

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

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE
İNTİHAR RİSKİ, PSİKOLOJİK ACI VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

ZELİHA ÖZKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2022-ANTALYA

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

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE
İNTİHAR RİSKİ, PSİKOLOJİK ACI VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

ZELİHA ÖZKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi DUDU KARAKAYA

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

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

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Gül ERGÜN
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Melike CENGİZ

ETİK 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 beyan ederim.

ZELİHA ÖZKAN

İmza

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi DUDU KARAKAYA

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni her zaman ve her konuda içtenlikle destekleyen, engin bilgi ve birikimlerini paylaşan, öğrencisi olduğum için kendimi mutlu ve şanslı hissettiğim değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA'ya,

Tezimin yazım sürecinde değerli bilgi ve görüşlerini benimle paylaşan değerli hocam Doç. Dr. Güçlü ŞEKERCİOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca akademik bilgilerini ve desteklerini benden esirgemeyen, bilgi ve tecrübeleriyle bana çok şey katan bütün değerli hocalarıma,

Araştırmama içtenlikle katılmayı kabul eden ve değerli vakitlerini bana ayıran sevgili öğrenci arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca hep yanımda olan ve bana hep güvenen, azmine hayran olduğum, mücadele etmeyi ondan öğrendiğim ve hakkını asla ödeyemeyeceğim en değerli varlığım canım annem Şengül TATAY'a ve beni hayata bağlayan yaşama sevinçlerim canım kardeşlerim Dilara, Kadir, Abdullah, Beray ve Cengizhan'a,

Bugünleri görmesini ne kadar çok istediğimi kelimelerle anlatamayacağım, sevgisini hep kalbimde hissettiğim ve kızı olmaktan hep gurur duyduğum canım babam Murat TATAY'a,

Aldığım tüm kararlarda bana güvenen ve seçtiğim yolda benimle birlikte yürüyen, umutsuzluğa kapıldığım anlarda koşulsuz sevgisiyle bana umut aşılayan, hayatımın her zorluğunu birlikte aştığım güç kaynağım, yol arkadaşım canım eşim Rıza ÖZKAN'a

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Zeliha ÖZKAN

Antalya - 2022

ÖZET

Amaç: Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde tasarlanan bu çalışma, Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan 619 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler, “Kişisel Bilgi Formu”, “İntihar Olasılığı Ölçeği”, “Psikolojik Acı Ölçeği” ve “Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” kullanılarak ‘Google Forms’ aracılığıyla online olarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS for Windows 23.0 ve LISREL 8.71 programları kullanılmıştır. Psikolojik acı ile intihar olasılığı arasında psikolojik sağlamlığın aracı etkisini belirlemek amacıyla, önce bir yapısal model kurulmuş ve Path Yol Analizi yapılmıştır. Araştırmanın raporlaması STROBE doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin intihar olasılığı puanları ile psikolojik acı puanları arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki ($r = .74$, $p < .01$) ve %55 düzeyinde ortak varyans olduğu ($R^2 = .55$) belirlenmiştir. İntihar olasılığı puanları ile psikolojik sağlamlık puanları arasında orta düzeyde negatif bir ilişki ($r = -.52$, $p < .01$) ve %27 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .27$) olduğu bulunmuştur. Psikolojik acı puanları ile psikolojik sağlamlık puanları arasında ise orta düzeyde negatif bir ilişki ($r = -.53$, $p < .01$) ve %28 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .28$) olduğu belirlenmiştir. Psikolojik acı ile intihar olasılığı arasında psikolojik sağlamlığın yarı aracılık etkisi olduğu belirlenmiş ve etki büyüklüğünün geniş olduğu (.57) tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları intihar olasılığı, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Psikolojik acı düzeyi arttıkça intihar olasılığının da arttığını, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça psikolojik acı düzeyinin azaldığını ve psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça intihar olasılığının azaldığını göstermektedir. Ayrıca psikolojik acı ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın yarı aracı etkisinin olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: hemşirelik öğrencileri, intihar, psikiyatri hemşireliği, psikolojik acı, psikolojik sağlamlık

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to examine the relationship between suicide risk, psychological pain and resilience in nursing students.

Method: This cross-sectional, descriptive and correlational study was carried out between March-May 2021 at Akdeniz University Faculty of Nursing. The research was conducted with 619 students who met the criteria for inclusion in the sample. Data were collected online via 'Google Forms' using the 'Personal Information Form', the 'Suicide Probability Scale', the 'Psychache Scale' and the "The Brief Resilience Scale". SPSS for Windows 23.0 and LISREL 8.71 programs were used in the analysis of the data. In order to determine the mediating effect of resilience between psychological pain and suicide probability, a structural model was first established and Path Analysis was performed. The reporting of the research was carried out in line with STROBE.

Results: It was determined that there was a high level of positive correlation ($r = .74$, $p < .01$) and a common variance of 55% ($R^2 = .55$) between students' suicide probability scores and psychological pain scores. It was found that there was a moderate negative correlation ($r = -.52$, $p < .01$) and a 27% common variance ($R^2 = .27$) between suicide probability scores and resilience scores. It was determined that there was a moderate negative correlation ($r = -.53$, $p < .01$) and a 28% common variance ($R^2 = .28$) between psychological pain scores and resilience scores. It was determined that resilience had a semi-mediating effect between psychological pain and suicide probability, and the effect size was found to be large (.57).

Conclusion: The results of this study revealed that there is a relationship between suicide probability, psychological pain and resilience. It shows that the probability of suicide increases as the level of psychological pain increases, the level of psychological pain decreases as the level of resilience increases, and the probability of suicide decreases as the level of resilience increases. It also shows that resilience has a semi-mediating effect on the relationship between psychological pain and suicide probability.

Key words: nursing students, suicide, psychological pain, psychiatric nursing, resilience

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 İntihar	3
2.1.1. İntihar ve Ruh Sağlığı	4
2.1.2. İntihar ve Hemşirelik Öğrencileri	6
2.2. Psikolojik Acı	8
2.2.1. Psikolojik Acı ve Ruh Sağlığı	10
2.2.2. Psikolojik Acı ve İntihar İlişkisi	11
2.3. Psikolojik Sağlamlık Kavramı	14
2.4. İntihar Riski, Psikolojik Acı, Psikolojik Sağlamlık ve Psikiyatri Hemşireliği	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Türü	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Veri toplama	26

3.5. Verilerin Analizi	28
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
4. BULGULAR	33
4.1. Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki	33
4.2. Hemşirelik Öğrencilerinde Psikolojik Acı ile İntihar Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü	34
4.2.1. Ölçme Modellerinin Test Edilmesiyle İlgili Bulgular	34
4.2.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi	39
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	51
EKLER	67
EK-1: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Checklist	
EK-2. Kişisel Bilgi Formu	
EK-3. İntihar Olasılığı Ölçeği	
EK -4. Psikolojik Acı Ölçeği	
EK-5. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	
EK-6. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-7. Etik Kurul Onayı	
EK-8. Kurum İzin Yazısı	
EK-9. İntihar Olasılığı Ölçeği Kullanım İzni	

EK-10. Psikolojik Acı Ölçeği Kullanım İzni

EK-11. Kısa Psikolojik Sağamlık Ölçeği Kullanım İzni

EK-12. Strobe Kullanım İzni

ÖZGEÇMİŞ

88



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1: Psikolojik Acının Temel Tanımlayıcıları

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 3.2. Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndekslerinin Kriterleri ve Kabulü için Kesme Noktaları

Tablo 4.1. Hemşirelik Öğrencilerinde İntihar Olasılığı, Psikolojik Acı ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki

Tablo 4.2. Yol Modeline İlişkin Yol Katsayıları ve Uyum İndeksleri

Tablo 4.3. Yol Modeline İlişkin Aracılık Etkisi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Psikolojik Acı, Kronik Fiziksel Ağrı ve Depresyonun İntihar Eğilimi Üzerindeki Etkisi

Şekil 2.2: Homeostazı veya Esnekliği Artıran veya Azaltan Faktörler

Şekil 4.1. Psikolojik Acı Ölçme Modeli t Değerleri

Şekil 4.2. Psikolojik Acı Ölçme Modeli Standardize Edilmiş Katsayıları ve Hata Varyansları

Şekil 4.3. Psikolojik Sağlamlık Ölçme Modeli t Değerleri

Şekil 4.4. Psikolojik Sağlamlık Ölçme Modeli Standardize Edilmiş Katsayıları ve Hata Varyansları

Şekil 4.5. İntihar Olasılığı Ölçme Modeli t Değerleri

Şekil 4.6. İntihar Olasılığı Ölçme Modeli Standardize Edilmiş Katsayıları ve Hata Varyansları

Şekil 4.7. Temel Yapısal Model

Şekil 4.8. Temel Model Yol Katsayıları ve t Değerleri

SİMGELER ve KISALTMALAR

ANA: American Nurses Association / Amerikan Hemşireler Derneği

APA: American Psychological Association / Amerika Psikoloji Derneği

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

KPSÖ: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

LISRELL: Linear Structural Relations / Doğrusal Yapısal İlişkiler

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association / Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği

PAÖ: Psikolojik Acı Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Science / Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi

STROBE: Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology / Epidemiyolojide Gözlemsel Çalışmaların Raporlanmasının Güçlendirilmesi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

İntihar tüm dünyada küresel bir sağlık sorunudur ve bu konuda ciddi çalışmalar yürütülmektedir. İntihar 15-29 yaş arasındaki gençlerde dördüncü ölüm nedeni olup, 2019 yılında 700.000'den fazla insan intihar ederek hayatını kaybetmiştir. (WHO, 2019). Üniversite öğrencileri intihar açısından riskli bir gruptur (Lambert ve ark., 2020). Yapılan çalışmalar sağlık alanında eğitim gören üniversite öğrencilerinin (Meltzer ve ark., 2008; Hawton ve arkadaşları, 2011) ve bu riskli grubun içerisinde yer alan hemşirelik öğrencilerinin (Durna, 2007; Mintz-Binder, 2007; Aradilla-Herrero ve ark., 2014; Gürhan ve ark., 2018; López-Narváez ve ark., 2020) diğer üniversite öğrencilerine göre daha yüksek intihar riski altında olduğunu göstermektedir. Hemşirelik öğrencilerinin %53.3'ü intihar riski taşıdığı ve %22.67'sinin intihar öyküsü olduğu tespit edilmiştir (Moraes ve ark., 2021).

Artan intihar girişimleri karşısında alınan önlemler kapsamında intihar eylemine etki eden faktörlerin araştırılması ve müdahale planlarına dahil edilmesi önem kazanmıştır. Shneidman, intihar eyleminin psikolojik acı olmadan gerçekleşmeyeceğini öne sürmüştür (Shneidman, 1999). Yapılan çalışmalarda psikolojik acının intihar ile çok yakından ilişkili olduğu ve intihar üzerinde depresyon, umutsuzluk gibi etkenlerden daha etkili olduğu saptanmış (Mee ve ark., 2006; Reisch ve ark., 2010; Olie ve ark., 2010; Li ve ark., 2017; Campos ve ark., 2019; Javed ve Munavar, 2021), Shneidman'ın intihar teorisini doğrulayan sonuçlara ulaşılmıştır (Montemarano ve ark., 2018; Ducasse ve ark., 2018; Lambert ve ark., 2020). Ducasse ve arkadaşları tarafından (2018) yapılan çalışmada psikolojik acının intiharın merkezinde olduğunu düşünmenin klinik uygulamalarda ve intiharı önleme konusunda yenilikçi terapötik stratejilerin geliştirilmesi için önemli olduğu vurgulanmıştır.

İntihar riski üzerinde belirleyici rol oynayan bir diğer faktör psikolojik sağlamlıktır. Düşük düzeydeki psikolojik sağlamlık artan intihar riski ile ilişkilendirilmiş (Roy ve ark., 2007; Liu ve ark., 2014; Rossetti ve ark., 2017) ve psikolojik sağlamlığın yüksek olmasının intihar karşısında koruyucu bir etkisi olduğu bulunmuştur (Ohana ve ark., 2014; Min ve ark., 2015). Shahram ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan sistematik derlemede, gençlerde birincil intiharı önleme yönteminin psikolojik sağlamlığı arttırmak olduğu vurgulanmıştır. Psikolojik sağlamlık oluşturulması ve arttırılmasının

(Ivbijaro ve ark., 2019), psikolojik acı ve psikolojik sağamlık arasındaki ilişkinin farklı yönlerinin ortaya konmasının (Ohana ve ark., 2014) intiharların önlenmesinde yarar sağlayabileceği belirtilmiştir. Cheng ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bibliometrik analizde 1994-2020 yılları arasında intihar ve psikolojik acı ilişkisinin ele alındığı toplam 230 makale incelenmiş ve gelecek çalışmalarda psikolojik acı ve intihar ilişkisinin pozitif psikoloji açısından değerlendirilmesi ve koruyucu faktörlerin etkisinin incelenmesi gibi önerilerde bulunulmuştur.

Öğretim üyelerinin hemşirelik öğrencilerinin intihar risk düzeyini değerlendirmesi ve tedavi için müdahale programları doğrultusunda yönlendirmesi gerekmektedir. İntihar girişimi ile karşılaşıldığında önceden planlanmış bir kriz müdahale planının olması hem öğretim üyeleri hem de öğrenciler açısından önem taşımaktadır (Mintz-Binder, 2007). Ayrıca psikiyatri hemşirelerinin intiharın önlenmesi ve intihar risk düzeyinin belirlenmesi konularında rol ve sorumlulukları vardır (Bulechek ve ark., 2017). Bu doğrultuda çalışmanın amacı psikolojik acı, intihar riski ve psikolojik sağamlık arasındaki ilişkilerin ortaya konması ve psikolojik acı ve intihar riski arasında koruyucu bir faktör olabilecek psikolojik sağamlığın bu ilişkideki aracı etkisinin belirlenmesidir. Çalışma sonuçlarının intihar risk değerlendirmelerine, intihar riskine yönelik müdahalelere ve intiharı önleme doğrultusunda yapılan uygulamalara yön vereceği düşünölmektedir. Bu alışma ile öğretim üyelerine, öğrencilerin intiharı karşısında kullanmak üzere geliştirilen kriz müdahale programlarına dahil edebilecek ve intiharların önlenmesinde riski kontrol altında tutmaya yardımcı olabilecek ilişkili faktörler konusunda bilgi sağlanacağı düşünölmektedir. Bu amaçla çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski ve psikolojik acı arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski ve psikolojik sağamlık arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik sağamlık ile psikolojik acı arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ile intihar arasındaki ilişkide psikolojik sağamlığın aracı rolü nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 İntihar

İntihar tüm dünyanın evrensel bir sorunudur ve artarak büyümeye devam etmektedir. Dünyanın her yerinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmakta ve ruh sağlığı alanında çalışmalar yürüten meslek grupları açısından oldukça önemli ve değerli bir çalışma konusu olarak nitelendirilmektedir (Eskin, 2007). İntihar, en basit şekliyle bireyin kendi yaşamına son vermesi olarak tanımlanmaktadır (Türker ve ark., 2000). Türk Dil Kurumu sözlüğünde intihar kavramı ‘Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi’ şeklinde tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 15.03.2021).

Dünya sağlık örgütü (WHO) verilerine göre 2019 yılında 700.000’den daha çok insan intihar ederek hayatını kaybetmiştir. 2019 yılı için kaba intihar oranı yüz binde 9.0 olup, 100 ölümden biri intihar sonucu gerçekleşmiştir. Kadınlar için kaba intihar hızı 100.000’de 5.4, erkekler içinse 100.000’de 12.6’dır. İntihar tüm dünya genelinde 15-29 yaş arasında trafik kazası, tüberküloz ve kişilerarası şiddetten sonra dördüncü önde gelen ölüm nedenidir. Erkeklerde intihar oranı kadınlardan 2.3 kat daha fazladır. Küresel olarak intiharlar 50 yaşından önce meydana gelmekte ve kadınlarda üçüncü, erkeklerde dördüncü önde gelen ölüm nedeni olmaktadır. İntiharların %77’si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. İntihar sonucu yaşamını kaybeden ergen yaş grubunun %88’i de düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır (WHO, 2019). İntihar nedeniyle gerçekleşen ölümlerin ve intihar girişimlerinin azaltılması WHO tarafından küresel bir hedef olarak tanımlanmıştır. Ancak mevcut veriler “2030’a kadar intihar oranlarının üçte bir oranında azaltılması” yönündeki küresel hedefe ulaşmanın zor olduğunu göstermektedir. İntihar sonucu ölüm oranlarını düşürmek için acil çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir (WHO, 2021).

Türkiye’de 2019 yılı verilerine göre intihar hızı yüz binde 4.12 olup, 2018 yılı verilerine göre yükseldiği görülmektedir. Kadınlarda intihar hızı oranı yüz binde 1.90, erkeklerde ise 6.34’tür. 15-19 yaş arası intihar hızı oranı yüz binde 4.95, 20-24 yaş arası 6.29 ve 25-29 yaş arası 5.76’dır. Yine aynı verilere göre 2019 yılında 2.626’sı erkek ve 780’i kadın olmak üzere 3.406 kişi intihar etmiştir. İntihar etme nedenleri %22 hastalık, %3.7 aile geçimsizliği, %9.4 geçim zorluğu, %0.2 ticari başarısızlık,

%2.7 Hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, %0.2 öğrenim başarısızlığı, %29.7 diğer nedenler ve %32.1 bilinmeyen nedenler olarak belirlenmiştir (<https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=%C4%B0ntihar>, Erişim tarihi: 20.05.2022).

Küresel bir halk sağlığı sorunu olan intiharın önlenmesi ve kontrol altına alınabilmesi için risk faktörlerinin doğru bir şekilde analiz edilmesi ve faktörlerin etkileşiminin anlaşılması önemlidir (Grendas ve ark., 2019). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) intihar sorununu ‘İntihar Riski’ tanısı ile ele almış ve intihar riskini “Kendine zarar verme eğilimi, hayatı tehdit eden yaralanma” şeklinde tanımlamıştır. İntihar için risk faktörlerini ise;

- Davranışsal risk faktörleri: Vasiyetname yapma veya değiştirme, eşyaları başkalarına dağıtma, düşünmeden hareket etme, tutumda belirgin değişiklik, davranışta belirgin değişiklik, okul performansında belirgin değişiklik, silah alımı, ilaç stoklama, majör depresyondan ani öforik iyileşme,
- Psikolojik risk faktörleri: Suç, madde kötüye kullanımı,
- Sosyal risk faktörleri: Toplu intiharlar, disiplin sorunları, yıkıcı aile hayatı, üzülme, çaresizlik, umutsuzluk, yetersiz sosyal destek, yasal zorluklar, yalnızlık, anlamlı ilişki kaybı, sosyal izolasyon,
- Sözlü/fiili risk faktörleri: Ölmek arzusunu dile getirmek, kendini öldürme tehdidi,
- Diğer Risk Faktörleri: Kronik ağrı şeklinde belirlemiştir.

Risk altındaki popülasyonları ise şu şekilde sıralamıştır: Adölesanlar, geleneksel olmayan ortamlarda yaşayan adölesanlar, boşanma durumu, ekonomik olarak dezavantajlı grup, yaşlılar, ailede intihar öyküsü, çocukluk istismarı öyküsü, intihar girişimi öyküsü, homoseksüel bireyler, LGBT-İ bireyler, yalnız yaşamak, erkek cinsiyet, yerli Amerikan etnik köken, taşınma, emeklilik.

NANDA, fiziksel hastalıkları, psikiyatrik hastalıkları ve ölümcül hastalıkları ise intiharla ilişkili durumlar olarak belirlemiştir (Herdman ve Kamitsuru, 2017).

2.1.1. İntihar ve Ruh Sağlığı

Bireyde herhangi bir ruh sağlığı sorununun bulunması, intihar açısından en önemli risk faktörlerinden biridir (Güleç, 2016). Ancak ruhsal bir sorunun varlığı intihar için tek

başına yeterli bir koşul değildir (Mann ve ark., 1999). Depresyon ve anksiyete intiharlar için en bilinen potansiyel risk faktörleridir. Bu iki faktör tek başına intihar üzerinde belirleyici rol oynadıkları gibi aralarında da yüksek bir korelasyon vardır (Zhang ve ark., 2019). Depresyon ve intihar riski arasında paradoksal bir ilişki söz konusudur. Depresif bozuklukta intihar riski oranı yaklaşık olarak 30 kat artmaktadır (Li ve ark., 2012). Duygudurum bozukluğu tanısı alan kişiler intihara yatkındır ve intihar riski açısından önemle takip altında tutulması gerekir. Mevcut duygudurum bozukluğunun şiddeti intihar davranışını etkileyen bir diğer faktördür. İntihar girişimleri genel olarak majör depresif atak veya karışık hastalık atakları esnasında gerçekleşmektedir. B kümesi kişilik bozuklukları (antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu) ve madde/alkol kullanımı bu ataklar sırasında intihar girişimi riskini arttırmaktadır (Isometsa, 2014). Psikiyatrik bozukluklar arasında intihar sebebiyle ölümlere en çok yol açan bozukluk bipolar bozukluktur (Miller ve Black, 2020).

Şizofreni tanısı alan her 58 kişiden biri intihar etmektedir (Zaheer ve ark., 2020). Şizofreni hastalarında intihar girişimlerinin yaygınlığını inceleyen bir meta analiz çalışmasında, şizofreninin başlangıcından itibaren intihar girişimi yaygınlığı %45,9 ve yaşam boyu yaygınlık oranı %26,8 düzeyinde bulunmuştur. Şizofreni hastalarında intihar girişimleri özellikle erken yaşlarda başlamaktadır (Lu ve ark., 2020). Bunun yanında madde ve alkol kullanımı intihar riskini iki- üç kat artıran ruhsal sağlık sorunlarından biridir. Madde ve alkol kullanımı, bağımlılık veya kötüye kullanımın söz konusu olmadığı durumlarda dahi planlanmamış intihar girişimleri için ciddi bir risk faktörüdür (Borges ve ark., 2000; Darvishi ve ark., 2020). İntihar girişiminde etkili olan ruh sağlığı sorunlarından biri de kişilik bozukluklarıdır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin yaklaşık %40'ında kişilik bozukluğu tespit edilmiştir. Kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerin %40-90'ı hayatlarının herhangi bir zaman diliminde intihar girişiminde bulunmaktadırlar. Kişilik bozukluğu bireyleri alkol ve madde kullanmaya itebilmekte ve depresif bozukluklara yatkınlığı arttırmaktadır. Kişilik bozuklukları beraberinde getirdiği psikososyal sorunlar nedeni ile bireyi intihara götüren süreçte belirleyici rol oynamaktadır (Hawton ve Van Heeringen, 2009). İntiharların bir başka psikiyatrik sebebi de yeme bozukluklarıdır (Lipson ve Sonnevile, 2020). Yeme bozukluğu bulunan bireylerin dörtte biri intihar etme düşüncesine sahiptir. İntihar sonucu yaşamını kaybetme riski anoreksiya nervoza

tanısı alan bireylerde 18 kat, bulimia nervosa tanılı bireylerde yedi kat daha fazladır (Smith ve ark., 2018). Demansa bağlı anksiyete de bireyi intihara götürebilen bir başka psikiyatrik sorundur (Cui ve ark., 2020).

2.1.2. İntihar ve Hemşirelik Öğrencileri

İntihar, ciddi bir risk grubu olan üniversite öğrencileri için özel bir endişe kaynağıdır (Lambert ve ark., 2020). WHO verilerine göre intihar, 15-29 yaş arasındaki gençlerde dördüncü ölüm nedeni olarak nitelendirilmektedir (WHO, 2019). Üniversite öğrencisi tam olarak çocuk veya yetişkin olarak sınıflandırılmaz. Üniversite dönemi çocukluktan yetişkinliğe doğru bağımsızlık ve kimlik arayışı içinde geçen bir geçiş dönemidir (Kacur ve Atak, 2011). Bu dönemde aileden uzak yaşamak, akademik rekabet, derslerde zorlanma, değişen sosyal hayata uyum güçlüğü, arkadaş ilişkilerinde zorlanma, yalnızlık korkusu, ekonomik sıkıntılar gibi pek çok stres faktörü karşısında öğrenciler başetmekte zorlanmaktadır (Erözkan, 2011; Gürhan ve ark., 2018).

Üniversite döneminin zorluklarının dışında hemşirelik öğrencileri okudukları bölüm sebebiyle diğer öğrencilere göre daha fazla stres faktörlerine maruz kalmaktadırlar. Yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin diğer öğrencilere kıyasla daha fazla stres altında oldukları ve daha fazla ruhsal sorun yaşadıkları ortaya konmuştur. Eğitimcilerin, hemşirelik öğrencilerini intihar riskine ilişkin değerlendirmede ve riskli öğrencilerin ihtiyacı olan kaynaklara ulaşmasını sağlamada sorumlu olduğu vurgulanmıştır (Stubin, 2020). Hemşirelik öğrencileri oldukça sıkı bir müfredata ve uygulama derslerine uyum sağlamaya çalışmaktadırlar ve bu süreçte ciddi stres yaşamaktadırlar (Goetz, 1998). Hemşirelik öğrencilerinden hem hastaya bakım becerisi hem de hastalık süreci ile başetme becerisi kazanması beklenmektedir. Bu durum yaş itibarı ile hayatın değişen durumları ile hala başetmeyi öğrenmeye çalışan bireyler için zorlayıcı olabilmekte ve intihar riski oluşturabilmektedir (Montes-Hidalgo ve Tomás-Sábado, 2016). Okulda uygulama alanlarında karşılaştıkları zorlayıcı durumlar, hızlı değişen klinik süreçlere uyum sağlama güçlüğü ve başarı kaygısı, yanlış yapma korkusu, travmatik yaşam deneyimlerine tanık olma, ölümlere tanık olma, durumu kötü hastalara bakım verme gibi diğer üniversite öğrencilerinden farklı ve ağır deneyimler yaşamak hemşirelik öğrencilerinin intihar düşüncelerinde ve intihar davranışlarında artışa sebep olabilmektedir. Bu bağlamda hemşirelik

öğrencilerinin intihar olasılığı açısından akranlarından daha fazla risk ile karşı karşıya kaldığı söylenebilir (Gürhan ve ark., 2018; Durna, 2007).

Hemşirelik öğrencilerinin intihar riskinin ele alındığı bir çalışmada, öğrencilerin %14'ünün intihar düşünceleri olduğu, %14'ünün intihar risk düzeyinin yüksek olarak değerlendirilebileceği ve %6.5'inin intihar girişimi öyküsü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sonuçlar doğrultusunda, hemşirelik öğrencilerinin müdahale edilmesi gereken risk altındaki bir popülasyon olduğu ve öğretim üyelerinin intihar riskini belirlemede öğrenciler ile iletişiminin önemli olduğu vurgulanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik iyilik hallerinin yükseltilmesi için müdahale programlarının oluşturulması gerektiği önerilmiştir (Aradilla-Herrero ve ark., 2014). Moraes ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin %53.3'ünün intihar riski taşıdığı ve %22.67'sinin daha önce intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Kurumlarda intihar riski taşıyan hemşirelik öğrencilerinin belirlenmesi ve intiharı önlemeye yönelik müdahale programlarının oluşturulması gerektiği belirtilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin beşte birinin hayatının herhangi bir döneminde intihar düşüncelerinin olduğu ve yaklaşık onda birinin de intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır. İntihar riskinin erken saptanmasının intiharı önleme ve tedavi açısından önemi vurgulanmıştır (Arslantaş ve ark., 2019). López-Narváez ve arkadaşları (2020) tarafından tıp ve hemşirelik öğrencilerinin intiharı önleme konusundaki tutumlarının, aileleri ve kişisel intihar öyküleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmesinin amaçlandığı çalışmada da, hemşirelik öğrencilerinin intiharı önleme konusunda en olumsuz tutumu gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim süreçlerinde, kliniklere yerleştirilmelerinde yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir (Melo ve ark., 2010).

Literatür doğrultusunda hemşirelik öğrencilerinin diğer üniversite öğrencilerine kıyasla daha yüksek intihar riski taşıdığı, bu süreçte fakültenin ve öğretim üyelerinin birtakım sorumlulukları olduğu sonucuna ulaşılabılır. Hemşirelik öğrencileri ile çalışan öğretim üyelerinin, risk teşkil ettiğini düşündüğü öğrencileri değerlendirmesi ve tedavi için müdahale programları doğrultusunda yönlendirmesi gerekmektedir. Bu bağlamda intihar girişimi ile karşılaşılacak bir kriz ortamında önceden planlanmış bir kriz müdahale planının olması hem öğretim üyeleri hem de diğer öğrenciler açısından

önemlidir (Mintz-Binder, 2007). Cardell ve arkadaşları (1999), bir hemşirelik öğrencisi intihar girişiminde bulunduğu fakültenin ve eğitimcilerin yapması gerekenlerin belirtildiği üç aşamadan oluşan bir protokol önermişlerdir ve fakültenin olası bir intihar durumunda hazırlıklı olmasının önemi üzerinde durmuşlardır. Ayrıca literatürde lise ve üniversite öğrencilerindeki intihar olasılığı üzerine yapılan çalışmalarda, sağlık bölümündeki öğrenciler üzerinde yeterince çalışılmadığı görülmektedir (Özel ve ark., 2015; Söğüt ve ark., 2011). Ek olarak, kanıtlar intihar düşüncesi içerisindeki birçok öğrencinin tedaviye erişim imkanı olmadığını ve erişimde sıkıntı yaşadığını göstermektedir. Bu sebeple üniversitelerin ruh sağlığı bilinci oluşturmaları, öğrenci sağlık hizmetlerinin intihar için olası risk faktörlerini iyi tanımlaması ve koruyucu ruh sağlığı kapsamında uygun müdahale programları oluşturmaları gerekmektedir (Bruffaerts ve ark., 2019; Lipson ve ark., 2019; Gürhan ve ark., 2018).

2.2. Psikolojik Acı

Psikolojik acı, en genel bağlamda aşırı duygusal ve şiddetli bir travmadan kaynaklanabilecek duygusal temelli bir rahatsızlık hissi şeklinde tanımlanabilir (Mee ve ark., 2011). Shneidman psikolojik acıyı olumsuz duyguların iç gözlemsel bir deneyimi, zihin veya ruhtaki acı şeklinde tanımlamış ve intihar üzerindeki etkisine de dikkat çekmiştir (Shneidman, 1999). Shneidman intiharların açıklanması ve önlenmesi alanına büyük katkılar sağlayan psiko-sosyal intihar kuramında intihar eyleminin psikolojik acı olmadan gerçekleşmeyeceğini öne sürmüştür (Shneidman, 1999). Shneidman'ın intihar teorisi psikolojik acının intihar için önemli bir risk faktörü olduğunu, bireyin psikolojik acıdan kaçmanın tek yolunu intihar etmekte bulunduğunu ve intihar eyleminin gerçekleştiğini açıklamaktadır (Shneidman, 1999; Reist ve ark., 2017). Joffe ve Sandler ise psikolojik acıyı, öz şemada varolan bir tutarsızlık olarak açıklamışlar ve gerçek benlik ile ideal benlik arasındaki bilişsel bir tutarsızlık sonucu ortaya çıktığını belirtmişlerdir. İstenen özelliklerin bulunmadığı bir benliğin olumsuz değerlendirilmesi ile psikolojik acı duyulduğu ifade etmişlerdir (Meerwijk ve Weiss, 2011). Bolger psikolojik acıyı, bireyin benliğini temsil eden ve diğerleriyle bağlantı kurmasını kolaylaştıran dış örtüyü beklenmedik bir anda ve aniden parçalayan travmatik bir olayın sebep olduğu kırılma hissi olarak tanımlamıştır. Bolger aynı zamanda acıyı yaşamının zaman içinde bireyde psikolojik olarak güçlendirici bir etkiye sahip olduğunu açıklamıştır. Bireyde kendine güven ve yeni bir anlayış ortaya

çıkardığını belirtmiştir. Psikolojik acı, zararlı fiziksel uyaranlara karşı bir yanıt olarak, fiziksel acıya benzer şekilde zararlı psikolojik uyaranlara karşı bir cevap şeklinde düşünülebilir. Psikolojik acının, hafiften şiddetliye doğru bir yoğunluk sürekliliğine sahip olduğu veya niteliksel olarak farklı alt tipleri olabileceği öngörülmektedir (Mee ve ark., 2006). Psikolojik acının özellikleri, ön koşulları ve pozitif, negatif çıktıları Tablo 2.1’de verilmiştir (Meerwijk ve Weiss, 2011).

Literatürde psikolojik acının dilsel ve beyinsel görüntüleme kanıtlarına dair çalışmalar yer almaktadır. Bireylerin yaşadıkları olumsuz bir olay sonucunda veya bir depresyon veya şizofreni hastasının fiziksel acı çekecek herhangi bir bulgusu olmadığı halde acı çekiyorum ifadesini kullanması, psikolojik acının varlığını kanıtlayan durumlar olarak düşünülebilir. Bireylerin hissettiği psikolojik acıyı fiziksel acıya atıf yaparak anlatması ve metaforlar kullanması psikolojik acının dilsel kanıtlarıdır (Biro, 2010, 2014). Yapılan beyinsel görüntüleme çalışmalarında psikolojik acı ve fiziksel acının aynı nöroanatomik temele sahip olduğu görülmüştür (Eisenberger ve ark., 2003). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında, psikolojik acının fiziksel acı ile aynı nosiseptif beyin yapılarının çoğunu aktive ettiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Mee ve ark., 2006).

Tablo 2.1: Psikolojik acının temel tanımlayıcıları

Özellikleri	Ön koşullar	Çıktıları	
		Pozitif	Negatif
• Genellikle benliğin parçalanması olarak yaşanan hoş olmayan bir duygu • Benliğin yetersizliği veya eksikliğinin olumsuz değerlendirilmesi • Çözüm için zaman alan kalıcı bir varlık durumu • Ciddi olumsuzluklara maruz kalmadan zaman içinde sürdürülmesi imkansız olan bir durumdur.	• Önemli bir psikolojik ihtiyaç ile ilişkili bir kişinin kaybı / bir şey • Önemli bir psikolojik ihtiyaç ile ilişkili bir şeyin elde edilememesi	• Uyum ve kişisel gelişim • Geliştirilmiş anlam duygusu	• Patoloji (zihinsel ve potansiyel olarak fiziksel) • İntihar

Kaynak: Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition of psychological pain. Journal of Loss & Trauma. 2011;16(5): 402–412.

2.2.1. Psikolojik Acı ve Ruh Sağlığı

Çoğu sağlık profesyoneli acı deneyiminin yalnızca bedensel bir yaralanmadan kaynaklandığını düşünürler ve acıyı/ağrıyı fiziksel bir fenomen olarak görürler (Melzack ve Wall, 1983'den Akt: Biro, 2010). Fakat acı yalnızca fiziksel değildir. Psikolojik ihtiyaçların karşılanamaması sonucunda da acı ortaya çıkabilmektedir. Bireylerin davranışlarını motive eden ve ilk kez 1938 yılında tanımlanan 20 psikolojik ihtiyaç vardır. Bunlar; kendini bir hastalığın ya da başkalarının neden olduğu utanç ve zararlardan koruma ihtiyacı, sevilme ve desteklenme ihtiyacı, güvenli bir kişisel alan ihtiyacı, başarıya ve özerkliğe duyulan ihtiyaç gibi gereksinimlerdir (Murray, 2008'den Akt: Meerwijk ve Shattell, 2012). Shneidman bu psikolojik ihtiyaçların karşılanamamasının oluşturduğu hayal kırıklığını psikolojik acı olarak tanımlamıştır (Shneidman, 1999).

Ruh sağlığı uzmanları şizofreni, depresyon, bipolar bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan bireylerde bir semptom olarak psikolojik acı ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu acı bazı hastalar için dayanılmaz bir hal alır ve yaşanan acı intiharın en sık söz edilen nedeni haline gelir (Chávez-Hernández ve ark., 2009; Meerwijk ve Shattell, 2012). Osmond ve arkadaşları (1984), depresif belirtiler gösteren, kanser, kalp krizi, çoklu ameliyatlar ve ciddi yaralanma da dahil olmak üzere hayatı tehdit eden fiziksel bir hastalık veya travma öyküsü olan 30 hasta ile görüşmeler yaparak bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Hastalara fiziksel olarak hissettikleri acı ve depresyon sonucu hissettikleri psikolojik acı arasında bir seçim yapmak zorunda kalsalar hangisini seçecekleri sorulmuştur. Bu hastaların 28'i depresyonla ilişkili olarak deneyimledikleri psikolojik acının yaşadıkları herhangi bir fiziksel acıdan daha kötü bir deneyim olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar depresyonla ilişkili psikolojik acıyı “derin incinme, anlaşılmanın ötesinde güçlü, acı ve paylaşılmamış sefalet” olarak tanımlamışlardır (Osmond ve ark., 1984'den Akt: Mee ve ark., 2006). Küçük kızını kanser sebebiyle kaybeden akut depresyonu olan bir hasta, yaşadığı psikolojik acıyı şu sözlerle anlatmaktadır: “Böbrek taşı düşürmenin, yaşayabileceğiniz en kötü acı olduğunu söylüyorlar. Yanılıyorlar. Tabii kötüydü. Acil serviste bebek gibi ağladığımı hatırlıyorum. Ama asla geçmeyen bu acıyla karşılaştırıldığında şaka gibiydi. Sadece devam ediyor ve beni içeride yiyor. Bunu hala hissediyorum, 10 yıl geçti ve her zamanki gibi yoğun.” Bu hastanın, çektiği psikolojik acıyı tanımlarken acı/ağrı kelimesini, böbrek taşları sebebiyle yaşadığı

acıda kullandığı gibi kullandığı görülmektedir. Benzer şekilde travmalar yaşayan birçok insanın yanı sıra, şizofreni ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklarda “acı” yaşayanların da yaşadıkları durumu bu şekilde tanımladığı görülmektedir (Biro, 2010). Bir psikiyatrist olan ve depresyonla mücadele eden N. Kay Redfield Jamson da yaşadığı psikolojik acıyı “kan tüpleri içeren, patlayana ve her yeri kan yapana kadar zihinde hızlı hızlı dönen dev bir sanrifüj” olarak tanımlamıştır (Biro, 2014). Mee ve arkadaşları (2006) tarafından psikolojik acının kanıtlarının ve fiziksel acı ile bağlantısının ele alındığı bir derlemede, depresyon hastalarının psikolojik acıya atıfta bulunarak 'acı' kelimesi ile psikolojik acılarını tarif ettiği alıntılara yer verilmiştir. İçerisinde intihar notlarından alıntılar da olan ifadeler, psikolojik acının fiziksel acıdan daha yoğun ve şiddetli olarak tanımlandığını, fiziksel acıdan daha kötü bir deneyim olduğunu ve intihar için ciddi bir risk faktörü olduğunu işaret etmektedir.

“40 yıldır şiddetli, tekrarlayan depresyon geçirdim. Depresyon dönemlerim sırasında hissettiğim psikolojik acı, kanserden kemiklerimdeki metastazlarla ilişkili mevcut fiziksel acımdan daha korkunç ve daha şiddetliydi.” (Mee ve ark., 2006).

2.2.2. Psikolojik Acı ve İntihar İlişkisi

Shneidman, intihar eyleminin psikolojik acı olmadan gerçekleşmeyeceğini öne sürmüştür (Shneidman, 1999). Bireyin yaşadığı psikolojik acı dayanılmaz bir seviyeye ulaştığında, birey tek ve son kaçış yolu olarak intiharı düşünebilir. (Li ve ark., 2014; Li ve ark., 2017; Reist ve ark., 2017; Campos ve ark., 2019). Psikolojik acı yaşayan birey bilişsel kısıtlanma sonucu problem çözme becerilerinde kayıplar ve bozulmalar yaşar. Problem çözme becerileri o kadar bozulmuştur ki yaşadığı psikolojik acıyı dindirmenin tek çözümünü intihar etmekte bulur (Shneidman, 1999). Bu sebeple, psikolojik acı ile ilişkili acı çekme eğilimi daha fazla olan bireylerde intihar riski daha yüksek olabilir (Olie ve ark., 2010). “Artık bu acıya dayanamıyorum” intihar notlarında bulunan en yaygın ifadelerden biridir. Bu doğrultuda psikolojik acıdan intihara giden bir süreçten söz edilebilir (Institute of Medicine, 2002’den Akt: Mee ve ark., 2006). Bu süreçte psikolojik acının intihar riski üzerindeki rolünün daha açık anlaşılabilmesi için üç boyutlu bir psikolojik acı modeli oluşturulmuştur. Bu boyutlar; duygusal, bilişsel ve kaçınma boyutlarıdır.

Duygusal boyut: Bireye acı veren duyguları temsil eden bedensel ve öznel semptomları içeren acı hissi şeklinde tanımlanır. Psikolojik acının ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik alınan önlemlerin çoğu duygusal boyut üzerine odaklanır (Hissettiğim acı fiziksel olmaktan ziyade duygusal, psikolojik bir acı.).

Bilişsel boyut: Bireylerin hayal kırıklığı, kayıp, yas ve sosyal dışlanma gibi geçmişte yaşadığı travmatik deneyimlerin anılarıyla ilgilidir (Ciddi eksikliklerim olduğunu düşündüğüm zaman acı hissediyorum.).

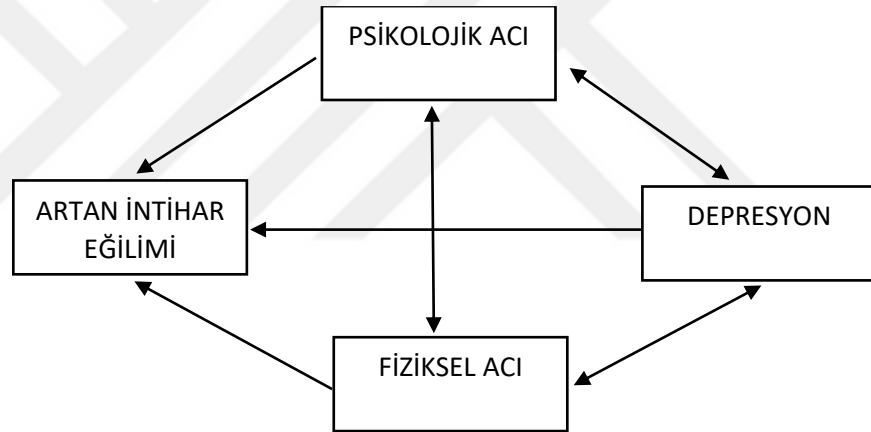
Kaçınma boyutu: İntihar için en güçlü motivasyon içeren boyuttur. Bireyin intihar etmeyi çektiği psikolojik acıdan kaçmanın bir yolu olarak görmesidir. İntihara sebep olan en önemli yordayıcıdır (O kadar fazla acı çekiyorum ki ölüm bundan kaçmanın tek yolu gibi görünüyor) (Li ve ark., 2014; Li ve ark., 2017; Campos ve ark., 2019).

Campos ve arkadaşları tarafından (2019) psikolojik acının üç boyutu ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği çalışmanın sonuçları, psikolojik acının bilişsel veya duygusal boyutundan ziyade kaçınma boyutunun her örnekte intihar düşüncesindeki anlamlı ve benzersiz varyansı açıkladığını göstermiştir. Bireyi intihar davranışına sürükleyen faktörün psikolojik acıdan kurtulma eğilimi olduğu doğrulanmıştır. Bireyin mevcut başa çıkma mekanizmaları güçlü ise psikolojik acı ile baş edebildiği ve intihar girişiminde bulunmadığı açıklanmıştır. Bu doğrultuda psikolojik acıya tolerans ve başa çıkma stratejileri üzerinde çalışmalar yapılması önerilmiştir. Psikolojik acının üç boyutunun her birinin intihar girişimi ve düşüncesi üzerinde ne kadar etkisi olduğunun araştırılması önerilmiştir.

Reisch ve arkadaşları (2010) tarafından, psikolojik acı ve intihar davranışı üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların beyin aktivasyonu, hatırlanan psikolojik acı, intihar eylemi ve nötr bir aktivite durumunda ölçülmüştür. Çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda, intihar davranışını tetikleyen psikolojik acının, azalmış prefrontal aktivite ile ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, psikolojik acıya cevap olarak intihar etmeyi planlamanın ve uygulamanın, ön kortekste artan aktivite ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu sonucun, amaca yönelik intihar davranışının psikolojik acıdan kaçmak ile ilişkili olduğunu düşündürdüğü belirtilmiştir. Olie ve arkadaşları tarafından (2010) yapılan bir çalışmada, mevcut

psikolojik acının seviyesi ve intihar düşüncesinin yoğunluğu ve sıklığı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonunda depresif bir olay sırasında psikolojik acının ölçülmesi ve gerekli bakımın verilmesinin intihar riskinin azaltılmasında önemli bir terapötik hedef olması gerektiği yönünde öneride bulunulmuştur.

Kronik ağrı çeken bireylerde görülen strese bağlı kayıplar (kişisel kayıp, sosyal fonksiyon, finansal kayıp), depresyon ve intihar eğilimine sebep olan psikolojik acıyı arttırabilir (Mee ve ark., 2006). Psikolojik acı, fiziksel acı ve majör depresyon birbirini etkileyen karmaşık ve çok boyutlu sendromlardır. Kronik fiziksel acı ve psikolojik acı, depresyona yol açabilir. Depresyon da kronik fiziksel acıyı ve psikolojik acıyı yoğunlaştırabilir (Bair ve ark., 2003; Fishbain, 2002).



Şekil 2.1. Psikolojik acı, kronik fiziksel ağrı ve depresyonun intihar eğilimi üzerindeki etkisi

Mee S, Bunney BG, Reist C, Potkin SG, Bunney WE. Psychological pain: A review of evidence. Journal of Psychiatric Research. 2006;40(8): 680 – 690.

Depresyon, intihar açısından risk oluşturan faktörlerin başında gelmektedir. Fakat tek başına intihar için yeterli değildir. Bütün depresyon hastaları intihar girişiminde bulunmaz ya da bütün intihar girişiminde bulunan bireylerde depresyon yoktur (Nock ve ark., 2010; Pompili, 2010). Sevilen bir kişinin kaybı, başarısızlık ve boşanma gibi stresörlerine maruz kalan bireyler dayanılmaz bir psikolojik acı hissedebilmektedirler. Acı düzeyine göre bu bireyler depresyona girebilmekte ve sonrasında intihar girişimlerinde bulunabilmektedirler (Mee ve ark., 2006). Majör depresif atakları olan hastalarda, intihar düşüncesi ve intihar girişimlerinde psikolojik

acının rolünün açıklanması amacıyla yapılan bir çalışmada, psikolojik acı düzeyinin intihar girişimi öyküsü bulunan hastalarda olmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Psikolojik acı boyutlarından özellikle kaçınma boyutunun intihar düşüncesi ve intihar eylemi üzerinde güçlü bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Li ve ark., 2014).

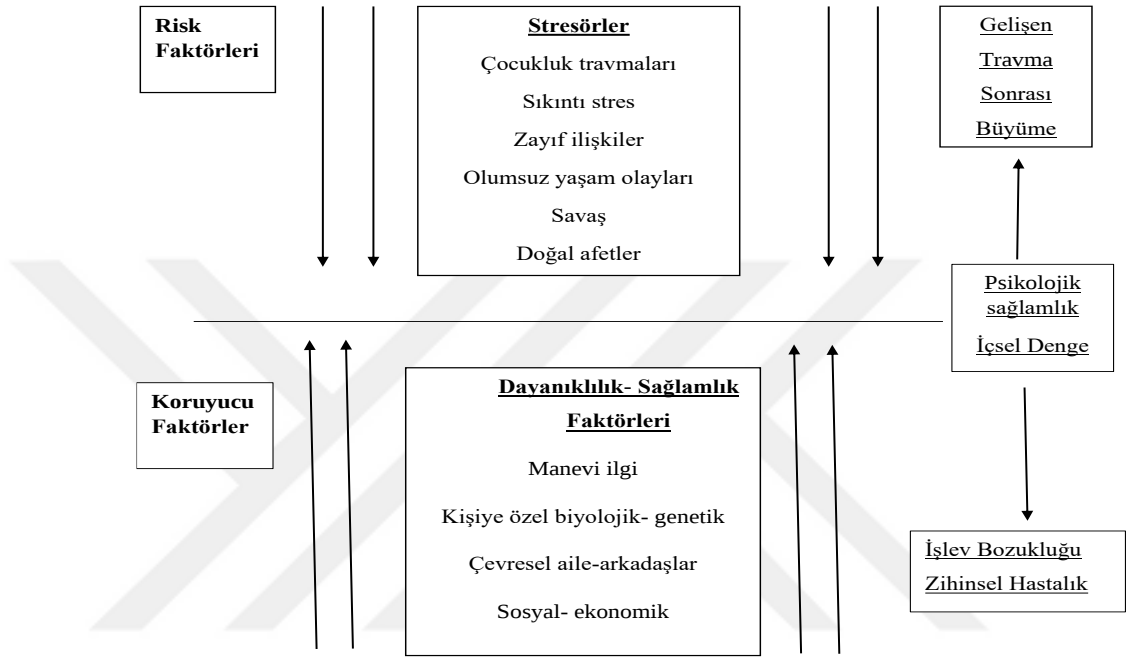
Depresyon hastalarının psikolojik acılarını anlattığı ifadelerden bireylerin depresyonun yanı sıra hissettikleri psikolojik acının daha ağır bastığı ve bu acıdan kurtulmak için yaşamlarına son vermeyi seçtikleri anlaşılmaktadır. Bireyler intiharı psikolojik acıdan kurtulmanın çözümü olarak görmektedir (Mee ve ark., 2006).

- “Hissettiğim neredeyse açıklanamaz... Hiçbir yerden çıkmıyor. Uyarı yok. Acıyı ortadan kaldırmak için neredeyse kendimi öldürüyordum... Depresyon siyah bir çukur... Ve bu acı bazen haftalarca, bazen günlerce, çoğu zaman aylarca sürüyor.” (Mee ve ark., 2006).

2.3. Psikolojik Sağlamlık Kavramı

Psikolojik sağlamlık American Psychological Association (APA)’da bireyin duygusal, zihinsel ve davranışsal esnekliği olarak tanımlanmaktadır. (<https://dictionary.apa.org/resilience>, Erişim tarihi: 10.07.2021). Psikolojik sağlamlık kavramı en temelde stres, travma gibi olumsuz olayların başarılı bir şekilde üstesinden gelme ve uyum sağlayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Bireyin karşılaştığı travma etkisi yaratan olumsuz yaşam olayları denge mekanizmasını bozar ve birey bu durumla başetmeye çalışır. Bu dinamik süreçte birey aktif rol oynar. Yeni yaşamsal tecrübeler kazanır. Yeni bilgiler, yeni tepkiler, yeni duygu ve düşünceler geliştirir. Sürecin sonunda strese, travmaya ve krize sebep olan olumsuz durumlara rağmen işlevselliğini ve kapasitesini yitirmeden yaşamına devam eder. Bireyin bütün olumsuzluklara gösterdiği direnç sahip olduğu psikolojik sağlamlığıdır. Psikolojik sağlamlık sayesinde birey zihinsel sağlığını korur veya yeniden sağlığına kavuşur. Bireydeki psikolojik sağlamlık ne kadar yüksekse stresli yaşam olayları ile o kadar iyi başa çıkar. (Wu ve ark., 2013; Rutter, 2012). Aynı yaşam olayları karşısında farklı bireylerin farklı sonuçlar yaşaması birinin daha kısa sürede iyileşmesi, daha başarılı olması psikolojik sağlamlıklarının gücüne yani olaylara gösterdiği uyum kapasitesine bağlıdır (Rutter, 2012).

Psikolojik sağlamlığın gelişmesinde pek çok faktör etkilidir. Psikolojik ve biyolojik özellikler, sosyal destek sistemleri gibi çevresel faktörler ve çocukluk yaşantıları gibi etkenler birbiri ile etkileşim içerisinde bireyin psikolojik sağlamlığının inşaa edilmesinde rol oynamaktadır (Herrman, 2011). Şekil 2.2’de bu faktörlerin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkileri gösterilmiştir.



Şekil 2.2: Homeostazı veya esnekliği artıran veya azaltan faktörler

Kaynak: Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience?. The Canadian Journal of Psychiatry. 2011;56(5): 258-265.

Psikolojik sağlamlığın birbiri ile etkileşim içerisinde, iç içe geçmiş üç boyuttan oluştuğu ileri sürölmektedir (Holt ve ark., 1987; Kobasa, 1979).

Bağlanma: Hayatın akışına dahil olma ve kendini adayabilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bireyin fiziksel veya zihinsel sağlığını bozacak kadar kendinden vazgeçmesinin önüne geçecek bağlılık hissi ve amaç duygusu vardır. Bunlar bireye stres karşısında bir direnç olarak yardım ederler. Bu bireyler gerektiği zaman yardım isteme yeteneğine sahiptirler. Bireyin kendi yaşamına has amaçları, idealleri, öncelikleri ve en önemlisi olaylar karşısında karar verebilme yetisi vardır. Birey bu sayede gerekli iç dengesini kurar ve stresli yaşam olayları karşısında dayanabilir (Holt ve ark., 1987; Kobasa, 1979).

Denetim: Bireyin karşılaştığı olayları kontrol edebilme gücüne sahip olduğuna dair inancını içermektedir. Kontrol duyguları yüksektir, bir şeyleri değiştirebileceğine ve olaylar üzerinde etkisi olduğuna inançları tamdır ve seçim yapabilme yeteneğine sahiptirler. Bu bireyler stresli yaşam olayları ile karşılaştıklarında olayı değerlendirir ve yorumlarlar. Durumla nasıl başa çıkmaları gerektiğini düşünürler ve plan yaparlar. Bu planı yaşamın olağan akışına dahil etme ve uyum sağlama yeteneğine sahiptirler. Bu sayede durumun yıkıcı etkisinden kurtulurlar ve direnç göstererek olayın üstesinden gelirler (Kobasa, 1979).

Meydan okuma: Bireyin yaşamdaki değişimleri tehdit olarak algılamaması ve olumlu yaklaşmasıdır. Yeni deneyimler edinmek bu bireyler için önemlidir. Stresli yaşam olayları karşısında ne yapacaklarını araştırır ve öğrenirler. Bilişsel olarak esnektirler. Böylece karşılaştıkları olumsuz durumları tehdit olarak algılayıp çöküş yaşamak yerine meydan okumayı seçerek olayın üstesinden gelirler ve sağlıklı kalırlar. Meydan okuma bir olay karşısında değişim ile birlikte geliştirse bireyin psikolojik sağlamlığını da güçlendirir (Holt ve ark., 1987; Kobasa, 1979).

Psikolojik sağlamlık açısından birtakım risk faktörleri vardır ve bunlar bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir.

Bireysel risk faktörleri

- ✓ Adölesan gebelik,
- ✓ Prematüre doğum,
- ✓ Kronik ve ruhsal hastalıklar,
- ✓ Utangaç kişilik,
- ✓ Düşük IQ seviyesi,
- ✓ Akademik başarısızlık,
- ✓ Madde kullanımı (Öz ve Yılmaz, 2009),
- ✓ Olumsuz yaşam olayları (Masten ve ark., 1999),
- ✓ Genetik bozukluklar (Kararımak, 2006).

Ailesel risk faktörleri

- ✓ Ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi (Chen ve George, 2005)
- ✓ Aile içi şiddet- ebeveynleri tarafından duygusal istismara maruz kalma (Arslan ve Balkıs, 2016),

- ✓ Ebeveynlerin boşanması, ayrılması, ölümü ya da tek ebeveyn ile birlikte yaşamak (Tebes ve ark., 2004; Chen ve George, 2005),
- ✓ Evlatlık olma,
- ✓ Adölesan anne olma,
- ✓ İki çocuk arası yaş farkının 2 yıldan daha kısa olması,
- ✓ Kalabalık aile (Dört ve daha fazla çocuk) (Öz ve Yılmaz, 2009).

Çevresel risk faktörleri

- ✓ Ekonomik sıkıntılar ve yoksulluk (Schoon ve ark., 2004; Kararımak, 2006),
- ✓ Yetersiz beslenme (Öz ve Yılmaz, 2009),
- ✓ Nükleer felaketler (Kararımak, 2006),
- ✓ Çocuk ihmali ve istismarı (Flores ve ark., 2004; Lansford ve ark., 2006),
- ✓ Toplumsal travmalar (savaş, doğal afetler vb.) (Goodman, 2004; Gizir 2007),
- ✓ Akran desteğinin yetersiz veya olumsuz olması (Öz ve Yılmaz, 2009),
- ✓ Toplumsal şiddet (O'Donnell ve ark., 2002; Öz ve Yılmaz, 2009),
- ✓ Ailevi felaketler (Criss ve ark., 2002),
- ✓ Evsizlik (Reed-Victor ve Stronge, 2002; Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009).

Psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi ve güçlendirilmesi bireyin koruyucu faktörlerinin etkinliği ile mümkün olmaktadır. Koruyucu faktörler olumsuz etkileri azaltır veya ortadan kaldırır. Bu sayede birey karşılaştığı olumsuz veya travmatik yaşam olayları karşısında sağlıklı bir başetme ve uyum gösterebilir. Bazı bireylerin diğerlerinden daha yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olması koruyucu faktörler ile açıklanabilir (Masten ve Coatsworth, 1998; Dearden, 2004; Gizir, 2007; Arslan, 2015).

Bireysel koruyucu faktörler

- ✓ Zeka (Kararımak, 2006),
- ✓ Akademik başarı (Cappella ve Weinstein, 2001),
- ✓ Sağlık (Gizir, 2007; Kararımak, 2006; Öz ve Yılmaz, 2009),
- ✓ Olumlu veya kolay mizaç (Vanderpol, 2002),
- ✓ Sosyal yetkinlik (Chen ve ark., 2000),
- ✓ Benlik saygısı ve özyeterlik (Mandleco ve Perry, 2000; Olsson ve ark., 2003; Kararımak ve Çetinkaya, 2016),
- ✓ İç kontrol odağı (Cowen ve ark., 1992; Kararımak ve Çetinkaya, 2016),

- ✓ Kisisel farkındalık ve kendini kabul (Mandleco ve Perry, 2000; Olsson ve ark., 2003),
- ✓ Yaşama amaçlar koyma ve gelecek için olumlu beklentiler (Kararımak, 2006; Gizir, 2007),
- ✓ Etkili problem çözme becerileri (Rutter ve Quinton, 1994),
- ✓ Özerklik (Martinek ve Hellison, 1997),
- ✓ İyimserlik ve umut (Martinek ve Hellison, 1997).

Ailesel koruyucu faktörler

- ✓ Çocuğunu destekleyen anne-babaya sahip olma (Kararımak ve Çetinkaya, 2016),
- ✓ Ekonomik imkanları iyi düzeyde bir aileye sahip olma (Reed-Victor ve Stronge, 2002; Kararımak, 2006),
- ✓ Ebeveynlerin çocuktan beklentilerinin gerçekçi olması (Kararımak ve Çetinkaya, 2016),
- ✓ Aile üyeleri ile olumlu ilişkiler kurabilme (en az biri ile) (Masten ve Coatsworth, 1998; Kararımak, 2006; Öz ve Yılmaz, 2009).

Çevresel koruyucu faktörler

- ✓ Aile dışı sosyal çevre edinebilme yeteneği ve olumlu ilişkiler kurabilme (Masten ve Coatsworth, 1998; Kararımak, 2006),
- ✓ Aile dışı bir yetişkinin sosyal desteğini alacak şekilde iletişim kurma (Gilligan, 2000; Gizir, 2007),
- ✓ İyi bir akademik eğitim alma (Masten ve Coatsworth, 1998; Kararımak, 2006),
- ✓ Arkadaş ortamında kabul edilme- Akran desteği (Criss ve ark., 2002),
- ✓ Çevreden alabileceği toplumsal kaynakları en etkili biçimde kullanabilme becerisi (Gençlik merkezleri, kaliteli okullar) (Dearden, 2004; Gizir, 2007).

Psikolojik sağlık kavramının tam olarak anlaşılabilmesi için risk ve koruyucu faktörlerin dışında olumlu sonuçlarının da ele alınması gerekmektedir (Gizir, 2007). Bahsedilen olumlu sonuçlar, bireyin değişen koşullar ve yaşanan olaylar karşısında kişisel gelişimini sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi için gösterdiği başatme ve uyum becerisi olarak açıklanabilir (Masten ve Coatsworth, 1998). Psikolojik sağlamlığın olumlu sonuçları akademik alanda başarılı olmak, olumlu bir sosyal

yaşama sahip olmak, sosyal ilişkilerinde etkin ve başarılı olmak, yaşamdan doyum alma, mutlu olma gibi olumlu duygulara, düşüncelere ve beraberinde davranışlara sahip olmak, düşük davranış problemleri, düşük duygusal problemler ya da semptomlar, psikososyal uyum bileşenlerinin varlığı ve psikopatoloji varolmaması olarak sıralanabilir (Gizir, 2007).

2.3.1. Psikolojik sağlamlık ve ruh sağlığı

Bireylerin yaşamda karşılaştıkları olumsuz olaylar, travmalar, stres yaratan durumlar ve somatik hastalıkların belli bir takım psikiyatrik bozukluklara yol açabildiği bilinmektedir. Fakat her insan bu durumlar karşısında ruh sağlığı sorunları yaşamamaktadır. Her bireyde psikopatolojinin gelişmiyor olması psikolojik sağlamlığın ruh sağlığı üzerindeki koruyucu etkisi ile açıklanmaktadır (Patel ve Goodman, 2007; Jin ve ark., 2009). Psikolojik sağlamlık psikiyatrik bozuklukların önlenmesi, tedavi edilmesi ve ruh sağlığının korunması için planlanan müdahalelerde kullanılabilecek önemli bir koruyucu alandır (Connor ve Zhang, 2006; Davydov ve ark., 2010).

Literatürdeki ruh sağlığı araştırmalarında psikolojik sağlamlık ile ilgili bazı yaklaşımlar ele alınmaktadır (Davydov ve ark., 2010). Zararı azaltma yaklaşımında, psikolojik sağlamlığın stresli yaşam olayları sonrası iyileştirici etkisinden bahsedilmektedir. Birey yaşamı zorlayıcı olumsuz bir durumla karşılaştığında zihinsel mekanizmada bozulma yaşanır. Psikolojik sağlamlık ile birey bu durumla karşılaşmadan önceki zihinsel iyilik haline geri dönebilme yeteneğine sahiptir (Tugade ve Fredrickson, 2004; Netuveli ve ark., 2008). Koruma yaklaşımında, psikolojik sağlamlık bireyin yaşamı zorlayıcı olaylar karşısında ruhsal sağlık seviyesinin korunmasını sağlayan koruyucu bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır ve bağışıklık kavramı ile benzerliği ele alınmaktadır (Patel ve Goodman, 2007). Terfi yaklaşımında, psikolojik sağlamlık bireyin ruh sağlığının desteklenmesi yönündeki katkısından söz edilmektedir. Bu yaklaşım koruma ve zarar azaltma yaklaşımlarında da kullanılabilmektedir. Birey bir sonraki karşılaşacağı olumsuz yaşam olayları karşısında psikolojik iyilik halini korumak için psikolojik sağlamlığı ile bir bariyer geliştirmektedir (Ong ve ark., 2006; Collishaw ve ark., 2007; Patel ve Goodman, 2007).

2.4. İntihar Riski, Psikolojik Acı, Psikolojik Sağlamlık ve Psikiyatri Hemşireliği

Ruh sağlığı hizmetleri, çeşitli ruhsal sorunları bulunan bireylerin alanında uzman kişilerce bakımının sağlandığı bir alandır. Bu alanda psikiyatri hemşireleri de önemli bir profesyonel meslek grubunu temsil etmektedir. Psikiyatri hemşireliğinin rolü ruhsal sorunları olan bireylerin bakımını sağlamak, zihinsel iyilik hallerini mümkün olabilecek en iyi seviyede tutmak, ruh sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi olarak açıklanabilir. Psikiyatri hemşireleri hastaları sadece fiziksel olarak değerlendirmez. Bireylere bütüncül bir bakım sağlar (Delaney ve ark., 2018; Foster ve ark., 2018; <https://dictionary.apa.org/psychiatric-nursing>, Erişim tarihi: 10.07.2021).

10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü ‘nün konusu 2019 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, “İntiharı Önleme” olarak belirlenmiştir. (<https://www.who.int/multi-media/details/preventing-suicide-world-mental-health-day-2019>, Erişim tarihi: 06.06.2022). Ruh Sağlığı Yasa çalışmaları, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, ANA tarafından belirlenen uygulama standartları, NANDA hemşirelik tanıları ve Hemşirelik Yönetmeliğinde belirtilen roller çerçevesinde psikiyatri hemşirelerinin başta intihar girişiminde bulunan ve intihar riski olan hastalara bakım vermek olmak üzere intiharın önlenmesinde, intihar risk düzeyinin belirlenmesinde ve risk düzeyinin azaltılarak intihar eylemlerinin kontrol altına alınmasında önemli rol ve sorumlulukları vardır. (<https://www.psikiyatri.org.tr/1800/ruh-sagligi-yasa-taslagi>, Erişim Tarihi: 18.07.2020; T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910; ANA, 2014; Herdman ve Kamitsuru, 2017; (T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2020-2023, Erişim tarihi: 06.06.2022).

Bireylerin ruh sağlığı intihar açısından belirleyici rol oynamaktadır. Psikiyatrik sorunlar yalnızca tek başına değil beraberinde başka ruhsal sorunlar ve başka sosyodemografik risk faktörleri eşliğinde bireylerin intihar etmesine neden olabilmektedir. İnsan biyopsikososyal bir varlık olarak ruhsal, fiziksel ve sosyal yönlerden birlikte ele alınmalıdır. Psikiyatri hemşireleri ruh sağlığının iyileştirilmesi kapsamında, bireylere bütüncül bakım sağlayarak intihar için olası risk faktörlerini olabildiğince ortadan kaldırmayı ve intihar girişimlerini en aza indirmeyi

hedeflemektedir (Bulechek ve ark., 2017; Herdman ve Kamitsuru, 2017; Delaney ve ark., 2018;)

Psikolojik acı intiharın belirleyici bir öncülüdür (Shneidman, 1999). Bu sebeple psikiyatri hemşireliği için önemli bir kavram olduğu düşünülmektedir. Bireyler hissettikleri psikolojik acıya dayanamayıp buna son vermek için intihar girişiminde bulunmaktadırlar (Lambert ve ark., 2020). Ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için çalışmalar yürüten psikiyatri hemşireleri, psikolojik acıyı yönetebilme ve acıyla etkin bir şekilde başa çıkabilme konusunda müdahaleler planlayabilir. Psikolojik acıyı etkin bir şekilde yönetebilen ve bununla başa çıkabilmeyi öğrenmiş bireyler sorunun üstesinden gelirler ve intihar riski azalır. Psikiyatri hemşireliğinin intiharların önlenmesinde psikolojik acıyı bir öncül olarak değerlendirmeye alması bireye özgü hemşirelik bakımına katkı sağlayabilir. Psikiyatri hemşireliği alanında yapılan çalışmalarda psikolojik sağlamlığa gösterilen önem ve ilginin arttığı görülmektedir (Foster ve ark., 2018). Etkisiz başa çıkma, bozulmuş dayanıklılık riski ve gelişmiş başa çıkma için hazırlık gibi hemşirelik tanıları da psikolojik sağlamlığın psikiyatri hemşireliğinin rol ve sorumluluklarının içerisinde yer alan bir kavram olduğunu göstermektedir (Herdman ve Kamitsuru, 2017).

Bireyler yaşamlarında zorlayıcı, travmatik yaşam olayları ile karşı karşıya kalırlar. Bu noktada psikiyatri hemşireliğinin rolü, ruhsal sağlığın korunması ilkesi temelinde zihinsel sağlık bozulmadan önce önlem almaktır. Yani bireyleri yaşamlarını zorlayıcı durumlar ile karşılaşmadan bu duruma hazırlamaktır (Davydov ve ark., 2010). Böylece birey hazırlıklıdır ne yapacağını, nasıl başa çıkacağını bilir ve ruhsal iyilik hali korunmuş olur. Psikolojik sağlamlık bu noktada ele alınması gereken önemli bir olgudur. Birey psikolojik sağlamlığı sayesinde değişen sürece uyum sağlama yeteneğine sahiptir ve sıkıntılı süreci başarılı bir şekilde atlatarak yeni koşullara uyum sağlar. Bireylerin psikolojik sağlamlığının yüksek olması, etkili başetme becerileri kullanması ve sürece uyum sağlaması ile yakından ilişkilidir. Bireylerin psikolojik sağlamlıkların korunması ve güçlendirilmesi psikiyatri hemşireliğinin rol ve sorumlulukları arasındadır (Collishaw ve ark., 2007; Patel ve Goodman, 2007).

Olumsuz yaşam olayları bazı bireylerde zihinsel iyilik halinde bozulmalar meydana getirir ve birtakım psikiyatrik sorunlar oluşmaya başlar. Psikiyatri hemşiresi bireyin

mevcut psikolojik sağlamlığını değerlendirir, geçmişteki başetme hikayelerini irdeler, kullandđđ etkili etkisiz başetme yollarını belirler ve bu doğrultuda hastaya zđđ tanı koyar. Böylece bireye zđđ girişimler planlayabilir. Bireyin kullandđđ etkili başetme yöntemlerinin pekiştirilmesi, etkisiz yöntemlerin kullanılmaması ve diğer başetme yöntemlerinin öğretilmesi hedeflenir. Bu süreçte psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi ve güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bireyin psikolojik sağlamlığı ne kadar güçlüyse başa çıkma ve uyum sağlama yeteneđđ o kadar gelişmiştir. Böylece bireyin zihinsel mekanizmalarında bozulma yaşanmadan önceki psikolojik iyilik haline dönüş mümkün olduğunca sağlanabilir ve zihinsel bozulmanın etkileri en aza indirgenebilir. (Netuveli ve ark., 2008).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisini incelemek amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde gerçekleştirilmiştir. (Erdoğan ve ark., 2014). Araştırmanın raporlaması Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) (Ek-1) doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (Babaoğlu ve ark., 2021; von Elm ve ark., 2008).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde toplanmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 1997 yılında Antalya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik ve Ebelik Bölümü olmak üzere iki bölümde eğitim öğretime başlamıştır. 1997-2012 yılları arasında Antalya Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü olarak devam etmiş ve resmi olarak 2012 yılında 'Hemşirelik Fakültesi' olarak kurulmuştur. Türkiye'de kurulan dördüncü hemşirelik fakültesidir (<http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/genel-tanitim/22-2/>, Erişim tarihi: 29.06.2022).

İntihar ve ilişkili konular, fakülte öğretim programında yer alan kişilerarası ilişkiler, psikoloji, mesleki iletişim, iletişim becerileri geliştirme, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği intern uygulaması derslerinde işlenmektedir. Ayrıca öğrencilerde intihar ve risk oluşturan durumlara müdahale konusunda, fakültenin psikososyal danışmanlık komisyonu ve öğrenci uyum ve geliştirme komisyonu çalışmalar yürütmektedir (<http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/mezuniyet-onesi-egitim/lisans-egitim-programi-kitabi/>, Erişim tarihi: 29.06.2022; <http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr/tum-komisyonlar/>, Erişim tarihi: 29.06.2022). Fakültede 2020-2021 eğitim öğretim yılında 651'i kız 341'i erkek olmak üzere toplamda 992 öğrenci kayıtlıdır. Son üç yıldaki kontenjan sayısı 205 olarak belirlenmiştir (<https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans.php?y=100710824#>, Erişim tarihi: 29.06.2022).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2020-2021 eğitim öğretim yılında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ne kayıtlı öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesaplama yöntemine gidilmeden örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan öğrencilerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri:

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- Hemşirelik lisans bölümüne kayıtlı olmak,
- Araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olmak.

Araştırmada 992 öğrenciden 619 katılımcıya (%62.40) ulaşılmıştır. Katılımcıların %73,7'si kadın cinsiyette, %99,4'ü bekar ve %25,5'i 20 yaşındadır. Katılımcıların %26,2'si dördüncü sınıf öğrencisi olup, %74,8'i ailesi ile birlikte yaşamaktadır. %98,93'unun annesi, %96,1'inin babası hayatta olup, %92,9'u çalışmamakta ve %72,1'i burs/kredi almaktadır. Katılımcıların %77,4'ü okuduğu bölümden, %88,7'si ise okuduğu üniversiteden memnun olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3.1'de verilmiştir. Katılımcılar intihar olasılığı ölçeğinden ortalama $32,58 \pm 16,07$ (min=4, max=86), psikolojik acı ölçeğinden ortalama $28,54 \pm 10,48$ (min=13, max=65) ve kısa psikolojik sağlamlık ölçeğinden ortalama $19,2 \pm 4,44$ (min=6, max=30) puan almışlardır.

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=619)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kız	456	73,7
	Erkek	163	26,3
Yaş	18 yaş	35	5,7
	19 yaş	106	17,1
	20 yaş	158	25,5
	21 yaş	156	25,2
	22 yaş	94	15,2
	23 yaş ve üstü	70	11,3
Sınıf	1. Sınıf	157	25,4
	2. Sınıf	150	24,2
	3. Sınıf	150	24,2
	4. Sınıf	162	26,2
Medeni durum	Evli	4	,6
	Bekar	615	99,4
Yaşanılan yer	Aile Evi	463	74,8
	Yurt/Apart	102	16,5
	Öğrenci Evi	54	8,7
Çalışma durumu	Çalışıyor	44	7,1
	Çalışmıyor	575	92,9
Burs/kredi alma durumu	Alıyor	446	72,1
	Almıyor	173	27,9
Bölümden memnun olma durumu	Memnun	479	77,4
	Memnun Değil	140	22,6
Üniversiteden memnun olma durumu	Memnun	549	88,7
	Memnun Değil	70	11,3
Annenin hayatta olma durumu	Hayatta	612	98,9
	Hayatta Değil	7	1,1
Babanın hayatta olma durumu	Hayatta	595	96,1
	Hayatta Değil	24	3,9

3.4. Veri toplama

Veriler, Kişisel Bilgi Formu (Ek-2), İntihar Olasılığı Ölçeği (Ek 3), Psikolojik Acı Ölçeği (Ek 4) ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Ek 5) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan form, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, çalışma durumu, burs/kerdi alma durumu ve üniversite ve fakülteden memnuniyet durumlarını sorgulayan toplam 11 sorudan oluşmaktadır (Bublitz ve ark., 2016; Aydın ve ark., 2017; Mussi ve ark., 2019; Mussi ve ark., 2020; Asturias ve ark., 2021).

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla Cull ve Gill (1989) tarafından geliştirilen İÖÖ, 36 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Bireylerden subjektif deneyimlerini ve geçmişteki davranışlarını göz önünde bulundurarak, dört puanlık likert ölçeğinde "Hiçbir zaman", "Bazen", "Çoğu zaman" ve "Her zaman" şeklinde puanlamaları istenmektedir. Ölçeğin uygulanması sonucunda ulaşılabilecek en yüksek puan 144, en düşük puan 36'dır. Ölçekten yüksek puan alınması bireyin yüksek intihar olasılığına sahip olduğunu göstermektedir. İÖÖ, ilk kez Eskin (1993) tarafından, sonrasında Tuğcu (1996) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. En son Batıgün ve Şahin (2018) tarafından gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarının .71 ile .81 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin ülkemizde hem üniversite öğrencileri hem de yetişkin örneklemelerde kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Batıgün ve Şahin (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ölçeğin 5. ve 19. maddelerinin çıkarılması uygun görülmüştür. Bu çalışmada ölçeğin bu son şekli kullanılmış ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .93 olarak hesaplanmıştır.

Psikolojik Acı Ölçeği (PAÖ)

Holden ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen 13 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Shneidman'ın (1999) psikolojik acı tanımlaması doğrultusunda yapılandırılmıştır. PAÖ, psikolojik acı ve intihar eğilimi arasındaki ilişkiyi araştırmak

amacıyla geliştirilmiştir. PAÖ sonuçları bireydeki psikolojik acının şiddetinden ziyade psikolojik acının bireydeki sıklığını göstermektedir (Shneidman, 1999; Holden ve ark., 2001). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Demirkol ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .98 olarak belirlenmiş ve Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin ilk dokuz maddesi beşli likert tipinde asla-her zaman aralığında, son 4 maddesi de kesinlikle katılmıyorum-kesinlikle katılıyorum aralığındadır. Yüksek puanlar psikolojik acı seviyesinin arttığını göstermektedir. Ters puanlanan ölçek maddesi bulunmamaktadır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .94 olarak tespit edilmiştir.

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

KPSÖ, Smith ve ark. (2008) tarafından psikolojik sağlamlık düzeyinin tespit edilebilmesi amacıyla geliştirilen bir ölçektir. KPSÖ, "Hiç uygun değil" ve "Tamamen Uygun" aralığında beşli likert tipinde tasarlanmış, altı maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekteki 2, 4, ve 6 nolu maddeler tersten kodlanarak puanlanmaktadır. Söz konusu maddeler tersten kodlandıktan sonra ortaya çıkan yüksek puan bireyin yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Doğan (2015) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık metodu ile incelenmiş ve iç tutarlık katsayısı .83 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .85 olarak tespit edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın verileri 2020-2021 eğitim öğretim yılında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerden elde edilmiştir. Pandemi süreci nedeniyle eğitim- öğretim uzaktan yürütüldüğü için veriler online olarak toplanmıştır. Aydınlatılmış Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu ve kullanılan diğer ölçekler online yöntemlerden Google Forms aracılığı ile düzenlenmiş, tekrarlı gönderimi engellemek için gerekli önlemler alınmıştır. Her bir katılımcı Google hesabı ile giriş yaparak çalışmaya katılmış ve aynı hesabın birden fazla katılımını engelleme ayarı açılmıştır. Böylece katılımcı tekrar cevap vermek için giriş yaptığı anda hesabı tanınarak daha önce yanıt verdiniz uyarısı ile tekrar cevaplaması engellenmiştir. Veri toplamanın ilk aşamasında sınıf temsilcileri ile görüşülmüş ve araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Sınıf temsilcilerinin, araştırmacıları öğrenci Whatsapp gruplarına dahil etmesi

sağlanmıştır. Daha sonra öğrencilere Whatsapp üzerinden araştırmanın amacı ve yöntemiyle ilgili yazılı bilgi verilmiştir. Google Forms aracılığı ile oluşturulan ölçeklerin linki öğrenci gruplarından paylaşılmış ve öğrencilerin linki tıklayarak araştırmaya katılmaları sağlanmıştır. Google Forms aracılığı ile oluşturulan Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-6) ile çalışmaya katılmaya başlamadan önce onamları alınmıştır. Katılımcılar linke tıkladıklarında ilk olarak Aydınlatılmış Onam Formu ile karşılaşmışlar ve onay verdikten sonra çalışmaya katılım sağlamışlardır. Veri toplama formları öğrencilerin kendileri tarafından online olarak doldurulmuştur. Veri toplama formlarının doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows 23.0 ve LISREL 8.71 (Linear Structural Relations) programları kullanılmıştır. Verilerin toplanması aşamasında toplamda 619 katılımcıya ulaşılmış ve elde edilen tüm veriler analize dahil edilmiştir. Analizlere başlamadan önce veriler kayıp değerler, uç değerler ve normallik açısından incelenmiştir. Verilerde herhangi bir uç değer ve kayıp değer saptanmamıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir.

Psikolojik acı ile intihar olasılığı arasında psikolojik sağlamlığın aracı etkisini belirlemek amacıyla, önce bir yapısal model kurulmuş ve Path Yol Analizi yapılmıştır. Yapısal eşitlik modellemesi çok yönlü istatistiksel bir araçtır. Gözlenen değişkenler aracılığıyla gizil değişkenlerin ölçülebilmesini sağlar. Böylece doğrudan ölçülemeyen kavramlar modele konulabilir ve gizil değişkenler arasındaki ilişkiler incelenebilir. Bu yöntemde, öncelikle ölçüm modeli uygunluk açısından test edilir daha sonra yapısal model oluşturulur (Yılmaz ve Varol, 2015; Lei ve Wu, 2007). Path Yol Analizi aracılık etkisi, dolaylı etkiler ve söz konusu değişkenler arasındaki karmaşık ilişkileri modellemede kullanılan doğrudan ve daha etkili bir analiz yöntemidir (Lei ve Wu, 2007). Path Yol Analizinin amacı söz konusu değişkenlerin birbiri ile nedensellik ilişkilerinin büyüklüğünü ve önemini tahmin etmektir. (Şahinler ve Görgülü 2000). Path Yol Analizinin en güçlü yönü, bir değişkenin bir başka değişken üzerindeki dolaylı ve doğrudan etkilerinin ölçülebilmesini sağlamasıdır. Ayrıca Path Yol Analizi

sayesinde söz konusu etkiler sadece matematiksel ölçümlerle değil görsel olarak da görülür, anlaşılabilirlik düzeyi artar ve böylece sonuçlar daha iyi bir şekilde yorumlanabilir (Kayalı, 2013).

Bu araştırmada, Path Yol Analizi öncesinde modele dahil edilen üç gizil değişken için üç ölçme modeli tanımlanmış ve test edilmiştir (Jöreskog ve Sörbom, 1993; Tabachnick ve Fidell, 2001; Kline, 2005; Çokluk, 2018). Tanımlanan ölçme modellerinde madde puanları gözlenen değişken, ölçeğin ölçtüğü nihai özellik ise örtük (gizil) değişken olarak tanımlanmıştır. Bu ölçme modelleri,

- Psikolojik acı ölçme modeli
- Psikolojik sağlamlık ölçme modeli
- İntihar olasılığı ölçme modelidir.

Temel model doğrultusunda ele alınan üç ölçme modelinin uyum değerleri ‘yapısal eşitlik modelinde uyum indekslerinin kriterleri ve kabulü için kesme noktaları’ değerleri baz alınarak değerlendirilmiştir (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Yapısal eşitlik modelinde uyum indekslerinin kriterleri ve kabulü için kesme noktaları

Uyum İndeksi	Kriterler	Kabul için Kesme Noktaları
χ^2	$P > 0.05$	——
χ^2/sd		≤ 2.5 : mükemmel uyum (küçük örneklemelerde) ≤ 3 : mükemmel uyum (büyük örneklemelerde) ≤ 5 : orta düzeyde uyum
GFI / AGFI	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	≥ 0.90 : iyi uyum ≥ 0.95 : mükemmel uyum
RMSEA	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	≤ 0.05 : mükemmel uyum ≤ 0.06 : iyi uyum ≤ 0.07 : iyi uyum ≤ 0.05 : mükemmel uyum ≤ 0.10 : zayıf uyum
RMR / SRMR	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	≤ 0.05 : mükemmel uyum ≤ 0.08 : iyi uyum ≤ 0.10 : vasat uyum
CFI	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	≥ 0.90 : iyi uyum ≥ 0.95 : mükemmel uyum
NFI / NNFI	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	≥ 0.90 : iyi uyum ≥ 0.95 : mükemmel uyum
PGFI	0 (uyum yok) 1 (mükemmel uyum)	——

Kaynak: Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. (2018). Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. 5. Baskı. Pegem Akademi, Ankara; 2018, s: 271-272.

Her bir değişkenin ölçme modelinin veriler tarafından doğrulanıp doğrulanmadığı test edildikten sonra, bu değişkenlerin arasındaki ilişkileri ortaya koyan yapısal model oluşturulmuştur (Jöreskog ve Sörbom, 1993; Tabachnick ve Fidell, 2001; Kline, 2005). Temel yapısal modelde üç örtük değişken tanımlanmıştır. Bunlar psikolojik acı,

psikolojik sağlamlık ve intihar olasılığı değişkenleridir. Bu modelde psikolojik acı dışsal (exogenous) değişkendir. Psikolojik sağlamlık ise yordanan içsel (endogenous) ve aynı zamanda aracı değişkendir. Son olarak intihar olasılığı ise temel yordanan içsel (endogenous) değişkendir.

Gerek Path Yol Analizinde gerekse ölçme modellerinin test edilmesinde yöntem olarak maksimum olasılık (Maximum likelihood) analizi yapılmıştır. Verilerin bir miktar tolere edilebilir düzeyde normalden sapması nedeniyle Satorra-Bentler ki-kare değerini elde etmek amacıyla analizler Tetrakorik Kovaryans Matrisi üzerinden yapılmıştır. İekli korelasyonlarda varsayımların karşılanması nedeniyle Pearson Korelasyonu hesaplanmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2001; Büyüköztürk, 2019). Ölçek ifadelerinin, alt boyutların ve ölçek genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunulmuştur. Çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanarak iç tutarlılık güvenirliliği sınanmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi 0.05 değer olarak kabul edilmiştir. Etki büyüklüğünün belirlenmesinde Cohen (1988) tarafından önerilen etki büyüklüğü (d) referans aralıkları baz alınmıştır. Buna göre ‘d’ değerinin 0.2’den küçük olması zayıf etki büyüklüğü, 0.5 ve üzeri olması orta etki büyüklüğü ve 0.8’den büyük olması kuvvetli etki büyüklüğü olarak değerlendirilmiştir.

Verilerin analizinde istatistik alanında uzman bir öğretim üyesinden profesyonel destek alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (Tarih: 11.11.2020, Karar No: KAEK-844) (Ek-7) alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi’nden kurum izni alınmıştır (Ek-8). Örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan öğrencilere araştırmanın amacı hakkında ön bilgi verilmiş, araştırmaya katılımın gönüllölük esasına dayalı olarak gerçekeştirileceği belirtilmiştir. Araştırma örnekleme alınacak öğrencilerden Aydınlatılmış Onam Formu kullanılarak izin alınmıştır. Ayrıca İÖÖ için, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılarından biri olan A.D Batıgün’den (Ek-9), PAÖ için M.E. Demirkol’dan (Ek-10), KPSÖ için T. Doğan’dan (Ek-11) ve STROBE Checklisti için, Türkçe

uyarlamasını yapan M.A Tekindal'dan (Ek-12) e-posta yoluyla kullanım izni alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sonuçları Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencileri ile sınırlıdır.



4. BULGULAR

Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları iki ana başlık altında verilmiştir. Bunlar;

- Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki,
- Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ile intihar riski arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü.

4.1. Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki

Çalışmanın ilk üç araştırma sorusu ile ilgili bulgular bu başlık altında verilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin intihar olasılığı puanları ile psikolojik acı puanları arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki olduğu ($r = .74, p < .01$) ve bu iki değişken arasında %55 düzeyinde ortak varyans olduğu ($R^2 = .55$) belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin intihar olasılığı puanları ile psikolojik sağlamlık puanları arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu ($r = -.52, p < .01$) ve bu iki değişken arasında %27 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .27$) olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin psikolojik acı puanları ile psikolojik sağlamlık puanları arasında ise orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu ($r = -.53, p < .01$) ve bu iki değişken arasında %28 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .28$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hemşirelik öğrencilerinde intihar olasılığı, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki (n= 619)

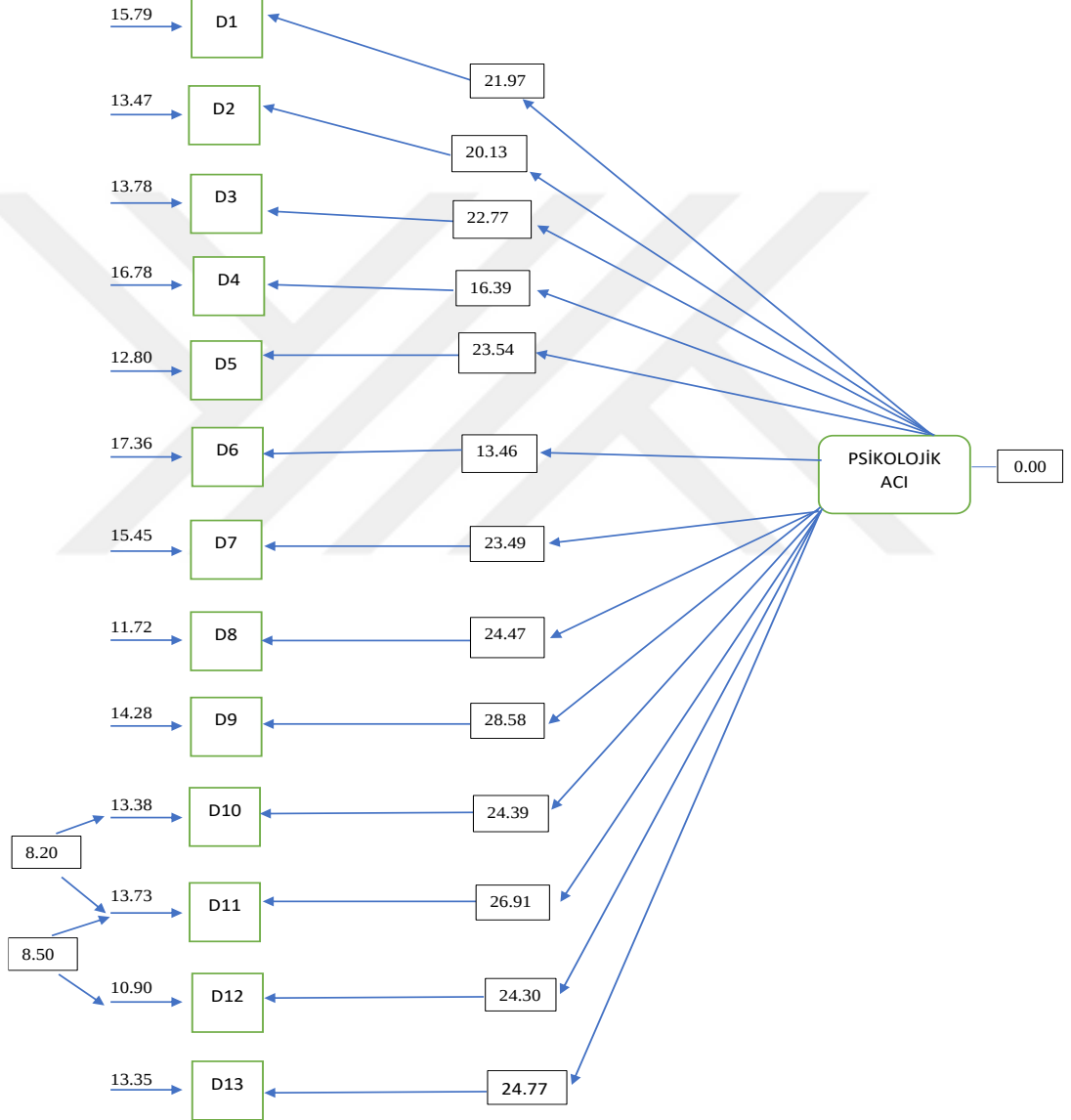
DEĞİŞKENLER	İntihar Olasılığı	Psikolojik Acı	Psikolojik Sağlamlık
İntihar Olasılığı	1	,738**	-,522**
Psikolojik Acı	,738**	1	-,530**
Psikolojik Sağlamlık	-,522**	-,530**	1

**p<.01

4.2. Hemşirelik Öğrencilerinde Psikolojik Acı ile İntihar Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü

4.2.1. Ölçme Modellerinin Test Edilmesiyle İlgili Bulgular

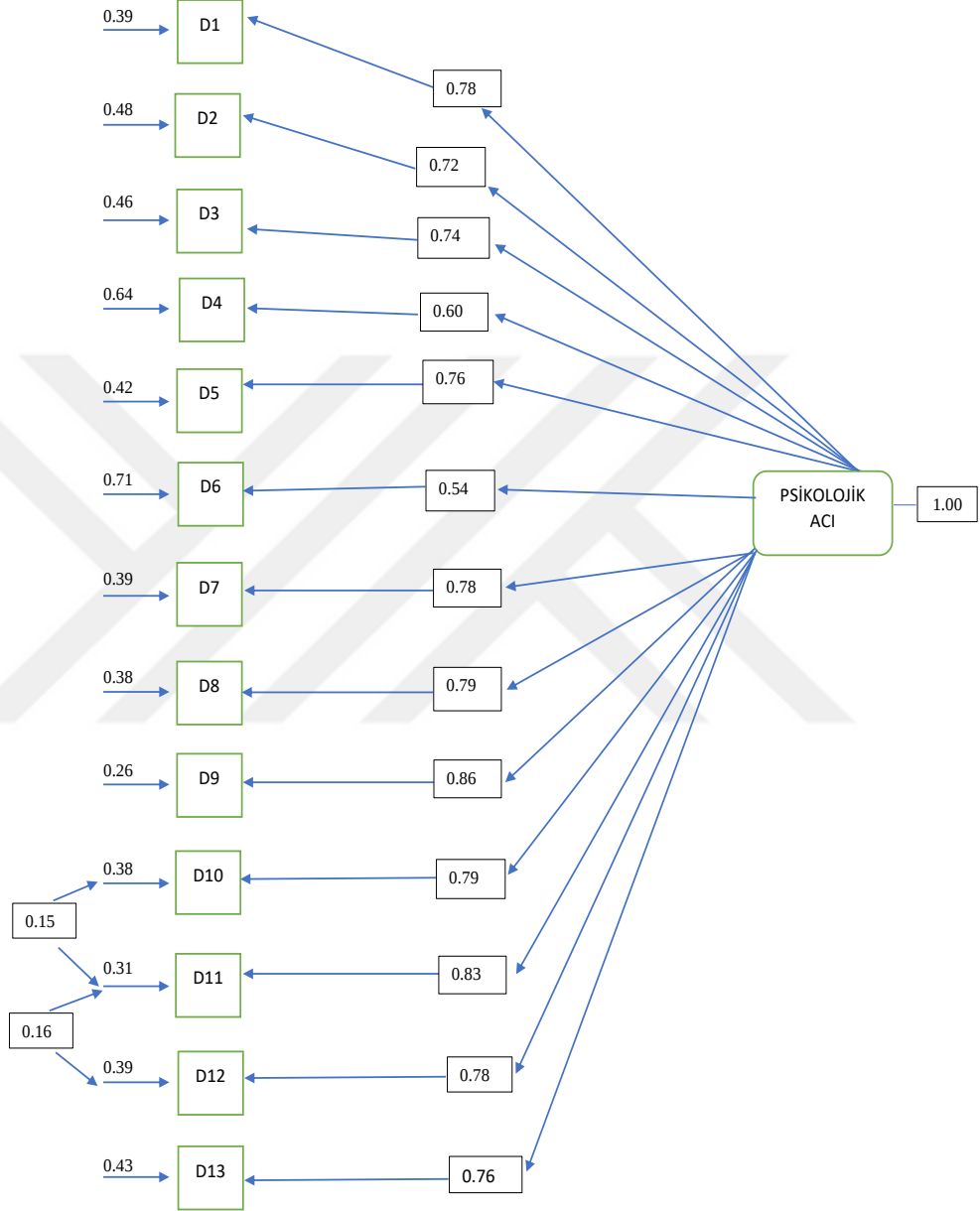
Psikolojik Acı Ölçme Modeli: Psikolojik acı ölçeği on üç gösterge (madde) ve tek faktörden oluşmaktadır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen t değerleri Şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1. Psikolojik acı ölçme modeli t değerleri

Şekil 4.1’de görüldüğü üzere gizil değişkenin gözlenen değişkenleri açıklamada tüm t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Buna göre t değerleri 13.46 ile 28.58

arasında değişmektedir. Gözlenen değişkenlerin standardize edilmiş katsayıları ile göstergelerin hata varyansları ise Şekil 4.2’de verilmiştir.



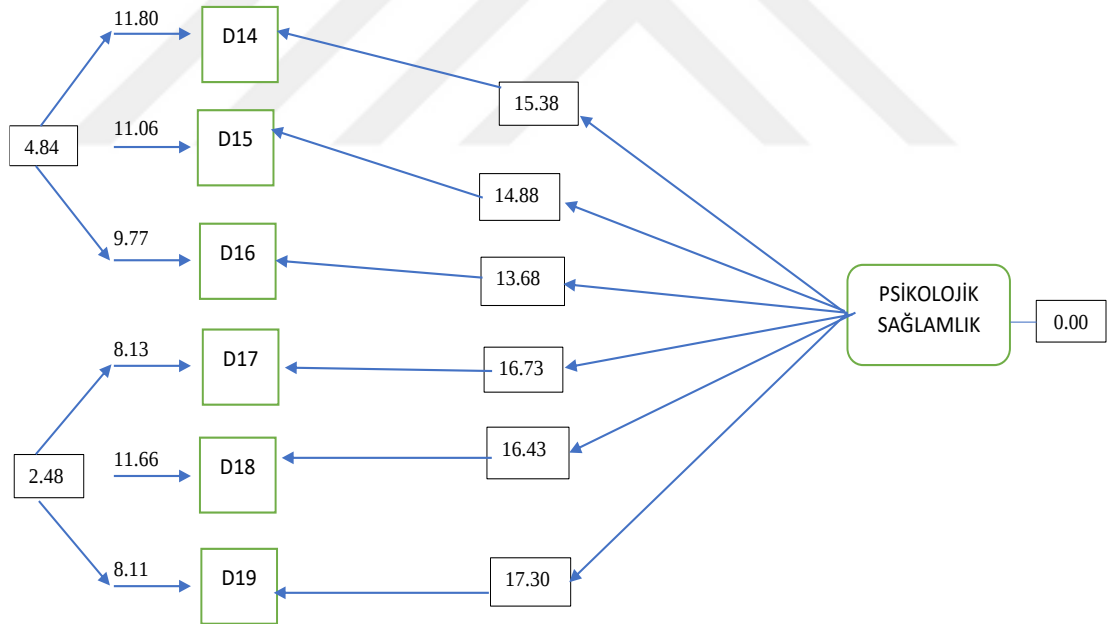
Şekil 4.2. Psikolojik acı ölçme modeli standardize edilmiş katsayıları ve hata varyansları

Şekil 4.2’de görüldüğü üzere gözlenen değişkenlerin standardize edilmiş katsayılarının .54 ile .86 arasında, hata varyanslarının ise .26 ile .71 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

Ölçme modelinin uyum indeksleri incelendiğinde uyum indeksleri $SB\chi^2(63)=295.27$,

$p=.000$, $SB\chi^2/sd=4.69$, $RMSEA=.077$ (.068;.086), $NNFI=.98$, $CFI=.99$, $SRMR=.037$ ve $GFI=.92$, $AGFI=0.88$ olarak belirlenmiştir. Modifikasyon önerileri incelendiğinde iki modifikasyonun yapılmasına karar verilmiştir. Buna göre 10. ve 11. göstergeler ile 11. ve 12. göstergeler arasında modifikasyon yapılmıştır. Yapılan modifikasyonların χ^2 'ye anlamlı katkı getirdiği belirlenmiştir ($p=.000$). Ölçme modelinin uyum indeksleri yorumlandığında $SB\chi^2/sd$ değeri orta derecede uyum, $RMSEA$ değeri iyi uyum, $NNFI$ değeri mükemmel uyum, CFI değeri mükemmel uyum, $SRMR$ değeri mükemmel uyum, GFI değeri iyi uyum, $AGFI$ iyi uyum kriterlerini karşılamaktadır. Genel olarak uyum indekslerinin kabul değeri koşulunu büyük ölçüde karşıladığı görülmektedir.

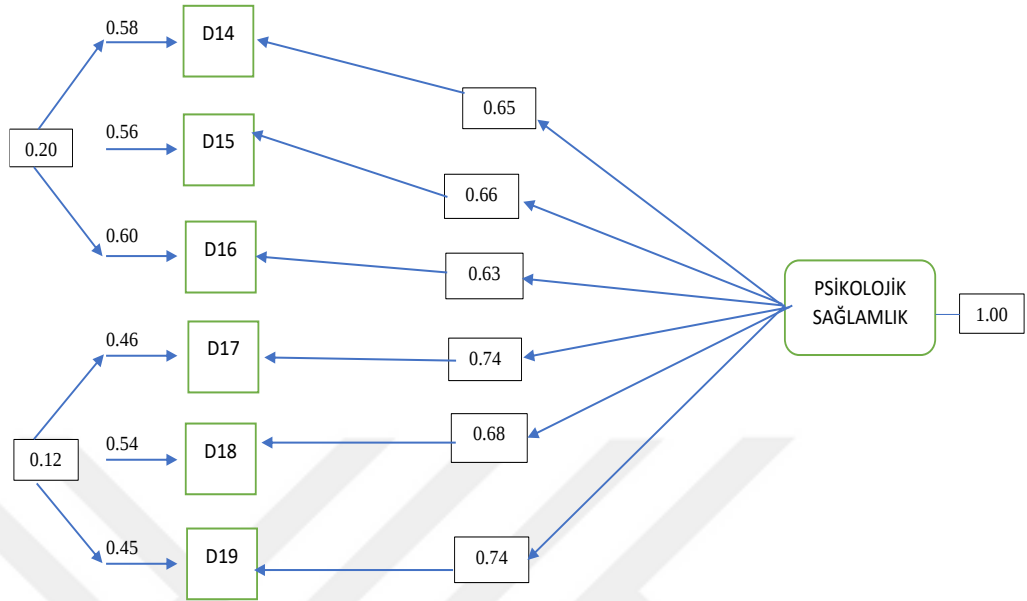
Psikolojik Sağlamlık Ölçme Modeli: Psikolojik sağlamlık ölçeği altı gösterge (madde) ve tek faktörden oluşmaktadır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen t değerleri Şekil 4.3'te verilmiştir.



Şekil 4.3. Psikolojik sağlamlık ölçme modeli t değerleri

Şekil 4.3'te görüldüğü üzere gizil değişkenin gözlenen değişkenleri açıklamada tüm t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Buna göre t değerleri 13.68 ile 17.3 arasında değişmektedir.

Gözlenen değişkenlerin standardize edilmiş katsayıları ile göstergelerin hata varyansları ise Şekil 4.4'te verilmiştir.

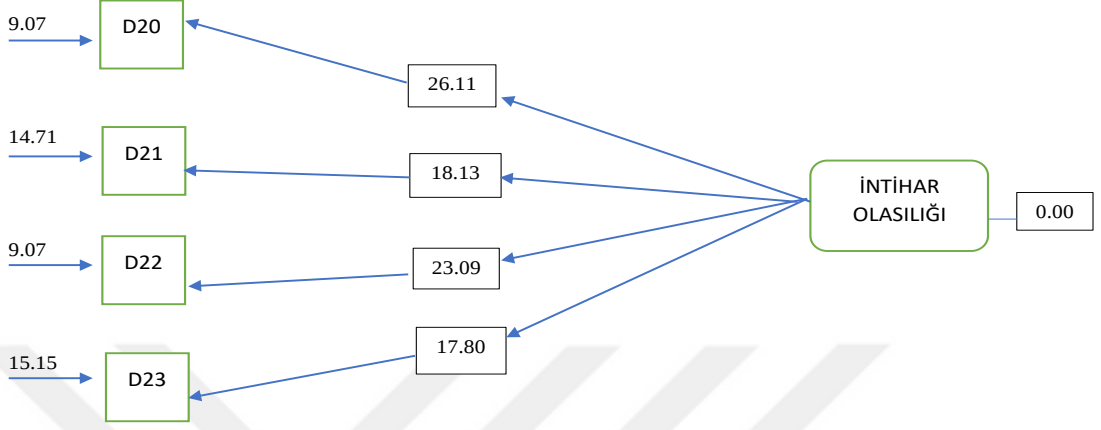


Şekil 4.4. Psikolojik sağlamlık ölçme modeli standardize edilmiş katsayıları ve hata varyansları

Şekil 4.4'te görüldüğü üzere gözlenen değişkenlerin standardize edilmiş katsayılarının .63 ile .74 arasında, hata varyanslarının ise .45 ile .60 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

Ölçme modelinin uyum indeksleri incelendiğinde uyum indeksleri $SB\chi^2(7)=11.49$, $p=.118$, $SB\chi^2/sd=1.64$, $RMSEA=.032$ (.000;.064), $NNFI=1.00$, $CFI=1.00$, $SRMR=.019$, $GFI=.99$ ve $AGFI=0.98$ olarak belirlenmiştir. Modifikasyon önerileri incelendiğinde iki modifikasyonun yapılmasına karar verilmiştir. Buna göre 1. ve 3. göstergeler ile 4. ve 6. göstergeler arasında modifikasyon yapılmıştır. Yapılan modifikasyonların χ^2 'ye anlamlı katkı getirdiği belirlenmiştir ($p=.000$). Ölçme modelinin uyum indeksleri yorumlandığında $SB\chi^2/sd$ değeri mükemmel uyum, $RMSEA$ değeri mükemmel uyum, $NNFI$ değeri mükemmel uyum, CFI değeri mükemmel uyum, $SRMR$ değeri mükemmel uyum, GFI değeri mükemmel uyum, $AGFI$ değeri mükemmel uyum kriterlerini karşılamaktadır. Genel olarak uyum indekslerinin kabul değeri koşulunu büyük ölçüde karşıladığı görülmektedir.

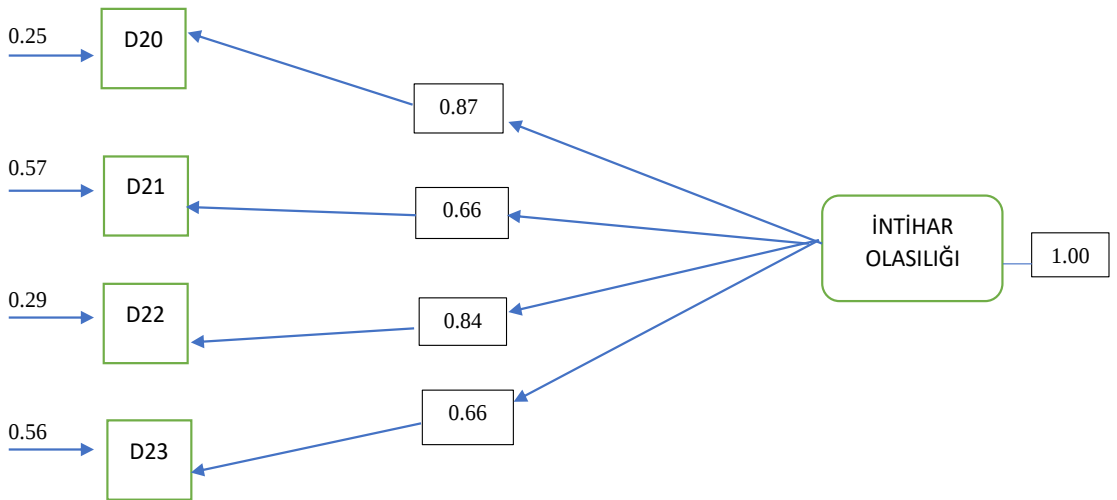
İntihar Olasılığı Ölçme Modeli: İntihar olasılığı ölçeği 34 gösterge (madde) ve dört faktörden oluşmaktadır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen t değerleri Şekil 4.5'te verilmiştir.



Şekil 4.5. İntihar olasılığı ölçme modeli t değerleri

Şekil 4.5'te görüldüğü üzere gizil değişkenin gözlenen değişkenleri açıklamada tüm t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Buna göre t değerleri 17.80 ile 26.11 arasında değişmektedir.

Gözlenen değişkenlerin standardize edilmiş katsayıları ile göstergelerin hata varyansları ise Şekil 4.6'da verilmiştir.



Şekil 4.6. İntihar olasılığı ölçme modeli standardize edilmiş katsayıları ve hata varyansları

Şekil 4.6’da görüldüğü üzere gözlenen değişkenlerin standardize edilmiş katsayılarının .66 ile .87 arasında, hata varyanslarının ise .25 ile .57 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

Ölçme modelinin uyum indeksleri incelendiğinde uyum indeksleri $SB\chi^2(2)=10.14$, $p=.006$, $SB\chi^2/sd=5.07$, $RMSEA=.081$ (.037;.13), $NNFI=.98$, $CFI=.99$, $SRMR=.018$, $GFI=.99$ ve $AGFI=0.96$ olarak belirlenmiştir. Analizde herhangi bir modifikasyon yapılmamasına karar verilmiştir. Ölçme modelinin uyum indeksleri yorumlandığında $SB\chi^2/sd$ değeri orta düzeyde uyum, $RMSEA$ değeri iyi uyum, $NNFI$ değeri mükemmel uyum, CFI değeri mükemmel uyum, $SRMR$ değeri mükemmel uyum, GFI değeri mükemmel uyum, $AGFI$ değeri mükemmel uyum kriterlerini karşılamaktadır. Genel olarak uyum indekslerinin kabul değeri koşulunu büyük ölçüde karşıladığı görülmektedir.

Temel model doğrultusunda ele alınan üç ölçme modeli doğrulanmış ve yol modelinde birer değişken olarak kullanılmıştır.

4.2.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi

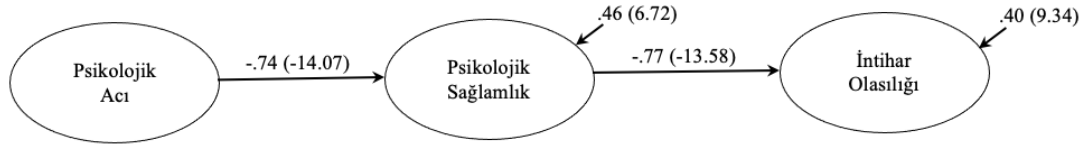
İntihar olasılığı ile ilişkisi olduğu düşünülen psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin bir bütün olarak ele alındığı model, temel yapısal model olarak tanımlanmıştır. Şekil 4.7’de doğruluğu test edilen temel modeldeki değişkenler arası ilişkiler gösterilmektedir.



Şekil 4.7. Temel yapısal model

Şekil 4.7’de görüldüğü gibi, temel yapısal modelde psikolojik acı dışsal, psikolojik sağlamlık yordanan içsel ve intihar olasılığı temel yordanan içsel değişken olmak üzere üç örtük değişken tanımlanmıştır. Bu doğrultuda yapılan yol analizi sonucunda

elde edilen yol katsayıları ve t değerleri (parantez içinde verilmiştir) Şekil 4.8’te verilmiştir.



Şekil 4.8. Temel model yol katsayıları ve t değerleri

Şekil 4.8’de görüldüğü üzere, yol modelinde her iki yol katsayısı da anlamlıdır. Yol modelin doğrulanıp doğrulanmadığına ilişkin uyum indeksleri Tablo 4.2’te sunulmuştur.

Tablo 4.2. Yol modeline ilişkin yol katsayıları ve uyum indeksleri

	β katsayısı	t değeri
Psikolojik Acı → Psikolojik Sağlamlık	-.74	-14.07
Psikolojik Sağlamlık → İntihar Olasılığı	-.77	-13.58
UYUM İNDEKSLERİ		
SB χ^2		845.41
p		.000
sd		224
χ^2 /sd		3.77
RMSEA		.067 (.062; .072)
SRMR		.082
GFI		.88
NNFI		.98
CFI		.98

Analiz sonuçları incelendiğinde, $SB\chi^2$ ve serbestlik derecesi oranının 3'ün altında olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuca göre uyumun RMSEA değerinin 0.08'in, SRMR değerinin yaklaşık olarak .080 sınırında, GFI değerinin .90'nın altında, NNFI ve CFI değerlerinin ise 0.95'in üstünde olduğu görülmüştür. Uyum indeksleri incelendiğinde $SB\chi^2$ değerinin iyi uyum, RMSEA değerinin iyi uyum, SRMR değerinin iyi uyum, GFI değerinin iyi uyum, NNFI değerinin mükemmel uyum ve CFI değerinin mükemmel uyum kriterlerini karşıladığı görülmektedir. Modele ait uyum indeksleri genel olarak incelendiğinde, genel olarak uyum indekslerinin kabul değeri koşulunu büyük ölçüde karşılamaktadır.

Yol Modelinde Aracılık İlişkisine İlişkin Bulgular

Yol modelinde tanımlanan aracılık etkisine ilişkin bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Yol modeline ilişkin aracılık etkisi

	β^1	β^2	Etki Büyüklüğü	t	Karar
Psikolojik Acı →	-.61 /-.20	.68	.57	14.96	Geniş etki
Psikolojik Sağlamlık →					büyüklüğü ve yarı
İntihar Olasılığı					aracılık etkisi

¹ Doğrudan etkilere ilişkin beta katsayısı

² Dolaylı etkiye ilişkin beta katsayısı

Tablo 4.3'te görüldüğü üzere Psikolojik acı ile intihar olasılığı arasında psikolojik sağlamlığın aracılık etkisi test edilmiş ve aracılığın yarı aracılık etkisi olduğu belirlenmiş, diğer taraftan da etki büyüklüğünün geniş olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinde intihar olasılığı ile psikolojik acı arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki olduğu ($r = .74$, $p < .01$) ve %55 düzeyinde ortak varyans olduğu ($R^2 = .55$) belirlenmiştir. Bir başka deyişle psikolojik acı düzeyi arttıkça intihar olasılığı artmakta, psikolojik acıdan yola çıkarak intihar olasılığının varyansının %55'i açıklanabilmektedir.

Shneidman psiko-sosyal intihar kuramında psikolojik acı olmadan intihar eyleminin gerçekleşmeyeceğini öne sürmüştür (Shneidman, 1999). Daha sonra yapılan pek çok çalışma psikolojik acı ve intihar ilişkisini ve Shneidman'ın intihar teorisini desteklemiştir. Üniversite öğrencilerinin intihar eğiliminde rol oynayan faktörlerin incelendiği bir derlemede, eğitimcilerin öğrencilerdeki intihar riskini azaltmak için kontrol edebilecekleri önemli değişkenlerden birinin psikolojik acı olduğu belirtilmiştir. Psikolojik acının bireydeki umutsuzluk ve depresyon çözümlendikten sonra bile intihar riskini arttırabilecek önemli bir faktör olduğu üzerinde durulmuştur (Javed ve Munavar, 2021). Pereira ve Campos (2021) tarafından yapılan çalışmada, ailede intihara maruz kalma ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkide psikolojik acının tam aracılık etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ailede intihara maruz kalmanın psikolojik acıya ve üstesinden gelinemeyen psikolojik acının da intihar düşüncesine yol açtığı bulunmuştur. Berardelli ve arkadaşları tarafından (2020) gerçekleştirilen çalışmada ise psikiyatrik tanı tipine bakılmaksızın, mevcut psikolojik acının belirlenmesinin intihar riskini tahmin etmede önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Sonuçlar doğrultusunda, psikolojik acının değerlendirilmesi ve kontrol edilmesinin, intihar için diğer risk faktörlerinin etkisinin büyük ölçüde zayıflatılması açısından gerekli olduğu vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalar psikolojik acının intihar riski üzerinde, depresyon ve umutsuzluk gibi intihar riski ile ilişkili olan diğer faktörlerden daha fazla etkisi olduğunu göstermektedir (Levi ve ark., 2008; Reisch ve ark., 2010; Troister ve ark., 2015; Montemarano ve ark., 2018; Lambert ve ark., 2020; Frumkin ve ark., 2021; Calati ve ark., 2022).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Psikolojik acı intihar riskinde önemli bir belirleyici faktördür. Psikolojik acının artması intihar riskinin de artmasına sebep olmaktadır. Bu doğrultuda psikolojik acı intihar riskinin saptanması için bir öncül olarak değerlendirilebilir. Psikolojik acının şiddetine, bireyin

bunu algılayış şekline ve tolere edebilme gücüne bakarak birey hakkında risk skalası oluşturulabilir. Bu risk skalası hem intihara hem de diğer ruhsal sorunlara yatkınlığı belirlemede yol gösterici olabilir. Böylece hem intiharın önlenmesinde hem de bireylerin ruh sağlığının iyileştirilmesinde katkı sağlayabilir.

Yapılan bir çalışmada psikolojik acı ve anksiyete duyarlılığına yönelik yapılan terapötik müdahalelerin intihar riskini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Demirkol ve ark., 2022). Campos ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada bireyleri intihara iten faktörün psikolojik acıdan kurtulma isteği olduğu doğrulanmıştır. Güçlü başa çıkma mekanizması sayesinde bireylerin psikolojik acı ile baş edilebildiği ve intihar girişiminin gerçekleşmediği belirlenmiştir. Tanrıverdi ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada psikolojik acı düzeyinin artmasına paralel bir şekilde intihar riskinin de arttığı görülmüştür. Ruhsal iyilik halinin yüksek olmasının intihar riskini ve psikolojik acıyı azalttığı belirlenmiş ve psikiyatri hemşirelerinin psikolojik acı ve intihar olasılığı düzeyini, riskli davranışlar ortaya çıkmadan önce önleyebilmek amacıyla değerlendirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada da psikolojik acının ölçülmesi ve gerekli bakımın verilmesinin intihar riskini azaltmada önemli bir terapötik hedef olması gerektiği ortaya konmuştur (Olie ve ark., 2010). Çalışmada hedef grup hemşirelik öğrencileri olsa da, genç yetişkin grubu kapsamından dolayı elde edilen sonuçların genel popülasyonda geçerli olabileceği varsayılarak, çalışmada elde edilen sonuçların intiharı önleme anlamında uygulama alanlarında da kullanılabileceği öngörülmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin ve eğitimcilerin psikolojik acıyı, intihar açısından bir risk faktörü olarak kabul etmesi ve riskli gruptaki bireyleri psikolojik acı açısından değerlendirip gözlemlemesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir. Riskli gruplara yönelik planlanan terapötik müdahalelere psikolojik acı yönetimi ve başetme stratejileri konusunda etkili müdahaleler eklenebilir. Hemşirelik öğrencileri için bu müdahaleler kurum bünyesinde uygulamaya konulabilir. Böylece psikolojik acıdan intihara giden süreç çok yönlü kontrol edilerek intiharların önlenmesinde yarar sağlanabilir.

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinde intihar olasılığı ile psikolojik sağlık arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu ($r = -.52$, $p < .01$) ve bu iki değişken arasında %27 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .27$) olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle psikolojik sağlık düzeyi arttıkça intihar olasılığı azalmakta, psikolojik

sağlamlıktan yola çıkarak intihar olasılığının varyansının %27'si açıklanabilmektedir. Bireylerin karşılaştığı olumsuz yaşam olayları ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmesi ve uyum sağlayabilmesi süreci psikolojik sağlamlık ile açıklanmaktadır (Kararırmak, 2006; Gizir, 2007; Arslan, 2015). Bireylerdeki psikolojik sağlamlığın yüksek olmasının intihar düşünceleri karşısında koruyucu bir etkisi olduğu bulunmuştur (Min ve ark., 2015). Depresyondaki ergenlerde düşük psikolojik dayanıklılığın intihar girişimlerine sebep olduğu bildirilmiştir (Nrugham ve ark., 2010). İntihar girişimi öyküsü olan kişilerde psikolojik sağlamlık düzeyleri düşük bulunmuş ve bu durum intihar riskinin artması ile ilişkilendirilmiştir (Rossetti ve ark., 2017; Knowles ve ark., 2021). Montes-Hidalgo ve Tomás-Sábado (2016) tarafından hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada düşük benlik saygısı ve düşük psikolojik sağlamlığın intihar riskini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Harris ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, şizofreni tanısı almış bireylerde intihar düşüncesi ve intihar davranışlarını anlamada psikolojik dayanıklılığın önemli bir faktör olduğu ve psikolojik dayanıklılığın intihar üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ortaya konmuştur. Gençlerde dayanıklılık ve intihar ilişkisinin ele alındığı bir başka sistematik literatür taramasında gençlerde intiharları önlemeye yönelik birincil önleme metodunun psikolojik sağlamlık olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Shahram ve ark., 2021). Bu çalışmanın sonuçları mevcut literatürde elde edilen bulguları destekler nitelikte olup, düşük psikolojik sağlamlığın intihar riski ile ilişkili olduğu nu göstermektedir. Psikolojik sağlamlığın artmasının intihar riskini azaltmadaki etkisi göz önünde bulundurularak intiharların önlenmesi ve intihar risk yönetimi yönünde oluşturulan müdahalelerde psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesine yönelik girişimler planlanabilir. Bu müdahale planlarının ve psikolojik sağlamlığın intihar için koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmesinin bireylerin intihar riskini azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu amaçla hemşirelik öğrencilerinde psikolojik sağlamlık oluşturulması ve güçlendirilmesine yönelik eğitimler okul programlarına dahil edilebilir.

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ile psikolojik sağlamlık arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu ($r = -.53, p < .01$) ve bu iki değişken arasında %28 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .28$) olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle psikolojik acı düzeyi arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyi azalmakta, psikolojik sağlamlıktan yola çıkarak psikolojik acının varyansının %28'i açıklanabilmektedir.

Ohana ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyi daha düşük psikolojik acı ile ilişkilendirilmiş ve iki değişken arasında negatif yönde bir ilişkiye ulaşılmıştır. Bir başka çalışmada da psikolojik acı ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Daha güçlü bir psikolojik dayanıklılığa sahip olmanın daha düşük psikolojik acı hissedilmesine olanak sağladığı ve psikolojik dayanıklılığın psikolojik acı için koruyucu bir faktör olduğu bildirilmiştir (Zhang ve ark., 2022). Bulgularımız literatürdeki çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bu doğrultuda psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesiyle psikolojik acının azaltılabileceği sonucuna ulaşılabilir. Psikolojik sağlamlık, dayanılmaz psikolojik acıdan kaçmak için güçlü bir motivasyon bileşeni olarak düşünülebilir. Böylece psikolojik sağlamlık, psikolojik acının azaltılmasında ve kontrol edilmesinde bir öncül olarak değerlendirilebilir. Hemşireler psikolojik acı ile başa çıkma konusunda planlanacak müdahalelere psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesine yönelik müdahaleler ekleyebilir. Aynı şekilde bu müdahalelerin hemşirelik öğrencileri için de uygun şekilde yürütülmesinin öğrencilerin psikolojik acı düzeylerinin kontrol edilebilmesi, intihar riskinin azaltılması ve ruhsal iyilik hallerinin korunması için yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Psikolojik acı ve intihar arasındaki ilişkinin mevcut çalışmalarla ve bu çalışmadan elde edilen sonuçlarla da doğrulandığı görülmektedir. Ancak bu ilişkiye etki eden başka faktörlerin olup olmadığı konusunun araştırılması gereken bir nokta olduğu düşünülmüştür. Cheng ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bibliometrik analizde 1994-2020 yılları arasında intihar ve psikolojik acı ilişkisinin ele alındığı toplam 230 makale incelenmiş ve gelecek çalışmalarda psikolojik acı ve intihar ilişkisinin pozitif psikoloji açısından değerlendirilmesi ve koruyucu faktörlerin etkisinin incelenmesi önerilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada psikolojik acı ve intihar riski arasındaki ilişkide koruyucu faktör olabileceği düşünülen psikolojik sağlamlığın aracı etkisinin incelenmesi amacıyla temel yapısal model oluşturulmuştur. Yapısal modelin test edilmesiyle hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ile intihar olasılığı arasında psikolojik sağlamlığın yarı aracılık etkisi olduğu ve etki büyüklüğünün geniş olduğu (.57) sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda psikolojik acıdan

intihara giden süreçte psikolojik sağlamlığın yarı aracılık etkisi ile bir tampon görevi görebileceği söylenebilir. Bir başka ifadeyle psikolojik sağlamlığın yüksek olması psikolojik acının intihar riskini arttırması yolunda araya girerek engelleyici bir etki göstermektedir. Böylece psikolojik acıdan intihara giden süreç psikolojik sağlamlığın koruyucu etkisi ile kesintiye uğrayarak intiharın önlenilebileceği ve riskin kontrol altına alınabileceği söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda fakültenin ve öğretim üyelerinin intihar riski teşkil eden hemşirelik öğrencilerinin ihtiyacı olan kaynaklara ulaşmalarını sağlamadan sorumlu oldukları (Stubin, 2020), hemşirelik öğrencilerini intihar riski açısından değerlendirmeleri ve riskli öğrencilere yönelik müdahale programlarının oluşturulması gerektiği (Moraes ve ark., 2021; Aradilla-Herrero ve ark., 2014), olası bir intihar girişimi durumunda uygulanacak önceden planlı bir kriz müdahale planına ihtiyaç duyulduğu (Mintz-Binder, 2007) ortaya konmuştur. Hemşirelik öğrencilerinde dayanıklılığı geliştirmek amacıyla uygulanan bir programın sonucunda dayanıklılığın arttırılmasının zihinsel iyilik halini yükselttiği ve intiharların önlenmesinde yardımcı olabileceği görülmüştür (Heath ve ark., 2021). Bu doğrultuda öğrencilere yönelik oluşturulan kriz müdahale programlarına ve intihar riskini azaltmak için önlem amaçlı müdahale programlarına, psikolojik sağlamlık ve psikolojik acı ölçütlerinin de eklenmesi müdahalelerin etkinliğini arttırabilir. Ayrıca hemşirelik öğrencilerine intiharların önlenmesi doğrultusunda psikolojik acı, intihar riski ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin ve müdahalelere dahil edilmesinin öneminin anlatılmasının meslek hayatlarında hastalara verecekleri bakımın kalitesini arttırabileceği düşünülmektedir. Çalışma grubu genç yetişkin grup olduğu için sonuçların intihar açısından riskli gruplara yönelik uygulanabilecek müdahale programlarına entegre edilmesinin intiharların önlenmesi yönünde yararlı olabileceği düşünülmektedir. Genel sağlıklı popülasyonda veya ruhsal sorunu olan bireyler üzerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisini ele alan ve oluşturulan yapısal modelin test edildiği çalışmalar planlanabilir. İntihar riski ve psikolojik acı ile ilişkisi olduğu düşünülen başka faktörler aracı değişken olarak yapısal modele eklenerek model yeniden kurulabilir ve müdahale programlarında kullanılabilecek yeni faktörler elde edilebilir.

Bulgular doğrultusunda intiharların önlenmesi ve psikolojik acının kontrol edilebilmesi için, arada her ikisine de etkisi olan ve aracılık etkisi yapan yeni bir ölçüt

elde edildiği sylenabilir. Böylece intihar olasılığının azaltılmasında bir yol haritası sunulduğu dşnlmektedir. Psikolojik sağlamlığın doğru planlanan ve uygulanan girişimler ile güçlendirilmesi, psikolojik acının intihar üzerindeki etkisi doğrultusunda intihar riskinin de azaltılmasını sağlayabilir. NANDA hemşirelik tanılarından intihar riski tanısının psikolojik risk faktörlerine psikolojik acı ve düşük psikolojik dayanıklılık eklenebilir. Ayrıca psikolojik acının başlıca bir tanı olarak ele alınmasının intiharların önlenmesi, ruhsal iyilik halinin iyileştirilmesi ve bireye özgü verilecek hemşirelik bakımının doğru şekilde planlanması yolunda hemşirelik bilimine katkı sağlayabileceği dşnlmektedir. Psikolojik acı tanısının ilişkili faktörlerine “psikolojik sağamlık” veya risk gruplarına “düşük psikolojik sağamlık” eklenebilir. NIC’de yer alan intihar etme riski tanısının girişimlerine (Bulechek, 2017) psikolojik acının azaltılması ve psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesi girişimlerinin eklenmesinin katkı sağlayacağı dşnlmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Hemşirelik öğrencilerinin intihar olasılığı puanları ile psikolojik acı puanları arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki olduğu ($r = .74$, $p < .01$) ve bu iki değişken arasında %55 düzeyinde ortak varyans olduğu ($R^2 = .55$) belirlenmiştir. Psikolojik acı düzeyi arttıkça intihar olasılığı artmakta ve psikolojik acıdan yola çıkarak intihar olasılığının varyansının %55'i açıklanabilmektedir.
- Hemşirelik öğrencilerinin intihar olasılığı puanları ile psikolojik sağlamlık puanları arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu ($r = -.52$, $p < .01$) ve bu iki değişken arasında %27 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .27$) olduğu bulunmuştur. Psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça intihar olasılığı azalmakta ve psikolojik sağlamlıktan yola çıkarak intihar olasılığının varyansının %27'si açıklanabilmektedir.
- Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik acı puanları ile psikolojik sağlamlık puanları arasında ise orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu ($r = -.53$, $p < .01$) ve bu iki değişken arasında %28 düzeyinde ortak varyans ($R^2 = .28$) olduğu belirlenmiştir. Psikolojik acı düzeyi arttıkça psikolojik sağlamlık düzeyi azalmakta ve psikolojik sağlamlıktan yola çıkarak psikolojik acının varyansının %28'i açıklanabilmektedir.
- Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ile intihar olasılığı arasında psikolojik sağlamlığın yarı aracılık etkisi olduğu belirlenmiş ve etki büyüklüğünün geniş olduğu (.57) tespit edilmiştir. Psikolojik sağlamlık psikolojik acıdan intihara giden süreçte aracı olarak etki etmekte ve artan psikolojik sağlamlık sürecin intihar ile sonuçlanma olasılığını azaltmaktadır.

Bu sonuçlar göz önüne alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireleri ve hemşirelik fakültesi öğretim üyeleri intihar için bir risk faktörü olarak psikolojik acıyı ve koruyucu faktör olarak psikolojik sağlamlığı değerlendirip gözlemleyebilir.
- Hemşirelik öğrencilerine yönelik planlanan terapötik müdahalelere psikolojik acı yönetimi ve psikolojik acı ile başetme stratejileri konusunda etkili müdahaleler ve psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesine yönelik girişimler eklenebilir. Ayrıca psikolojik sağlamlık, psikolojik acının azaltılmasında ve kontrol edilmesinde bir öncül olarak değerlendirilebilir.
- Hemşirelik öğrencileri grubuna yönelik oluşturulan kriz müdahale programlarına ve intihar riskini azaltmak için önlem amaçlı müdahale programlarına, psikolojik sağlamlık ve psikolojik acı ölçütleri eklenebilir.
- NANDA hemşirelik tanılarından “intihar riski” tanısının psikolojik risk faktörlerine “psikolojik acı” ve “düşük psikolojik dayanıklılık” eklenebilir.
- NANDA hemşirelik tanılarına psikolojik acı başlıca bir tanı olarak eklenebilir ve intiharların önlenmesi, ruhsal iyilik halinin iyileştirilmesi ve bireye özgü verilecek hemşirelik bakımının planlanmasında kullanılabilir.
- NANDA hemşirelik tanılarına eklenmesi önerilen psikolojik acı tanısının ilişkili faktörlerine “psikolojik sağlamlık” veya risk gruplarına “düşük psikolojik sağlamlık” eklenebilir.
- NIC’de yer alan intihar etme riski tanısının girişimlerine psikolojik acının azaltılması ve psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesi girişimlerinin eklenebilir.

Eğitime Yönelik Öneriler

- Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ile başa çıkmaya yönelik ve psikolojik sağlamlık oluşturulması ve güçlendirilmesine yönelik eğitimler okul programlarına dahil edilebilir.
- Hemşirelik öğrencilerine meslek hayatlarında hastalara verecekleri bakımın kalitesini arttırabilmek adına, intiharların önlenmesi doğrultusunda psikolojik

acı, intihar riski ve psikolojik sağamlık ilişkisinin ve müdahalelere dahil edilmesinin öneminin anlatıldığı eğitimler verilebilir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Genel sağlıklı popölasyonda, ruhsal sorunu olan bireylerde ve intihar öyküsü olan bireylerde intihar riski-psikolojik sağamlık-psikolojik acı yapısal modelini ele alan çalışmalar planlanabilir.
- Oluşturulan yapısal modeldeki aracı değişken, intihar riski ve psikolojik acı ile ilişkisi olabilecek depresyon, sosyal destek gibi başka faktörler ile değiştirilerek model yeniden kurulabilir. İntihar riski ve psikolojik sağamlık ilişkisine etki eden başka faktörler ve müdahale programlarına dahil edilebilecek yeni ölçütler elde edilebilir.

KAYNAKLAR

American Nurses Association. Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice (2nd Edition). Silver Spring, MD: Author. 2014.

Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. Nurse Education Today. 2014;34(4): 520-525.

Arslan G, Balkıs M. Ergenlerde duygusal istismar, problem davranışlar, öz-yeterlik ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki. Sakarya University Journal Of Education. 2016;6(1): 8-22.

Arslan G. Ergenlerde psikolojik sağlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2015;5(44): 73-82.

Arslantaş H, Adana F, Harlak H, Eskin M. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin intihar davranışına yönelik tutumları. Yeni Symposium. 2019;57(2): 6-12.

Asturias N, Andrew S, Boardman G, Kerr D. The influence of socio-demographic factors on stress and coping strategies among undergraduate nursing students. Nurse Education Today. 2021;99: 104780.

Aydın A, Kahraman N, Hiçdurmaz D. Determining the perceived social support and psychological well-being levels of nursing students. Journal of Psychiatric Nursing. 2017;8(1): 40-47.

Babaoğlu AB, Tekindal M, Büyükuysal MÇ, Tözün M, Elmalı F, Bayraktaroğlu T, Tekindal MA. Epidemiyolojide gözlemsel çalışmaların raporlanması: STROBE kriterlerinin Türkçe uyarlaması. Batı Karadeniz Tıp Dergisi. 2021;5(1): 86-93.

Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: A literature review. Archives of Internal Medicine. 2003;163(20): 2433-2445.

Batıgün AD, Şahin NH. İntihar olasılığı ölçeği: Gözden geçirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikoloji Dergisi. 2018;2(2): 52-64.

Berardelli I, Sarubbi S, Spagnoli A, Fina C, Rogante E, Erbuto D, Innamorati M, Lester D, Pompili M. Projective technique testing approach to the understanding of psychological pain in suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(1): 284.

Biro D. Is there such a thing as psychological pain? and why it matters. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2010;34(4): 658-667.

Biro D. Psychological pain: Metaphor or reality? *Pain And Emotion In Modern History*. 2014: 53-65.

Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*. 2000;151(8): 781–789.

Bruffaerts R, Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Hermosillo AE, Torre DL, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert DD, Green JG, Hasking P, Stein DJ, Ennis E, . Nock MK, Pinder-Amaker S, Sampson NA, Vilagut G, Zaslavsky AM, Kessler RC, WHO WMH-ICS Collaborators. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviours among first year college students. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2019;28(2): 1-15.

Bublitz S, Guido LDA, Lopes LFD, Freitas EDO. Association between nursing students'academic and sociodemographic characteristics and stress. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2016;25(4): e2440015.

Bulechek MG, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner, C. *Nursing Interventions Classification*. Çeviren: Erdemir F, Kav S, Yılmaz A. *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması*. 7.basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2017.

Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum*. 26. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2019.

Calati R, Romano D, Magliocca S, Madeddu F, Zeppegno P, Gramaglia C. The interpersonal-psychological theory of suicide and the role of psychological pain during the COVID-19 pandemic: a network analysis: Suicide and psychological pain. *Journal of Affective Disorders*. 2022;302: 435-439.

Campos RC, Holden RR, Lambert CE. Avoidance of psychological pain and suicidal ideation in community samples: Replication across two countries and two languages. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;75(12): 2160-2168.

Cappella E, Weinstein RS. Turning around reading achievement: Predictors of high school students' academic resilience. *Journal of Educational Psychology*. 2001;93(4): 758-771.

Cardell R, Mealey A, Armstrong M. When a student commits suicide: A protocol for colleges of nursing. *Nurse Educator*. 1999;24(5): 33-36.

Chávez-Hernández AM, Leenaars AA. Chávez-de Sánchez MI, Leenaars L. Suicide notes from Mexico and the United States: A thematic analysis. *Salud Pública de México*. 2009;51(4): 314-320.

Chen J. George RA. Cultivating resilience in children from divorced families. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 2005;13(4): 452-455.

Chen X, Li D, Li Z, Li B. Liu M. Sociable and prosocial competence in Chinese children: Common and unique contributions to social, academic, and psychological adjustment. *Developmental Psychology*. 2000;36(2): 302-314.

Cheng Y, Zhao WW, Chen SY, Zhang YH. Research on psychache in suicidal population: A bibliometric and visual analysis of papers published during 1994–2020. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.

Cohen J. *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. (rev ed.). Hillsdale. New Jersey: Erlbaum;1988.

Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*. 2007;31(3): 211-229.

Connor KM, Zhang W. Resilience: Determinants, measurement and treatment responsiveness. *CNS Spectrums*. 2006;11(12): 5-12.

Cowen EL, Work WC, Wyman EA, Parker GR, Wannon M, Gribble E. Test comparisons among stress-effected, stress-resilient, and nonclassified fourth-through sixth-grade urban children. *Journal of Community Psychology*. 1992;20(3): 200-214.

Criss MM, Pettit GS, Bates JE, Dodge KA, Lapp AL. Family adversity, positive peer relationship and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development*. 2002;73(4): 1220-1237.

Cui R, Maxfield M, Fiske A. Dementia-related anxiety and coping styles associated with suicidal ideation. *Aging & Mental Health*. 2020;24(11): 1912-1915.

Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale (SPS). Los Angeles: Western Psychological Services. 1989;7.

Çokluk Ö, Şekercioğlu G. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2018.

Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Correction: Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis. *Plos One*. 2020;15(10): e0241874.

Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(5): 479-495.

Dearden J. Resilience: A study of risk and protective factors from the perspective of young people with experience of local authority care. *Support for Learning*. 2004;19(4): 187-193.

Delaney KR, Naegle MA, Valentine NM, Otong DA, Groh CJ, Brennaman L. The effective use of psychiatric mental health nurses in integrated care: Policy implications for increasing quality and access to care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2018;45: 300–309.

Demirkol ME, Güleç H, Çakmak S, Namlı Z, Güleç M, Güçlü N, Tamam L. Psikolojik Acı Ölçeği Türkçe Formunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2018; 19(Special issue.1): 14-20.

Demirkol ME, Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO, Yeşiloğlu C. The relationship among anxiety sensitivity, psychache, and suicidality in patients with generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2022.

Doğan T. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2015;3(1): 93-102.

Ducasse D, Holden RR, Boyer L, Artéro S, Calati R, Guillaume S, Courtet P, Olié E. Psychological pain in suicidality: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2018;79(3): 16r10732.

Durna Z. Üniversite öğrenimlerini sürdüren hemşirelik bölümü öğrencilerinin problem çözme becerileri ve iç-diş kontrol odağı algısı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2007;4(2): 30-36.

Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science, New Series*. 2003;302(5643): 290-292.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma: Süreç Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.; 2014, s:97-112.

Erözkan A. Üniversite son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyini yordayan faktörlerin incelenmesi. *International Online Journal of Educational Sciences*. 2011;3: 776-805.

Eskin M. Reliability of Turkish version of the perceived social support from friends and family scales for interpersonal behavior and suicid probability scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1993;49(4): 515–522.

Eskin M. İntiharda bilişsel davranışçı sağaltım yaklaşımları. *Kriz Dergisi*. 2007;15(2): 15-35.

Fishbain DA. The pain–depression relationship, *Psychosomatics*. 2002;43: p. 341.

Flores E, Rogosch FA, Cicchetti D. Predictions of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Developmental Psychology*. 2004;41(2): 338-351.

Foster K, Roche M, Delgado C, Cuzzillo C, Giandinoto JA, Furness T. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;28(1): 71-85.

Frumkin MR, Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, Ahmad Z, Bui E, Nock MK, Simon NM, McNally RJ. The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. *Journal of Clinical Psychology*. 2021;77(1): 254-267.

Gilligan R. Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children & Society*. 2000;14(1): 37-47.

Gizir CA. Psikolojik sağamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerinde bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2007;3(28): 113-128.

Goetz CS. Are you prepared to SAVE your nursing student from suicide?. *Journal of Nursing Education*. 1998;37(2): 92-95.

Goodman JH. Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from sudan. *Qualitative Health Research*. 2004;14(9): 1177-1196.

Grendas LN, Rojas SM, Puppo S, Vidjen P, Portela A, Chiapella L, Rodante DE, Daray FM. Interaction between prospective risk factors in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders*. 2019;258(1): 144-150.

Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2016;3: 21-25.

Gürhan N, Meriç M, Kaya B, Turan ND, Kabataş E. Tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencilerinin intihar olasılığı ve problem çözme düzeylerinin sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;7(1): 149-155.

Harris K, Haddock G, Peters S, Gooding P. Psychological resilience to suicidal thoughts and behaviours in people with schizophrenia diagnoses: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2020;93(4): 777-809.

Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: A national study based on danish case population-based registers. *Journal of Affective Disorders*. 2011;134: 320-326.

Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373: 1372-1381.

Heath J, Walmsley LA, Braido C, Brouwer K, Wiggins AT, Butler KM. Cultivating practices for resilience with baccalaureate nursing students: A pilot study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021: 1-8.

Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2011;56(5): 258-265.

Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, Mcleod LD. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. 2001; 33(4):224-232.

Holt P, Fine MJ, Tollefson N. Mediating stress: Survival of the hardy. *Psychology in the Schools*. 1987;24(1): 51-58.

Isometsa E. Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(3): 120-30.

Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Goldberg D, Riba MB, N'jie IN, Geller J, Kallivayalil R, Javed A, Švab I, Summergrad P, Laher S, Enum Y. Preventing suicide, promoting resilience: Is this achievable from a global perspective?. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2019;11(4): e12371.

Javed S, Munawar K. Factors related to suicide among students: A narrative review of psychological literature. *Mental Health Review Journal*. 2021;26(3): 238-246.

Jin J, Tang YY, Ma Y, Lv S, Bai Y, Zhang HA. Structural equation model of depression and the defense system factors: A survey among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 2009;165(3): 288-296.

Jöreskog GK, Sörbom D. LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language. Lincolnwood: Scientific Software International, Inc; 1993.

Kacur M, Atak M. Üniversite öğrencilerinin sorun alanları ve sorunlarla başetme yolları: Erciyes Üniversitesi örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2011;31(2): 273-297.

Kararırmak Ö, Çetinkaya RS. Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2016;4(35): 30-43.

Kararırmak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006;3(26): 129-142.

Kayalı U. Path Analizi ve Dolaylı Etkilerin Dağılımı Üzerinde Bir Simülasyon Çalışması. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Muğla (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Öznur İşçi).

Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 2. Ed. NewYork: Guilford Publications, Inc; 2005.

Knowles JR, Gray NS, O'Connor C, Pink J, Simkiss NJ, Snowden RJ. The role of hope and resilience in protecting against suicidal thoughts and behaviors during the COVID-19 pandemic. Archives of Suicide Research. 2021: 1-18.

Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology. 1979;37(1): 1–11.

Lambert CE, Troister T, Ramadan Z, Montemarano V, Fekken GC, Holden RR, Psychache predicts suicide attempter status change in students starting university. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2020;50(3): 668-678.

Lansford JE, Patrick SM, Kristopher IS, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Developmental trajectories of externalizing behaviors: Factors underlying resilience in physically abused children. Development and Psychopathology. 2006;18(1): 35-55.

Lei PW, Wu Q. Introduction to structural equation modeling: Issues and practical considerations. Educational Measurement: Issues And Practice. 2007;26(3): 33-43.

Levi Y, Horesh N, Fischel T, Treves I, Or E, Apter A. Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “Impossible Situation”. *Journal of Affective Disorders*. 2008;111(2-3): 244-250.

Li H, Fu R, Zou Y, Cui Y. Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among Chinese college students. *Frontiers in Psychology*. 2017;8: 1550.

Li H, Xie W, Luo X, Fu R, Shi C, Ying X, Wang N, Yin Q, Wang X. Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014;44(1): 78-88.

Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: A meta-analysis. *BMC Public Health*. 2012;12: 524.

Lipson SK, Sonnevile KR. Understanding suicide risk and eating disorders in college student populations: Results from a national study. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(2): 229-238.

Lipson SK, Lattie EG, Eisenberg D. Increased rates of mental health service utilization by U.S. college students: Ten-year population-level trends (2007-2017). *Psychiatr Serv*. 2019;70(1): 60-63.

Liu DW, Fairweather-Schmidt AK, Roberts RM, Burns R, Anstey KJ. Does resilience predict suicidality? A lifespan. *Archives of Suicide Research*. 2014;18(4): 453-464.

López-Narváez ML, Escobar-Chan YM, de la Cruz JPS, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop IE, Fresan A, González-Castro TB, Montañe-Sandoval AC, Suárez-Méndez S. Differences in attitude toward prevention of suicide between nursing and medicine students: A study in Mexican population. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2020;34: 159-163.

Lu L, Dong M, Zhang L, Zhu XM, Ungvari GS, Ng CH, Wang G, Xiang YT. Prevalence of suicide attempts in individuals with schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29: 1-10.

Mandleco BL, Peery JC. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2000;13(3): 99-111.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*. 1999;156(2): 181-189.

Martinek TJ, Hellison DR. Fostering resiliency in underserved youth through physical activity. *Quest*. 1997;49(1): 34-49.

Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 1998;53(2): 205–220.

Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*. 1999;11(1): 143–169.

Mee S, Bunney BG, Bunney WE, Hetrick W, Potkin SG, Resit C. Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45(11): 1504-1510.

Mee S, Bunney BG, Reist C, Potkin SG, Bunney WE. Psychological pain: A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*. 2006;40(8): 680–690.

Meerwijk EL, Shattell MM. We need to talk about psychological pain. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012;33(4): 263-265.

Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss & Trauma*. 2011;16(5): 402–412.

Melo K, Williams B, Ross C. The impact of nursing curricula on clinical practice anxiety. *Nurse Education Today*. 2010;30(8): 773-778.

Meltzer H, Griffiths C, Brock A, Rooney C, Jenkins R. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001–2005. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;193: 73-76.

Miller JN, Black DW. Bipolar disorder and suicide: A review. *Current Psychiatry Reports*. 2020;22(2): 1-10.

Min JA, Lee CU, Chae JH. Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;56: 103–111.

Mintz-Binder R. Assisting nursing faculty through the crisis and resolution of student suicide. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21(1): 25-31.

Montemarano V, Troister T, Lambert CE, Holden RR. A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;74: 1820–1832.

Montes-Hidalgo J, Tomás-Sábado J. Self-esteem, resilience, locus of control and suicide risk in nursing students. *Enfermeria Clinica*. 2016;26(3): 188-193.

Moraes SMAB, Barbosa VFB, Alexandre ACS, Santos SCD, Guimarães FJ, Veras JLDA. Risk of suicide among nursing students. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;74(6): e20200867

Mussi FC, Pires CGDS, Carneiro LS, Costa ALS, Ribeiro FMS, Santos AFD. Comparison of stress in freshman and senior nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53: e03431.

Mussi FC, Pires CGDS, Silva RMD, Macedo TTSD, Santos CADST. Stress level among undergraduate nursing students related to the training phase and sociodemographic factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2020;28: e3209.

Herdman HT, Kamitsuru S. *International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018–2020*. (NANDA) 11nd Edition. Thieme; 2017.

Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, Hildon Z, Blane D. Mental health and resilience at older ages: Bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(11): 987-991.

Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*. 2010;15(8): 868-876.

Nrugham L, Holen A, Sund AM. Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010;198: 131-136.

O'Donnell DA, Schwab-Stone ME, Mueeed AZ. Multidimensional resilience in urban children exposed to community violence. *Child Development*. 2002;73(4): 1265-1282.

Ohana I, Golander H, Barak Y. Balancing psychache and resilience in aging Holocaust survivors. *International Psychogeriatrics*. 2014;26(6): 929-934.

Olie E, Guillaume S, Jaussent I, Courtet P, Jollant F. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*. 2010;120(1): 226– 230.

Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella- Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*. 2003;26(1): 1-11.

Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2006;91(4): 730-749.

Öz F, Yılmaz B. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2009;16(3): 82-89.

Özel Y, Türkleş S, Erdoğan S. Suicide probability university students suicide probability in university students. *Prog Health Sci*,2015;5(2): 7-15.

Patel V, Goodman A. Researching protective and promotive factors in mental health. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(4): 703-707.

Pereira AM, Campos RC. Exposure to suicide in the family and suicidal ideation in Portugal during the Covid-19 pandemic: The mediating role of unbearable psychache. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021.

Pompili M. Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2010;40(3): 234-244.

Reed-Victor E, Stronge JH. Homeless students and resilience: Staff perspectives on individual and environmental factors. *Journal of Children and Poverty*. 2002;8(2): 159-183.

Reisch T, Seifritz E, Esposito F, Wiest R, Valach L, Michel K. An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*. 2010;126(1-2): 321-325.

Reist C, Steven M, Ken F, Rajani V, Bunney WE, Bunney BG. Assessment of psychological pain in suicidal veterans. *Plos One*. 2017;12(5): 1-11.

Rossetti MC, Tosone A, Stratta P, Collazzoni A, Santarelli V, Guadagni E, Rossi R, Rossi A. Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2017;39(3):216–219

Roy A, Sarchiapone M, Carli V. Low resilience in suicide attempters. *Archives of Suicide Research*. 2007;11(3): 265-269.

Rutter M, Quinton D. Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: Factors promoting good functioning in adult life. *British Journal of Developmental Psychology*. 1994;18: 225-234.

Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*. 2012;24(2): 335-344.

Schoon I, Parsons S, Sacker A. Socioeconomic adversity, educational resilience, and subsequent levels of adult adaptation. *Journal of Adolescent Research*. 2004;19(4): 383–404.

Shahram SZ, Smith ML, David SB, Feddersen M, Kemp TE, Plamondon K. Promoting “Zest for life”: A systematic literature review of resiliency factors to prevent youth suicide. *Journal of Research on Adolescence*. 2021;31(1): 4-24.

Shneidman ES. The psychological pain assessment scale. *Suicide & Life Threatening Behavior*. 1999;29(4): 287-294.

Smith AR, Zuromski KL, Dodd DR. Eating disorders and suicidality: What we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current Opinion in Psychology*. 2018;22: 63-67.

Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Jennifer Bernard J. The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2008;15(3): 194–200.

Söğüt Ö, Sayhan MB, Gökdemir MT, Kaya H, Orak M, Üstündağ M. Türkiye'nin güneydoğusunda, Şanlıurfa ve çevresinde özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. *JAEM*, 2011;10(1): 8-13.

Stubin CA. A call to intervene: Suicide risk among nursing students. *Creative Nursing*. 2020;26(4): 253-255.

Şahinler S, Görgülü Ö. Yol analizi ve bir uygulama. *MKÜ Ziraat Fakültesi Dergisi*. 2000;5(1-2): 87-102.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara; 2011. (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Ruh_Sagligi_Db/yayinlarimiz/URSEP_Bas_ki.pdf, Erişim tarihi: 06.06.2022)

Tabachnick GB, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Fourt Edition. Needham Heights: Allyn & Bacon, Inc; 2001.

Tanrıverdi D, Bekircan E, Koç Z. Depresyon tanılı hastaların ruhsal iyi oluş düzeyleri ile ruh ağrısı ve intihar riski arasındaki ilişki. *Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Derneği Dergisi*. 2022.

Tebes JK, Irish JT, Vasquez MP, Perkins DV. Cognitive transformation as a marker of resilience. *Substance Use and Misuse*. 2004;39(5): 769-788.

Troister T, D'Agata MT, Holden RR. Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological Assessment*, 2015;27(4): 1500-1506.

Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004;86(2): 320-333.

Tuğcu H. Normal ve Depresif Kişilerde Çeşitli Faktörlere Göre İntihar Olasılığı. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 1996, Ankara (Danışman: Prof. Dr. E. Özgüven).

Türker M, Yücel Beyaztaş F, Boz B. 1994-1996 yılları arasında Sivas'ta görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. Ege Tıp Dergisi. 2000;39(2): 79 – 83.

Vanderpol M. Resilience: A missing link in our understanding of survival. Harvard Revision Psychiatry. 2002;10(5): 302-306.

von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008;61(4):344-349.

World Health Organization, Live life: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. Geneva; 2021. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>, Erişim tarihi: 19.05.2022).

World Health Organization, Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates. Geneva; 2019. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>, Erişim tarihi: 19.05.2022).

Wu G, Feder A, Cohen H, Kim JJ, Calderon S, Charney DS, Mathé AA. Understanding resilience. Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2013;7(10): 1-15.

Yılmaz V, Varol S. Hazır yazılımlar ile yapısal eşitlik modellemesi: Amos, Eqs, Lisrel. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;44: 28-44.

Zaheer J, Olfson M, Mallia E, Lam JS, de Oliveira C, Rudoler D, Carvalho AF, Jacop BJ, Juda A, Kurdyak P. Predictors of suicide at time of diagnosis in schizophrenia spectrum disorder: A 20-year total population study in Ontario, Canada. Schizophrenia Research. 2020;222: 382-388.

Zhang J, Liu X, Fang L. Combined effects of depression and anxiety on suicide: A case-control psychological autopsy study in rural China. Psychiatry Research. 2019;271: 370-373.

Zhang L, Pang J, Zhu F. Effect of perceived social support on psychache: Mediating effect of psychological resilience. *Iranian Journal of Public Health*. 2022;51(2): 386.



EKLER

EK-1: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Checklist

Madde No	Madde	Öneri	Raporlanan sayfa numarası
1	Başlık ve Özet	(a) Çalışmanın tasarımını başlık veya özette yaygın/genel kullanılan bir kelime/ terim ile belirtin.	Başlıkta yer verilmiştir.
		(b) Özet için, çalışmada ne yapıldığına-ne bulunduğuna ilişkin bilgilendirici bir kısa metin oluşturun	iii - vi
2	Bilimsel Çerçeve/ Gerekçe	Raporlanan çalışmanın bilimsel arka planını/çerçevesini ve gerekçesini açıklayın	1-2 3-21
3	Amaçlar	Daha önce belirlenmiş hipotezler de dâhil olmak üzere, özgün amaçları belirtin	1-2
4	Çalışma Tasarımı	Çalışma tasarımına ait temel unsurları makalenin başlarında sunun.	iii – vi 1-2
5	Çalışma Düzeni/planı/akışı	Çalışmaya araştırma tasarımı, dâhil etme kriterleri, maruziyet durumları, takip durumu, veri toplama dönemleri belirtilmek/detaylandırılmak üzere çalışmanın yapıldığı ortamları/yerleri ve tarihleri açıklayın.	22-31

6	Katılımcılar	(a) Kohort Çalışması- Katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerini, seçim yöntemini, kaynaklarını açıklayın. Takip durumunu tarif edin. Vaka-kontrol çalışması- Vaka ve kontrol gruplarının seçim yöntemlerini, kaynaklarını ve uygunluk kriterlerini açıklayın. Vaka ve kontrol gruplarının seçilme gerekçelerini belirtin. Kesitsel çalışma- Katılımcıların çalışmaya alınma kriterlerini, seçim yöntemini, kaynaklarını ve takip durumunu açıklayın.	22
		(b) Kohort çalışması - Eşleşmiş (Bağımlı) çalışmalarda eşleşme kriterleri, maruziyet olan ve olmayanların sayısını belirtin. Vaka kontrol çalışması - Eşleşmiş (Bağımlı) çalışmalar için, eşleşme kriterleri ile vaka başına düşen kontrol sayılarını verin.	
7	Değişkenler	Tüm sonuçları, maruziyetleri, önsel tahmin edilen değişkenleri, potansiyel etki karıştırıcı ve etki değiştirici değişkenleri, açık olarak tanımlayın. Varsa tanı kriterlerini belirtin.	27-30
8*	Veri Kaynakları / Ölçümler	İlgili her değişken için, veri kaynaklarını ve değerlendirme yöntemlerinin ayrıntılarını belirtin. Eğer birden fazla grup varsa, yöntemlerin karşılaştırılabilir olup olmadığını açıklayın.	22-31
9	Yanlılık/Taraf Tutma	Potansiyel yanlılıkları ve yanlılık kaynaklarını çözmeye yönelik çabaları tanımlayın	26
10	Örneklem Büyüklüğü	Örneklem büyüklüğüne nasıl ulaşıldığını açıklayın	22
11	Nicel/ Kantitatif Değişkenler	Nicel/Kantitatif değişkenlerin çalışmada nasıl ele alındığını açıklayın. Varsa hangi gruplandırmaların nasıl ve neden yapıldığını açıklayın	22-31

12	İstatistik Yöntemler	(a) Karıştırıcı faktörlerin kontrolü için kullanılan yöntemler de dahil olmak üzere, kullanılan tüm istatistik yöntemleri açıklayın.	32-41
		(b) Alt grupları ve grupların etkileşim etkisine yönelik kullanılan tüm yöntemleri tanımlayın	
		c) Eksik verilerin nasıl ele alındığını açıklayın	
		(d) Kohort çalışma—Eğer varsa takipler sırasındaki veri kayıplarının nasıl ele alındığını açıklayın Vaka kontrol çalışması—Eğer varsa vaka kontrol eşleşmelerinin nasıl ele alındığını açıklayın Kesitsel çalışma—Eğer varsa örnekleme yöntemini dikkate alan, istatistik yöntemleri açıklayın.	
		(e) Duyarlılık analizlerini açıklayın	
13*	Katılımcılar	(a) Çalışmanın her aşamasındaki kişi sayısını belirtin - örn. potansiyel olarak uygun kişi sayısı, uygunluk için değerlendirilen kişi sayısı, uygunluğu doğrulanan kişi sayısı, çalışmaya dâhil edilen kişi sayısı, takibi tamamlanan ve analiz edilen kişi sayısı	27-28
		(b) Çalışmanın her aşaması için katılamama sebeplerini belirtin	
		(c) Bir akış şeması (diyagramı) kullanmayı düşünün	
14*	Tanımlayıcı Veriler	(a) Çalışmaya dâhil olan katılımcıların özellikleri (demografik, klinik, sosyolojik), maruziyetleri ve olası karıştırıcı değişkenleri hakkında bilgi verin	22-24 27-28
		(b) İlgili her değişken için eksik verisi olan katılımcıların sayısını belirtin	
		c) Kohort çalışma—Takip süresini özetleyin (ör. Ortalama ve toplam süre)	
15*	Sonuç Verileri	Kohort çalışma—Elde edilen sonuç sayısını veya zaman içindeki ölçüm sonuçlarını belirtin	32-41 47
		Vaka-kontrol çalışması—Her bir maruziyet kategorisindeki sayıları ve maruziyet ölçümlerini belirtin	
		Kesitsel çalışma—Çalışmanın sonuçları ve özet ölçümleri raporlayın	
16	Başlıca Bulgular	(a) Düzeltilmemiş ve varsa karıştırıcıya göre düzeltilmiş tahminler ve bunların doğruluk derecelerini verin (ör, 95% güven aralığı). Hangi karıştırıcıların düzeltildiğini ve neden dâhil edildiklerini açıkça belirtin	32-41
		(b) Sürekli değişkenlerin kategorilere ayrılması halinde, kategorilerin sınır değerlerini belirtin	
		(c) Eğer uygunsa, göreceli risk tahminlerini anlamlı bir zaman diliminde mutlak riske dönüştürmeyi düşünün	
17	Diğer Analizler	Yapılan diğer analizleri- örneğin alt grup analizlerini, etkileşim etkilerini ve duyarlılık analizlerini bildirin	-

18	Temel/ Anahtar Bulgular	Çalışmanın amaçlarına gönderme yaparak anahtar bulguları özetleyin	47-49
19	Sınırlılıklar/ Kısıtlılıklar	Çalışmanın sınırlılıklarını, potansiyel yanlışlık veya hata kaynaklarını dikkate alarak tartışın. Herhangi bir olası yanlışlığın hem yönü hem de boyutunu tartışın	31
20	Yorumlama	Amaçlar, kısıtlılıklar, analizlerin çeşitliliği, benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlar ve diğer ilgili kanıtları dikkate alarak sonuçları genel olarak dikkatli bir şekilde yorumlayın	42-46
21	Genellenebilirlik	Çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini (harici geçerliliğini) tartışın	42-46 47-49
22	Bütçe/ Finansman/ Çalışma Fonu	Çalışmanın fon kaynağını ve yatırımcıların çalışmadaki rollerini açıklayın. Eğer çalışmanın dayanak aldığı orjinal çalışma için fon kaynağı varsa bu yatırımcıların çalışmadaki rollerini belirtin	-

* Vaka kontrol çalışmalarındaki vakalar ve kontroller için ve uygunsa, kohort ve kesitsel çalışmalarda maruz kalan ve kalmayan gruplar için ayrı ayrı bilgi verin.

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Merhabalar,

Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Sizden her maddeyi dikkatli bir şekilde okuyarak, kendinize uygun bulduğunuz bir seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Cevaplarınız “Doğru” ya da “Yanlış” olarak değerlendirilmeyecektir. Formlara isimlerinizi yazmanıza gerek yoktur. Cevaplarınız araştırma amacıyla kullanılacak ve bilgiler saklı tutulacaktır. Yardımcı olduğunuz ve içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Zeliha TATAY

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Cinsiyetiniz:

() Kız () Erkek

2. Yaşınız:

3. Sınıfınız:

() 1 () 2 () 3 () 4

4. Medeni durumunuz:

() Bekar () Evli

5. Nerede yaşıyorsunuz?

() Aile evi () Öğrenci evi () Yurt/Apart

6. Çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

7. Burs/Kredi alıyor musunuz?

() Evet () Hayır

8. Okuduğunuz bölümden memnun musunuz?

() Evet () Hayır

9. Üniversiteden memnun musunuz?

() Evet () Hayır

10. Annenizin hayatta olma durumu:

() Hayatta () Hayatta değil

11. Babanızın hayatta olma durumu:

() Hayatta () Hayatta değil

EK-3. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

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 kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin

Sizi Tanımlama Derecesi

	%0	%30	%70	%100
1. Kızınca birşeyler 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. Ölürsen pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	()	()	()	()
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	()	()	()	()

	%0	%30	%70	%100
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. Ölürsen 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. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	()	()	()	()

	%0	%30	%70	%100
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 birşeyler kırarım.	()	()	()	()
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediyordum.	()	()	()	()
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	()	()	()	()

EK -4. PSİKOLOJİK ACI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler fiziksel/bedensel DEĞİL psikolojik acınızla ilgilidir.

Lütfen uygun sayıyı daire içine alarak aşağıdakilerin her birinin hangi sıklıkla ortaya çıktığını belirtiniz.

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

1. Psikolojik acı hissediyorum

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

2. Acıyı içimde hissediyorum

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

3. Psikolojik acım herhangi bir fiziksel/bedensel acıdan daha çok canımı acıtıyor

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

4. Acım, çılgılık atma isteği uyandırıyor

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

5. Acım, hayatımın kapkara görünmesine neden oluyor

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

6. Neden acı çektiğimi anlayamıyorum

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

7. Psikolojik olarak kendimi berbat hissediyorum

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

8. Kendimi boşlukta hissettiğim için canım acıyor

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

9. Ruhum acıyor

1: Asla 2:Bazen 3:Sıklıkla 4:Çok sık 5:Her zaman

Lütfen belirtilen şekilde aşağıdaki soruları cevaplayarak ölçeği doldurmaya devam ediniz

**1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Emin değilim 4.Katılıyorum
5.Kesinlikle katılıyorum**

10. Artık acıma katlanamıyorum

1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Emin değilim 4.Katılıyorum
5.Kesinlikle katılıyorum

11. Acımdan dolayı, dayanılmaz durumdayım

1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Emin değilim 4.Katılıyorum
5.Kesinlikle katılıyorum

12. Acımdan dolayı paramparçayım

1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Emin değilim 4.Katılıyorum
5.Kesinlikle katılıyorum

13. Psikolojik acım yaptığım her şeyi etkiliyor

1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Emin değilim 4.Katılıyorum
5.Kesinlikle katılıyorum

EK-5. KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5

* Bu maddeler tersten kodlanmaktadır.

EK-6. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Merhabalar,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı yüksek lisans öğrencisiyim. **“Hemşirelik Öğrencilerinde İntihar Riski, Psikolojik Acı ve Psikolojik Sağlamlık İlişkisinin İncelenmesi”** adlı bir çalışma yürütmekteyim. Çalışmaya katılan katılımcıların kişisel bilgileri ve sorulara verdiği yanıtlar gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecek ve sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Katılımcı, istediği zaman çalışmadan ayrılabilir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Zeliha TATAY

“Aydınlatılmış Onam Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

EK-7. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

24.11/2020

Sayı : 70904504/ 769
Konu :

Sayın
Dr.Öğr.Üyesi Dudu KARAKAYA
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Hemşirelik Öğrencilerinde İntihar Riski, Psikolojik Acı ve Psikolojik Sağlık İlişkisinin İncelenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Dudu KARAKAYA	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelik Öğrencilerinde İntihar Riski, Psikolojik Acı ve Psikolojik Sağlamlık İlişkisinin İncelenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 844	Tarih: 11.11.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr. Gülşah Özge BAYSAL
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Ömer DURSUN
Üye

Prof.Dr. Dile KİPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr. Hami NUR
Üye

Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Nusret YILMAZ
Üye

Dr. Ünal HÖLÖR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

Av. Mustafa AKKILI
Üye

EK-8. KURUM İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.01.2021-18379



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-36005147-302.14.03-18379
Konu : Zeliha TATAY Tez Çalışması

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi **Zeliha TATAY**'ın "**Hemşirelik Öğrencilerinde İntihar Riski, Psikolojik Acı ve Psikolojik Sağlamlık İlişkisinin İncelenmesi**" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmasını; Hemşirelik Fakültesi öğrencileri ile yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (1 sayfa)

Belge Doğrulama Kodu :BEA9ZCBYV Pin Kodu :91322
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058
Yerleşke/Antalya
Telefon No:0(242)227 44 95 Faks No:0(242) 310 60 08
e-Posta:saglikbil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ:http://saglikb.akdeniz.edu.tr/tr
Kep Adresi:akdenizuniversitesi@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : https://ebys.akdeniz.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEZEZCBY9

Bilgi için: Gülşen DİNÇASLAN
Unvan: Sekreter



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.01.2021-17464



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-57155553-302.14.03-17464
Konu : Zeliha TATAY'ın tez çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26.01.2021 tarihli ve 36005147-302.14.03-16966 sayılı yazı,

İlgide kayıtlı yazıda belirtilen, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Zeliha TATAY'ın "Hemşirelik Öğrencilerinde İntihar Riski, Psikolojik Acı ve Psikolojik Sağlamlık İlişkisinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezini Fakültemiz öğrencileriyle yapabilmesi talebi Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Dekan V.

Belge Doğrulama Kodu : BESUZZVMB Pin Kodu : 13332

Belge Takip Adresi : https://ebys.akdeniz.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEKAZCDDZ

Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesi Kampüsü Antalya
Telefon No:0 242 310 61 03 Faks No:0 242 226 14 69
e-Posta:hemsirelikfakultesi@akdeniz.edu.tr Elektronik
Ağ:http://hemsirelik.akdeniz.edu.tr
Kep Adresi:akdenizuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ayşenur BÜYÜKAKSOY
Unvan: Memur



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Zeliha Tatay

alıcı batigun

4 Eyl 2020 [Ayrıntılar](#)



Sayın Hocam Merhaba,
Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ve intihar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü konulu bir yüksek lisans tez çalışması planlıyorum. Tez çalışmamda izniniz olursa intihar olasılığı ölçeğini kullanmayı planlıyorum. Sizin için de uygunsa ölçeği kullanabilme konusunda izin istiyorum. Ölçeği ve değerlendirme biçimini de sizden rica ediyorum.
Saygılarımla..
Zeliha Tatay



Zeliha Tatay

[Ayrıntıları gizle](#)



Alıcı:



Aysegul.Durak.Batigun@ankara.edu.tr

Tarih:

15 Eylül 2020, 14:06

Sayın Hocam Merhaba,
İzniniz için çok teşekkür ederim. Çalışmamın isminin 'Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelenmesi' şeklinde değiştiğini bilginize sunarım. İzninizin geçerli olduğunu teyit etmenizi rica eder, saygılarımı sunarım..
İyi çalışmalar..
Zeliha Tatay



Virüs bulunmuyor. www.avast.com

<Aysegul.Durak.Batigun@ankara.edu.tr> adresine sahip kullanıcı 12 Eyl 2020 Cmt, 11:52 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Tatay,
Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

2020-09-04 15:42, Zeliha Tatay yazmış:

İznim geçerlidir. İyi çalışmalar...



EK-10. PSİKOLOJİK ACI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

ÇOK ÖNEMLİ.. Psikolojik Acı Ölçeği Kullanım İzni



Gelen Kutusu



Zeliha Tatay

alıcı medemirkol, scakmak, ltamam
13 Eyl 2020 [Ayrıntılar](#)



Sayın Hocam Merhaba,
Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlık ilişkilerinin incelenmesi konulu bir yüksek lisans tez çalışması planlıyorum. Tez çalışmamda izniniz olursa psikolojik acı ölçeğini kullanmayı planlıyorum. Uygun görülürse ölçeği kullanabilme konusunda izin istiyorum. Ölçeği ve değerlendirme biçimini de sizden rica ediyorum.
Saygılarımla..

Zeliha Tatay



Mehmet Emin Demirkol

alıcı ben
16 Eyl 2020 [Ayrıntılar](#)



Zeliha hanım merhaba,
Ekte ölçeğin Türkçe formunu gönderiyorum. Likert tipi bir ölçek, kesme puanı yok. Yüksek puanlar psikolojik acı seviyesinin arttığını gösteriyor. Dolayısıyla yüksek puanların intihar ile daha ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Ters puanlanan ölçek maddesi bulunmuyor. Çalışma sırasında aklınıza takılan bir husus olursa memnuniyetle yardımcı olmaya çalışırım.
İyi çalışmalar



psychache türkçe.docx

EK-11. KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni



**Zeliha Tatay**
alıcı tayfun
4 Eyl 2020 [Ayrıntılar](#)

Sayın Hocam Merhaba,

Ben Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik acı ve intihar arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü konulu bir yüksek lisans tez çalışması planlıyorum. Tez çalışmamda izniniz olursa kısa psikolojik sağlamlık ölçeğini kullanmayı planlıyorum. Sizin için de uygunsa ölçeği kullanabilme konusunda izin istiyorum. Saygılarımla..

Zeliha Tatay

**Zeliha Tatay**
alıcı Tayfun
16 Eyl 2020 [Ayrıntılar](#)

Sayın Hocam Merhaba,

İzniniz için çok teşekkür ederim. Çalışmamın isminin 'Hemşirelik öğrencilerinde intihar riski, psikolojik acı ve psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelenmesi' şeklinde değiştiğini bilginize sunarım. İzninizin geçerli olduğunu teyit etmenizi rica eder, saygılarımı sunarım..

İyi çalışmalar..

Zeliha Tatay

**Tayfun Dogan**
alıcı ben
4 Eyl 2020 [Ayrıntılar](#)

Merhaba Zeliha Hanım,

Ölçeği websitemden indirerek kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

04.09.2020, 15:39, "Zeliha Tatay"
<zelihatatay97@gmail.com>:

...

Doç. Dr. Tayfun Doğan
Üsküdar Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

www.tayfundogan.net
Twitter: @drtayfundogan

EK-12. STROBE KULLANIM İZNİ

**Zeliha Tatay**
[Ayrıntıları gizle](#)

Alıcı:  matekindal@gmail.com

Tarih: 31 Mayıs 2022, 11:00

Sayın Hocam Merhaba,
Ben Zeliha Özkan . Akdeniz
Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Ruh Sağlığı ve
Psikiyatri Hemşireliği alanında
yüksek lisans yapmaktayım.
“Epidemiyolojide Gözlemsel
Çalışmaların Raporlanması:
STROBE Kriterlerinin Türkçe
Uyarlaması” isimli
çalışmanızdaki Strobe kontrol
listesinin Türkçe halini siz de
uygun görürseniz tez
çalışmamda kullanmak üzere
izninizi rica ediyorum. Bu
konuda geri dönüş
yapabilerseniz çok memnun
olurum.
Saygılarımla..

**Mustafa Agah Tekindal**
matekindal@gmail.com
[Ayrıntıları gizle](#)

Alıcı:  Zeliha Tatay

Tarih: 31 Mayıs 2022, 12:06

Merhabalar Zeliha,

Elbette uygundur kullanım için.

İyi çalışmalar

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Zeliha	Uyruğu	TC
Soyadı	ÖZKAN	Tel no	-
Doğum tarihi	-	e-posta	-

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Mustafa Eminoglu Anadolu Lisesi	2015
Lisans	Erciyes Üniversitesi	2019
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	Devam ediyor
Doktora	-	-

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020-Devam ediyor

Yabancı Dil

Yabancı Dilleri	Sınav Türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL	58,75

Yayınlar:

Özkan Z., Uçan H., Özparlak A., Karakaya D., Demirel Okan M, “Ahtapotla Mücadele”- COVID-19 Servisinde Çalışan Hemşirelerin Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma”, Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2022. DOI: 10.5336/nurses.2022-89167.

Kongre veya Sempozyumlarda Sunulan Bildiriler:

Karakaya D, Uçan H, Özkan Z. “Covid-19 Krizinde Travma Sonrası Büyüme ve Psikiyatri Hemşireliği” Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım Kongresi, 24-25 Haziran 2021 (Sözel Bildiri), Erzurum-Türkiye.

Özkan Z, Uçan H, Özparlak A, Karakaya D, Okan Demirel M. “Ahtapotla Mücadele: Covid 19 Servisinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Deneyimleri”, VI. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20-23 Ekim 2021 (Sözel Bildiri), İzmir-Türkiye.