and the Cronbach's alpha values of the sub-dimensions are 0.94 for "Emotional and Situational Coping" and 0.78 for "Social Support".

The participants' RAS mean score was 49.25±9.22, the SPS mean score was 64.30±13.47, and the HPS score average was 5.38±4.61. The total and sub-dimension scores of RAS and the total and sub-dimension scores of BHS and SPS were negatively, weakly and moderately correlated ($p<0.01$).

In conclusion, RAS is a valid and reliable measurement tool to evaluate psychological resilience of individuals with schizophrenia, and as psychological resilience increases, the probability of suicide and the level of hopelessness decrease. It is thought that it would be beneficial to increase the number of studies aimed at improving psychological resilience in patients with schizophrenia.

Key Words: Schizophrenia, Psychological Resilience, Hopelessness, Suicide Probability

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, toplumlarda heterojen olarak dağılım gösteren, algı bozuklukları, devinim bozuklukları, duygulanım bozuklukları, düşünce süreci ve içeriğinde bozulmalarla giden kronik bir hastalıktır. Erken ya da geç başlangıçlı, hızlı ya da yavaş prognozlu olabilen bu hastalığın belirti ve bulguları bireyler arasında değişken olabilmektedir. Bu belirtiler doğrultusunda bireylerde; iletişimde azalma, duygu küntlüğü, öz bakım yetersizliği, öğrenim zorluğu gibi sosyal ve bireysel konularda yetersizliklerin yanısıra toplumsal damgalamaya maruziyet ortaya çıkabilmektedir (Saha ve ark., 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Şizofrenide oluşan yeti yitimleri ve sürekli iyilik halinin sağlanamaması bireylerde umutsuzluğa sebep olmaktadır (Çetin ve Eker, 2011). Umut, geleceğe yönelik olumlu beklentiler anlamına gelir ve hastalık ile mücadelede tedavinin etkinliğine olumlu katkı yapan başlıca unsurlardan biridir (Seber ve ark., 1993; Olçun ve Şahin Altun, 2017). Umutsuzluk ise geleceğe dair olumsuz beklentiler ve problemleri çözmede çaresizlik ile giden psikopatolojik bir yapıdır (Gambaro ve ark., 2020). Olumlu beklentileri olmayan ve planlar yapamayan umutsuz bireyler intiharı sıkıntılarına çözüm olarak görebilmektedir (Atlı ve ark., 2009; Harris ve ark., 2019). Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerde intihar düşünce ve davranışında umutsuzluk duygularının önemli etkenlerden biri olduğu belirtilmektedir (Mork ve ark., 2013; Atmaca ve Durat, 2017; Öztürk ve ark., 2018). Dünya çapında şizofreni tanılı bireylerde intihar oranının %5, intihar riski oranının ise %25-%50 arasında olduğu tespit edilmiştir (Cassidy ve ark., 2018).

İçsel, dışsal ve toplumsal negatif stresörlerin (halüsinasyonlar, toplumsal damgalama, maddi yetersizlik vb.) hastalık sürecini olumsuz etkilediği; psikolojik sağlamlığın ise negatif stresörlere karşı koruyucu bir faktör olduğu ve bireyin direnç göstermesini sağlayarak intiharı önlemede önemli etkisinin olduğu belirtilmiştir (Johnson, Gooding, Wood ve Tarrier, 2010; Mizuno ve ark., 2016). Psikolojik sağlamlık; bireylerin karşılaştıkları herhangi bir stres durumunda olumsuz belirtiler ile içsel bir direnç yoluyla etkili bir şekilde başa çıkma, olumlu belirtileri gösterebilme ve duruma uyum sağlama yeteneğidir (Johnson, 2016). Gerek hastalığın kronikleşme doğası ve yeti yitimine yol açması gerekse günümüz koşullarında bu hasta grubunun artan psikososyal stresleri nedeniyle psikolojik sağlamlık düzeylerinin belirlenmesi önem taşımaktadır.

Şizofreni tanılı bireylerde intihar oranının yüksek olmasına rağmen ülkemizde bu bireylerde psikolojik sağlamlığın umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkisini araştıran

çalışmaların sayısının yetersiz olmasından yola çıkarak bu araştırma planlandı. Ayrıca literatür incelemesi sonucunda psikoz hastalarının psikolojik sağlamlık düzeylerini değerlendirmeye yönelik geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarına olan gereksinimin farkına varılmış ve Johnson ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen PSDÖ'nün literatürümüze kazandırılması amaçlanmıştır (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni en önemli ve en yaygın psikiyatrik hastalıklardan biri olmasına rağmen en çok belirsizliğin olduğu hastalıklardan da biridir. Gidiş, sonlanış, belirti ve bulguları kişiden kişiye farklılık gösterse de genellikle erken yaşta başlar ve süreç içinde alevlenme ve remisyon dönemleri görülür. Halüsinasyon, sanrı gibi pozitif belirtiler; sosyal izolasyon, duygu küntlüğü, konuşma miktarında ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi negatif belirtiler; bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulma gibi kognitif belirtilerle giden, duygu düşünce, algı ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarda ortaya çıkabillen bir nöropsikiyatrik hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Carlborg ve ark., 2014; James ve ark., 2018; Öztürk ve Şahin Altun, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Global Hastalık Yükü (2017) araştırmasının sonucuna göre ruhsal hastalıkların yükünün küresel olarak önemli etkilerle büyümeye devam ettiği ve şizofreninin dünya genelinde 20 milyon insanı etkilediği bildirilmektedir (James ve ark., 2018).

2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreni ile ilgili çok eski tarihlere dayanan bir çok yazılı metin bulunmaktadır. M.Ö 15.yy'dan kalmış olan Hint Veda Yazılı Metinleri'nde, şizofreninin günümüzdeki belirtilerine benzer belirtilere yer verilmiştir (Soygür ve ark., 2007). 1896'da ise Emil Kraepelin psikiyatri ders kitabında şizofreniyi "Dementia praecox" olarak işlemiş ve bu şekilde katatoni, hebefreni ve paranoid demansı tek bir sendrom adı altında özetleyerek şizofeniyi kapsamlı bir şekilde ele alan ilk kişi olmuştur (Rittmannsberger, 2012).

1900'lü yılların başında ise Bleuler, Yunanca skhizein (bölmek) ve phrēn (zihin) kelimelerinin birleşimi ile şizofreni terimini önermiştir. Ancak Bleuler bu terim ile kişilikte ya da duyguda bölünmeyi değil psikolojik süreçlerin tutarlılığındaki kaybın hastalığın özü olduğunu açığa çıkarmak istemiştir. Bleuler, hastalığın erken başlangıçlı olmasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını ortaya koymuş ve şizofreni prognozunun her zaman kötü seyretmediğini savunmuştur (Bleuler, 1911; Bloom, 2007; Janoutová ve ark., 2016). Daha sonraki yıllarda Kurt Schneider şizofreninin anlaşılması ve tanı kriterleri geliştirmek için çalışmıştır. "Schneider'in birincil semptomları" adlı çalışması ile şizofrenide öncül tanı kriterleri (düşünce sokulması, işitsel varsanı, düşünce çalınması gibi) belirlenmiştir (Jablensky, 2010).

2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Eski kaynaklara göre her toplum için şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranı %1 olarak belirtilmektedir. 1965-2002 yılları arasındaki araştırmaları kapsayan Saha ve arkadaşlarının (2005) yaptığı 42 ülkeden 188 araştırmanın incelendiği sistematik çalışmaya göre şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %0,4 olduğu ve epidemiyolojisinin toplumdan topluma heterojen dağılım gösterdiği saptanmıştır (Saha ve ark., 2005). Daha güncel bir çalışmada ise hem insidans hem de şizofrenide yaşam boyu hastalanma riskinin %7.2/1000 (medyan) olduğu bildirilmiştir (Janoutová ve ark., 2016). Binbay ve arkadaşlarının yaptığı sistematik gözden geçirme çalışmasında ise Türkiye'de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %0,89 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark., 2010; Karakuş ve ark., 2017).

Şizofreni çeşitli yaşlarda görülebilmektedir fakat genellikle erken başlangıçlı bir hastalıktır. Dünya çapında 192 araştırmayı ele alan bir meta analiz çalışmasına göre sırasıyla 14, 18, 25 yaş altı bireylerde şizofreni başlangıcı %3, %12.3, %47.8 olarak saptanmış ve şizofreni başlangıcındaki küresel yaş 20,5 olarak bildirilmiştir (Solmi ve ark., 2021). Epidemiyolojik çalışmalarda şizofreninin cinsiyete göre oranına bakıldığında erkeklerde şizofreni görülme oranının (göreceli risk oranı 1,4 kat fazladır) daha yüksek olduğu bildirilmiştir (McGrath ve ark., 2008; Binbay ve ark., 2010; Janoutová ve ark., 2016). Karakuş ve meslektaşlarının araştırmasına göre ise kadın ve erkeklerde şizofreni görülme sıklığı eşit olarak saptanmış ve erkeklerde daha erken başlangıçlı olduğu bildirilmiştir (Karakuş ve ark., 2017). Kış sonu ve ilkbahar başında doğan bireylerin şizofreni geliştirme riski diğer aylarda doğan bireylere oranla daha yüksek bulunmuştur (McGrath, 2006; Tandon ve ark., 2008).

Göçmenlerde şizofreni gelişme riski yüksektir. Kırsal kesimlere oranla kentsel kesimde şizofreni görülme oranı daha yüksektir. Bu oranı kentsel kesimlere yapılan göç büyük ölçüde etkilemektedir (McGrath, 2006). Sosyoekonomik düzey düştükçe şizofreni geliştirme oranının arttığı da bir çok araştırma tarafından doğrulanmıştır (Belli ve ark., 2007; Karakuş ve ark., 2017).

2.1.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreni, çevresel faktörlerin yanı sıra büyük oranda genetik yatkınlık içeren, değişken fenotipik ekspresyonlu ve karmaşık bir etiyolojiye sahip, patofizyolojisi tam olarak anlaşılmamış bir bozukluktur (Tandon ve ark., 2008; Jablensky, 2010).

Şizofreni etiyolojisini araştırmak adına yıllardır süregelen araştırmalar doğrultusunda şizofreni geliştirme riskine katkıda bulunduğu düşünülen çeşitli etken ve varsayımlara

ulaşılmıştır. Bunlar; genetik faktörler, beynin yapısal değişiklikleri (gri madde kaybı, ventriküllerde genişleme, amigdala ve hipokampüs gibi bazı beyin yapılarının hacminde azalma), nörotransmitterler (dopamin, seratonin, glutamat, GABA, östrojen), çevresel faktörler (doğum mevsimi, çocukluk çağı travmaları, stres, göç), antenatal faktörler (influenza, rubella, toksoplazmozis vb. maternal enfeksiyonlar, özellikle birinci ve ikinci trimesterin başında beslenme yetersizlikleri), perinatal faktörler (hamilelikte olumsuz yaşam olaylarına maruziyet, hamilelik ve doğum komplikasyonları), uyuşturucu madde kullanımı (özellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde) ve nörofizyolojik etkenlerdir (Tandon ve ark., 2008; Ayano, 2016; Janoutová ve ark., 2016; Karakuş ve ark., 2017; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

İlk kez 1962'de Paul Meehl, strese yatkınlık modeli olarak da bilinen stres- diyatez modeli ile şizofreniyi açıklamaya çalışmış ve daha sonra bu model psikopatolojik gelişimi açıklamak için kullanılmıştır. Diyatez, savunmasızlık ve hastalığa yatkınlık anlamına gelmektedir (Meehl, 1962). Bu modele göre savunmasız olan bireylerde stresli bir durum yaşandıktan sonra ilk altı ay içinde şizofreni gelişme riski iki kat artmakta ve bu stresli yaşam olaylarının hem ilk atağın ortaya çıkmasına hem de hastalık nüksüne yol açtığı savunulmaktadır. Bu bağlamda çevresel etkenlerin büyük oranda hastalık riskini arttırdığı düşünülmektedir (Karakuş ve ark., 2017).

2.1.4. Şizofreninin Tanı ve Tedavisi

Psikiyatrik hastalıklarda tanı ve tedaviyi kolaylaştırmak ve standardize etmek için yıllar boyu geliştirilen ve güncellenen sınıflandırma sistemleri mevcuttur. En son geliştirilen sınıflandırma sistemleri ise Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (APA, 2013) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, 10. Baskı (ICD-10) (WHO, 1992) tanı kriterleridir.

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar en güncel haliyle DSM-5'e göre; Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, Şizoaffektif bozukluk, Şizotipal bozukluk, Kısa psikotik bozukluk, Madde/ilaca bağlı psikotik bozukluk, Sanrısal bozukluk, Başka bir tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, Başka bir ruhsal bozuklukla ilişkili katatoni, Tanımlanmış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk, Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk olarak sınıflandırılmaktadır (APA, 2013).

DSM-5'e göre bir ay boyunca hastalık belirtilerinden (sanrı, varsanı, darmadağınık konuşma, katotoni veya ileri düzey darmadağınık davranış, negatif belirtiler) en az ikisinin

görülmesi (bunlardan birinin mutlaka sanrı, varsanı veya dağınık konuşma olması gerekir), iş, ilişkiler gibi birden çok alanda toplumsal işlevsellikte gerileme veya olması gereken düzeye ulaşamama ve belirtilerin (prodromal dönem, akut dönem ve kalıntı belirtileri) 6 ay boyunca devam etmesi bir bireyin şizofreni tanısı alabilmesi için aranan şartlardır. Ayırıcı tanıda bu bozukluğun belirtilerinin bir maddenin etkisine veya tıbbi bir duruma bağlı olmaması, şizoduygulanımsal bozukluk, psikotik özellikli depresyon, bipolar bozukluk gibi diğer psikiyatrik bozuklukların dışlanması gerekmektedir (APA, 2013). ICD-10 da ise bu süre bir ay olarak belirtilmiş, eğer bulunan belirti çok açık değil ise en az iki belirti olması şartı aranmıştır ve belirtilere toplumsal işlevsellikte bozulma dahil edilmemiştir (WHO, 1992).

Şizofreni tedavisinde amaç semptomların yatıştırılması ve kontrol altına alınması, relapsların önlenmesi, bireyin toplumsal uyumunun kolaylaştırılması ve remisyonun kalıcı olmasının sağlanmasıdır. Geçmişten günümüze şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavi (tipik ve atipik antipisikotikler, antikonvülzanlar, lityum, benzodiazepinler), Elektrokonvulsif Terapi (EKT) ve psikoterapiler (bireysel psikoterapi, içgörü yönelimli psikoterapi, destekleyici psikoterapi, grup psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi, psikososyal beceri eğitimi) kullanılmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

2.2. Umutsuzluk

Umut, yüzyıllar boyu toplumlar arasında merak duyulan ve ilgi gören bir konu olmuştur. Özellikle kriz dönemlerinde ve çeşitli değişim arzularında özel önem kazanmıştır. Geçmişte toplumların kültürel özelliklerine göre umuda çeşitli çağrışımlar atfedilmiştir. Örneğin; Yunan mitolojisine göre umut, Pandora'nın kutusunda yer alan kötülüklerden biri, Yahudi-Hristiyan geleneğine göre ise Tanrı'nın bir erdemi ve ruhani bir hediyesidir (Schrank ve ark., 2011).

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre umut; ummaktan oluşan güven duygusu, olması beklenilen şey olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2021). Umut geleceğe yönelik olumlu beklentiler anlamına gelir ve stres veya hastalıklar ile mücadelede tedavinin etkinliğini arttıran başlıca unsurlardan biridir (Seber ve ark., 1993; Olçun ve Şahin Altun, 2017). Umutsuzluk ise umudun aksine geleceğe dair olumsuz beklentiler ve problemleri çözmede çaresizlik ile giden psikopatolojik bir yapıdır (Gambaro ve ark., 2020).

Literatüre göre, ruh sağlığı araştırma ve uygulamalarında umudun önemini vurgulayan en az üç neden belirtilmektedir. İlk neden; umudun, zihinsel bozuklukları iyileştirme kavramının merkezinde yer alarak iyileşme sürecinin tetikleyicisi ve iyileşmeyi sürdüren unsuru olarak kabul edilmesidir. İkinci neden; umudun, dayanıklılık kavramının merkezinde

yer almasıdır. Üçüncü neden ise; umudun, bireylerde adaptasyon ve psikoterapötik varyasyonun merkezinde bulunması, özellikle hastalar ve terapistler tarafından psikoterapide kilit faktör olarak belirtilmesidir (Schrank ve ark., 2011).

1986'da Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association), umutsuzluğu hemşirelik tanısı olarak kabul etmiştir. NANDA umutsuzluğu, bireyin sınırlı ya da hiç alternatif veya kişisel seçenek bulamadığı ve kendi yararına güç sarfedemediği öznel durum olarak tanımlanmıştır. Kronik stres, dini güce olan inanç kaybı, sosyal izolasyon, uzun süreli aktivite eksikliği ve aşkın değerlerde olan inanç kaybı umutsuzluğun etiyolojik faktörleri olarak değerlendirilirken terk edilme ve fizyolojik durumda bozulmanın ise bireylerde umutsuzluk açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir. NANDA'ya göre; uyku düzeninde değişiklik, iştah azalması, sözel iletişimde azalma, sözlü olarak umutsuzluğa dair ipuçları, sorulara cevap olarak omuz silkme ve uzaklaşma, zayıf göz teması, kişisel bakımda azalma, uyaranlara karşı tepkisizlik, pasiflik, etki ve girişimde azalma önemli umutsuzluk belirtileridir (NANDA, 2020).

Umutsuzluğun depresyonun başlıca bulgularından biri olduğu belirtilmekle beraber intihar girişimi, alkol ve ilaç bağımlılığı, şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu gibi ruhsal bozukluklarda da görülebileceği vurgulanmıştır (Seber ve ark., 1993). O'Connor, Connery ve Cheyn (2000)'in yaptığı araştırmaya göre olumsuz düşünce şeklinin depresyon ve umutsuzluk ile ilişkili olmasına rağmen geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerin depresyonla bağıntılı olmadığını fakat umutsuzluğa katkıda bulunabileceği bildirilmiştir (O'Connor ve ark., 2000).

2.2.1. Umutsuzlukla İlgili Kuramsal Açıklamalar

Hem felsefi hem de psikolojik kavramlara dayanan çok sayıda umut tanımı mevcuttur.

Abramson (1989)'a göre umutsuzluk, bireylerin kendini çaresiz hissetmesi ve gelecekte olumsuz durumların olabileceğine fakat olumlu durumların olamayacağına inanmasıdır. Umutsuz birey, olumlu sonuçlara yakın olsa dahi kendisinde gereken beceri hissini bulamaz. Abramson umutsuzluk ve depresyonu ilişkilendirmiş ve umutsuzluğu depresyonun sonucu değil nedeni olarak açıklamıştır. Umutsuzluğu belirlemek için iki boyut olduğunu savunan Abramson, bu boyutları negatif yaşamsal olayların istikrarlı-istikrarsız olması ve bu negatif olayların genel-özel olarak algılanması olarak betimlemiştir. Birey, negatif olayları istikrarlı ve genel olarak algıladığında geleceğe dair karamsar ve umutsuz olabilir (Abramson ve ark., 1989).

Bireyler bu olumsuz yorumlama ve çıkarımlar sonucunda; "Ben kusurlu bir insanım", "Artık hep başarısız olacağım" şeklinde olumsuz çıkarımlar ve düşüncelere sahip olmakta ve bu durum zamanla kronikleşerek umutsuzluk ve depresyon ile sonuçlanmaktadır (Liu ve ark., 2015). Umutsuzluk duygusunun ilerlemesini önlemek ve umudu arttırmak için ise yorumlama tarzını güçlendirmek gerekir. Yorumlama tarzını güçlendirmek için umutsuzlukta olan aşamaların olumlu versiyonu tekrarlanmalı ve yorumlanmalıdır. Yani pozitif yaşamsal olayların istikrarlı ve genel olarak algılanmasını sağlayarak yorum tarzının güçlendirilebileceği ve böylece umut düzeyinin arttırılabileceği belirtilmektedir (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

Beck ve arkadaşları 1974'te depresyonu açıklayabilmek için bir umutsuzluk kuramı geliştirmiştir. Bu kurama göre umutsuzluk, geleceğe dair hedef ya da plan bulundurmayan yoğun negatif beklentileri içeren bir yapıdır. Daha sonra Beck ve arkadaşları (1979) depresyonun bilişsel modelini açıklarken bireyin kendisine, çevresine ve geleceğine dair inançları ile ilişkili üç bilişsel öğeyi ele almıştır. Beck ve arkadaşlarına göre bu üç bileşenden geleceğe dair inançlar umutsuzluğu barındırmakta ve depresyonun temelinde umutsuzluk yer almaktadır. Depresyon ile ilgili araştırmalar kapsamında, geleceğe yönelik kontrolü sağlanamayan olumsuz beklentiler ve negatif düşünceler umutsuzluk olarak kavramsallaştırılmıştır. Deneyimsel algıların ayrıntılı olarak incelenmesiyle de umutsuzluk kuramı geliştirilmiştir (Beck ve ark., 1974, 1993).

Snyder ve arkadaşlarının (1991) geliştirdiği en çok kabul gören ve kapsamlı olan görüş ise bilişsel ve duygusal boyutun birlikte ele alınarak umudun iki boyutlu (eylemlilik ve yollar) olarak tanımlanmasıdır. Bu görüşe göre; "hedefe ulaşma ya da hedefe ulaşabilmek için kendinde güç hissetme" umudun ilk boyutu olan "eylemliliktir", "hedefe ulaşabilmek için plan yapma ve yol bulabilme becerisi" ise umudun ikinci boyutu olan "yollardır". Hedefi elde edebilmek için yeni yollar arama ve bu hedefi elde edebilme becerisine olan inanç, bireyleri problem çözerken cesaretlendirerek, hayata olumlu bakmayı sağlamaktadır. Umut düzeyi yüksek bireyler krizle etkili baş edebilmekte, hastalık durumlarında tedaviye uyum sağlamakta ve yeni yöntemler aramaktadır. Snyder'e göre umut, eylemlilik düşüncesinin ve düşünme yollarının toplamıdır, her iki öğe de birbirini etkiler ve devam ettirir. Snyder'in teorisinde diğer teorilerdeki olumlu beklenti düşüncelerinin üzerinde durulmamıştır (Snyder ve ark., 1991).

Schrank ve arkadaşları (2011) literatürde daha önce yayınlanmış umut ile ilgili temel olarak kabul edilen bütün kavramları birleştirerek bir dizi anahtar boyut tanımlamıştır. Bu boyutlar; zaman, hedefler, kontrol, ilişkiler, kişisel özellikler, gerçeklik referansı ve başlangıç

noktasıdır. Bu boyutlara göre; umut olumlu ya da olumsuz bir "başlangıç noktasından" doğabilir. "Zaman", geçmiş deneyimlerin geleceğe hazırladığına dair inancı pekiştirir ve olumlu bir gelecek için hedef oluşturup plan yapmayı sağlar. "Gerçeklik referansı" ile istenilen sonuçlar öznel olarak mümkün görülür. Umutlu bireyler özel ve genel "hedefler" oluşturarak bu hedeflere ulaşmayı etkileyen bireysel ve çevresel faktörleri "kontrol" edebilmektedir. Yaşama dair anlam ve amaç duygusu, maneviyat ya da ortaklık gibi "ilişkiler" kurabilen ve hedeflere ulaşabilmek için enerji, motivasyon ve içsel güç gibi "kişisel özellikler"e sahip bireylerin umut düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Schrank ve ark., 2011).

2.3. İntihar

İntihar (özkıyım), bireyin ruhsal tabakalarında meydana gelen psikolojik çatışmalar sonucunda isteyerek kendini öldürme yöntemi anlamına gelen, önemli bir halk sağlığı sorunudur (TÜİK, 2020). Her dönemde insanlığın ilgisini çeken ve birçok önleme politikasına rağmen majör ölüm sebeplerinden biri olan intihar toplum ve kültüre göre epidemiyolojik ve etiyolojik açıdan farklılık gösteren psikolojik, sosyolojik, ekonomik, dini vs. pek çok boyuta sahiptir (Algın, 2009).

İntihar düşünce ve girişimleri önceki yıllarda diğer ruhsal bozuklukların tanı kriterleri arasında yer alırken; bireyin kendisi, ailesi ve toplumsal açıdan sebep olduğu zorluklar ele alınarak ilk kez intihar düşünce ve davranışına yönelik ayrı tanı sınıflandırması oluşturulmuş ve 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te "Daha İleri Çalışmalar İçin Durumlar" adlı bölümde İntihar Davranışı Bozukluğu tanısı ile yer verilmiştir (APA, 2013).

2.3.1. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar küresel anlamda önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2019 yılı verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 800.000 bireyin intihar ettiği ve bu oranın her 40 saniyede bir kişiye denk geldiği bildirilmiştir. Küresel olarak tüm ölümlerin %1,3'ünü oluşturan intihar, ölüm sebepleri arasında 17. sırayı almaktadır. Meydana gelen intiharların %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (WHO, 2019).

Ülkeler arası intihar oranında büyük oranda farklılık mevcuttur. DSÖ 2019 yılı verilerine göre küresel olarak 100.000 kişide 9 olan kaba intihar hızı, Güneydoğu Asya'da 10, Afrika'da 7, Amerika'da 10, Avrupa'da 13, Doğu Akdeniz'de 6 ve Batı Pasifik'te 9'dur (WHO, 2021). Türkiye'de ise bu oran daha düşüktür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı verilerine göre yıllık intihar vaka sayısı 3406, kaba intihar hızı ise 100.000'de 4,12'dir (TÜİK, 2020). Ülkeler arası intihar oranlarındaki bu farklılıklar sosyoekonomik yapının yanı sıra

kültür, din ve ülke yasaları ile yüksek oranda ilişkilir. Bu etkenler bazen risk olarak karşımıza çıkmasına rağmen bazen de intihara karşı koruyucu olabilmektedir. Örneğin bazı ülke yasalarında intihar suç olarak kabul edilirken, yine bazı dine mensup bireylerde (müslüman, hıristiyan vb.) günah olarak ele alınmakta, birçok kültür ve geleneklerde de ahlaki bir sorun olarak algılanmaktadır (Atasoy ve Kösle, 2019; Loa Knizek ve ark., 2021).

İntihar girişimi bir çok ülkede genellikle 18-34 yaş arasında, kadın cinsiyette, ruhsal bozukluğa sahip olanlarda, alkol ve madde kullanımı olanlarda, hiç evlenmemiş olan bireylerde yüksek oranda görülmektedir (Nock ve ark., 2008). Bazı araştırmalarda IQ ve eğitim seviyesinin yüksek olması risk faktörü olarak bildirilirken (Cassidy ve ark., 2018) yine bazı araştırmalarda ise eğitim seviyesinin düşük olması risk faktörü olarak bildirilmiştir (Nock ve ark., 2008). Kadınlarda intihar girişimi yüksek oranda olmasına rağmen intihara bağlı ölüm erkeklerde 2-3 kat daha fazla görülmekte ve bu durum erkeklerin daha öldürücü intihar yöntemlerini seçmeleri ile ilişkilendirilmektedir (Nock ve ark., 2008; Cassidy ve ark., 2018). Türkiye'de ise en yüksek 25-29 yaş aralığında, ilkokul mezunu ve erkek cinsiyette intihar girişimi görülmektedir (Atasoy ve Kösle, 2019).

Ruhsal bozukluk önemli bir intihar risk faktörüdür. Ruhsal bir bozukluk ile yaşamak; sosyal dışlanma, işsizlik, ilişki problemleri, damgalama ve ayrımcılık gibi olumsuz deneyimlere neden olarak intihara katkıda bulunabilir. Psikiyatrik bozukluklar hem doğal hem de doğal olmayan ölüm riskinde artışa sebep olmaktadır (Lawrence ve ark., 2010; Mizuno ve ark., 2016; Wasserman ve ark., 2021). Dünyanın birçok yerinde intihar sonucu ölen bireylerin %90'ının altta yatan bir ruhsal bozukluğu olduğu raporlanmış ve ruhsal bozukluklarda uygunsuz ve yetersiz tedavinin yüksek oranda intihar riski oluşturduğu bildirilmiştir (Vijayakumar ve ark., 2011; Wasserman ve ark., 2021).

Too ve arkadaşlarının yaptığı meta-analiz çalışmasına göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin olmayanlara göre intihar olasılığı 8 kat daha fazladır. En yüksek riske sahip grup ise psikotik bozukluklar olarak raporlanmıştır (Too ve ark., 2019).

Uluslararası örnekleme dayanan ve 19 ülkenin dahil olduğu bir çalışmaya göre; araştırmaya katılan tüm bireylerin intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %9,2, intihar planlarının yaşam boyu yaygınlığı %3,1 ve intihar girişimlerinin yaşam boyu yaygınlığı %2,8 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan şizofreni tanılı bireylerde ise bu oran sırasıyla %28,5-%10,8-%10,2 olarak bildirilmiş, şizofreni ile intihar ve intihar davranışı arasında önemli oranda ilişki olduğu belirtilmiştir (Bromet ve ark., 2017).

Şizofreni tanısı almış bireylerin genel nüfusa göre erken ölme olasılığı 2-3 kat daha fazladır (Laursen ve ark., 2014; James ve ark., 2018). Yapılan meta-analitik çalışmalar, şizofreni teşhisi alan bireylerin %5 ila %10'unun intihar sonucu öldüğünü ve bu bireylerin %4,9'unun hastalık başlangıcına yakın bir zamanda, %5,6'sının ise yaşam boyu intihar olasılığının olduğu bildirilmiştir (Palmer ve ark., 2005; Hor ve Taylor, 2010; Laursen ve ark., 2014). Buna karşılık olarak, ruh sağlığı sorunu olmayan bireylerde intihara bağlı ölüm riski %0,3 olarak raporlanmıştır (Holmstrand ve ark., 2015). Nordentoft ve arkadaşları (2011) tarafından ilk psikiyatrik başvurudan sonraki 36 yıl boyunca takip edilen 176.347 kişinin oluşturduğu ulusal kohortta yapılan bir mutlak intihar riski analizinde, şizofreni hastalarında intiharın mutlak riskinin erkeklerde %6,55 ve kadınlarda %4,91 olduğu bildirilmiştir (Nordentoft ve ark., 2011; Laursen ve ark., 2014).

Araştırmalara göre intihar eden şizofreni hastalarında riskin 25-35 yaş arasında, kırsal kesimde yaşayan, beyaz ırk, düşük gelirli, mevcut tanıya ek duygudurum ve kişilik bozuklukları tanısı alan, yüksek zeka ve eğitim seviyesine sahip olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Carlborg ve ark., 2014; Zaheer ve ark., 2018). Hawton ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede ise şizofreni tanılı bireylerde daha önceki depresif bozukluklar, önceki intihar girişimleri, ajitasyon, zihinsel parçalanma korkusu, tedaviye zayıf uyum ve yakın zamanda bir kayıp yaşanması intihar için önemli yedi risk faktörü olarak ele alınmıştır (Hawton ve ark., 2005).

2.3.2. İntiharın Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

İntihar; biyolojik, genetik, klinik, psikolojik, çevresel, sosyokültürel ve dini faktörlerin tümünün etkileşimiyle meydana gelir (Turecki ve ark., 2019). Madde kullanım bozukluğu, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve bilişsel eksiklikler bireyleri biyolojik, toplumsal, çevresel vb. birçok yönden etkiler ve intiharı kolaylaştırır (Lawrence ve ark., 2010).

Yapılan çalışmalarda genetik ve epigenetik faktörlerin intihar için önemli oranda risk teşkil ettiği ve ailede intihar girişimi bulunan bireylerin intihar olasılığının 5 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Brent ve ark., 2015). İntihar düşüncesi ve davranışında bazı biyolojik etkenlerin de rolü olduğu bilinmektedir. İntihar nörobiyolojisi ile ilişkili olan araştırmalar genellikle serotonerjik sistem üzerinde durmuştur (Pandey, 2013). Ölüm sonrası beyin reseptörlerinin değerlendirildiği çalışmalarda bireyin düşünce sürecini, duygularını ve beklentilerini etkilediği düşünülen orbitofrontal kortekste azalmış serotonin aktivitesinin intihar davranışı riskini arttırdığı, saldırgan ve dürtüsel davranışlara eğilime neden olduğu bildirilmiştir (Arango ve

ark., 1995). Güncel araştırmalara göre stres tepki yollarında oluşan anomaliler intihar düşünce ve davranışında en iyi açıklanan etkenlerdir. Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenindeki bozulmalar, monoamin düzensizliği, beyin bağırsak eksenindeki değişiklikler, glutamerjik ve GABAerjik sistem bozuklukları, bağışıklık sistemi bozuklukları ve nörotrofik faktörlerin intihar ile ilişkisinin saptandığı bildirilmiştir (Turecki ve ark., 2019).

Çevresel faktörler, stresli yaşam olayları, sosyoekonomik, sosyokültürel ve dini faktörlerin bireylerin yaşamının her anını etkilediği ve bu sebeple intihar riski açısından önemli risk faktörleri olduğu bilinmektedir. Ancak din, sosyokültürel ve çevresel faktörler gibi risk etkenlerinin bazı bireylerde intihara karşı koruyucu faktör olabildiği de belirtilmiştir (Cassidy ve ark., 2018; Loa Knizek ve ark., 2021).

2.3.2.1. İntihar ile İlgili Kuramsal Açıklamalar

Geçmişten günümüze birçok bilim adamı intiharı etkileyen psikolojik faktörleri anlamlandırmaya çalışmış ve böylece çeşitli kuramlar ortaya çıkmıştır. Kronolojik olarak bakıldığında ilk kez 1897'de Durkheim intiharın tanımını yapmış ve intiharın sadece toplum ile ilişkili olduğunu savunmuştur. Freud (1916), intiharı depresyon ve sevgi nesnelerinin kaybıyla ilişkilendirmiştir. Menninger (1938)'e göre intihar başkasına duyulan öfke sonucunda bireyin saldırganlığı kendisine yöneltmesidir (Odağ, 1995). Skinner (1953)'a göre her davranış öğrenilmiştir ve intihar davranışı öğrenilmiş çaresizliktir (Algın, 2009).

Ringel (1969), bu durumu hastalık olarak değerlendirmiş ve bir bireyin ancak hastayken böyle bir davranışı meydana getirebileceğini savunmuştur. Henseller (1984) ise intiharı bireyin narsistik problemleri sonucunda meydana getirebileceğini, bu bireylerin özgüvenlerinde eksiklik olduğunu, çaresizlikten korktukları için intiharı sonsuz huzur ve korunma olarak gördüklerini savunur (Algın, 2009). Shneidmann (1985) ise intiharı bireyin ihtiyaçlarının engellenmesi ile ilişkilendirmiş ve intiharın yardım beklentisiyle çevreyi harekete geçirmek için kullanıldığını, her intiharın kendi içinde bir mantığının olduğunu savunmuştur (Shneidman, 1986).

İntihar ile ilgili birçok ikinci nesil kuramın oluşturulması 2000'li yıllara denk gelmektedir. Bunlardan biri Thomas Edwin Joiner'in 2005 yılında ortaya koyduğu, stres-diatez kuramına dayanan Kişiler Arası İntihar Kuramı'dır. Bu kurama göre aidiyet eksikliği ve başkalarına yük olma hissi sebebi ile intihar davranışı gerçekleşmektedir ve ölümcül intiharlar ancak intihar edebilme kabiliyeti olan kişiler tarafından meydana gelmektedir (Bulut ve Demirbaş, 2021; Chu ve ark., 2017).

Değişken Yatkınlık Kuramı (2006) bilişsel kuramlardan biridir. Literatürdeki intihar görüşleri tedavi, tedavi sonuçları ve risk analizlerine odaklanırken diğer kuramların aksine tedavi sonucuna odaklanmayıp hem kronik intihar risk faktörlerine hem de akut intihar risk faktörlerine dikkat çekmiştir. Bu kurama göre intihar düşüncesi gün içinde çeşitli faktörlere ve bu faktörlerin etki oranına göre dalgalanmaktadır. Bu sebeple intihar davranışının da bu faktörler etkisiyle aniden gelişebileceğini savunur (Rudd, 2007).

Johnson ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen İntiharın Şematik Değerlendirme Modeli'ne göre; bir intihar şemasının ve bilişsel önyargıların, durum ve benlik ile ilgili değerlendirmelerle intihar düşüncesine veya davranışlarına neden olacak şekilde etkileşime girdiğini savunur. Özellikle, kendini değerlendirme yapısının bütün süreçleri etkileyen önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir. Olumlu kendini değerlendirmelerin bu modelin farklı yerlerindeki uyumsuz süreçlere karşı tampon görevi göreceği belirtilmektedir (Johnson ve ark., 2008).

Üç Aşamalı İntihar Kuramı (2015)'na göre intiharın temel unsurları acı ve umutsuzluktur. Bağlılık duygusu ise intiharı önleyici faktör olarak ele alınır. İntihar edebilirliği arttıran sonradan öğrenilen özellikler ve yatkınlık, intihar düşüncesini işleve dökmede önemli bir etken olarak belirtilmiştir (Klonsky ve May, 2015).

İntiharı açıklayan bir diğer ikinci nesil kuram ise Roy O'Connor'un geliştirdiği Bütünleyici Güdüsel-İradesel Kuramdır. 2011 yılında geliştirilmiş ve 2018 yılında tekrar revize edilmiş olan bu kurama göre intihar gelişimi üç aşamalıdır. Bu aşamalar güdülenme öncesi, güdülenme ve iradedir. Güdülenme öncesi aşama risklerin ve tetikleyicilerin bulunduğu, güdülenme aşaması intihar niyetinin geliştiği, irade aşaması ise intiharın eyleme dönüştüğü aşamayı temsil etmektedir (O'Connor ve Kirtley, 2018).

2.3.3. İntiharda Tedavi

İntiharın tedavisinde genellikle koruyucu, psikoterapötik ve farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır.

Koruyucu yaklaşımlar riskin değerlendirilmesi ve belirlenmesi için alınan önlemleri içermektedir. İntiharda kullanılan gereçlere erişimin kısıtlanmasının, intihar ile ilgili özendirici medya raporlarının yayınının engellenmesinin intiharı önleyebileceği ve okul temelli farkındalık programlarının intihar riskini azaltabileceği belirtilmiştir (Mew ve ark., 2017; Turecki ve ark., 2019). Yeni nesil antipsikotikler ile psikolojik yaklaşımlar şizofrenide intiharı azaltmak için faydalıdır (Tandon ve Jibson, 2003; Deveci ve ark., 2008).

İntiharın tedavisinde farmakolojik olarak sıklıkla Lityum, Ketamin, Klozapin, Seçici Seratonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), Buprenorfin kullanılmaktadır (Turecki ve ark., 2019). Araştırmalara göre şizofreni tanısı olan bireylerde klozapinin intiharı tedavide en etkin farmakolojik ajan olduğu fakat ciddi yan etkilerinin olabildiği (nötropeni, miyokardit, agronülositoz), bu sebeple hastalarda sıkı kontrol gerektirdiği bildirilmiştir (Taipale ve ark., 2021).

Farmakolojik tedavilerin yanı sıra Elektrokonvülsif Terapi'nin (EKT) de yüksek intihar riski olan bireylerin tedavisinde etkili olduğu görülmüştür. EKT, genellikle farmakolojik tedavi ile kombine olarak uygulanmaktadır (Fink ve ark., 2014; Koparal ve Hocaoğlu, 2019).

Kronik intihar davranışı olan bireylerin tedavisinde ilk ve en etkili terapi Diyalektik Davranışçı Terapi'dir. Bilişsel Davranış Terapisi'nin de intihar davranışı olan bireylerin tedavisinde etkin olduğu bildirilmiştir (Tarrier ve ark., 2008; Koparal ve Hocaoğlu, 2019).

2.4. Psikolojik Sağlamlık

Birçok insan hayatlarının bazı dönemlerinde stresli durumlarla karşı karşıya gelir ve buna yanıt olarak olumlu ya da olumsuz bir takım tepkiler verir. Bu olumlu ya da olumsuz tepkileri verirken psikolojik sağlamlık aktif rol oynar. Psikolojik sağlamlık, stresli süreç ile ilişkili olarak bireylerin psikolojik özelliklerinin etkileşimi ile gelişen sonuç olarak kavramsallaştırılmaktadır (Fletcher ve Sarkar, 2013).

Son yıllarda dünya genelinde birçok alanda araştırılan psikolojik sağlamlık oldukça popüler bir konudur. Yabancı kaynaklarda "Resilience" olarak adlandırılan psikolojik sağlamlık, Latincede "geri tepme, geri sıçrama" anlamına gelen "resilire" fiilinden türemiştir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Literatürümüzde "resilience"; kendini toparlama gücü (Terzi, 2016), yılmazlık (Gürgân, 2006; Savi Çakar ve ark., 2014), psikolojik dayanıklılık (Basım ve Çetin, 2011), psikolojik sağlamlık (Gizir ve Aydın, 2006; Doğan, 2015) gibi bir çok terim ile adlandırılmaktadır.

İlk kez Kobasa (1979) psikolojik sağlamlığı; stresörlerin olumsuz etkilerine karşı direnmeyi sağlayan birtakım özellik olarak tanımlamıştır. Kobasa'ya göre psikolojik sağlamlık, üç boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; kendini adama, meydan okuma ve kontroldür. Kendini adama, başkaları ve çevre ile meşgul olmak ve bu çevreye dahil olmak; kontrol, çevredeki olayları kontrol etmeye çalışmak ve olaylar üzerinde etki kurma eğilimi; meydan okuma, potansiyel olarak zor görünen olaylara karşı meydan okuyarak değişimi bir şans olarak algılamak şeklinde açıklanmıştır (Johnson, 2016).

Psikolojik sağlamlık araştırmaları temel olarak zorlu yaşam olayları karşısında bazı insanların kendilerini toparlayarak durumun üstesinden gelirken diğer insanların ruhsal hastalık geliştirdiğinin anlaşılmasına dayanmaktadır. Araştırmalara göre psikolojik sağlamlık kavramını açıklayan iki temel görüş öne çıkmaktadır. Birinci görüş; psikolojik sağlamlığın niteliklerini açığa çıkarmayı amaçlayarak, psikolojik sağlamlığı yüksek bireylerin özelliklerine odaklanmaktadır. İkinci görüş ise; psikolojik sağlamlığın gelişimsel bir süreç olduğunu vurgulayarak, bireylerin bu niteliklere nasıl ulaştığına dair süreçleri araştırmaktadır (Çetin ve ark., 2015).

Yani bazı araştırmacılar, psikolojik sağlamlığın kalıcı ve istikrarlı olduğunu savunurken, bazı araştırmacılar ise dinamik ve değişebilir olduğunu savunmaktadır. İlk araştırmalar, riskler ya da sıkıntılara karşı nispeten iyi sonuçlar veren psikolojik sağlamlığı yüksek bireyleri belirleyen "ego dayanıklılığına" odaklanmıştır. Bu dayanıklılık görüşü istikrarlı ve kalıcı olan sağlamlığı ele alarak ego dayanıklılığı olan bireylerin çocukluk çağlarından itibaren dayanıklılık belirtileri gösterebildiğini ve herhangi bir zorluğa maruz kalmadan önce zaten becerikli olduğunu savunur (Stainton ve ark., 2019).

Diğer araştırmacılara göre ise sağlamlığın gelişiminde üç temel unsur belirtilmiştir. Bunlar; aile, birey ve sosyal çevrenin özellikleridir (Dias ve Cadime, 2017). Bu görüşe göre psikolojik sağlamlık, biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal etmenlerin etkileşimi sonucu, bireyin önemli yaşam güçlükleri ile karşı karşıya kalmasına rağmen ruhsal sağlığını geliştirmesi, koruması ve iyileştirmesini sağlayan dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Wathen ve ark., 2012).

Günlük zorluklardan önemli yaşamsal olaylara kadar çeşitli olumsuz durumlara karşı cevap olarak psikolojik sağlamlık gereklidir (Fletcher ve Sarkar, 2013). Psikolojik sağlamlık ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle kişiye özgü olan zorluk ve uyum sağlama üzerinde durmuştur (Luthar ve ark., 2000; Fletcher ve Sarkar, 2013). Aynı olumsuz yaşam olayına maruz kalan bireylerin algıladıkları zorluk farklıdır. Bir kişi için zorluk olarak tanımlanan durum diğer insanlar için zorlayıcı olmayabilir. Psikolojik sağlamlık bağlamında ele alınan zorluk kavramı, bireylerin yaşamı üzerinde önemli etkisi olan olaylara uyum sağlamasıyla ilişkili olumsuzluklar ya da sıkıntılı sonuçlar olarak tanımlanmaktadır. Uyum sağlama ise, bireylerin bu zorlu yaşam olaylarına rağmen akıl sağlığını ve işlevselliğini koruyarak hiçbir psikolojik rahatsızlık geliştirmeden gündelik yaşamlarına devam edebilmeleridir (Luthar ve ark., 2000).

Özellikle pozitif psikolojideki gelişmeler sonucunda psikolojik sağlamlık; bireylerin, maruz kaldıkları stresli bir durumda olumsuz belirtilerle içsel bir direnç yoluyla etkili olarak başa çıkabilme, olumlu belirtileri gösterebilme ve bulunduğu duruma olumlu uyum sağlayabilme kabiliyeti olarak görülmektedir (Luthar ve ark., 2000; Johnson, 2016).

Pozitif bakış açısına göre psikolojik sağlamlığa dair nitelikler; iyimserlik, kararlılık, mükemmelliyetçilik, yaratıcılık, umut, alçak gönüllülük, mutluluk, inanç, bilgelik ve öznel iyi oluş olarak belirtilmektedir. Aynı zamanda sağlamlık, sadece zorlu yaşam olayları için değil, kişisel gelişim sürecinin tipik bir özelliği olarak da ele alınmaktadır (Çetin ve ark., 2015).

Psikolojik sağlamlığı iyi olan bireylerin, psikolojik sağlamlığı kötü olan bireylere göre yaşam doyumunun daha yüksek olduğu, daha mutlu ve huzurlu bireyler oldukları ifade edilmektedir (Gizir ve Aydın, 2006; Fletcher ve Sarkar, 2013).

Öğrencilerle yapılan kişilik özellikleri ile psikolojik sağlamlık etkileşiminin araştırıldığı bir çalışmada psikolojik sağlamlık ile kişilik özelliklerinin ilişkili olduğu saptanmış; öz-disiplin, gelişime açıklık, dışa dönüklük ve uyumluluk özellikleri yüksek, nörotiklik seviyeleri düşük bireylerin psikolojik sağlamlık seviyelerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Çetin ve ark., 2015).

2.4.1. Psikolojik Sağlamlık ile İlişkili Koruyucu Faktörler ve Risk Faktörleri

Psikolojik sağlamlık, riskler ile koruyucu faktörler arasındaki etkileşim neticesinde meydana gelen dinamik bir yapıdır (Terzi, 2008).

2.4.1.1. Psikolojik Sağlamlık ile İlişkili Risk Faktörleri

Risk faktörleri, negatif bir durumun meydana gelme olasılığını artıracak veya olası bir problemin devam etmesine neden olabilecek etkiler olarak açıklanmıştır. Psikolojik sağlamlık ile ilgili geçmişten günümüze birçok risk faktörü ele alınmıştır. Literatüre göre; bireysel risk faktörleri, ailesel risk faktörleri ve çevresel risk faktörleri olarak üç başlık altında incelenmektedir (Terzi, 2008).

- **Bireysel risk faktörleri**; erken doğum, zorlu yaşam olayları, kendini etkili biçimde ifade edememe, başa çıkma mekanizmalarını etkin kullanamama, düşük zeka düzeyi, düşük eğitim seviyesi, alkol, madde ve ilaç kullanımı, kronik hastalıklar (ruhsal hastalığa sahip olmak), agresif kişilik yapısı, yaş, kaygılı mizaç, cinsiyet ve zekadır (Karaırmak, 2006; Gizir, 2007; Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Stainton ve ark., 2019; Beroš ve ark., 2021).

- **Ailesel risk faktörleri**; ebeveynlerde bulunan hastalık ya da psikopatoloji, ebeveynlerin alkol madde kullanımının olması veya suç işlemiş olması, ailevi hastalıklar, parçalanmış aileye sahip olmak, kalabalık ailede yaşamak, aile içi şiddet, sert veya tutarsız disiplin anlayışı ve erken yaşta anne olmaktır (Karaırmak, 2006; Gizir, 2007; Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Stainton ve ark., 2019; Beroš ve ark., 2021).
- **Çevresel risk faktörleri** ise; düşük sosyoekonomik seviye ve yoksulluk, çocuk istismarı ve ihmali, evsizlik, okul vb. hizmetlerin yetersiz olması, savaş, deprem, sel gibi doğal afetler, ailevi felaketler, toplumsal şiddet ve akran zorbalığı olarak sıralanmaktadır (Karaırmak, 2006; Gizir, 2007; Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Stainton ve ark., 2019; Beroš ve ark., 2021).

2.4.1.2. Psikolojik Sağlamlık ile İlişkili Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, stresli bir durum ile karşılaşmadan önce ya da strese maruz kaldıktan sonra bireyin bu güçlüklerle başa çıkabileceğini ve süreç sonunda olumlu adaptasyon sağlayabileceğini öngören özellikler olarak tanımlanmaktadır (Friborg, 2005).

Literatürdeki bazı kaynaklara göre koruyucu faktörler; içsel ve dışsal faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır.

- **İçsel koruyucu faktörler**; geleceğe yönelik olumlu bakış açısı, güçlü akademik kabiliyetler, yaşama dair hedef belirleme, yüksek benlik saygısı, iletişim becerilerini etkili kullabilmek, kişisel farkındalık ve kendini kabullenme, mizah, kendi kendini yönetme, anlayışlılık, umut, azim, içsel motivasyon, yardımseverlik ve yaratıcılık olarak bildirilmiştir (Karaırmak, 2006; Gizir, 2007; Terzi, 2008; Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Stainton ve ark., 2019; Beroš ve ark., 2021).
- **Dışsal koruyucu faktörler** ise; anne ile babanın destekleyici tutumu, yüksek sosyoekonomik düzey, akran desteği, çocuğa gerçekçi beklentiler sunmak, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yeterli seviyede yararlanabilme, güçlü aile bağları ve kurallarının olması, yetişkinler ile sosyal çevrede ya da okulda destekleyici ve olumlu ilişkiler kurmak, toplum ve çevre bilincine sahip olmak olarak bildirilmiştir (Karaırmak, 2006; Gizir, 2007; Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Stainton ve ark., 2019; Beroš ve ark., 2021).

Friborg ve meslektaşları (2003) ise 5 adet koruyucu faktörün üzerinde durmuştur. Bu faktörler; bireysel yeterlilik, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve yapısal stildir.

- **Bireysel yeterlilik**, kendine güven, kendine sevgi, öz yeterlilik, umut ve yaşama dair gerçekçi bakış açısını ifade eder. Bireysel yeterliliği yüksek olan bireylerin kendilik algısı ve gelecek algısı da yüksektir.
- **Aile uyumu**, zorlu yaşam olayları karşısında koruyucu işleve sahip aile özellikleri ve ortamının bulunmasını ifade etmektedir. Aile uyumu yüksek bireyler günlük ve sosyal hayatlarını daha iyi düzenleyebilmektedir.
- **Sosyal yeterlilik**, dışa dönüklük, sosyal aktivitelerde bulunma arzusu ve sosyal çevereye uyum sağlamaktır. Sosyal yeterliliği yüksek olan bireyler, çevresiyle pozitif iletişim başlatabilir ve çevresiyle uzun ve dengeli ilişkiler kurabilir.
- **Sosyal kaynaklar**, olumsuz yaşam olaylarının üstesinden gelmede destek olan öğretmen, arkadaş, komşu gibi bireylerdir.
- **Yapısal stil**, günlük yaşamsal faaliyetleri sürdürebilme, hedefe yönelik plan yapabilme ile örgütlenebilme yeteneğidir (Friborg, 2005).

Johnson (2016)'a göre ise literatürdeki psikolojik sağlamlık bağlamında yapılan araştırmalarda koruyucu faktörler ile risk faktörleri birbiri ile ters ilişkili olarak ele alınmış ve bu iki faktörün ayrımı netleştirilememiştir. Örneğin; sosyal desteğin yüksek olması psikolojik sağlamlık için bir koruyucu faktörken sosyal desteğin az olması bir risk faktörüdür. Ya da madde kullanımından uzak durmak sağlamlık için koruyucu faktör olarak belirtilirken madde kullanımının olması ise risk faktörü olarak belirtilmiştir (Johnson, 2016). Bu sebeple sağlamlık kavramına bir çerçeve oluşturulması gerektiğini savunan araştırmacılar, "Dayanıklılıkta İki Boyutlu Çerçeve (The Bi-Dimentional Framework for Resilience)"yi geliştirmiş ve ilk olarak intihara dayanıklılık ile ilgili bir çalışmada tanıtmışlardır (Johnson ve ark., 2011).

İki Boyutlu Çerçeve'ye göre psikolojik sağlamlık iki kutupludur. Her risk faktörünün aynı zamanda koruyucu etki sağlayan bir tersinin olduğunu belirtir. Bu nedenle psikolojik sağlamlık olumlu bir faktör olarak değil, hem olumlu hem de olumsuz olasılıkları içeren bir spektrum olarak ele alınmaktadır. Psikolojik sağlamlık faktörleri içsel faktörler olarak anlaşılmalı ve negatif olaylar üzerinde tamponlayıcı etki göstermelidir (Johnson, 2016).

2.4.2. Şizofrenide Umutsuzluk, İntihar ve Psikolojik Sağlamlık

Umut, ruhsal hastalığa sahip bireylerde hastalıkla başa çıkma ve yaşamın anlamını keşfetmek için yardımcı olur. Yapılan araştırmalara göre umut, şizofreni tanısına sahip bireylerde önemli bir bileşendir (Şahin Altun ve Olçun, 2018).

Bir araştırmaya göre intihar öyküsü olan şizofreni tanılı bireylerde umutsuzluk oranının yüksek olduğu görülmüştür (Öztürk ve ark., 2018). Başka bir araştırmaya göre ise umut düzeyi yüksek olan bireylerin umut düzeyi düşük olan bireylere göre intihar riskinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Umut ile umutsuzluğun bir spektrumun iki ayrı ucu olarak kavramsallaştırılabileceği ve umudun intihar düşüncesi üzerinde tampon görevi gördüğü ve bir sağlamlık faktörü olduğu anlaşılmıştır. Umut varsa eğer, umutsuzluk intihar düşüncesine dönüşmeyebilir. Umudu yüksek olan bireylerin kendilerini çökkün hissetseler de yeni hedefler oluşturarak ya da hedeflerini yeniden düzenleyerek zorluklarla karşılaştıklarında umutsuzluk halinden kurtulmaları muhtemeldir (Huen ve ark., 2015). Umutsuzluk ölçeğinin klinik ortamda yapılan geçerlilik çalışmasına göre; en yüksek umutsuzluk oranı daha önce intihar girişimi olan bireylerde görülmüştür (Durak ve Palabıyıkoğlu, 1994).

İntihar düşünce ve davranışlarına giden durumlarda şizofreninin varlığı ile şizofreniye bağlı sıkıntıyı dikkate almak önemlidir. Yapılan çalışmalara göre şizofreni tanılı bireyler sıkıntıya karşı savunmasızdır. Bireylerin önceki intihar deneyimlerinin büyük oranda sanrı ile varsanılardan ve bunlara bağlı psikolojik sıkıntılardan kaynaklanabileceği bildirilmiştir. Fakat tek başına şizofreninin bulunması gelecekte olabilecek intihar düşüncesi veya kendine zarar verme ihtimalini öngöremese de şizofreni ile ilişkili olan psikolojik sıkıntı ile birlikte bu ihtimalin öngörülebildiği bildirilmiştir. Literatüre göre şizofreni ile intihar düşüncesi ve davranışı aynı zamanda şizofreniye bağlı psikolojik sıkıntı ile intihar düşünce ve davranışı ilişkili bulunmuştur (Johnson ve ark., 2008; Harris ve ark., 2019; Harris ve ark., 2021). Harris ve arkadaşları (2021)'nın şizofreni tanılı bireyler ile yaptığı araştırmaya göre düşük oranda psikolojik sağlamlığa sahip bireylerin intihar düşünce ve davranışı geliştirmeye yatkın olduğu bildirilmiştir (Harris ve ark., 2021).

İntiharı önlemek için bireyin psikolojik sağlamlığa sahip olması büyük önem taşır. Hayat boyu engeli olan şizofreni tanılı bireylerde halüsinasyonlar, toplumsal damgalama, maddi yetersizlik gibi içsel, dışsal ve toplumsal negatif stresörlerin bireylerin hastalık sürecini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Psikolojik sağlamlığın ise bu negatif stresörlere karşı koruyucu bir faktör olduğu, bireylerin bu stresörlere karşı direnç göstermesini sağladığı belirtilmekte ve intihar düşüncesi ile davranışlarını önlemede tampon görevi gören olumlu öz

değerlendirmeler olduğu ifade edilmektedir (Johnson, Gooding, Wood ve Tarrier, 2010; Mizuno ve ark., 2016). Mizuno ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan bir araştırmaya göre, literatürdeki diğer çalışmalarla benzer olarak psikolojik sağlamlığın sağlıklı bireylerde şizofreni tanılı bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mizuno ve ark., 2016).

Konuya ilişkin yapılan araştırmalarda, ruhsal hastalıklara sahip bireylerin, psikolojik sağlamlığı anladıklarını ifade ettikleri raporlanmıştır. Şizofreninin iyileştirilmesi ve üstesinden gelme sürecinde psikolojik sağlamlık unsurları üzerinde çalışmanın olumsuz yaşam olayları ile başetmeye çalışmak yerine olumlu yaşam olaylarına odaklanmayı sağlayarak iyileşme sürecini kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Gooding ve ark., 2017; Beroš ve ark., 2021).

2.5. Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Şizofreni hastalığında intihar riskinin yüksek olduğu bilinen bir gerçektir ve intiharı önlemek için alınacak tedbirler tedavi programlarında zorunlu bir unsur olmalıdır (Laursen ve ark., 2014). Şizofreniye sahip bireylerin, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde en çok iletişimde olduğu meslek grubu hemşirelerdir.

Ayrıca DSÖ'nün Ruh Sağlığı Eylem Planı (2013-2020)'nda vurgulandığı üzere şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklara sahip kişilere uygun hizmetleri sağlamak amacıyla hizmetlerin kurumlardan topluma kaydırılması gerekmektedir (James ve ark., 2018). Bu noktada da Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çalışan hemşirelerin sürdürülebilir tedavi ve işlevselliği geliştirmek açısından şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklara sahip bireyler üzerindeki rolü önemlidir. Bu nedenle psikiyatri hemşiresinin öncelikle şizofreni belirti ve bulgularını bilmesi ve bu hastalığa sahip bireylerin yaşam zorluklarını anlayabilmesi gerekir. Aynı zamanda hemşirelerin umutsuzluğa neden olan faktörleri ve umutsuzluk belirtilerini bilerek, umut düzeyini arttırıcı stratejileri uygulaması beklenmektedir (Şahin Altun ve Olçun, 2018).

Araştırmalara göre; benlik saygısını yükseltmek için ulaşılabilir hedef belirlemek ve başarıyı kolaylaştırmak, kendileriyle benzer deneyimlere sahip başarılı rol modellerle bağlantı kurmak, sahip oldukları hastalığın belirtilerini bilerek düzenli tedavi ve kontrol ile hastalığı yönetmek, hastalık süreçleri ve tedavi stratejileri ile ilgili konularda hastaları ve toplumu eğitmek, terapötik iletişim kurarak hastalarla sağlıklı ve güvene dayanan ilişkileri geliştirmek şizofreni tanılı bireylerde umut düzeyini arttırmak için etkin stratejik yöntemlerdir (Öztürk ve Şahin Altun, 2021). Böylece umut ve geleceğe dair planlar arttıkça intihar düşünce ve

davranışları da azalacaktır. Umut intiharı önlemede tampon görevi görecektir (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

Ruhsal hastalıklarda psikolojik sağlamlığın tedavi ve rehabilitasyon sürecindeki rolü birçok araştırmada vurgulanmaktadır (Mizuno ve ark., 2016; Gooding ve ark., 2017). Bu nedenle iyi bir tedavi ve terapi süreci geliştirmek ve bireyleri bu sürece katabilmek için psikiyatri hemşirelerinin psikolojik sağlamlık faktörlerinin varlığını belirlemede gerekli becerileri geliştirmesi gerekir. Olumsuz düşünceleri olumlu olarak yeniden yapılandırabilmesi, sağlığı geliştirme ile ilgili gerçekçi hedefler oluşturabilmesi, olumsuz etkileri aşabilmek için poroblem çözme yöntemlerine eşlik etme becerisi gibi stratejileri bakım sürecine katabilmesi önemlidir (Edward ve ark., 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma şizofreni tanılı yetişkin hastalarda Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik güvenilirliğini test etmek ve bu bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile intihar düşüncesi ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile metadolojik, ilişki arayıcı ve kesitsel olarak yürütülen bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Soruları

1. PSDÖ şizofreni tanılı hastalarda geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?
2. Şizofreni tanılı hastaların psikolojik sağlamlık düzeyi nedir?
3. Şizofreni tanılı hastaların sosyodemografik özelliklerine göre psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılık göstermekte midir?
4. Şizofreni tanılı hastalarda psikolojik sağlamlığın umutsuzluk ile ilişkisi var mıdır?
5. Şizofreni tanılı hastalarda psikolojik sağlamlığın intihar olasılığı ile ilişkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu araştırma İstanbul'da bir Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM), 15.12.2020-30.04.2021 tarihleri arasında yapıldı. Hastaneye bağlı toplam beş TRSM bulunmaktadır. Bu merkezlerde bir doktor, iki hemşire, bir ergoterapist, bir psikolog, güvenlik ve temizlik personeli çalışmaktadır. Danışman-danışan görüşmeleri, iş-uğraş terapileri, psikoeğitimler, tedavi ve kandaki ilaç düzeyi takibi, doktor-hasta görüşmesi ve TRSM'lere gelemeyen ya da gelmek istemeyen hastalar için ev ziyaretleri yapılmaktadır.

3.4. Araştırma Evreni

İstanbul'da bir Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takip edilen, remisyon dönemindeki "şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar" tanılı hastalar bu tez çalışmasının evrenini oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

İstanbul'da bir Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı üç Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı olan "şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden

diğer bozukluklar" tanılı hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan bireyler ardışık olarak çalışmaya dahil edildi.

Çalışmadaki örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında aşağıdaki formülden yararlanıldı. Çalışmada kullanılan ölçümlerin iki grup arasındaki karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi ve Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise tek yönlü varyans analizi kullanıldı. En çok katılımcı sayısı ANOVA testi için gerekli olduğundan bu test için G*Power 3.0.10 programı ile yapılan öncül güç analizinde orta etki büyüklüğünde (0,35), hata oranı (α=0,10) ve güç (1-β=0,90) olarak belirlendiğinde kritik F değeri 2,347501 olarak ve toplam 120 katılımcı ile 0.903374 güce ulaşılabileceği saptandı. Puan ilişkileri karşılaştırmalarında ise korelasyon analizi için, büyük etki büyüklüğünde (0,30), hata oranı (α=0,10) ve güç (1-β=0,90) olarak belirlendiğinde kritik t değeri 1,66277 olarak ve toplam 88 katılımcı ile 0.90072 güce ulaşılabileceği saptandı. Bu bilgiler ışığında çalışmaya 120 kişi alındı. Ancak çalışmada grup dağılımları yeterli olmadığı için yalnızca ikili grup karşılaştırması kullanıldığından bu sayının uygun örneklem büyüklüğünü sağladığı düşünüldü.

Araştırmaya toplam 141 hasta katılmış ve bu hastalardan 2 kişi mental retardasyon tanısı, 3 kişi işitme kaybı ve konuşma bozukluğu, 5 kişi algı bozukluğu ve 11 kişi ise aile ve kendi rızalarının olmaması (çok fazla araştırmaya katılmaları vb. nedenlerle) sebebiyle 120 kişi ile araştırma tamamlandı ve çalışma örnekleminde hedeflenen sayıya ulaşıldı.

3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. DSM-5 ve/veya ICD-10 a göre Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar tanısı almış olması
2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki danışmanları ya da ilgili sağlık üyeleri tarafından remisyonda olduğunun belirtilmiş olması
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
4. 18 – 65 yaş aralığında olması
5. Okuryazar olması
6. İletişimi bozabilecek duyusal kusurlar (görme kaybı, işitme kaybı), ileri düzeyde bilişsel bozuklukların bulunmaması

3.7. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki danışmanları ya da sağlık üyeleri tarafından ciddi intihar riski belirtilmiş olması
2. Hastalığın akut döneminde olması

3. İleri düzeyde bilişsel bozuklukların olması (Mental Retardasyon, demans, amnestik sendrom vb.)

3.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için "Sosyodemografik Veri Formu", "Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği", "Beck Umutsuzluk Ölçeği", "İntihar Olasılığı Ölçeği" kullanıldı.

3.8.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmanın amacına yönelik olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak katılımcıların sosyodemografik ve klinik bilgileri, algıladıkları psikolojik destek, intihar öyküsü, ailede intihar öyküsü hakkında bilgi edinmek üzere hazırlanan 12 sorudan oluşan görüşme formudur (Algın, 2009; Johnson, Gooding, Wood ve Tarrier, 2010).

3.8.2. Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği (PSDÖ)

Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği, Johnson ve meslektaşları (2010) tarafından geliştirilmiştir. PSDÖ, toplam 12 madde ve 3 alt boyuttan oluşan 5'li likert tipte bir ölçektir. Bu alt boyutlar; "Sosyal Destek", "Duygusal Başa Çıkma" ve "Durumsal Başa Çıkma" olarak adlandırılmaktadır. 1., 2., 6., 10. maddeler Sosyal Desteği; 3., 4., 8., 12. maddeler Duygusal Başa Çıkmayı; 5., 7., 9., 11. maddeler ise Durumsal Başa Çıkmayı ölçmektedir. Johnson ve arkadaşlarının geliştirdiği bu ölçeğin toplam Cronbach's alfa kat sayısı 0,88, alt boyutların Cronbach's alfa katsayıları ise sırasıyla 0,93, 0,92 ve 0,92 olarak raporlanmıştır (Tablo 3-1) (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması öğrenci örnekleminde Sarıçam ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada ise ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0,81, alt ölçeklerin Cronbach's alfa değerleri sırasıyla 0,66, 0,73 ve 0,71 olarak bildirilmiştir (Tablo 3-1) (Sarıçam ve ark., 2012).

Tablo 3-1: PSDÖ Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Güvenilirlik Katsayıları

Ölçek	Johnson ve ark. (2010)	Sarıçam ve ark. (2012)
Sosyal Destek	0,93	0,66
Duygusal Başa Çıkma	0,92	0,73
Durumsal Başa Çıkma	0,92	0,71
PSDÖ Toplam	0,88	0,81

3.8.2.1. Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği (PSDÖ) Klinik Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması

Ölçeğin daha önceden 12 maddelik formunun geçerlik güvenilirlik çalışması üniversite öğrencileri üzerinde yapıldığından bu çalışmada dil geçerliği ve uyarlaması yapılmadı (Sarıçam ve ark. 2012).

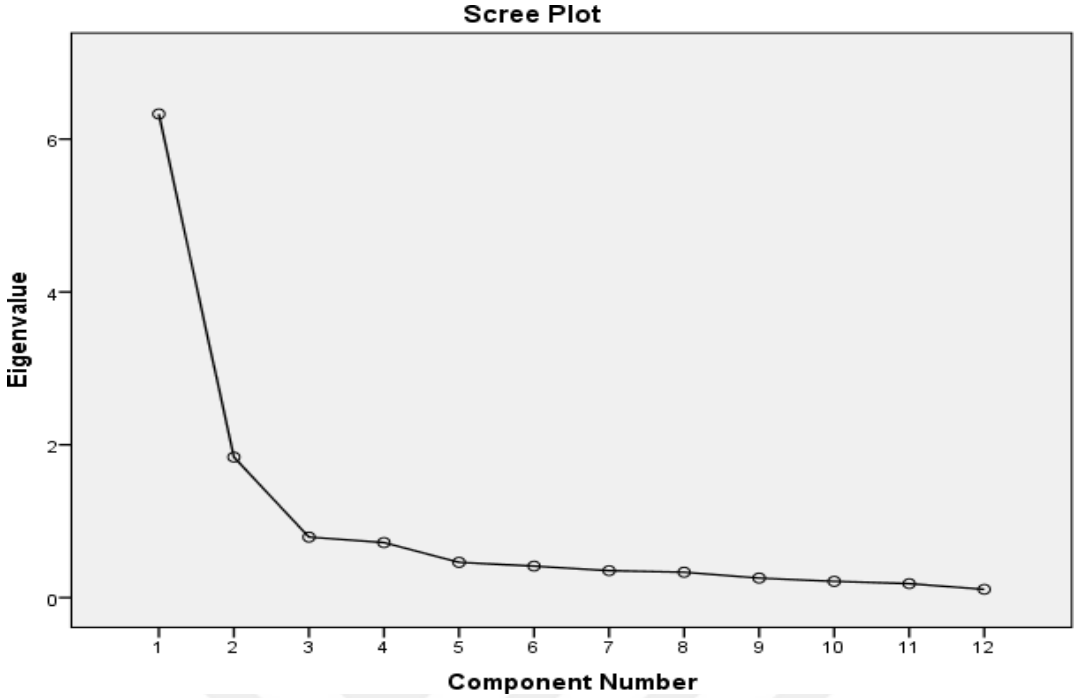
Geçerlik çalışması: Geçerlik çalışması kapsamında ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek ve faktör analizini ortaya koymak amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi yapıldı. Bunun için temel bileşenler ve doğrudan eğik döndürme (direct oblimin) yöntemleri kullanıldı. İlk olarak veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığını test etmek için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testi ve Bartlett's testi yapıldı ve KMO=0,886 ve $X^2(66)$ =997,521, p<0,001 olarak bulundu. KMO değeri 0,50'nin üzerinde olması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve Barlett's testinin 0,05 önem derecesinde anlamlı olması maddeler arasındaki korelasyonun AFA için yeterince büyük olduğunu göstermektedir. Bu anlamda veri seti faktör analizi için uygun bulundu. PSDÖ'nün oransal ortak varyans değerlerinin 0,41 ila 0,77 aralığında değiştiği bulundu. İlk adımda PSDÖ'nün alt faktörleri arasındaki korelasyona bakıldı ve alt faktörler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olması nedeniyle Direct Oblimin döndürme yöntemi kullanıldı. Döndürme yöntemi öncesinde faktör yük değerlerinin 0,59 ila 0,92 aralığında değiştiği, döndürme sonrası ise faktör yük değerinin 0,63 ila 0,88 aralığında değiştiği bulundu. (Tablo 3-2).

Tablo 3-2: PSDÖ Klinik Geçerlik Analizi (N=120)

	Oransal Ortak Varyans	Örüntü Katsayıları	Yapı Katsayıları
Madde 1	0,68	0,82	0,82
Madde 2	0,73	0,88	0,85
Madde 3	0,69	0,86	0,83
Madde 4	0,64	0,78	0,80
Madde 5	0,69	0,75	0,82
Madde 6	0,41	0,59	0,63
Madde 7	0,76	0,78	0,86
Madde 8	0,74	0,92	0,84
Madde 9	0,69	0,78	0,83
Madde 10	0,62	0,77	0,78
Madde 11	0,74	0,83	0,86
Madde 12	0,77	0,90	0,88

KMO=0,886, Bartlett'S Test (X2)=997,52, p<0,001.

Şekil 3-1: PSDÖ'nün Faktör Yapısı



Faktör 1: Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma =52,47, Faktör 2: Sosyal Destek =15,32

Toplam Açımlayıcı faktör analizine göre ölçüm aracının iki faktörlü bir yapıya sahip olduğu ve psikoz tanılı vakalarda PSDÖ'nün toplam varyansın %68,07'sini açıkladığı saptanarak, geçerli özellik gösterdiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca alt boyutlardan "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" varyansın %52,47'sini ve "Sosyal Destek" varyansın %15,32'sini açıklamaktadır (Şekil 3-1). PSDÖ maddelerinin alt boyutlara göre dağılımları Tablo 3-6'da gösterildi. Buna göre

- "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" alt boyutunda: 3.,4.5.,7.,8.,9.,11,12. maddeler
- "Sosyal Destek" alt boyutunda: 1.,2.,6.,10. Maddeler yer almaktadır (Tablo 3-3).

Tablo 3-3: PSDÖ Maddelerinin Alt Boyutlara Göre Dağılımı

Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma	Sosyal Destek
Madde 3	Madde 1
Madde 4	Madde 2
Madde 5	Madde 6
Madde 7	Madde 10
Madde 8	
Madde 9	
Madde 11	
Madde12	

Güvenilirlik Çalışması: Bu çalışmada Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması kapsamında iç tutarlılık katsayısı, madde-toplam madde korelasyonu ve zamana karşı değişmezliğini/kararlılığını (stability) test etmek amacıyla test-retest güvenilirlik analizi yapıldı.

Tablo 3-4: PSDÖ Test-Retest (N=30)

Ön Test / Son Test	Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma	Sosyal Destek	PSDÖ Toplam
Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma	1,00**	0,69**	0,97**
Sosyal Destek	0,69**	1,00**	0,85**
PSDÖ Toplam	0,97**	0,85**	1,00**

Ölçeğin geçerlik analizi sonrasında ölçek puanlarının ölçümlerindeki korelasyon katsayısını incelemek için araştırma örnekleminden bağımsız 30 kişi ile test-retest ölçümleri yapıldı. "Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği" test-retest ölçümleri incelendiğinde PSDÖ toplam puanları (r=1,00), "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" alt ölçeği puanları (r=1,00) ve "Sosyal Destek" puanları (r=1,00) arasında korelasyon katsayıları olduğu ve tüm katsayıların anlamlı düzeyde olduğu görüldü ($p<0,01$). Ölçekte yer alan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsü olan Cronbach's alfa katsayısının değer aralığının $0,80 \leq a < 1.00$ arasında olması istenen bir durumdur. Cronbach alfa's katsayısının değerinin artması ölçeğin güvenilirliğinin artması anlamına gelir (Esin, 2017). Test-retest çalışma sonuçlarına göre ölçeğin bu popülasyon için güvenilir bir araç olduğuna karar verildi (Tablo 3-4).

Tablo 3-5: PSDÖ Klinik Cronbach's Alfa Güvenilirlik Katsayıları (N=120)

Ölçek	Cronbach's Alfa
Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma	0,94
Sosyal Destek	0,78
PSDÖ Toplam	0,91

Faktör analizi sonrası PSDÖ'nün güvenilirliği 120 kişilik örneklemde Cronbach's alfa analizi ile test edildi. Bunun sonucunda PSDÖ'nün Cronbach's alfa değerinin 0,91 ve alt boyutlarının Cronbach's alfa değerlerinin sırasıyla 0,94 ve 0,78 olduğu bulundu (Tablo 3-5).

Buna ek olarak madde silindiğinde Cronbach's alfa değerlerinin 0,90 üzeri olduğu, bu nedenle herhangi bir maddenin güvenirlik açısından çıkarılmasının gerekli olmadığı sonucuna ulaşıldı (Tablo 3-6).

Tablo 3-6: PSDÖ Klinik Güvenilirlik Analizi (N=120)

	Ortalama	Standart Sapma	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's Alfa
Madde 1	4,14	1,18	0,48	0,92
Madde 2	4,29	1,01	0,44	0,92
Madde 3	3,82	1,23	0,71	0,90
Madde 4	3,68	1,28	0,72	0,90
Madde 5	4,05	1,10	0,76	0,90
Madde 6	4,58	0,67	0,42	0,92
Madde 7	4,00	1,09	0,82	0,90
Madde 8	3,96	1,16	0,69	0,90
Madde 9	4,15	0,98	0,76	0,90
Madde 10	4,38	0,94	0,47	0,91
Madde 11	4,17	0,97	0,79	0,90
Madde 12	4,04	1,15	0,77	0,90

Araştırmada PSDÖ madde ortalamalarının 3,96±1,16 ila 4,58±0,67 aralığında değiştiği bulundu. Madde toplam puan korelasyonu ölçeğin ölçmek istenen konuyu ölçebilme yeteneğini değerlendirir ve ölçekteki her bir maddenin puanı ile toplam puan arasında pozitif ve yüksek bir ilişkinin olması beklenir (Esin, 2017). PSDÖ'nün Madde-toplam puan korelasyonlarının 0,42 ile 0,79 arasında değiştiği; maddelerin birbirileri ve toplam ölçek puanı ile orta ve iyi düzeyde ilişkisi olduğu bulundu (Tablo 3-6). Bu değerler ölçek maddelerinin ölçtükleri özellikler bakımından ayırt edici olduğunu, ölçekte yer alan 12 maddenin aynı amaca yönelik ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Özetle ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonları ile test-retest korelasyonları göz önüne alındığında psikoz hastalarında PSDÖ'nün test-retest ve iç tutarlılık bakımından güvenilir değerlere sahip olduğu saptandı. Elde edilen bulgular ölçeğin psikoz hastalarında güvenilir bir ölçüm aracı olduğuna işaret etmektedir.

3.8.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)

İntihar Olasılığı Ölçeği, Cull ve Gill tarafından geliştirilmiş; umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere 4 alt ölçekten oluşan 4'lü likert tipte bir öz bildirim aracıdır. Ölçeğin Türkçe klinik geçerlik ve güvenilirliği Atlı ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır (Cull ve Gill, 1989; Atlı ve ark., 2009). Ölçek, Durak Batıgün ve Hisli Şahin (2018) tarafından tekrar revize edilmiş ve alt boyutların adlandırılmasında, soruların gruplandırılmasında ve ters kodlanan maddelerde değişiklik yapılmıştır. Revize edilen İOÖ, "Sosyal Destek/Benlik Algısı" (14 madde), "Öfke/Dürtüsellik" (4 madde), "Umutsuzluk/Yalnızlık" (7 madde), "İntihar Düşüncesi" (7 madde) olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçek 36 maddeden oluşmakta ve ölçekten en az 36, en çok 144 puan alınabilmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa değerleri toplam puan için 0,87, "Umutsuzluk/Yalnızlık" alt ölçeği için 0,73, "Öfke/Dürtüsellik" alt ölçeği için 0,71, "Sosyal Destek/Benlik Algısı" alt ölçeği için 0,81, "İntihar Düşüncesi" alt ölçeği için 0,75 olarak saptanmış, ölçekten alınan puan arttıkça intihar olasılığının arttığı bildirilmiştir (Durak Batıgün ve Şahin, 2018).

Bu çalışmada İntihar Olasılığı Ölçeği'nin Cronbach's alfa değerleri; toplam puan için 0,69, "Umutsuzluk/Yalnızlık" alt ölçeği için 0,67, "Öfke/Dürtüsellik" alt ölçeği için 0,69, "Sosyal Destek/Benlik Algısı" alt ölçeği için 0,71 ve "İntihar Düşüncesi" alt ölçeği için 0,67 olarak saptandı.

3.8.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, umut ve motivasyon kaybı olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Doğru-yanlış önerme şeklinde olan ölçek 20 maddeden oluşan bir öz bildirim aracıdır. 1., 3., 7., 11., 18. maddeler "gelecek ile ilgili duygu ve beklentileri", 2., 4., 9., 12., 14., 16., 17., 20. maddeler "motivasyon kaybını", 5., 6., 8., 10., 13., 15., 19. maddeler "umudu" ölçmektedir. Bu maddelerin 11'i doğru, 9'u yanlış anahtar yanıta sahiptir. Anahtara göre her doğru yanıt 1 puan, her yanlış yanıt 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Katılımcılar 1-3-5-6-8-10-13-15-19. maddelere verdiği "yanlış" yanıtı için, 2-4-7-9-11-12-14-16-17-18-20. maddelere verdiği "doğru" yanıtı için 1 puan elde etmektedir. Ölçeğin puan aralığı 0-20 arasıdır. Aritmetik toplama göre umutsuzluk puanı elde edilmektedir. Ölçekte kesim puanı bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanla doğru orantılı olarak umutsuzluk düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Seber ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır (Beck ve ark., 1974; Seber ve ark., 1993; Durak ve Palabiyikoğlu, 1994).

Bu çalışmada Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Cronbach's alfa değeri 0,87 olarak belirlendi. Beck Umutsuzluk Ölçeği alt ölçeklerinden "Gelecek ile İlgili Duygu ve Beklentiler" alt ölçeği için 0,89, "Motivasyon Kaybı" için 0,81 ve "Umut" alt ölçeği için 0,86 olarak belirlendi.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada veri tabanının oluşturulmasında ve istatiksel analizlerinin yapılmasında SPSS 22 programı kullanılarak analiz edildi. Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği için Açımlayıcı Faktör Analizi ve test-retest güvenilirliğinin sınanmasında Pearson korelasyon testi, iç tutarlılık analizi için Cronbach's alfa katsayıları kullanıldı. Çalışmada tanımlayıcı istatistikler ve hipotezleri test etmek için yapılan analizlerde iki grup karşılaştırması için bağımsız örneklem t testi ve Mann-Whitney U testi, ilişkisel analizler için ise Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon analizlerinde ilişki kuvveti şu aralıklarda değerlendirildi: $r<0,25$ - çok zayıf ilişki, 0,26-0,49 - zayıf ilişki, 0,50-0,69 - orta şiddette ilişki, 0,70-0,89- güçlü ilişki, $r>0,89$ - çok güçlü ilişki (Coşansu, 2017). Analizlerde güven aralığı %95 olarak ($p<0,05$) kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın etik ilke ve kurallara uygunluğu için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığından 09/12/2020 tarihli 86297 sayılı etik kurul onayı (Ek-6) ve Bakırköy Bölgesi Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinden 07.12.2020 tarihli 26490 sayılı kurum izni (Ek-7) alındı.

Araştırmada kullanılan;

- Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği için, Dr. Judith Johnson ve Doç. Dr. Hakan Sarıçam'dan mail yolu ile (Ek-8, Ek-9),
- Beck Umutsuzluk Ölçeği için Prof. Dr. Gülten Sönmez Seber ve Prof. Dr. H. Nesrin Dilbaz'dan mail yolu ile (Ek-10, Ek-11),
- İntihar Olasılığı Ölçeği için, Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün'den mail yolu ile kullanım izni alındı (Ek-12).

Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara "Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1)" okutulup yazılı ve sözlü onamları alındı.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Ülkemiz literatürüne bakıldığında şizofreni tanılı yetişkin hastalarda psikolojik sağlamlığın umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkisini aynı analizde inceleyen yerli bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle bu araştırmanın verilerinin literatüre katkıda bulunacağı

söylenebilir. Ayrıca ülkemizde psikoz hastalarının psikolojik sağlamlığını değerlendirmek üzere geçerlik güvenilirliği yapılmış bir ölçüm aracının literatüre kazandırılması çalışmanın güçlü yönüdür.

Araştırmanın sınırlı sayıda TRSM'de gerçekleştirilmiş olması sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Veri toplama yöntemi özbildirim araçlarıyla yapıldığından, sonuçlar katılımcıların verdiği cevapların doğruluğuyla sınırlıdır. Katılımcıların veri toplama araçlarına toplumun uygun gördüğü yanıtları verme eğiliminde bulunması durumu yani "sosyal istenirlik" sebebi ile yanlı cevap verme olasılığı meydana gelebilmektedir. Bu durum tüm özbildirim araçlarında meydana gelebileceği gibi bütün toplumlar için hassas bir durum olan intihar ile ilgili soruların yanıtlanmasında daha etkili olabileceği düşünülebilir.

Bu araştırmada veri toplama araçlarındaki soru sayısının fazla olması şizofreni tanısına sahip katılımcılarda isteksizlik, soruları dikkatli okuyamama, anlayamama veya cevaplandıramama gibi sınırlılıklar oluşturmuş olabilir.

Ayrıca araştırma verilerinin toplanması sürecinin COVID-19 pandemi sürecine denk gelmesi sonucu TRSM'lere gelen hastaların az olması ve hastaların uzun görüşmelere katılarak teması arttırmak istememesi nedeni ile hastalara ulaşmakta güçlük yaşandığı ve bu durumun katılımcı sayısında azalmaya neden olduğu görüldü.

Çalışma verilerinin yalnızca TRSM takipli hastalardan toplanmış olması ve çalışmada kontrol grubunun olmaması araştırma bulgularının tüm şizofreni hastalarına genellenmesini sınırlandırmaktadır. Kontrol gruplu ve/veya yatan hastalar ve ayaktan takip edilen hastalar ile karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilebilir.

4. BULGULAR

Şizofreni tanılı yetişkin hastalarda psikolojik sağlamlığın umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları dört bölüm halinde sunuldu:

Birinci bölümde; katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı ile ilgili bulgular,

İkinci bölümde; katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular,

Üçüncü bölümde; katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile PSDÖ ve alt ölçeklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

Dördüncü bölümde; PSDÖ'nün, İOÖ ve BUÖ ile ilişkisinin incelenmesine ilişkin bulgular sunuldu.

4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Dağılımı

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Dağılımı (N=120)

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	45	37,5
	Erkek	75	**62,5**
Eğitim Durumu	Okuryazar	8	6,7
	İlkokul	46	**38,3**
	Ortaokul	24	20,0
	Lise	31	25,8
	Lisans	11	9,2
Medeni Durum	Evli	28	23,3
	Bekâr	79	**65,8**
	Boşanmış	10	8,3
	Dul	1	0,8
	Ayrı yaşıyor	2	1,7
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	80	**66,7**
	Çalışıyor	19	15,8
	Düzensiz işlerde çalışıyor	6	5,0
	Emekli	15	12,5
Gelir Düzeyi	Gelir giderden fazla	10	8,3
	Gelir gider eşit	45	37,5
	Gelir giderden az	65	**54,2**
Tanı	Şizofreni	98	**81,7**
	Atipik psikoz	16	13,3
	Şizoaffektif bozukluk	6	5,0
İntihar Öyküsü	Hayır	88	**73,3**
	Evet	32	26,7
Ailede İntihar Öyküsü	Hayır	105	**87,5**
	Evet	15	12,5
	Min.	**Maks.**	**Ort±SS**
Yaş	19,00	64,00	43,31±12,35
Hastalık Süresi	18,00	29,20	21,86±12,96
Yatış Sayısı	0,00	35,00	4,21±6,08

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; %62,5'inin (n=75) erkek, %65,8'inin (n=79) bekar olduğu saptandı. Ayrıca, %38,3'ünün (n=46) ilkokul mezunu, %66,7'sinin (n=80) herhangi bir işte çalışmadığı ve %54,2'sinin (n=65) gelirinin giderinden az olduğu saptandı. Katılımcıların yaş ortalamaları 43,31±12,35 iken %81,7'sinin (n=98) şizofreni tanısına sahip olduğu belirlendi. Katılımcıların %26,7'sinde (n=32) intihar öyküsü varken, %12,5'inin (n=15) ailesinde intihar öyküsü mevcuttur. Hastalık süresinin 21,86±12,96 yıl ve yatış sayısının ise ortalama 4,21±6,08 olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

4.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4-2: Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=120)

Ölçekler	Alt Ölçekler	N	Min.	Max.	Ort±SS
BUÖ	Gelecekle ilgili Duygu ve Beklentiler	120	0,00	5,00	1,25±1,50
	Motivasyon Kaybı	120	0,00	7,00	2,26±2,09
	Umut	120	0,00	6,00	1,43±1,59
	Toplam	120	0,00	18,00	5,38±4,61
İOÖ	Umutsuzluk/Yalnızlık	120	7,00	24,00	14,70±3,61
	Öfke/Dürtüsellik	120	6,00	19,00	8,89±3,26
	İntihar Düşüncesi	120	7,00	25,00	11,07±4,27
	Sosyal Destek/Benlik Algısı	120	14,00	43,00	26,63±6,60
	Toplam	120	39,00	100,00	64,29±13,47
PSDÖ	Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma	120	10,00	40,00	31,88±7,51
	Sosyal Destek	120	6,00	20,00	17,38±3,01
	Toplam	120	20,00	60,00	49,25±9,22

Araştırmaya katılanların BUÖ puan dağılımları incelendiğinde; hastaların "Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler" alt boyutu puan ortalamalarının 1,25±1,50, "Motivasyon Kaybı" alt boyutu puan ortalamalarının 2,26±2,09, "Umut" alt boyutu puan ortalamalarının 1,43±1,59, BUÖ toplam puan ortalamalarının 5,38±4,61 olduğu bulundu (Tablo 4-2). Araştırmaya katılanların İOÖ puan dağılımları incelendiğinde; "Umutsuzluk/Yalnızlık" alt boyutu puan ortalamalarının 14,70±3,61, "Öfke/Dürtüsellik" alt boyutu puan ortalamalarının 8,89±3,26, "İntihar Düşüncesi" alt boyutu puan ortalamalarının 11,07±4,27, "Sosyal Destek/Benlik Algısı" alt boyutu puan ortalamalarının 26,63±6,60, İOÖ toplam puan ortalamalarının 64,29±13,47 olduğu bulundu (Tablo 4-2).

Katılımcıların PSDÖ puan dağılımları incelendiğinde; "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" alt boyutu puan ortalamalarının 31,88±7,51, "Sosyal Destek" alt boyutu puan ortalamalarının 17,38±3,01, PSDÖ toplam puan ortalamalarının 49,25±9,22 olduğu bulundu (Tablo 4-2).

4.3. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile PSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4-3: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile PSDÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=120)

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler			Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma	Sosyal Destek	Toplam
Cinsiyet	Kadın	Ort±SS	31,98±8,11	17,56±2,68	49,53±9,67
	Erkek	Ort±SS	31,81±9,19	17,28±3,21	49,09±9,01
		t (p)	0,12±(0,91)	0,48 (0,63)	0,25 (0,80)
Eğitim Düzeyi	İlkokul (n=54)	Ort±SS	32,46±7,39	18,00±4,16	50,46±8,70
	Ortaokul ve Üzeri (n=66)	Ort±SS	31,39±7,63	16,88±4,32	48,27±9,59
		t (p)	0,77 (0,44)	2,06 **(0,04)**	1,30 (0,20)
Çalışma Durumu	Çalışmıyor (n=80)	Ort±SS	32,35±7,50	18,21±2,13	50,56±8,67
	Çalışıyor-Emekli (n=40)	Ort±SS	30,93±7,55	15,73±3,78	46,65±9,85
		t (p)	0,98 (0,33)	4,61 **(0,00)**	2,23 **(0,03)**
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Fazla-Eşit (n=55)	Ort±SS	31,60±7,21	16,80±3,25	48,40±9,30
	Gelir Giderden Az (n=65)	Ort±SS	32,11±7,81	17,88±2,72	49,98±9,17
		t (p)	-0,37 (0,71)	-1,97 (0,05)	-0,94 (0,35)
Tanı	Şizofreni (n=98)	Ort±SS	32,50±6,86	17,54±3,10	50,04±8,98
	Diğer Psikotik Bozukluk (n=22)	Ort±SS	29,09±9,60	16,68±2,51	45,77±9,69
		Z (p)	-1,48 (0,14)	-2,11 **(0,04)**	1,98 (0,05)
İntihar Öyküsü	Hayır (n=88)	Ort±SS	32,88±7,12	17,87±2,64	50,68±8,16
	Evet (n=32)	Ort±SS	7,12±7,97	16,22±3,65	45,34±10,88
		t (p)	2,47 **(0,02)**	2,62 **(0,01)**	2,89 **(0,01)**
Ailede İntihar Öyküsü	Evet (n=105)	Ort±SS	32,12±7,35	17,54±2,86	49,67±8,87
	Hayır (n=15)	Ort±SS	30,13±8,63	16,27±3,86	46,40±11,33
		Z (p)	-0,76 (0,45)	-0,98 (0,33)	-0,94 (0,35)

Not: t:bağımsız örneklem t testi Z: Mann-Whitney U testi

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile PSDÖ ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında “Sosyal Destek” alt boyutu puan ortalamalarının, Atipik Psikoz-Şizoaffektif grubunda, Şizofreni grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0,05$), “Sosyal Destek” alt boyutu puan ortalamalarının ilkokul mezunlarında, ortaokul ve üzeri mezunlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), yine “Sosyal Destek” alt boyut puan ortalamaları ve PSDÖ toplam puanlarının çalışmayan grupta, çalışan veya emekli olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,01$ ve $p<0,05$), PSDÖ ve tüm alt ölçeklerinin toplam puanlarının intihar girişimi olmayan grupta, intihar girişimi olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4-3).

Analizlere göre ölçek puanlarının cinsiyete, gelir seviyesine ve ailede intihar öyküsüne göre karşılaştırılmasında anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-3).

4.4. Psikolojik Sağlamlık, İntihar Olasılığı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4-4: Psikolojik Sağlamlık, İntihar Olasılığı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=120)

ÖLÇEKLER			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	**BUÖ**	Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler	1											
2		Motivasyon Kaybı	,71**	1										
3		Umut	,59**	,54**	1									
4		Toplam	,86**	,91**	,79**	1								
5	**İOÖ**	Umutsuzluk/Yalnızlık	,50**	,44**	,32**	,49**	1							
6		Öfke/Dürtüsellik	,37**	,40**	,22*	,41**	,47**	1						
7		İntihar Düşüncesi	,38**	,43**	,30**	,45**	,19*	,41**	1					
8		Sosyal Destek/Benlik Algısı	,49**	,48**	,45**	,55**	,51**	,42**	,44**	1				
9		Toplam	,58**	,59**	,43**	,64**	,74**	,72**	,65**	,84**	1			
10	**PSDÖ**	Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma	-,48**	-,43**	-,45**	-,54**	-,40**	-,45**	-,42**	-,59**	-,63**	1		
11		Sosyal Destek	-,26**	-,30**	-,33**	-,34**	-,25**	-,33**	-,48**	-,54**	-,57**	,43**	1	
12		Toplam	-,48**	-,45**	-,47**	-,55**	-,41**	-,47**	-,50**	-,66**	-,70**	,96**	,68**	1

**p<0,01, *p<0,0

Çalışmada PSDÖ ve alt ölçeklerinin BUÖ ile İOÖ ve alt ölçekleri ile ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi ile incelendi.

Analizlere göre PSDÖ ile BUÖ'nün ilişkisi incelendiğinde, PSDÖ alt ölçeklerinden "Sosyal Destek" alt boyutu puanları ile BUÖ "Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler" puanları (r=-,26), "Motivasyon kaybı" puanları (r=-,30), "Umut" puanları (r=-,33) ve BUÖ toplam puanları ile (r=-,34) arasında negatif yönde istatistiksel yönden anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,01).

PSDÖ "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" alt boyutu ile BUÖ "Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler" puanları (r=-,48), "Motivasyon kaybı" puanları (r=-,43) ve "Umut" puanları ile (r=-,45) arasında negatif yönde ve zayıf şiddette, BUÖ toplam puanları ile (r=-,54) ise negatif yönde orta şiddette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,01).

PSDÖ toplam puanları ile BUÖ "Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler" puanları (r=-,48), "Motivasyon kaybı" puanları (r=-,45) ve "Umut" puanları ile (r=-,47) arasında negatif yönde ve zayıf şiddette, BUÖ toplam puanları ile (r=-,55) negatif yönde orta şiddette istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,01).

PSDÖ ile İOÖ arasındaki ilişki incelendiğinde ise, PSDÖ alt ölçeklerinden "Sosyal Destek" alt boyutu puanları ile İOÖ "Umutsuzluk/Yalnızlık" puanları (r=-,25) arasında negatif yönde çok zayıf şiddette, "Öfke/Dürtüsellik" puanları (r=-,33) ve "İntihar Düşüncesi" puanları ile (r=-,48) negatif yönde zayıf şiddette, "Sosyal Destek/Benlik Algısı" puanları (r=-,54) ve İOÖ toplam puanları ile (r=-,57) ise negatif yönde orta şiddette istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,01).

PSDÖ "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" alt boyutu ile İOÖ "Umutsuzluk/Yalnızlık" puanları (r=-,40), "Öfke/Dürtüsellik" puanları (r=-,45) ve "İntihar Düşüncesi" puanları (r=-,42) arasında negatif yönde zayıf düzeyde, "Sosyal Destek/Benlik Algısı" puanları (r=-,59) ve İOÖ toplam puanları (r=-,63) arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (p<0,01).

PSDÖ toplam puanları ile İOÖ "Umutsuzluk/Yalnızlık" puanları (r=-,41) ve "Öfke/Dürtüsellik" puanları ile (r=-,47) arasında negatif yönde zayıf şiddette, "İntihar Düşüncesi" puanları (r=-,50) ve "Sosyal Destek/Benlik Algısı" puanları ile (r=-,66) negatif yönde orta şiddette, İOÖ toplam puanları ile (r=-,70) ise negatif yönde güçlü düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,01).

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı yetişkin hastalarda psikolojik sağlamlığın umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular dört bölüm halinde tartışılacaktır.

Birinci bölümde; katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,

İkinci bölümde; katılımcıların ölçeklerden aldığı puanların tartışılması,

Üçüncü bölümde; katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile PSDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,

Dördüncü bölümde katılımcıların PSDÖ ile BUÖ ve İOÖ puanları arasındaki ilişkinin tartışılması şeklinde sunulmuştur.

5.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların yaş ortalamasının 43,31±12,35 olduğu saptandı. Küresel olarak şizofreninin başlangıç yaşı 20,5 olarak bildirilmiştir (Solmi ve ark., 2021). Daha önceki çalışmalarda şizofreni hastalarının yaş ortalaması incelendiğinde; Rossi ve ark. (2017) tarafından 921 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada yaş ortalaması 40,17±10,71, TRSM takipli hastaların sosyodemografik verilerini araştıran başka bir çalışmada ise yaş ortalaması 44,42±12,58 olarak saptanmıştır (Rossi ve ark., 2017; Çağlayan ve ark., 2021). Bu çalışmada da örneklemi TRSM takipli remisyondaki hastalar oluşturmakta ve yaş ortalaması literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya alınma kriterlerine uygun 45 kadın, 75 erkek hasta katıldı. Bu veriler şizofreninin erkeklerde daha fazla görüldüğünü, kadınların ise çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerinden yararlanmasının daha zor olduğunu belirten yayınlar ile uyumludur (McGrath ve ark., 2008; Binbay ve ark., 2010; Öztürk ve ark., 2018). Ayrıca TRSM takipli hastaların sosyodemografik özelliklerini inceleyen bazı çalışmalarda da erkek hasta oranının kadın hasta oranına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015; Ercan ve Demir, 2019; İşeri ve ark., 2020; Çağlayan ve ark., 2021).

Medeni durum ile ilgili veriler değerlendirildiğinde ise hastaların %65,8'inin bekar olduğu tespit edildi. Şizofreni, bireylerin sosyal ve bilişsel alanları üzerinde işlev

kayıplarına, yeti yitimine neden olmakta ve toplumsal hayata uymada güçlüklere, toplumsal rollerde yetersizliklere yol açmaktadır (James ve ark., 2018; Şahin Altun ve Olçun, 2018). Bu nedenle şizofreni tanılı hastalarda evlilik oranının düşük olması muhtemeldir. Araştırmamızla doğru orantılı olarak literatürde şizofreni tanılı hastalarda evlilik oranının düşük olduğu belirtilmiştir (Weissman ve ark., 1996; Thara ve Srinivasan, 1997; Belli ve ark., 2007; Saruç ve Kaya Kılıç, 2015; Karakuş ve ark., 2017; Olçun ve Şahin Altun, 2017; Rossi ve ark., 2017; Öztürk ve ark., 2018; Çağlayan ve ark., 2021).

Araştırmada hastaların büyük çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı sadece %15,8'inin düzenli olarak, %5'inin ise düzensiz işlerde çalıştığı saptandı. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin işlevsellik düzeyinin düşük olması ya da damgalama ve ayrımcılık nedeniyle çalışmayan hasta oranının yüksek olması beklenen bir sonuçtur (Ensari ve ark., 2013; James ve ark., 2018). Saruç ve Kaya (2015) tarafından yapılan araştırmada şizofreni tanısı alan bireylerin çoğunluğunun hastalık tanısı almadan önce iş sahibi olduğu saptanmış ve bu durum toplumsal ön yargı, damgalama ve ayrımcılığa maruz kalma ile ilişkilendirilmiştir (Saruç ve Kaya Kılıç, 2015). Katılımcıların yarıdan fazlasının geliri giderinden azdır. Belli ve meslektaşlarının 2007'de 463 şizofreni tanılı hasta ile yaptığı çalışmaya göre hastaların sosyoekonomik seviyelerinin düşük, işsizlik oranlarının ise yüksek olduğu belirtilmiştir (Belli ve ark., 2007). Ayrıca içselleştirilmiş damgalama ve toplumsal damgalama da şizofreni hastalarının işsizlik ve sosyoekonomik düzeyi ile ilişkilidir. Damgalamaya maruz kalan hastaların benlik saygısında azalma, düşük yaşam kalitesine maruziyet, sosyal ve mesleki işlevlerinde azalma meydana gelmektedir (Kök ve Demir, 2018; Caqueo-Urízar ve ark., 2019; Ercan ve Demir, 2019; Yanos ve ark., 2019). Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırma verilerinde şizofreni tanılı bireylerin gelirinin giderinden az olması ve bu hastaların çalışmıyor olması literatür ile uyumludur.

Bulgulara göre hastaların üçte birinden fazlasının ilkokul mezunu olduğu saptandı. Önceki araştırmalar da şizofreni hastalarında eğitim düzeyinin düşük olduğu ve hastaların genellikle ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir (Belli ve ark., 2007). Olçun ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırma verilerinde eğitim seviyeleri incelendiğinde ilkokul mezunu hastaların çoğunlukta (%36,9) olduğu görülmekte ve bu oran mevcut araştırmadaki veriler ile uyumluluk sağlamaktadır (Olçun ve Şahin Altun, 2017). TRSM takipli hastalar ile yapılan araştırmalarda eğitim seviyesi düşük bulunmuştur (Saruç ve

Kaya Kılıç, 2015; Ercan ve Demir, 2019; İşeri ve ark., 2020; Çağlayan ve ark., 2021). Şizofreninin erken başlangıçlı olması, sağlık hizmetlerine ilk başvuruların genç erişkinlik döneminde olması, hastalık ve belirtileri sebebiyle meydana gelen sosyal ve bilişsel yeti yitimi, toplumsal damgalama ve içsel damgalamadan dolayı hastaların eğitim hayatlarını devam ettirmekte zorlanması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmaya alınan katılımcıların 98'i şizofreni, 16'sı atipik psikoz, 6'sı şizoaffektif bozukluk tanısına sahiptir. Literatürdeki araştırmalarda da şizoaffektif bozukluk ve atipik psikoz tanısına sahip bireylerin hem sağlık hizmetlerine başvurusunun hem de yaşam boyu yaygınlığının şizofreni tanılı bireylere göre daha az olduğunun bildirilmesi bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Binbay ve ark., 2012, 2016).

Mevcut araştırmaya göre katılımcıların uzun bir hastalık süresine sahip olduğu ve bu hastalık süresince tekrarlı yatışlarının olduğu saptandı. Şizofreni, kesin bir tedavisi olmayan ve hastalık süresince birçok relapsın olduğu bir hastalıktır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Aynı zamanda, şizofreni hastalığına sahip bireylerin %69'undan fazlası yeterli derecede bakım alamamaktadır (Laursen ve ark., 2014; James ve ark., 2018). Bu nedenle hastaların hastalık süresinin fazla olması ve tekrarlı yatışların olması beklenen bir sonuçtur ve bu sonuç literatür ile uyumludur.

Mevcut araştırmada hastaların %26,7'sinin intihar öyküsünün olduğu saptandı. Literatüre göre ruhsal bozukluğa sahip kişilerde işsizlik, sosyal ilişkilerde problemler, damgalama, ayrımcılık ve ötekileştirmeye maruziyet gibi olumsuz deneyimler intihara yatkınlığı da arttırmaktadır (Palmer ve ark., 2005; Johnson ve ark., 2008; Lawrence ve ark., 2010; Hor ve Taylor, 2010; Nordentoft ve ark., 2011; Carlborg ve ark., 2014; Laursen ve ark., 2014; Bromet ve ark., 2017; Zaheer ve ark., 2018; Harris ve ark., 2019; Harris ve ark., 2021). Ayrıca literatüre göre daha önceki intihar deneyimleri bireyler açısından önemli bir risk faktörüdür (Hawton ve ark., 2005; Carlborg ve ark., 2014). Psikotik bozukluklara sahip bireylerin en yüksek riske sahip grup olduğu belirtilmekte ve dünya genelinde şizofreni tanılı bireylerin yaşam boyu intihar riskinin %5 oranında olduğu bildirilmektedir. Hastaların %25-%50 oranında intihar girişimi riskine sahip olduğunun, %5-%10 oranında ise intihar sonucu hayatlarını sona erdirdiğinin bildirilmesi araştırma bulgularını desteklemektedir (Cassidy ve ark., 2018; Too ve ark., 2019). Ülkeler arası dini (hıristiyan, müslüman), kültürel ve yasal farklılıkların bireyler üzerinde koruyucu etki oluşturabildiği bildirilmiştir (Atasoy ve Kösle, 2019; Loa Knizek ve ark.,

2021). Atmaca ve arkadaşları (2017) tarafından TRSM ve poliklinik takipli 104 hasta ile yapılan çalışmada hastaların intihar öyküsü oranı %56,73 olarak bildirilmiştir (Atmaca ve Durat, 2017). Literatüre göre kadın cinsiyet (kadınlarda intihar girişimi, erkeklerde ise ölümle sonuçlanan intihar oranı yüksektir), düşük sosyoekonomik durum, bekar olmak ve yüksek eğitim düzeyine sahip olmanın intihar girişimi açısından risk oluşturduğu bildirilmektedir (Atasoy ve Kösle, 2019; Carlborg ve ark., 2014; Öztürk ve ark., 2018; Zaheer ve ark., 2018). Nock ve meslektaşlarına göre ise düşük eğitim düzeyi risk olarak ele alınmıştır (Nock ve ark., 2008).

Araştırmalara göre ailede intihar öyküsünün bulunması ve ruhsal hastalık bulunması intihar girişimi açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir (Çetin ve Eker, 2011; Atasoy ve Kösle, 2019). Fakat ruhsal hastalık yükü ile ailede intihar öyküsünün birbirinden bağımsız olduğu belirtilmiştir (Çetin ve Eker, 2011). Bu çalışmadaki hastaların %12,5'inde ailede intihar öyküsü bulunmaktadır.

5.2. Katılımcıların Ölçeklerden Aldığı Puanların Tartışılması

5.2.1. Katılımcıların BUÖ'den Aldığı Puanların Tartışılması

BUÖ'nün "Gelecekle İlgili Duygu ve Beklentiler", "Motivasyon Kaybı" ve "Umut" olmak üzere üç alt boyutu olduğu görülmektedir. Bu ölçekten alınabilecek puan aralığı 0 ile 20 arasında olup, puanın artması kişinin umutsuzluğunun arttığını göstermektedir. Katılımcıların BUÖ puan dağılımları incelendiğinde, toplam puan ortalamalarının 5,38±4,61 olduğu ve bu sonuca göre katılımcıların umutsuzluk düzeyinin düşük olduğu, bir başka deyişle hastaların çok umutsuz olmadıkları söylenebilir.

Gelecekle ilgili beklentiler, bireylerin gelecek ile ilgili yaptığı planları, ileriye dönük elde etmek istediği beklentileri anlamına gelmektedir. "Gelecekle ilgili beklentiler" alt ölçeğinden en az 0, en fazla 5 puan alınabilmekte ve puanların artması geleceğe dair beklentiler konusunda umutsuzluğun arttığını göstermektedir. Katılımcıların bu alt ölçekten aldığı puan ortalaması 1,25±1,50 olarak bulundu. Buna göre katılımcıların geleceğe dair beklentileri konusunda umutlarını sürdürdükleri ve çok da umutsuz olmadıkları söylenebilir.

Motivasyon kaybı, bireyin geleceğe dair beklentilerine ulaşabilmek için sahip olduğu ulaşma isteği, enerjiye sahip olma ve harekete geçme yetisinin kaybıdır. Motivasyon kaybı alt ölçeğinden en az 0, en fazla 8 puan alınabilmektedir.

Katılımcıların bu alt ölçekten aldığı puan ortalaması 2,26±2,09 olarak bulundu. Buna göre katılımcıların motivasyon düzeyinin yüksek olduğu ve umutsuz olmadıkları söylenebilir.

Umut, gelecek ile ilgili olumlu beklentiler anlamına gelir (Seber ve ark., 1993). Umut alt ölçeğinden en az 0, en fazla 7 puan alınabilmektedir. Katılımcıların bu alt ölçekten aldığı puan ortalaması 1,43±1,59 olarak bulundu. Bu bulgu, katılımcıların umutsuzluk düzeyinin düşük olduğu yani umut duygularını koruyabildikleri şeklinde yorumlandı.

Durak ve Palabıyıkoğlu (1994)'nun psikiyatrik tanısı olan (8,03±4.82) ve olmayan (4,38±3,43) bireyler ile yaptığı araştırmada her iki grubun da umutsuzluk düzeylerinin ortalamanın altında olduğu fakat kontrol grubu ile hasta grup arasında anlamlı düzeyde fark olduğu bildirilmiştir (Durak ve Palabıyıkoğlu, 1994).

Algın'ın (2009) İstanbul'da 107 şizofreni tanılı birey ile yaptığı çalışmada katılımcıların BUÖ puan ortalması 6,21±4,16 olarak bulunmuştur. Atlı ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında yatan hastalarda BUÖ puan ortalaması 8,90±6,69, poliklinikten takip edilen hastalarda ise 7,29±5,59 olarak bulunmuştur. Hofer ve ark. (2016) yaptığı çalışmada, Avusturya ve Japonya'daki şizofreni tanılı bireylerin umutsuzluk puanları karşılaştırılmış ve Japonların umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu (sırasıyla 5,42±3,95 ve 8,51±4,98) ayrıca her iki ülkede şizofreni tanılı bireylerin umutsuzluk puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Montross ve ark. (2008) 132 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada katılımcıların BUÖ puanlarının (6,67±5,37) ortalamanın altında olduğu, benzer şekilde Johnson ve ark. (2010) tarafından 77 psikoz hastası ile yapılan araştırmada da katılımcıların umutsuzluk puanlarının (7,21±5,47) ortalamanın altında olduğu ve dolayısıyla umut düzeylerinin iyi seviyede fakat ortalamaya yakın bulunduğu bildirilmiştir (Montross ve ark., 2008; Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010). Olçun ve Şahin Altun (2017)'un şizofreni tanısı alan bireylerde umut düzeyini inceleyen araştırmasında ise katılımcıların umut düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Şahin Altun ve Olçun, 2018). Bu anlamda mevcut çalışmanın bulguları literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Genel olarak bu çalışmalarda da şizofreni tanılı bireylerin umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu ancak kontrol gruplarına göre daha umutsuz oldukları dikkat çekmekte, bu nedenle riskli grup olduklarına değinilmektedir (Özsan ve Tuğcu, 1999; Algın, 2009; Atlı ve ark., 2009; Hofer ve ark., 2016).

Abdo ve ark. (2021) tarafından poliklinik takipli olan eşit sayıda borderline kişilik bozukluğu, şizofreni ve sağlıklı kontrol grubu dahil toplam 60 katılımcı ile yapılan araştırmada ise umutsuzluk seviyesinin (15,75±1,21) hem ortalama puana göre hem de sağlıklı kontrol grubuna (13,35±1,35) göre yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Abdo ve ark., 2021).

Mevcut çalışmaya katılan katılımcıların TRSM takipli şizofreni hastaları olması ve burada yapılan çeşitli terapötik müdahalelerde umudu korumaya yönelik yöntemlerin uygulanmasına bağlı olarak umutsuzluk düzeyinin düşük bulunduğu düşünüldü. Nitekim Harmancı (2020) tarafından TRSM takipli hastalarda psikoterapinin umut ve iyi oluşa etkisini araştıran güncel çalışmada, katılımcıların ilk test ve son test sonuçları arasında önemli ölçüde fark bulunduğu ve bu katılımcıların TRSM'de psikoterapi aldıktan sonra umut düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir (Harmancı, 2020). Benzer olarak Tarrier ve arkadaşlarının (2014) şizofreni tanılı bireyler ile yaptığı 6 aylık boylamsal çalışmada tedavi ile ve tedavisiz olarak takip edilen iki grup hasta her ay değerlendirmeye alınmış, tedavi ile takip edilen hastaların 6 aylık sürede umutsuzluk ortalamalarının tedavisiz takip edilen gruba göre önemli oranda azaldığı bildirilmiştir (Tarrier ve ark., 2014).

5.2.2. Katılımcıların İOÖ'den Aldığı Puanların Tartışılması

İOÖ'nün "Umutsuzluk", "Düşmanlık", "İntihar Düşüncesi", "Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi" olmak üzere dört alt boyutunun olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin intihar olasılığı artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 36 en yüksek puan 144'tür. Bu araştırmada İOÖ toplam puanı 64,29±13,47 olarak bulundu. Araştırmada İOÖ ortalama puanının ölçek ortalama puanından düşük bulunduğu göz önüne alındığında katılımcıların intihar olasılığının düşük bulunduğu söylenebilir.

Umutsuzluk, Beck'in bilişsel modelinde de belirtildiği üzere bireyin kendine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz değerlendirmelerde bulunmasıdır. Bireylerdeki depresyon tedavi edilse dahi umutsuzluğun intihar davranışını tetikleyebileceği görülmüştür (Beck ve ark., 1993). Umutsuzluk/yalnızlık alt ölçeğinden en az 7, en fazla 28 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada katılımcıların alt boyut puan ortalamalarının 14,70±3,61 olduğu ve umutsuzluk/yalnızlık düşüncelerinin ortalamanın altında olduğu söylenebilir.

Öfke, Freud'un psikanalitik kuramında da belirtildiği üzere "bireyin sevgi nesnesini kaybetmesi sonucu meydana gelen saldırganlığın kendine yöneltilmesi" durumudur. "Terk edilme sonucu meydana gelen dürtülere karşı bir savunma mekanizması olarak görülebilen düşmanlık, öfkenin sevgi nesnesine aktarılması sonucu bireylerde gelişen suçluluk duygusu" ile birlikte intihar olasılığını arttırmaktadır (Odağ, 1995). Öfke/dürtüsellik alt ölçeğinden en az 6, en fazla 24 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada puan ortalamalarının 8,89±3,26 olduğu gözönüne alındığında katılımcıların öfke/dürtüsellik durumunun düşük olduğu söylenebilir.

İntihar düşüncesi, intihar davranışına giden sürecin başlangıcıdır. İntihar düşüncesi olan birey girişimi nasıl gerçekleştireceğine dair plan yapar ve bu konuda kararlı ise intihar girişimi için harekete geçer. Bireyin intihar olasılığını anlayabilmek için intihar düşüncesinin varlığının sorgulanması önemlidir (Atlı ve ark., 2009). İntihar düşüncesi alt ölçeğinden en az 7, en fazla 28 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada katılımcıların intihar düşüncesi alt boyut puan ortalamalarının 11,07±4,27 olduğu ve katılımcıların intihar düşüncelerinin ortalamanın altında olduğu söylenebilir.

Benlik algısı/sosyal destek alt ölçeği, bireyin yüksek beklentilerinden yeterli doyumu sağlayamamasının nedenlerini kendisinde arayarak yine kendisini suçlaması, kendisine olumsuz atıflarda bulunması ve sonuç olarak kendisine olan saygısını yitirmesi durumudur ve ayrıca sosyal desteğin yetersizlik düzeyini ölçmektedir. Benlik saygısı/sosyal destek alt ölçeğinden en az 14, en fazla 56 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada katılımcıların puan ortalamalarının 26,63±6,60 olduğu ve "Benlik algısı/sosyal destek" alt ölçeği ortalama puanının altında olduğu saptandı. Bu bulguya dayanarak katılımcıların benlik saygılarının iyi olduğu ve sosyal destek algılarının yeterli olduğu söylenebilir.

Özsan ve Tuğcu (1999) tarafından şizofreni tanılı hastalar ve kontrol grubu ile yapılan araştırmaya göre her iki grubun İOÖ puan ortalaması ortalamanın altında bulunmuş fakat şizofreni grubu (X=77,95) ile kontrol grubu arasında (X=54,49) anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (Özsan ve Tuğcu, 1999). Bu bilgiler doğrultusunda mevcut çalışmada intihar girişimi olmayan katılımcı sayısı (n=88) ile intihar girişimi olan katılımcı sayısı (n=32) arasındaki fark nedeniyle intihar olasılığı düzeyi düşük saptanmış olabilir.

Atlı ve arkadaşları (2009)'nın şizofreni tanılı hastalar ile yaptığı klinik geçerlik güvenilirlik çalışmalarında benzer şekilde İOÖ toplam puanlarının ortalamanın altında

olduğu bildirilmiştir (Atlı ve ark., 2009). Çapar ve Çuhadar (2021)'ın psikiyatri hastaları ile yaptığı araştırmada da toplam ortalama puanları 70,97±12,82 olarak saptanmış, dolayısıyla intihar olasılığı düzeyleri düşük bulunmuştur (Çapar ve Çuhadar, 2021).

Abdo ve arkadaşlarının (2021) poliklinik takipli şizofreni, borderline kişilik bozukluğu ve sağlıklı bireylerden oluşan 60 katılımcı ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre şizofreni tanılı grubun intihar olasılığı puan ortalamasının (37,25±3,57) sağlıklı gruba göre (34,4±2,52) yüksek olduğu fakat her grubun intihar olasılığı düzeylerinin önemli ölçüde düşük olduğu bildirilmiştir (Abdo ve ark., 2021).

Bu araştırma örneklemini TRSM takipli katılımcıların oluşturmasının intihar olasılığının düşük bulunması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Deveci ve arkadaşları (2008) şizofreni tanılı bireylerin psikososyal beceri eğitimi öncesi (İOÖ; X=75,1±11,7) ve sonrasında (İOÖ; X=71,3±8,0) İOÖ puanlarını karşılaştırmış ve istatiksel olarak anlamlı olmasa da katılımcıların İOÖ toplam puanlarında düşüş gözlemlendiğini bildirmiştir (Deveci ve ark., 2008). Ayrıca İşeri ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmada da TRSM takipli şizofreni hastalarının intihar düşüncesi düzeyinin düşük seviyede olduğu saptanmıştır (İşeri ve ark., 2020).

Tarrier ve ark. (2014) tarafından şizofreni hastaları ile yapılan 6 aylık boylamsal çalışmada düzenli tedavi ve takibe devam eden hastalar ile tedavisiz olarak takip edilen hastalar her ay değerlendirmeye alınmış, tedavi alan hastaların 6 aylık süreç boyunca intihar olasılığı ortalamalarının tedavi almayan gruba göre önemli oranda azaldığı bildirilmiştir (Tarrier ve ark., 2014). Yapılan araştırmalara göre düzenli TRSM takibi olan ve düzenli olarak hem medikal hem de psikoeğitim vb. devam ettiren hastalarda intihar olasılığının düşük belirlenmesi öngörülebilir.

5.2.3. Katılımcıların PSDÖ'den Aldığı Puanların Tartışılması

Bu araştırmada katılımcıların PSDÖ puan ortalamaları 49,25±9,22'dir. Ölçekten en düşük 12, en yüksek 60 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyi de artmaktadır. Buna göre katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

PSDÖ, bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini ölçen 2 alt boyuta (sosyal destek, duygusal ve durumsal başa çıkma) sahip bir özbildirim aracıdır. Duygusal ve durumsal başa çıkma alt ölçeği, bireylerin stres veya olumsuz yaşam olayları karşısında hem duygularıyla (örneğin: kızgınlık, üzgünlük) hem de durumla başa çıkabilmesini

değerlendirmektedir. Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma alt ölçeğinden en düşük 8, en yüksek 40 puan alınabilmektedir. Bu araştırmada duygusal ve durumsal başa çıkma alt ölçeği puan ortalamaları 31,88±7,51 olarak bulundu ve bireylerin karşılaştıkları zorluklarla ve hastalığın getirdiği olumsuzluklarla iyi bir şekilde baş edebildikleri düşünüldü.

Sosyal destek alt ölçeği katılımcıların aile, arkadaş gibi faktörlerin bireyler üzerindeki etkisini ölçmektedir. Sosyal destek alt ölçeğinden en düşük 4, en yüksek 20 puan alınabilmektedir. Bu araştırmada sosyal destek alt ölçeği puan ortalamalarının 17,38±3,01 olduğu ve sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada genel olarak katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olması, örneklemin TRSM takipli ve remisyonda olan hastalardan oluşmasına bağlı olabilir. Literatürde benzer çalışmalara bakıldığında; Harris ve arkadaşları (2021) tarafından 100 kişilik şizofreni grubu hastalarda yapılan 3 aylık boylamsal çalışmada hastaların PSDÖ toplam puan ortalaması 42,78±8,37, Gooding ve arkadaşlarının (2017) 23 hasta ile yaptığı araştırmada PSDÖ toplam puan ortalaması 44,76±7,15, Johnson ve arkadaşlarının (2010) 77 katılımcı ile yaptığı çalışmasında PSDÖ toplam puan ortalaması 42,75±9,80 olarak bildirilmiştir (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

Türkiye'de şizofreni grubu hastaların psikolojik sağlamlık düzeyini araştıran çalışmalar incelendiğinde Çapar ve Çuhadar (2021) tarafından psikiyatrik tanı alan hastalar ile yapılan çalışmasına rastlanmıştır. Mevcut araştırma ile benzer olarak Çapar ve Çuhadar'ın araştırma sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların psikolojik sağlamlık seviyelerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Çapar ve Çuhadar, 2021). PSDÖ'nün ise yalnız üniversite öğrencileri ve özel çocuğa sahip ebeveynler ile yapılan çalışmalarda kullanımına rastlandı (Sarıçam ve ark., 2012; Akayıldız ve Sarıçam, 2016). Psikolojik sağlamlık ile ilgili yapılan diğer çalışmalar gözönüne alındığında; Polonya'da TRSM takipli 201 katılımcı ile yapılan araştırmada psikolojik sağlamlık seviyesi düşük (Izydorczyk ve ark., 2019), 57 şizofreni tanısı almış ve 77 sağlıklı birey ile yapılan araştırmada şizofrenisi olan bireylerin psikolojik sağlamlık oranı daha düşük bulunmuştur (Wartelsteiner ve ark., 2016). Japonya ve Avusturalya'da yürütülen bir çalışmaya göre ise yine şizofreni hastalarının psikolojik sağlamlık oranı kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Ayrıca Japon hastaların psikolojik sağlamlığının daha düşük

olduğu, iki ülke arasındaki bu farkın kültürel yapılar nedeniyle olabileceği bildirilmiştir (Hofer ve ark., 2016).

5.3. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile PSDÖ puan Ortalamalarının Karşılaştılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

PSDÖ bireylerin sosyal destek kazanma, zor durumlarla başa çıkabilme ve duygularıyla başa çıkabilme becerisine ilişkin değerlendirmesini ölçmek amacıyla tasarlanmış bir ölçektir (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

Araştırmada yapılan analizlere göre; "Sosyal Destek" puanlarının Diğer psikotik bozukluklar grubunda, Şizofreni grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). Literatür incelendiğinde Şizofreni ve Diğer psikotik bozukluklar tanısı alan hastaların sosyal destek düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada şizofreni tanılı bireylerin sayısının daha çok olduğu göz önüne alındığında tanı grubunda eşit dağılım olan çalışmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca bu durum, ülkemiz yasalarına göre şizofreni tanılı hastaların engel oranının daha yüksek olarak belirtilmesi nedeni ile yararlanabileceği sosyal hakların da fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sosyal haklar veya sosyal kaynaklar da bireyler için dışsal koruyucu faktör olarak belirtilmektedir (Friborg, 2005; Karaırmak, 2006; Gizir, 2007; Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Stainton ve ark., 2019; Beros ve ark., 2021).

Araştırmada "Sosyal Destek" alt boyutu puanlarının ilkokul mezunlarında, ortaokul ve üzeri mezunlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, çalışan katılımcılara göre çalışmayan katılımcıların "Sosyal Destek" alt boyut puanı ve PSDÖ toplam puanının yüksek olduğu bulundu. Sosyal destek bireylerin önemsendiğini, değer gördüğünü, sevildiğini hissetmesi ile birlikte yaşamı boyunca rastladığı olumsuz yaşam olaylarına uyum sağlamasına yardımcı olan ve üstesinden gelmesini sağlayan faktör olarak görülebilir (Ercan ve Demir, 2019). Literatüre göre yüksek eğitim seviyesi, akademik başarı, işlevsellik, plan yapma, sosyal yeterlilik gibi koruyucu faktörlerin psikolojik sağlamlığı arttırdığı belirtilmektedir (Friborg, 2005; Karaırmak, 2006; Gizir, 2007; Terzi, 2008; Tümlü ve Recepoğlu, 2013; Stainton ve ark., 2019; Beroš ve ark., 2021). Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük ve çalışmayan grupta psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Literatür ile benzer sonuçlara ulaşılamaması ile ilgili üç sebep düşünülebilir. Birincisi, çalışan bireylerde iş yerinde damgalamaya maruziyet gibi etkenler nedeni ile psikolojik sağlamlığın daha düşük olabileceği düşünülebilir. İkincisi,

psikolojik sağlamlığın alt boyutlarından olan sosyal desteğin yüksek olması psikolojik sağlamlığın da yüksek olmasını etkilemektedir. Bu nedenle çalışmayan ve eğitim düzeyi düşük olan, hatta genellikle kendisine vasi atanan şizofreni tanılı bireylerde aile tarafından daha fazla destek olma davranışı sergileme ihtiyacı gelişmiş olabilir. Üçüncüsü ise, şizofrenide varsanılar ve hastalığın sebep olduğu diğer problemler ile başetmede sosyal destek önemlidir. Fakat sosyal desteği değerlendirme kişiden kişiye değişebilen algısal bir durumdur. Bu nedenle eğitim düzeyi arttıkça bireylerde sosyal destek beklentisi artıyor olabilir ve sonuç olarak çalışmayan grupta psikolojik sağlamlığın yüksek olması beklenebilir.

İntihar girişimi olmayan hastaların, intihar girişimi olanlara göre PSDÖ ve alt ölçeklerinin toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, yani daha önce intihar öyküsü olmayan bireylerin daha dayanıklı olduğu saptanmıştır. Johnson ve arkadaşları (2010) intihar düşünce ve davranışlarının, sanrı ve varsanıların şiddetinin, umutsuzluğun, başlangıçta ve takipte psikolojik sıkıntının dayanıklılık ile negatif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010). Literatürdeki araştırmalara göre şizofreni hastalarında psikolojik sağlamlığın düşük olması intihar riskini arttırmaktadır (Johnson ve ark., 2010; Mizuno ve ark., 2016; Harris ve ark., 2021). Fakat intihar girişimi olan şizofreni hastalarında psikolojik sağlamlığı ölçen yeterli araştırma yoktur. Harris ve meslektaşlarının (2019) intihar girişimi olan şizofreni tanılı bireyler ile yaptığı çalışmada ise psikolojik sağlamlık ile intihar tetikleyicileri arasında ilişki bildirilmemiştir. Ayrıca ruhsal hastalık ve beraberinde getirdiği sıkıntılar intihar tetikleyicisi olarak ele alındığında, önceden intihar riski oluşturan veya intihara sebep olan faktörlerin iyileşme ve eski işlevselliğe dönme sürecinde bireylerde intihar riski yerine tam tersine aktif koruyucu faktör olarak rol oynadığı bildirilmiştir. Bireylerin önceki deneyimlerinin sağlamlığı arttırdığı bildirilmektedir (Harris ve ark., 2019).

5.4. Katılımcıların PSDÖ ile BUÖ ve İOÖ Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.4.1. PSDÖ ile BUÖ Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu araştırmada katılımcıların psikolojik sağlamlık ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; BUÖ ve tüm alt ölçeklerinin puanlarının PSDÖ ve alt ölçeklerinin tümü ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptandı. Yani bu

sonuca göre şizofreni hastalarında psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça umutsuzluk azalmaktadır. Bu bulgular literatür ile uyumludur.

Birçok araştırmada psikolojik sağlamlık ile umutsuzluğun negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Johnson, Gooding, Wood ve Tarrier, 2010; Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010; Sarıçam ve ark., 2012; Wartelsteiner ve ark., 2016; Hofer ve ark., 2016; Harris ve ark., 2021).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerde hastalığın kendisi ve yanında getirdiği olumsuzluklar sebebi ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin sağlıklı bireylere göre düşük olduğu bilinmektedir (Wartelsteiner ve ark., 2016). Bu hastalığa sahip bireylerin intihar olasılığını arttıran risk faktörünü belirlemek için araştırmalar yapılmış ve bir dizi risk faktörü bulunmuştur (Hawton ve ark., 2005; Pompili ve ark., 2009). Bulunan en önemli psikolojik faktörlerden biri umutsuzluktur (Ahrens ve Linden, 1996; Ran ve ark., 2005). Şizofreni ile birlikte meydana gelen yeti yitimleri ve sürekli iyilik halinin sağlanamaması bireylerde umutsuzluğa sebep olmaktadır (Çetin ve Eker, 2011).

Johnson ve arkadaşları (2010) tarafından 77 şizofreni tanılı hasta ile yapılan çalışmada PSDÖ toplam skorları ve tüm alt boyutları ile umutsuzluk arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Fakat regresyon analizinde alt ölçeklerden yalnızca duygusal başa çıkmanın umutsuzluğun etkisini hafiflettiği saptanmıştır. Bu alt ölçek katılımcıların duygularını yönetme yeteneğine olan güvenini yansıtmaktadır. Bu durum araştırmacılar tarafından literatür ile karşılaştırılarak mantık dışı olarak değerlendirilmiş ve durumsal başa çıkma alt ölçeğinin yüksek seviyede olmasının diğer alt ölçeklerin seviyelerini telafi edebileceğini ve bunun genel ölçek puanı ile de uyumlu olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, psikolojik sağlamlığın umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasında aracı rolü olduğu; psikolojik sağlamlığını yüksek bildirenler için, artan umutsuzluk düzeylerinin intihar eğilimine yol açma ihtimalinin daha az olduğu bulunmuştur. Ayrıca PSDÖ alt ölçeklerinin her birinin umutsuzluğun moderatörü olduğu bildirilmiştir (Johnson, Gooding, Wood, ve Tarrier, 2010; Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

Harris ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada umutsuzluk ile dayanıklılık arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Psikolojik sağlamlığın, umutsuzluk ile intihar düşünceleri ve davranışları arasındaki ilişkinin gücünü zayıflattığı saptanmıştır (Harris ve ark., 2021). Şizofreni ve sağlıklı bireyler arasında yapılan bir

çalışmada da psikolojik sağlamlık ile umutsuzluğun negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmiş ve bu bireylerde her iki faktörün de genel durum yordayıcısı olduğu bulunmuştur (Wartelsteiner ve ark., 2016). Yine başka bir çalışmada da dayanıklılık ve umutsuzluğun negatif yönde anlamlı derecede ilişkili olduğu belirtilmiştir (Hofer ve ark., 2016).

Literatürdeki bu sonuçlara rağmen düşük psikolojik sağlamlığa sahip bireylerde yüksek seviyede umutsuzluğun, intihar olasılığı açısından önemli bir risk faktörü olduğu bildirilirken yüksek psikolojik sağlamlığa sahip bireylerde yüksek seviyede umutsuzluğun risk faktörü olarak görülmeyebileceği belirtilmiştir (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

5.4.2. PSDÖ ile İOÖ Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmada İOÖ ve tüm alt ölçeklerinin PSDÖ ve tüm alt ölçekleri ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptandı. Yani bu sonuca göre şizofreni hastalarında psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça intihar olasılığı azalmaktadır.

Bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olmasının intihar olasılığına karşı tampon görevi görebileceği ve intihar girişimlerini azaltabileceği düşünülmektedir (Osman ve ark., 2004; Rutter ve ark., 2008).

Şizofreni tanılı bireyler ile yapılan çalışmalarda bu araştırma ile uyumludur. Örneğin, Johnson ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan araştırmada psikolojik sağlamlığın umutsuzluk üzerindeki düzenleyici etkisi yoluyla intihar düşüncesini yordadığı saptanmıştır. Psikolojik sağlamlık düzeyi düşük olan bireylerde yüksek düzeyde umutsuzluğun intihar düşüncesi ve girişimi açısından risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Araştırmada PSDÖ ile intihar düşüncesi arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Yalnız PSDÖ alt ölçeklerinden “Sosyal Destek” alt ölçeği ile intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı raporlanmıştır (Johnson, Gooding, Wood, Taylor ve ark., 2010).

Harris ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan araştırma da bu araştırma ile benzer olarak olumlu kendilik değerlendirmelerinin intihar deneyimlerine karşı sağlamlık kazandıran bir faktör olduğu belirtilmiştir. Temelde düşük düzeyde psikolojik sağlamlığı olan bireylerin ise psikoz ve sıkıntıya bağlı olarak intihar düşünce ve davranışı geliştirme ihtimalinin yüksek olduğunu savunmaktadır (Harris ve ark., 2021).

Çapar ve Çuhadar (2021)'ın psikolojik bozukluğa sahip bireyler ile yaptığı araştırmaya göre de psikolojik sağlamlık ile intihar olasılığı arasında negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur (Çapar ve Çuhadar, 2021).

6. SONUÇ

Şizofreni tanılı yetişkin hastalarda psikolojik sağlamlığın umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada,

- ✓ Psikoz tanılı vakalarda PSDÖ'nün iki alt faktörden oluşan geçerli bir ölçüm aracı olduğu, PSDÖ'nün Cronbach's alfa değerinin 0,91 ve alt boyutları "Duygusal ve Durumsal Başa Çıkma" ve "Sosyal Destek" Cronbach's alfa değerlerinin sırasıyla 0,94 ve 0,78 olduğu bulundu (Tablo 3-5).

- ✓ Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelendiğinde, %62,5'inin erkek, %65,8'inin bekar olduğu, %38,3'ünün ilkokul mezunu, %66,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %54,2'sinin gelirinin giderinden az olduğu saptandı (Tablo 4-1).

- ✓ Katılımcıların yaş ortalamaları 43,31±12,35 iken %81,7'sinin şizofreni tanısına sahip olduğu belirlendi. Katılımcıların %26,7'sinin intihar öyküsünün, %12,5'inin ise ailesinde intihar öyküsünün olduğu saptandı. Hastalık sürelerinin 21,86±12,96 yıl ve yatış sayısının ise ortalama 4,21±6,08 olduğu belirlendi (Tablo 4-1).

- ✓ Araştırmaya katılan şizofreni tanılı bireylerin ölçeklerden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde psikolojik sağlamlık düzeylerinin (49,25±9,22) yüksek, intihar olasılığı düzeylerinin (64,30±13,47) ve umutsuzluk düzeylerinin (5,38±4,61) düşük seviyede olduğu saptandı (Tablo 4-2).

- ✓ Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile PSDÖ ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında diğer psikotik bozukluklar grubunda şizofreni grubuna göre sosyal desteğin düşük olduğu ($p<0,05$), ilkokul mezunlarının sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu ($p<0,05$), çalışmayan katılımcıların psikolojik sağlamlık ve alt ölçeği olan sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu ($p<0,01$ ve $p<0,05$), intihar öyküsü olmayan katılımcıların intihar öyküsü bulunanlara göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4-3).

- ✓ Analizlere göre ölçek puanlarının ailede intihar öyküsüne, cinsiyete ve gelir seviyesine göre karşılaştırılmasında anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-3).
- ✓ PSDÖ ve alt ölçeklerinin BUÖ ve alt ölçekleri ile ilişkisi incelendiğinde, BUÖ puanlarının PSDÖ ve tüm alt ölçekleri ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4-4).
- ✓ PSDÖ ve alt ölçeklerinin İOÖ ve alt ölçekleri ile ilişkisi incelendiğinde, İOÖ puanlarının PSDÖ ve tüm alt ölçekleri ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulundu ($p<0,01$) (Tablo 4-4).

7. ÖNERİLER

Şizofreni tanılı yetişkin hastalarda intihar olasılığı ve umutsuzluğu azaltmak için psikolojik sağlamlık düzeyini arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması önerilebilir. Bunun için ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri stresle başaçıkma ve psikososyal becerilerinin arttırılması, bilişsel esnekliğin kazandırılması, duygu düzenleme becerileri ve sosyal desteğin geliştirilmesine yönelik aktiviteleri planlayabilirler. Ek olarak bu tarz girişimlerin psikolojik sağlamlık üzerine etkisini değerlendirecek ileri çalışmaların planlanması önerilebilir.

Psikoeğitim, iş uğraş terapisi vs. gibi psikolojik sağlamlık düzeylerini arttıracak faaliyetlerin işlevselliği, başa çıkma düzeylerini ve algılanan sosyal desteği arttırdığı göz önüne alındığında bireylerin umutsuzluk düzeylerinin azalacağı ve buna bağlı olarak intihar oranlarının da azalacağı düşünüldüğünden şizofreni tanılı bireylerin TRSM'lerde yürütülen bu gibi faaliyetlere katılımları konusunda motivasyonlarının arttırılması önerilebilir.

Çalışma yalnızca TRSM'de takip edilen şizofreni tanılı bireyler ile gerçekleştirildiğinden bulguların genellenebilirliğini arttırmak için kontrol gruplu ve/veya yatan hastalar ve ayaktan takip edilen hastalar ile karşılaştırmalı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abdo, M.M.M., Mohamed, A.S., Hammed, M.A.E., Hashem, R.E. ve El Nagar, Z.M. (2021). Affective theory of the mind and suicide in women with borderline personality disorder and schizophrenia: a comparative study. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 1-10.

Abdo, M. M. M., Mohamed, A. S., Hammed, M. A. E., Hashem, R. E., & El Nagar, Z. M. (2021). *Affective theory of the mind and suicide in women with borderline personality disorder and schizophrenia: a comparative study*. https://doi.org/10.1186/s43045-021-00142-4

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*(2), 358–372.

Ahrens, B., & Linden, M. (1996). Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *94*(2), 79–86. https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1996.TB09829.X

Akayıldız, K., & Sarıçam, H. (2016). Özel çocuğa sahip ebeveynlerin iyilik hali ve kendini toparlama gücü düzeylerinin incelenmesi. *XVIII Congres Amseamce-Waer Teaching and Training Today For Tomorrow*. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3087.0649

Algın, F. (2009). *Umutsuzluk intihar davranışı ve içgörü*. Tc. Saglık Bakanlığı.

APA. (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arango, V., Underwood, M. D., Gubbi, A. V., & Mann, J. J. (1995). Localized alterations in pre- and postsynaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims. *Brain Research*, *688*(1–2), 121–133.

Atasoy, E., & Kösle, M. (2019). İntiharlar coğrafyası perspektifinden dünya, Türkiye ve Bursa ili. *TESAM Akademi Dergisi*, *6*(1), 123–165. https://doi.org/10.30626/TESAMAKADEMI.528004

Atlı, Z., Eskin, M., & Dereboy, Ç. (2009). İntihar olasılığı ölçeğinin (İOÖ) klinik örneklemde geçerlik ve güvenirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *12*, 111–124.

Atmaca, G. D., & Durat, G. (2017). Şizofreni hastalarında intihar olasılığının depresyon ve iç görüyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*(4), 314–322.

Ayano, G. (2016). Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research*.

Basım, H. N., & Çetin, F. (2011). The reliability and validity of the resilience scale for adults turkish version. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *2*(22), 103–105.

Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ıdeation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *23*(2), 139–145.

Beck, A. T., Weissman, A., Trexler, L., & Lester, D. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal Ol Consulting and Clinical Psychology*, *42*(6), 861–865.

Belli, H., Özçetin, A., Ertem, Ü., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, Ü., Baykız, A., & Bayık, Y. (2007). Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Psikiyatri Dergisi*, *8*, 102–112.

Beroš, K., Brajković, L., & Kopilaš, V. (2021). Psychological resilience and depression in women with anorexia nervosa. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, *9*(1), 2021.

Binbay, T, Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. ., & Van Os, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *23*.

Binbay, T, Binbay, D., Ulaş, H., & Alptekin, K. (2016). Sinop ilinde tanımlı bir alanda şizofreni, şizoafektif bozukluk ve bipolar I bozukluğun başvuru temelli yaygınlığı. *Türk Psikiyatr Dergisi*, *27*.

Binbay, Tolga, Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2010). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien* (vol 4). Deuticke.

Bloom, J. (2007). Honderd jaar schizofrenie. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *49*(12), 887–895.

Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Biernesser, C., Keilp, J., Kolko, D., Ellis, S., Porta, G., Zelazny, J., Iyengar, S., John Mann, J., & Corresponding Author, M. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt. *JAMA Psychiatry*, *72*(2), 160–168.

Bromet, E. J., Nock, M. K., Saha, S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Borges, G., Bruffaerts, R., Degenhardt, L., Girolamo, G. de, Jonge, P. de, Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., … McGrath, J. J. (2017). Association between psychotic experiences and subsequent suicidal thoughts and behaviors: a cross-national analysis from the world health organization world mental health surveys. *JAMA Psychiatry*, *74*(11), 1136–1144.

Bulut, B. P., & Demirbaş, H. (2021). Kırılma noktası: İkinci nesil intihar kuramları. *Researchgate.Net*.

Çağlayan, B., Tufanoğlu, B., & Dil, S. (2021). Güncel gelişmeler ışığında klinik uygulamalar. *Trsm'den Hizmet Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri İle Tanı Grupları Arasındaki İlişki: Çankırı İli Örneği*.

Çapar, A., & Çuhadar, D. (2021). Correlation between psychological resilience and suicide probability in patients with psychiatric disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*. https://doi.org/10.1111/PPC.12948

Caqueo-Urízar, A., Boyer, · Laurent, Urzúa, A., & Williams, D. R. (2019). Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*, 905–909. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01671-4

Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J., & Nordström, P. (2014). Suicide in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*.

Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczinski, F., & Passos, I. C. (2018). Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(4), 787–797.

Çetin, F., Yeloğlu, H. O., & Basım, H. N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, *30*(75), 81–92.

Cetin, O., & Eker, S. (2011). Schizophrenia and suicide. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *3*(4), 611.

Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, *143*(12), 1313–1345.

Coşansu, G. (2017). *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik* (S. Erdoğan, N. Nahcivan, & N. Esin (eds.); 2nd ed.). Nobel Tıp Kİtabevi.

Cull, J., & Gill, W. . (1989). Suicide probability scale (SPS). *Journal of Psychoeducational Assessment*, *7*.

Deveci, A., Esen-Danaci, A., Yurtsever, F., Deniz, F., & Gürlek-Yüksel, E. (2008). Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *19*(3).

Dias, P. C., & Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicologia Educativa*, *23*(1), 37–43.

Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, *3*(1), 93–102.

Durak, A., & Palabiyikoğlu, R. (1994). Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, *2*(2), 311–319.

Durak Batıgün, A., & Şahin, N. H. (2018). İntihar olasılığı ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*.

Edward, K. L., Welch, A., & Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(3), 587–595.

Ensari, H., Gültekin, B., Karaman, D., Koç, A., & Beşkardeş, A. (2013). Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi,

genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *14*(2).

Ercan, F., & Demir, S. (2019). Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, *44*(1), 7–17. https://doi.org/10.17826/CUMJ.435354

Esin, M.N. (2017). *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik* (S. Erdoğan, N. Nahcivan, & N. Esin (eds.); 2nd ed.). Nobel Tıp Kitabevi.

Fink, M., Kellner, C. H., & McCall, W. V. (2014). The role of ECT in suicide prevention. *Journal of ECT*, *30*(1), 5–9.

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. *European Psychologist*, *18*(1), 12–23.

Friborg, O. (2005). *Validation of a scale to measure resilience in adults*. Social Sciences University.

Gambaro, E., Mastrangelo, M., Sarchiapone, M., Marangon, D., Gramaglia, C., Vecchi, C., Airoldi, C., Mirisola, C., Costanzo, G., Bartollino, S., Baralla, F., & Zeppegno, P. (2020). Resilience, trauma, and hopelessness: protective or triggering factor for the development of psychopathology among migrants? *BMC Psychiatry*, *20*(1).

Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*.

Gizir, C., & Aydın, G. (2006). Psikolojik sağlamlık ve ergen gelişim ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *3*(26), 87–99.

Gooding, P. A., Littlewood, D., Owen, R., Johnson, J., & Tarrier, N. (2017). Psychological resilience in people experiencing schizophrenia and suicidal thoughts and behaviours. *Journal of Mental Health*, *28*(6), 597–603.

Gürgân, U. (2006). Resiliency scale (RS): Scale development, reliability and validity study. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, *39*(2), 45–74.

Harmancı, P. (2020). *Şizofreni hastalarında motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşa etkisi* [İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/handle/11616/42049

Harris, K, Haddock, G., Peters, S., & Gooding, P. (2021). The long-term relationship between psychological resilience, psychosis, distress, and suicidal thoughts and behaviors. *Schizophrenia Bulletin*.

Harris, Kamelia, Gooding, P., Haddock, G., & Peters, S. (2019). Factors that contribute to psychological resilience to suicidal thoughts and behaviours in people with schizophrenia diagnoses: Qualitative study. *BJPsych Open*, *5*(5), 1–9.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 187, Issue JULY, pp. 9–20). https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9

Hofer, A., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Suzuki, T., Pardeller, S., Welte, A. S., Sondermann, C., Mimura, M., Wartelsteiner, F., Fleischhacker, W. W., & Uchida, H. (2016). Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia Research*, *171*(1–3), 86–91. https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2016.01.027

Holmstrand, C., Bogren, M., & Mattisson, C. (2015). Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the lundby study 1947–1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(6), 459–469.

Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, *24*(4), 81.

Huen, J. M. Y., Ip, B. Y. T., Ho, S. M. Y., & Yip, P. S. F. (2015). Hope and hopelessness: the role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PLoS ONE*, *10*(6).

İşeri, B., Sükut, Ö., & Balaban, Ö. D. (2020). *Bir toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan şizofreni hastalarının hizmet alma sürelerinin hastalar ve bakım verenleri üzerindeki etkileri*. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Kühn-Dymecka, A., & Lizińczyk, S. (2019). Resilience, sense of coherence, and coping with stress as predictors of psychological well-being in the course of schizophrenia. The study design. *International Journal*

of Environmental Research and Public Health, *16*(7). https://doi.org/10.3390/ijerph16071266

Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci*, *12*, 271–287.

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., … Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*, *392*(10159), 1789–1858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7

Janoutová, J., Janáčková, P., Šerý, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., Vařechová, K., Hosák, L., Jiřík, V., & Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinol Letters*, *37*(1).

Johnson, J. (2016). Resilience: Bidimensional framework. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.), *Handbook of Positive Clinical Psychology* (1st ed., p. 512). Wiley-Blackwell.

Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, *48*(3), 179–186.

Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Taylor, P. J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(9), 883–889.

Johnson, J, Wood, A., Gooding, P., Taylor, P. ., & Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, *31*(4), 563–591.

Johnson, Judith, Gooding, P., & Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, the schematic appraisal model of suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *81*(1), 55–77.

Karaırmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk*

Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, *3*(26), 129–142. https://dergipark.org.tr/en/pub/tpdrd/issue/21446/229856

Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *26*(2), 251–267.

Klonsky, E., & May, A. (2015). The three-step theory (3st): A new theory of suicide rooted in the "ıdeation-to-action" framework. *Article in International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114–129.

Kök, H., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek Internalized stigma, self-esteem and perceived social support among patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Cukurova Medical Journal*, *43*(1), 99–106. https://doi.org/10.17826/cumj.340622

Koparal, B., & Hocaoğlu, Ç. (2019). Şizofreni ve intihar; bir gözden geçirme. *Balıkesir Medical Journal*, *3*(3), 135–146. https://doi.org/10.33716/BMEDJ.622389

Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 425–448. https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-032813-153657

Lawrence, D., Kisely, S., & Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. In *Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 55, Issue 12, pp. 752–760). Canadian Psychiatric Association.

Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. In *Clinical Psychology: Science and Practice* (Vol. 22, Issue 4, pp. 345–365). Blackwell Publishing Inc.

Loa Knizek, B., Andoh-Arthur, J., Osafo, J., Mugisha, J., Kinyanda, E., Akotia, C., & Hjelmeland, H. (2021). Religion as meaning-making resource in understanding suicidal behavior in Ghana and Uganda. *Frontiers in Psychology*, *12*, 549404.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543–562.

McGrath, J. J. (2006). Variations in the incidence of schizophrenia: Data versus dogma. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(1), 195–197.

McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of ıncidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 67–76.

Meehl, P. E. (1962). Schızotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, *17*(12), 827–838.

Mew, E. J., Padmanathan, P. J. ;, Konradsen, F. ;, Eddleston, M. ;, Chang, S. S., Phillips, M. R., & Gunnell, D. R. ; (2017). The global burden of fatal self-poisoning with pesticides. *Journal of Affective Disorders*.

Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., & Frajo-Apor, B. (2016). Resilience research in schizophrenia: A review of recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(3), 218–223.

Montross, L., Kasckow, J., Golshan, S., Solorzano, E., Lehman, D., & Zisook, S. (2008). Suicidal ideation and suicide attempts among middle-aged and older patients with schizophrenia spectrum disorders and concurrent subsyndromal depression. *Journals.Lww.Com*. https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2008/12000/suicidal_ideation_and_suicide_attempts_among.4.aspx

Mork, E., Walby, F. A., Harkavy-Friedman, J. M., Barrett, E. A., Steen, N. E., Lorentzen, S., Andreassen, O. A., Melle, I., & Mehlum, L. (2013). Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and nonsuicidal selfharm - A crosssectional study. *BMC Psychiatry*, *13*, 2–9.

NANDA. (2020). *Nursing diagnoses definicitions and classification 2018-2020 eleventh edition* (H. T. Herdman & S. Kamitsuru (eds.); 11th ed., Vol. 148). Thieme.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beatrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Girolamo, G. de, Gluzman, S., Graaf, R. de, Güreje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Mora, ...Maia Elena Medina, … Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*.

Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, *68*(10), 1058–1064. https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2011.113

O'Connor, R. C., Connery, H., & Cheyne, W. M. (2000). Hopelessness: The role of depression, future directed thinking and cognitive vulnerability. *Psychology, Health and Medicine*, *5*(2), 155–161.

O'Connor, Rory C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754).

Odağ, C. (1995). İntihar (özkıyım) tanım, kuram, sağaltım. In *Ege Üniversitesi Basımevi*.

Olçun, Z., & Şahin Altun, Ö. (2017). The correlation between schizophrenic patients' level of ınternalized stigma and their level of hope. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(4), 332–337.

Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2004). Suicide resilience inventory-25: Development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*, *94*(3 II), 1349–1360. https://doi.org/10.2466/PR0.94.3C.1349-1360

Özsan, H., & Tuğcu, H. (1999). Şizofrenik hastalarda intihar olasılığının çeşitli faktörlere göre incelenmesi. *Kriz Dergisi*, *6*(1988), 33–39.

Öztürk, H. M., Yüksel, N., & Utku, Ç. (2018). 256 Şizofreni hastalarında intihar girişiminin bilişsel işlevler, umutsuzluk ve iç görü ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, *19*(3), 256–263.

Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (11th ed.). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.

Öztürk, Z., & Şahin Altun, Ö. (2021). The effect of nursing interventions to instill hope on the internalized stigma, hope, and quality of life levels in patients With schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*.

Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. In *Archives of General Psychiatry* (Vol. 62, Issue 3, pp. 247–253).

Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, *15*(5), 524–541.

Pompili, M., Lester, D., Grispini, A., İnnamorati, M., Calandro, F., Iliceto, P., & Girardi,

P. (2009). Completed suicide in schizophrenia: Evidence from a case-control study. *Psychiatry Research*, *167*(3), 251–257. https://www.researchgate.net/profile/David-Lester-3/publication/329030791_Completed_suicide_in_schizophrenia/links/5bf203c84585150b2bc1193e/Completed-suicide-in-schizophrenia.pdf

Profil, İlbay, A. B., Uysal, R., Çardak, M., & Akın, A. (2012). Turkish version of the short form of resilience appraisal scale : The validity Turkish version of the short form of resilience appraisal scale : The validity and reliability study. *In International Counseling and Education Conference, May*.

Ran, M.-S., Xiang, M.-Z., Mao, W.-J., Hou, Z.-J., Tang, M.-N., Yu-Hai Chen, E., Lai-Wan Chan, C., F Yip, P. S., & Conwell, Y. (2005). Characteristics of suicide attempters and nonattempters with schizophrenia in a rural community. *The American Association of Suicidology*.

Rittmannsberger, H. (2012). The diagnosis "schizophrenia": Past, present and future. *Psychiatria Danubina*, *24*(4), 408–40814.

Rossi, A., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Rucci, P., Gibertoni, D., Stratta, P., Bucci, P., Mucci, A., Aguglia, E., Amodeo, G., Amore, M., Bellomo, A., Brugnoli, R., Caforio, G., Carpiniello, B., Dell'osso, L., Di Fabio, F., Di Giannantonio, M., … Maj, M. (2017). Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry Research*, 359–364. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.079

Rudd, M. D. (2007). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy.*, 355–368.

Rutter, P. A., Freedenthal, S., & Osman, A. (2008). Assessing protection from suicidal risk: psychometric properties of the suicide resilience inventory. *Death Studies*, *32*(2), 142–153. https://doi.org/10.1080/07481180701801295

Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLOS Medicine*, *2*(5), e141.

Şahin Altun, Ö., & Olçun, Z. (2018). Şizofreni hastalığında umut kavramı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *5*(1), 107–112.

Sarıçam, H., İlbay, A. B., Uysal, R., Çardak, M., & Akın, A. (2012). Turkish version of the short form of resilience appraisal scale: The validity and reliability study. *In International Counseling and Education Conference*.

Saruç, S., & Kaya Kılıç, A. (2015). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*.

Savi Çakar, F., Karataş, Z., & Çakir, M. A. (2014). Yetişkin yılmazlık ölçeği: Türk kültürüne uyarlanması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *32*, 22–39.

Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G., & Davidson, L. (2011). Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, *17*(3), 227–235.

Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., & Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenirliği. *Kriz Dergisi*, *3*(1).

Shneidman, E. (1986). Some essentials of suicide and some implications for response. *Suicide*.

Snyder, C., Harris, C., & JR Anderson, J. (1991). The will and the ways: Development and validation of an ındividual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(4), 570–585.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry 2021*, 1–15.

Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., & Herken, H. (2007). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği*.

Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., & Rosen, M. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(4), 725–732.

Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences Temmuz*, *2*, 43.

Taipale, H., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., Mittendorfer-Rutz, E., & Tiihonen, J. (2021). Comparative effectiveness of antipsychotics for risk of attempted or

completed suicide among persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *47*(1), 23–30.

Tandon, R, & Jibson, M. (2003). Suicidal behavior in schizophrenia: diagnosis, neurobiology, and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*, *16*(2), 193–197. https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2003/03000/Suicidal_behavior_in_schizophrenia__diagnosis,.00009.aspx

Tandon, Rajiv, Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). *Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. epidemiology and etiology*. https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.011

Tarrier, N, Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, *32*(1), 77–108.

Tarrier, Nicholas, Kelly, J., Maqsood, S., Snelson, N., Maxwell, J., Law, H., Dunn, G., & Gooding, P. (2014). The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: A clinical trial. *Schizophrenia Research*, *156*(2–3), 204–210. https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2014.04.029

TDK, T. D. K. (2021). *Umut ne demek TDK sözlük anlamı*. https://sozluk.gov.tr/

Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Journal of Education*, *35*, 297–306.

Terzi, Ş. (2016). Kendini toparlama gücü ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *3*(26), 77–86.

Thara, R., & Srinivasan, T. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*(7), 416–420. https://doi.org/10.1007/BF00788182

Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 259, pp. 302–313). Elsevier B.V.

TÜİK. (2020). *TÜİK veri portalı*.

https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar&dil=1

Tümlü, G., & Recepoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, *3*. https://doi.org/10.5961/jhes.2013.078

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, *5*(1), 1–22.

Vijayakumar, L., Kumar, M. S., & Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*(3), 197–202.

Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., Welte, A., Fleischhacker, W. W., Uchida, H., & Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *134*(4), 360–367. https://doi.org/10.1111/ACPS.12628

Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia-Pacific Psychiatry*, *13*(3).

Wathen, C. N., MacGregor, J. C., Hammerton, J., Coben, J. H., Herrman, H., Stewart, D. E., & MacMillan, H. L. (2012). Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: Results of an international Delphi consensus development process. *BMC Public Health*, *12*(1), 1–12.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C.-K., Lellouch, J., Lépine, J.-P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H.-U., & Yeh, E.-K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, *276*(4), 293–299.

WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.

WHO. (2019). *Mental health-suicide data*. https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data

WHO. (2021, July 16). *Crude suicide rates*.

https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/crude-suicide-rates-(per-100-000-population)

Yanos, P. T., Lysaker, P. H., Silverstein, S. M., Vayshenker, B., Gonzales, L., West, M. L., & Roe, D. (2019). A randomized controlled-trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(11), 1363.

Zaheer, J., Jacob, B., de Oliveira, C., Rudoler, D., Juda, A., & Kurdyak, P. (2018). Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, *202*, 347–353.

FORMLAR

Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi Fatma Uslu Duran tarafından yürütülen "Şizofreni Tanılı Yetişkin Hastalarda Psikolojik Sağlamliğin Umutsuzluk Ve İntihar Düşüncesi İle İlişkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmamız 3 ölçek, 1 veri formu içermekte ve toplamda 80 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya siz dahil tahminen 120 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya fatmauslu.fu11@gmail.com e-posta adresi ve 02124091515 – (2805) numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Bu çalışma, şizofreni tanılı yetişkin hastalarda psikolojik sağlamlık ile umutsuzluk ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla planlandı. Psikotik bozukluklarda psikolojik sağlamlıkla ilgili alanda yeteri kadar çalışma olmaması nedeniyle çalışma sonuçlarının bu anlamda da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılmanız halinde sizlere araştırmacı tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği (RAS), İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulanacaktır.

Onam formu haricinde hastanın kimlik bilgileri, formlarda yer almayacak, anket numarası şeklinde belirlenecek. Hastalardan toplanan veriler sorumlu araştırmacı tarafından kilitli

dolap içinde muhafaza edilecektir. Araştırma makalesi yayınlandıktan sonra tez verileri imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

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

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; □ kabul ediyorum □ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Katılımcının**:**

Adı- Soyadı: İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin: Adı- Soyadı: İmzası:

Araştırmacının

Adı- Soyadı: İmzası:

Şahidin:

Adı- Soyadı: İmzası:

Ek-2 Sosyodemografik Veri Formu

Görüşme Tarihi: **Katılımcı numarası:**

1. **Tanı: (……)**
2. **Cinsiyetiniz nedir?**
   1. Kadın
   2. Erkek
3. **Yaşınız: (……..)**
4. **Öğrenim durumunuz nedir?**
   1. Okur-yazar
   2. İlkokul
   3. Ortaokul
   4. Lise
   5. Lisans
5. **Medeni durumunuz nedir?**
   1- Evli
   2- Bekar (bekarsanız aşağıdakilerden uygun olanı işaretleyiniz)
      1. Boşanmış
      2. Eşi vefat etmiş
      3. Ayrı yaşıyor
6. **Çalışma durumunuz nedir?**

   1- Çalışmıyor

   2- Çalışıyor

   3- Düzensiz işlerde çalışıyor

   4- Emekli

7. Gelir durumunuz nedir?

1- Gelirim giderimden fazla

2- Gelirim giderime eşit

3- Gelirim giderimden az

8. Hastalığınızın toplam süresi nedir? (……..….**)**

9. Hastaneye yatış sayınız nedir? (……..…**)**

10. En son hastaneye yatış tarihiniz nedir? (…….…….**)**

11. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?

1- Hayır

2- Evet

12. Ailenizde intihar öyküsü var mı?

1- Yok

2- Var

Ek- 3 Psikolojik Sağlamliği Değerlendirme Ölçeği (PSDÖ)

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; **(1) Hiç katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum ve (5) Tamamen katılıyorum** anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1. Eğer sorunlarım olsaydı, sorunlarımı paylaşabileceğim insanlar olurdu.	1	2	3	4	5
2. Ailem ve arkadaşlarım beni çok destekler.	1	2	3	4	5
3. Zor durumlarda duygularımı yönetebilirim.	1	2	3	4	5
4. Olumsuz duygularıma tahammül edebilirim.	1	2	3	4	5
5. Bir sorunla karşılaştığımda genellikle çözüm bulabilirim.	1	2	3	4	5
6. Eğer sıkıntıya düşersem kimlerin bana yardımcı olabileceğini bilirim.	1	2	3	4	5
7. Ortaya çıkan problemleri genellikle çözebilirim.	1	2	3	4	5
8. Duygularımı kontrol edebilirim.	1	2	3	4	5
9. Genellikle problemlerin üstesinden gelecek bir yol bulabilirim.	1	2	3	4	5
10. İhtiyaç duyduğumda ailemin ya da arkadaşlarımın beni dinleyeceğini bilirim.	1	2	3	4	5
11. Bir engelle karşılaşırsam, problemi çözmek için muhtemelen bir yol bulabilirim.	1	2	3	4	5
12. Duygularımla başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5

Ek-4 Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "evet" uygun değilse "hayır" ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

	EVET	**HAYIR**
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.		
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek-5 İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ)

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

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

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

ETİK KURUL KARARI

Ek-6 Etik Kurul Onayı

Ek-7 Kurum İzni

PATENT HAKKI İZNİ

Ek-8 Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

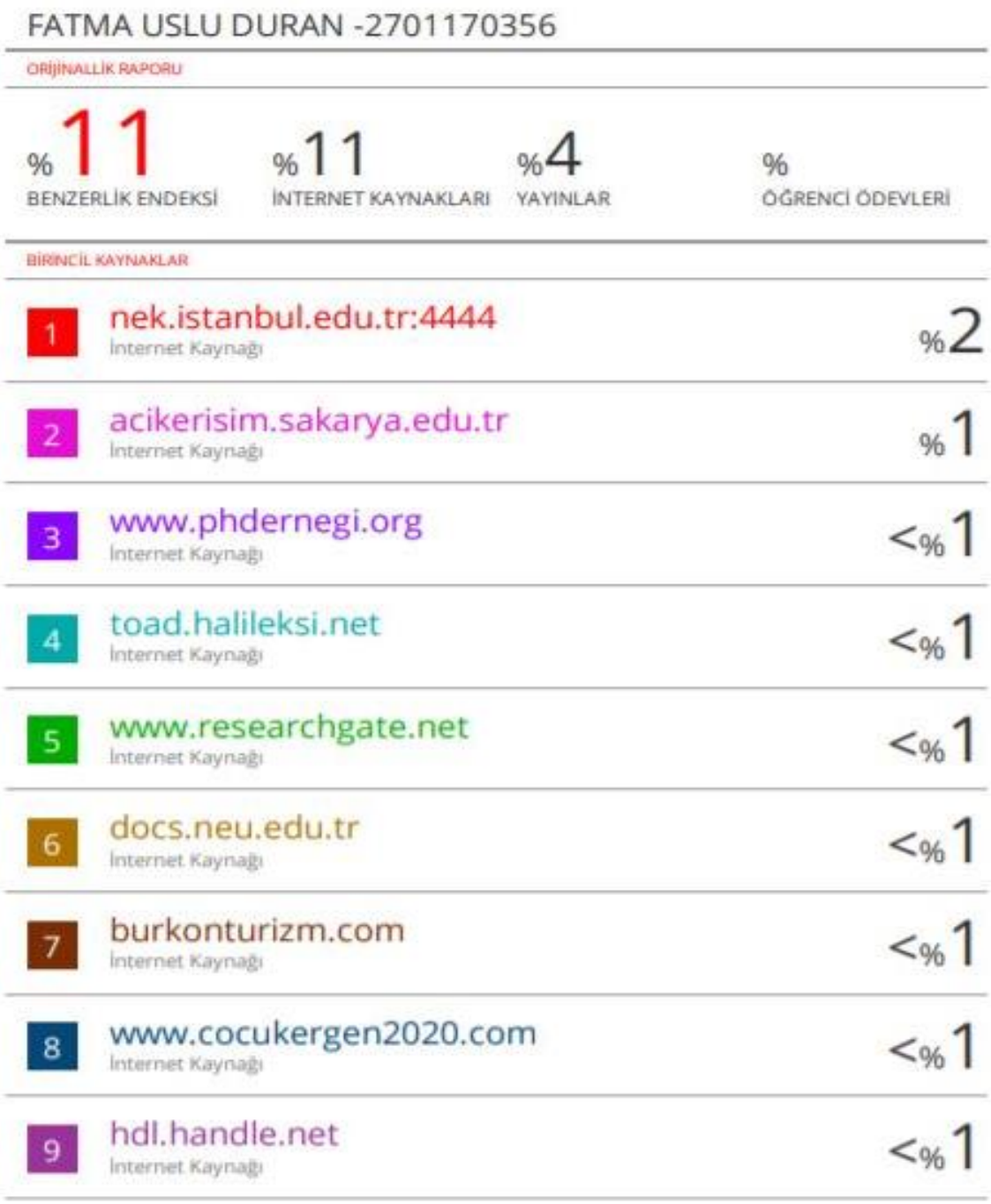
Ek-9 Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

Ek-10 Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni - 1

Ek-11 Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni - 2

Ek-12 İntihar Olasılığı Ölçeği Kullanım İzni-1

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



FATMA USLU DURAN -2701170356

ORİJİNALLİK RAPORU

%11	%11	%4	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%2
2	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
4	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
6	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
8	www.cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<%1
9	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	FATMA	**Soyadı**	USLU DURAN
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	-	
Yük.Lis.	-	
Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2017
Lise	Balıkesir Muharrem Hasbi Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve SİNir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017-halen
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YÖKDİL Puanı**
İngilizce	orta	orta	orta		56,250

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	74,40536	77,88015	71,64675
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Exell	orta
Office	iyi
Mendeley	iyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

-

Özel İlgi Alanları (Hobileri):