

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ 18-24 YAŞ
ARASINDAKİ GENÇLERİN PSİKOSOSYAL GÜÇLÜKLERİNİN
VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN AÇIKLANMASI**

Erkan ÜNSAL
ORCID: 0000-0001-6620-8128

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
HAZİRAN 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2019970153

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ 18-24 YAŞ
ARASINDAKİ GENÇLERİN PSİKOSOSYAL GÜÇLÜKLERİNİN
VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN AÇIKLANMASI

Erkan ÜNSAL
ORCID: 0000-0001-6620-8128

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN
ORCID: 0000-0002-9703-4594

İZMİR
HAZİRAN 2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “İntihar Girişiminde Bulunmuş 18-24 Yaş Arasındaki Gençlerin Psikososyal Güçlüklerinin ve Destek Gereksinimlerinin Açıklanması” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Erkan ÜNSAL

Tarih: 27.05.2022

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ.....	i
ŞEKİLLER DİZİNİ	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. İntiharın Tanımı	6
2.2. İntiharın Epidemiyolojisi	7
2.3. İntihara Kuramsal Yaklaşım	8
2.4.1. Biyolojik Bakış Açısı ve İntihar	8
2.4.2. Sosyolojik Bakış Açısı ve İntihar	9
2.4.3. Psikolojik Bakış Açısı ve İntihar	9
2.4. İntihar Risk Faktörleri	11
2.5. Genç Yetişkin Dönem ve Psikososyal Sorunlar	13
2.6. İntiharın Önlenmesi ve Girişim Sonrası Hemşirelik Bakımı	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4. Çalışma Materyali.....	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	19
3.6.2. Görüşme Formu.....	20

3.6.3. Veri Toplama Süreci	20
3.6.4. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği	21
3.7. Araştırma Planı.....	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8.1. Kişisel Bilgi Formunun Değerlendirilmesi	24
3.8.2. Görüşme Verilerinin Analizi	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.10. Etik Kurul Onayı	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	27
4.2. Nitel Bulgular	29
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
6.1. Sonuç	48
6.2. Öneriler	47
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER.....	61
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.	61
Ek 2. Görüşme Formu.....	62
Ek 3. Bilgilendirilmiş Olur Formu.	63
Ek 4. Etik Kurul Onayı	66
Ek 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni	68
Ek 6. Araştırmacı Özgeçmişi	70

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi	24
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	28
Tablo 3. Nitel Verilerin Analizi Sonucu Belirlenen Temalar ve Alt Temalar	29



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Akış Şeması.....	21
-------------------------------------	----



KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IASP	: International Association for Suicide Prevention
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşarak çalışmamın olgunlaşmasına katkı sağlayan, çalışmam boyunca her zaman desteğini hissettiğim değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN’a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca deneyimlerini ve desteklerini esirgemeyen Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarına,

Deneyim ve bilgi paylaşımlarıyla öneri aşamasından itibaren tezimin gelişimine katkılarda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Esra ENGİN, Doç. Dr. Sibel ÇOŞKUN BADUR ve Dr. Öğretim Üyesi Ayşe BÜYÜKBAYRAM’a

Tez çalışmamın veri toplama sürecinde gönülden destek olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi çalışanlarına,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılım sağlayan tüm bireylere,

Tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen meslektaşlarıma,

Eğitim hayatımın boyunca yanımda olan, çalışmalarımın her anında manevi desteğiyle bana güç veren, anlayış ve sabırla beni destekleyen sevgili eşim Nazmiye Dilek ESEN ÜNSAL’a

Eğitim hayatım boyunca yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen canım aileme teşekkürü bir borç bilirim.

İYİ Kİ VARSINIZ.

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ 18-24 YAŞ ARASINDAKİ GENÇLERİN PSİKOSOSYAL GÜÇLÜKLERİNİN VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN AÇIKLANMASI

Yüksek Lisans Tezi

Erkan ÜNSAL

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırmada intihar girişiminde bulunmuş 18-24 yaş arasındaki gençlerin girişim sonrasında psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin açıklanması amaçlanmıştır.

Araştırma kalitatif tasarımdadır. Araştırma, İzmir ili Dokuz Eylül Üniversitesi Yetişkin Acil servisine intihar girişimi ile başvuran 18-24 yaş arasındaki gençlerden gönüllü olanlar ile yürütülmüştür (n=16). Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuş olan tanıtıcı özelliklere ilişkin 'kişisel bilgi formu ve nitel araştırma yöntemine uygun olarak literatür doğrultusunda hazırlanmış 'yarı yapılandırılmış görüşme formu' ve ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşmelerle toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde nitel veri analiz yöntemlerinden olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

İntihar girişimi sonrası gençler birçok boyutta güçlükler yaşamakta ve bu boyutlarla ilişkili olarak gençlerin destek gereksinimleri bulunmaktadır. Araştırma sonucunda intihar girişiminde bulunmuş gençlerin psikososyal güçlükleri ve destek gereksinimlerine yönelik altı tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; eski normale dönme çabası, kalıntılarla yaşamak, gereksinimler, yardım aramada engeller, farkındalık ve önerilerdir.

Sonuç olarak intihar girişiminde bulunmuş gençler girişim sonrası psikososyal alanlarda güçlükler yaşamakta ve bu güçlüklerle baş etmek için destek gereksinimlerine ihtiyaç duymaktadır. İntihar girişimi sonrası gençler tekrarlayan intihar girişimleri açısından oldukça risklidir. Bu gençlere girişim sonrası bakım verilirken gençlerin bu deneyimleri göz önünde bulundurularak hareket edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: intihar girişimi, kalitatif araştırma, gençler, güçlükler

Tezin sayfa adedi: 82

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN

**EXPLANATION OF THE PSYCHOSOCIAL DIFFICULTIES AND
SUPPORT NEEDS OF YOUNG
PEOPLE AGED 18-24 WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE**

Master Thesis

Erkan ÜNSAL

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Department of Nursing

ABSTRACT

In this study, it is aimed to explain the psychosocial difficulties and support needs of young people between the ages of 18-24 who have attempted suicide.

The research is qualitative design. The study was conducted with volunteers between the ages of 18-24 who applied to the Adult Emergency Service of Dokuz Eylul University in Izmir with a suicide attempt (n=16). In the collection of the data of the research, a 'personal information form' and a 'semi-structured interview form' prepared in accordance with the literature in accordance with the qualitative research method and a voice recorder regarding the introductory features created by the researchers using the literature were used. Data were collected through semi-structured interviews. Content analysis method, which is one of the qualitative data analysis methods, was used in the evaluation of the data.

After a suicide attempt, young people experience difficulties in many dimensions and they need support in relation to these dimensions. As a result of the research, six themes emerged regarding the psychosocial difficulties and support needs of young people who have attempted suicide. These themes are; striving to return to the old normal, living with the remains, needs, obstacles in seeking help, awareness and suggestions.

As a result, young people who have attempted suicide have difficulties in psychosocial areas after the attempt and need support to cope with these difficulties. After a suicide attempt, young people are at a high risk in terms of repeated suicide attempts. While providing post-intervention care to these young people, it is necessary to take these experiences of the young people into consideration.

Keywords: suicide attempt, qualitative research, young people, difficulties

Page number: 82

Advisor: Asst. Prof. Figen ŞENGÜN İNAN

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İntihar, tüm dünyada görülen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2019 yılında gerçekleşen her 100 ölümden biri intihar sonucu meydana gelmiştir. Dünyada her yıl 1 milyonun üzerinde insan intihar ederek yaşamına son vermekte ve mevcut analizlere göre de bu sayının gün geçtikçe artması öngörülmektedir (1). DSÖ'nün son epidemiyolojik verilerine göre, yaşa göre standartlaştırılmış kaba intihar hızı dünya çapında yüz binde 11,4 olup, 15-24 yaşları arasındaki gençlerde kendi yaşamına son verme oranı yüz binde 13 olarak belirtilmektedir (1,2). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlamış verilere göre Türkiye'de 2001-2019 yılları arasında toplam 55.109 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. TÜİK'in son yayınladığı verilere göre 2019 yılı toplam intihar sayısı 3406'dır. Aynı yılda 15-19 yaşları arasında 316 kişi, 20-24 yaşları arasında ise 414 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir (3). Ancak intihar istatistiklerinde intihar ve intihar girişimi ayrımı yapılmadığından ve sadece ölümle sonuçlanan intiharların oranları incelendiğinden, intihar girişimlerinin bu oranların 20 katından daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (4). Türkiye'de intihar kaynaklı ölümlerin adolesan dönemle birlikte bir artış gösterdiği, erken ve orta yetişkinlik döneminde sabit bir seyir izlediği, 65 yaşından sonra ise yine bir artış gösterdiği belirtilmektedir (5). Bireyleri, aileleri ve toplumu negatif yönde etkileyen intihar, istatistiki verilere de bakıldığında giderek artan önemli bir halk sağlığı problemi ve çözülmesi gereken bir sorun olarak görülen birçok boyutu olan bir kavramdır. Bir halk sağlığı problemi olması ve intihar girişimi sonrası bireylerin ilk temas ettiği sağlık grubunun hemşireler olması sebebiyle, intiharın önlenmesi ve intihar sonrası hemşirelik bakımı oldukça önem taşımaktadır (6,7).

İntihar, bireyi, çevresini, toplumu ve gelecek nesilleri etkileyen, psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerin bir arada rol aldığı çok yönlü bir sağlık sorunudur (8,9). İntiharın sonuçları sadece kişinin yakın çevresini değil, doğrudan ya da dolaylı olarak toplumu etkilemektedir (10). Türk Dil Kurumu (TDK) intiharı, "Bireyin toplumsal veya ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesidir" şeklinde tanımlamaktadır (11). Dünya Sağlık Örgütü ise intiharı, kişinin

kasten kendini öldürme davranışı olarak tanımlamaktadır (12). Literatürde intihar sıklıkla ölümle sonuçlanmış bir eylem olarak düşünülmektedir. İntihara bu sınırlı bakış açısıyla bakıldığında bireyleri kendi yaşamına son vermeye götüren süreç göz ardı edilmekte ve tanım, intihar kavramının çok boyutlu yapısını anlamada yeterli olmamaktadır (5). Dünya Sağlık Örgütü intihar kavramını; "tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri" şeklinde ikiye ayırmaktadır (12). Bir insanın kasıtlı olarak kendisini ölüme götürecektir herhangi bir eylemi gerçekleştirmesi ve bu eylem sonucundan bireyin yaşamının son bulması "tamamlanmış intihar" olarak kavramsallaştırılmaktadır (13). İntihar girişimi bireyin kasıtlı olarak kendi yaşamına son vermek amacıyla yaptığı intihara yönelik ancak bireyin ölümü ile sonuçlanmayan girişimlerini içermektedir (2). İntihar girişiminde bulunan bireyler yaşamlarına son verme niyetinde olabileceği gibi deneyimledikleri zor duyguları, acıyı, pişmanlığı, umutsuzluğu ve çaresizliği ifade etmek amacıyla da intihar girişiminde bulunabilmektedir. Bu farklı özellikler sebebiyle intihar girişimleri bireylerin yardım çağrısı olarak da değerlendirilmelidir (14,15).

İntihara ilişkin risk etmenleri coğrafi farklılıklar göstermekle birlikte gençler ve ileri yaş popülasyonunun intihar davranışı için daha riskli yaş grubunu oluşturduğu belirtilmektedir (2). Gençler, aile sorunları, akran baskısı, karşı cinsle ilişki kaygıları, yüksek eğitim hedefleri, akademik ve kariyer baskıları gibi konularda kaygı yaşamaktadır. Yaşadığı bu kaygı ile baş edemeyen gençlerde psikiyatrik problemler ortaya çıkabilmekte ve intihar girişimine kadar gidebilmektedir (16,17). Çalışmalar birçok risk faktörünün etkisinde olan genç yaş grubunda intiharların en önemli ölüm sebebi olduğunu göstermektedir (18,19). Genç yaş grubu arasında intihar davranışının önemli risk faktörleri arasında depresyon (20-22), daha önce intihar düşüncesi veya girişim öyküsünün olması (23,24), mesleki ve akademik alanda yaşanan problemler (25-27), yetersiz aile desteği, yetersiz sosyal destek, madde ve alkol kötüye kullanımı (28,29), duygu düzenleme becerilerinde yetersizlik (30), mükemmeliyetçi kişilik yapısı, depresyona yatkın kişilik özelliği, umutsuzluk (31), benlik saygısının düşük olması ve sorun çözme becerilerindeki yetersizlik (4,32) yer almaktadır. İntihar girişimi sonrası gençlerle yapılan nitel bir araştırmada, gençlerin girişim sonrası hayal kırıklığına uğradıkları, sosyal desteklerinin etkisiz olduğu ve duygusal acı yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada gençlerin yaşadığı bu duygusal acının, suçluluk,

pişmanlık, öfke, artan sorumluluk duygusu ve mutsuzluk duygusunu içerdği bulunmuştur (36). İntihar girişimi sonrası bireylerin baş etme biçimlerini inceleyen genç yaş grubunun da dahil olduğu bir araştırmada, gençlerin eski yaşamlarına dönmek için çok uyumak, sorunları gizlemek, kaçınıcı davranışlar sergilemek, sosyal olarak kendini izole etmek gibi kaçınma stratejileri kullandıkları belirlenmiştir (83). Connor ve arkadaşlarının (2015) gençlerle yaptığı çalışmada, etkili baş etme konusunda destek alan gençlerin tekrarlayan intihar girişimi risklerinin azaldığı bulunmuştur (35). Hoffmann ve arkadaşlarının (2010) yaptığı nitel bir çalışmada, gençlerin intihar girişimi sonrası aileleri ve sosyal çevreleri dahil olmak üzere hayatlarında önemli yere sahip kişilerin desteklerine ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (36). Başka bir çalışmada ise, intihar girişimi sonrası bireylerin duygusal, ilişkisel ve psikolojik destek gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (37).

Dünya’da intihar davranışını ve intihar girişimi sonrası bireylerin gereksinimlerini belirlemek için nitel yöntemle yapılmış çalışmalara gereksinim vardır (38,39). Ancak literatürde intiharla ilgili yapılan çalışmaların, intihar girişimi öncesi döneme odaklandığı, genç yaş grubuna yönelik spesifik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve yapılan çalışmaların nicel yöntemle yapıldığı görülmektedir (21,26,40). İntihar girişimi sonrası gençlerle yapılan kalitatif çalışmalar sınırlı sayıda olup, bu çalışmalarda gençlerin intihar girişimi sonrası hayatın anlamında yaşadıkları değişikliklere, damgalanmalarına ve iyileşme süreçlerine odaklanılmıştır (37,41,42). Alves ve arkadaşlarının (2022) yaptığı nitel bir çalışmada intihar girişimi sonrası bireylerin hayatın anlamını arayış içinde oldukları, yaşamın anlamsızlığının farkına vardıkları ve bireylerin kendilerinde yeni yönleri keşfettikleri bulunmuştur (37). Battermann ve arkadaşları tarafından (2013) Avusturalya’da yapılan 676 katılımcıdan oluşan bir araştırmada, intihar girişimi sonrası bireylerin çevreleri tarafından damgalandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin çevreleri tarafından zayıf, bencil, ahlaksız, korkak, dikkat çekmeye çalışan ve ruh sağlığı bozuk kişiler olarak etiketlendiği belirtilmiştir (43). Gençlerin girişim sonrası çevreleri tarafından damgalanması, bu gençlerde damgalanma korkusuna sebep olabilmekte ve yardım arama davranışlarını etkilemektedir. Bruffarerts ve arkadaşlarının (2011) 18 yaş ve üzeri 55.302 katılımcı ile yaptıkları ve intihar girişimi sonrası bireylerin yardım arama davranışlarını araştıran bir çalışmada, intihar girişimi

sonrası bireylerin yardım aramama nedenleri olarak; yardıma gereksiniminin olmamasını düşünme, herhangi bir tedavinin etkisiz olacağına inanma ve damgalanma korkusu olarak bulunmuştur (44). Başka bir çalışmada ise intihar girişimi sonrası gençlerin iyileşme süreçlerinde öz farkındalık geliştirdikleri, çevrelerindeki destek sistemlerinden yararlanmaları gerektiğinin farkına vardıkları, geçmiş stres etkenlerini belirli zamanlarda tekrar yaşadıkları ve hayatın gerçeğini kabullenip uyum sağladıkları belirlenmiştir (45). Literatüre bakıldığında intihar girişimi sonrası gençlerin yaşadıkları güçlüklerin ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi ile ilgili yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak intihar girişimi sonrası gençlerin desteklenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (46). Ülkemizde intihar girişiminde bulunmuş gençlerin psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi nicel ve nitel çalışmalarda incelenmemiş olup, bu durum çalışmamızın bu bağlamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak intihar, birçok faktöre bağlı olarak gelişen, çok boyutlu, dünya genelinde ortaya çıkan, önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Önlenabilir ve yaygın olması nedeniyle küresel halk sağlığı ve kamu politikalarında intiharı önleme çalışmalarına yer verilmelidir (1). Hemşireler intiharları önleme ve intihar girişimi sonrası bireyleri biyopsikososyal olarak tam bir iyilik haline ulaşmaları konusunda desteklemede önemli bir pozisyonadadırlar (33,37,47). İntihar girişimi ve intihar nedenli ölümleri azaltmak için insanların aldığı bakımı iyileştirmenin ve intihar sonrası bireylerin destek gereksinimlerini gidermenin önemli olduğu dikkate alındığında intihar girişiminde bulunmuş gençlerin hemşirelik bakımı oldukça önem taşımaktadır (34). İntihar girişiminde bulunan hastanın bakımında hemşire, danışmanlık yoluyla bireyin yaşadığı krizi yönetmesine ve problemini etkin olarak çözmesine yardım etmeli, bireye etkili iletişim ve baş etme yolları, stres yönetim, sosyal destek kaynakları ve yararlanabileceği toplumsal kaynaklara ilişkin eğitimler vermelidir. Bu eğitimler aracılığı ile bireyin aile ve diğer sosyal destek kaynaklarında etkin olarak yararlanması sağlanmalıdır (47). Dünya Sağlık Örgütü'nün intiharı önleme stratejilerinde de intiharı önlemek için birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hemşirelerin önemli sorumluluklarının olduğu ve bu alanlarda hemşirelere ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (1). Psikiyatri hemşireleri ise intihar girişiminde bulunmuş gençlerin bakımında aldıkları uzmanlık ve sertifika programı

eğitimleri ile oldukça etkili bir role sahiptirler. Aldıkları bu eğitimlerle psikiyatri hemşireleri intihar risk faktörlerini saptama, intihar girişimi sonrası psikososyal bakım verme ve tekrarlayan intihar girişimlerini önleme gibi önemli konularda rol almaktadırlar (47). Eğitimlerin ve etkili hemşirelik müdahalelerinin planlanmasında öncelikle girişimin ardından gençlerin yaşadıkları psikososyal güçlüklerin ve destek gereksinimlerinin açıklanması önemlidir. Araştırmacılar da intihar girişiminde bulunmuş bireylerin yaşamış deneyimlerini öğrenmeye ihtiyaç olduğunu; intihar deneyimine sahip kişilerin seslerinin, bilgilerinin ve fikirlerinin, intihar kavramının daha kapsamlı, çok boyutlu bir şekilde anlaşılmasını sağlayacağını belirtmektedir (40,48,49). Bu kalitatif çalışmanın amacı intihar girişiminde bulunan 18-24 yaş arasındaki gençlerin girişim sonrasında psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin açıklanmasıdır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların intihar girişiminde bulunmuş gençleri desteklemeye yönelik müdahale çalışmalarının içeriğinin yapılandırılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu fenomenolojik desendeki çalışmanın amacı, intihar girişiminde bulunmuş 18-24 yaş arasındaki gençlerin girişim sonrasında psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin açıklanmasıdır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Bu çalışmanın primer araştırma sorusu:

- İntihar girişiminde bulunan 18-24 yaş arasındaki gençlerin psikososyal güçlükleri ve destek gereksinimleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntiharın tanımı

İntihar, psikolojik, sosyolojik, biyolojik, ekonomik, tarihsel ve dinsel faktörler gibi pek çok faktörün hazırlayıcı ve tetikleyici rolleri ile oluşan karmaşık bir eylemler bütünüdür (13). Kavram olarak, Latince “suicedere”, “insanın kendini öldürmesi” anlamına gelmektedir (50). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre intihar, kişinin kasıtlı olarak kendini öldürme davranışı olarak tanımlanmaktadır (12).

Genellikle intihar davranışı sadece ölümle sonuçlanmış durumlar olarak düşünülmektedir. Ancak intihar davranışına yalnızca bu çerçeveden bakıldığında bireyleri kendini yaşamına son vermeye götüren yaşam olayları göz ardı edilmekte ve bu şekilde tanım, intihar sürecinin bütün yönlerini kapsamada yetersiz kalmaktadır (4). Genel olarak intihar davranışı tanımlarında bireyin kasıtlı olarak ölüme neden olacak bir eylemi gerçekleştirmesi ve gerçekleştirdiği eylemin ölümle sonuçlanması olarak açıklanan “tamamlanmış intihar” kavramı ön plana çıkmaktadır (13). Dünya Sağlık Örgütü intihar kavramını; "tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri" şeklinde ikiye ayırmaktadır (12). Tamamlanmış intihar; bireyin yaşamını tehdit eden bir eylemi kasıtlı olarak yapması sonucunda yaşamının son bulması olarak tanımlanmaktadır (14). Ancak günlük yaşamda düşünce, girişim, tehdit veya ima gibi intihar davranışının birçok farklı şekilleriyle sıklıkla karşılaşılmaktadır (13). Eskin intiharın; “düşünce ile başlamakta olan ve ölümle sonuçlanana kadar devam eden süregelen bir davranış yelpazesi” olduğunu söylemekte ve düşünceden başlayarak sürecin tamamının değerlendirilmesiyle intihar davranışının tanımlanması gerektiğini belirtmektedir (44). İntihar girişimi ise bireyin kasıtlı olarak kendi yaşamına son vermek amacıyla yaptığı intihara yönelik ancak bireyin ölümü ile sonuçlanmayan girişimlerini içermektedir (2). Ngwena’ya göre intihar girişimi; kasıtlı, kendi kendine uygulanan, yaşamı tehdit eden, fiziksel yaralanmayla sonuçlanan ancak ölümle sonuçlanmayan eylemleri ifade etmektedir (14). İntihar girişiminde bulunan bireyler yaşamlarına son verme niyetinde olabileceği gibi deneyimledikleri zor duyguları, acıyı, pişmanlığı, umutsuzluğu ve çaresizliği ifade etmek amacıyla da intihar girişiminde bulunabilmektedir. Bu farklı özellikler sebebiyle intihar girişimleri bireylerin yardım çağrısı olarak da değerlendirilmelidir (15). İntihar düşüncesi ise bir kişinin yaşamını sonlandırma

isteğini yansıtan ifadeler kullanması veya bunu açık olarak ifade etmese bile bireyin tutum ve davranışlarından, bu şekilde bir amaca sahip olduğu kanısına varılmasıdır (51). İntihar düşüncesine sahip bireylerin kendi hayatlarına kasten son verme ile ilgili düşünceleri vardır, ancak bu kişiler intihar girişiminde bulunabilirler veya bulunmayabilirler (52). Özetle tamamlanmış intihar kavramı ölümle sonuçlanan eylemleri, intihar girişimi bireyin yaşamına son vermek maksadıyla eylemde bulunduğu ancak ölüme neden olmayan davranışlarını, intihar düşüncesi ise bireyin intihar etme ile ilgili bir amacının olmasını kapsamaktadır (53).

2.2. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar, küresel çapta önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı verilerine göre ilgili yıldaki her 100 ölümden bir tanesi intihar sebebiyle meydana gelmiştir. Dünya’da her yıl yaklaşık bir milyon kişi intihar sonucu ölmekte ve yapılan analizlere göre bu sayının ilerleyen yıllarda giderek artması beklenmektedir (1). Birey, aile ve toplumu olumsuz olarak etkileyen intihar, ele alınması gereken öncelikli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

İntihara ilişkin DSÖ’nün son epidemiyolojik verileri, bireylerin yaşlarına göre standartlaştırılmış kaba intihar hızının tüm dünyada yüz binde 11,4 olduğunu göstermektedir. Yaşlara göre değerlendirildiğinde intiharlar, 15–44 yaşları arasındaki ölüme sebep olan faktörler arasında 3. sırada yer alırken, 10–24 yaşları arasında ikinci sırada yer almaktadır. Aynı epidemiyolojik verilere göre, 15-24 yaşları arasındaki gençlerde kendi yaşamına son verme oranı 100.000’de 13 olarak belirtilmektedir (1,2). Ülkemizde intiharın yaşa, cinsiyete, illere ve bölgelere göre sıklığı gibi kategorilerdeki resmi kayıtlar Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından incelenmekte ve resmi olarak yayınlanmaktadır. TÜİK’in yayınlamış olduğu verilere göre 2001-2019 yılları arasında toplam 55.109 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. TÜİK’in son yayınladığı verilere göre 2019 yılı toplam intihar sayısı 3406’ dır. Aynı yılda 15-19 yaşları arasında 316 kişi intihar etmiş, 20-24 yaşları arasında ise 414 kişi intihar etmiştir (3). Ancak intihar istatistiklerinde intihar ve intihar girişimi ayrımı yapılmadığından ve sadece ölümle sonuçlanan intiharların oranları incelendiğinden, intihar girişimlerinin bu oranların 20 katından daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (4). Türkiye’de intihar kaynaklı ölümlerin adölesan dönemle birlikte bir artış

gösterdiği, erken ve orta yetişkinlik döneminde sabit bir seyir izlediği, 65 yaşından sonra ise yine bir artış gösterdiği belirtilmektedir (5).

2.3. İntihara Kuramsal Yaklaşım

Bireylerin intihar girişimi nedenlerini açıklamak için dünyada ve ülkemizde birçok çalışma yapılmaktadır. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğunu göz önüne alacak olursak intiharı tek bir kategoride değerlendirmek mümkün olmamaktadır. İnsanları intihara götüren süreçler sosyolojik, psikolojik, biyolojik ve kültürel olmak üzere birçok açıdan ele alınmalıdır. Bu yüzden intihar kavramını açıklamada da tek bir kuramsal yaklaşım tek başına yeterli olmamakla birlikte farklı kuramsal yaklaşımlar karmaşık bir süreç olan intihar sürecini açıklamada farklı açıklamalarda bulunmaktadır (54).

2.3.1. Biyolojik Bakış Açısı ve İntihar

Biyolojik kurama göre genel olarak intihar davranışında genetik faktörlerden ve nörotransmitter maddelerin etkisinden söz edilmektedir (5,55). Sarchiapone ve arkadaşlarının (2009) mahkumlarla yaptığı bir çalışmada, ailesinde intihar öyküsü bulunan mahkumların ailesinde intihar girişimi öyküsü olmayan mahkumlara oranla intihar girişiminde bulunma sayılarının daha fazla belirlenmiştir (56). Özalp (2009) tarafından yapılan intihar girişiminde bulunmuş 269 evlat edinilmiş bireyin katıldığı bir başka çalışmada, katılımcıların 12'sinin biyolojik akrabalarında da intihar girişimi öyküsü bulunmasına karşın, kontrol grubunda sadece 2'sinin biyolojik akrabalarında geçmiş intihar girişimi öyküsünün olduğu bulunmuştur (57). Literatürdeki araştırmalarda genetik etkenlerin özellikle intihar davranışının başlangıç sürecindeki rolüyle ilgili yüksek kanıtlar bulunmuştur (58,59). Soygeçmiş, ikiz ve evlat edinme çalışmaları intihar davranışının genetik bir boyutu olduğunu göstermektedir (60). Diğer çalışmalarda vücuttaki hormonlar ve nörotransmitter maddelerin dengesizlikleri üzerinde durmaktadır. Vücudumuzdaki serotonin hormonu seviyesinin azalmasıyla birlikte intihar girişimi oranlarının yükseldiği bilinmektedir (61). Serotonerjik sistemin yetersiz çalışması, Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenin fazla çalışması, noradrenerjik sistemde hiperaktivite, dopaminerjik, glutamaterjik, GABAerjik sistemlerdeki disfonksiyon, glial hücrelerde bozukluk ve sinyalizasyon yanıtları ve

mikroglizis gibi sebepler intiharın etiyolojik faktörleri olarak açıklanmaktadır (62,63).

2.3.2. Sosyolojik Bakış Açısı ve İntihar

Sosyolojide intihar davranışının nedenleri toplumsal yapı içinde araştırılmaktadır. Sosyolojik bakış açısına göre intihar davranışlarının giderek artmasının ana nedeni, toplumsal yapıda meydana gelen değişimlerdir. Bu değişimler bireylerin yaşamış oldukları yaşam şartlarını ve etik değerlerini etkilemektedir (64). Bireylerin intihar davranışında bulunmasındaki asıl neden bireylerin değişen yeni duruma uyum göstermede yaşadıkları zorluktan kaynaklanmaktadır (65,66).

Durkheim sosyolojik açıdan intihar davranışını iki temel faktör üzerinde yapılandırmıştır. Bu faktörlerden ilki, bireylerin toplumdaki rolleri, toplumdaki etkinlikleri ya da kendilerini toplumun parçası olarak hissetmemesidir. İkincisi faktör ise, bireyin taleplerinin toplum tarafından denetim altına alınmasını içeren toplumsal düzenlemelerdir (5). Evlilik, aile ilişkileri, dinsel bağlar, siyasal ve ulusal faktörler gibi toplumsal unsurlarla intihar davranışları arasındaki etkileşimi inceleyen Durkheim, dört farklı intihar türünün olabileceğini belirtmektedir (67). Sosyal entegrasyonun zayıf olduğu, bireylerin toplumla entegre olamadığı toplumlarda bencil (egoistik) intiharlar, bütünleşmişliğin yüksek düzeyde olduğu toplumlarda elcil (alturistik) intiharlar, sosyal düzenlemenin düşük ve kuralların yetersiz olduğu toplumlarda kuralsızlık (anomik) intiharları, toplumsal düzenlemenin yüksek ve katı kuralların uygulandığı toplumlarda ölümcül (fatalistik) intiharların olabileceği ifade edilmiştir (5).

2.3.3. Psikolojik Bakış Açısı ve İntihar

İntihar kavramı psikolojik olarak incelendiğinde konuyla ilgili birçok farklı kuram karşımıza çıkmaktadır. Freud'a göre intihar davranışı depresyon süreciyle ilişkilidir ve depresyondan sonra ortaya çıkan oldukça zor ve ağır bir durumdur. Freud'a göre birey bir nesne yitimi yaşamaktadır. Gerçek olarak veya hayali olarak kaybedilen sevgi nesnesinden sonra, birey tarafından sevgi nesnesine karşı zıt duygular yaşanmaktadır (68). Bireyin sevgi nesnesine karşı olan özlem duygusunun

yerine daha sonraki zamanlarda bilinç dışı bir şekilde zıt bir duygu olan nefret meydana gelmektedir. Süperego, egoyu cezalandırır ve yaşama hakkı olmadığını ifade eder veya içe alınmış durumdaki nesnenin cezalandırılması istenir (69). Güçlü bir süperegosu olan kişi saldırgan duygularını baskıladığı ve bu duygularını kendi benliğine yöneltmenin bir sonucu olarak intiharı düşündüğü belirtilmektedir. (5,70).

Menninger intihar kavramını bireylerin dürtüleri üzerinden açıklamaktadır. Menninger bu çerçevede yapıcı ve yıkıcı dürtülerden bahsetmektedir. Bu yapıcı ve yıkıcı dürtülerin bireyin dışındaki süreçlere yöneltilmesindeki sorunlar bu dürtülerin tekrar ayrılarak içe “kendiliğe” geri dönmelerine sebep olurlar (71,72). Birey; sinirini, kızgınlığını ve yaşadığı hayal kırıklıkları gibi duygularını dışarıdaki gerçek nesneye değil kendisine içine yöneltmektedir. Etkisiz hale gelmeyen bu saldırganlığın içe geri dönüşü tekrar eden bir intihar döngüsüne sebep olur. Tekrarlayan intihar kavramı intihar davranışının özünü oluşturur (73,74). Nesne ilişkisi kuramcısı olan Melanie Klein, intihar davranışının süregelen sürecinde bireylerdeki içselleştirilmiş olumsuz nesnelerin yattığını açıklamaktadır (75). Bu kuramda intihar davranışı bilinçli bir seçimden ziyade, içselleştirilmiş olumsuz nesnelerden kurtulma hedefiyle yapılan, bilinç dışı dinamiklerin hakim olduğu bir süreçtir (5). Yalom ümitsizlik sürecinin, bireyi yaşama son verme isteği durumuna götürdüğünü belirtmektedir. Ümitsiz olan kişinin, hayatın bir şekilde anlamının olmadığını hissetmesiyle bu davranışı gerçekleştirdiğini açıklamıştır (76).

Aaron T. Beck'in öncülük ettiği bilişsel kuram intiharı anlamaya ilişkin kabul gören önemli kuramlardan bir tanesidir. Beck depresyonda bilişsel üçlü denilen bir kavramsal çerçeveden söz etmektedir. Bu çerçevede depresyon tanılı bir birey kendisini, dünyayı ve gelecek yaşamı olumsuz bir çerçevede görmektedir (5,77). Bireyin gelecekte olumsuz beklentileri olarak tanımlanan umutsuzluk, intihar davranışı sürecini başlatan ve sürmesinde rol oynayan anahtar etmenlerden biridir. İntihar eyleminde bulunan bireyler dünyayı yalnızca umutsuzlukların ve mutsuzlukların yaşanabileceği bir mekân olarak algılamakta ve böyle bir mekânda yaşamının anlamlı olmayacağını düşünmektedirler. Bu şekilde büyük bir umutsuzluk duygusu hisseden ve daha fazla bu acıyı yaşamak istemeyen birey, içinde bulunan umutsuzluk ve mutsuzluktan kurtulmak istemektedir. İntihar davranışında bulunan

bireylerin kendi yaşamlarına son vermeyi umutsuz ve çözümsüz sorunlarını çözmenin tek yolu olarak algıladıkları belirtilmektedir (5,78).

2.4. İntihar Risk Faktörleri

Günümüzde tamamlanmış intihar sayıları ve intihar girişimi sayılarının her geçen gün katlanarak arttığı görülmektedir (12). İntihar davranışı sürecinde biyolojik, sosyal, psikolojik, dinsel ve kültürel birçok farklı faktör etkileşimde bulunmakta ve toplumun hemen her kesiminde, her yaş grubunda görülmekte, mortalite ve morbititeye sebep olmaktadır (47). İntihar yaş, cinsiyet, kültür, etnisite, din, dil, manevi inançlar ve sosyoekonomik durum gibi birçok alanda bireyleri etkilemektedir (12). Yapılan bir kavram analizinin sonuçlarına göre genel olarak intihar ile ilişkilendirilen risk faktörleri; geçmiş intihar girişimi, aile içi intihar öyküsü, biyolojik yatkınlık, geleceğin olumsuz görünümü (çaresizlik duyguları, utanç ve suçluluk duyguları, gelecek için algılar ve planlar), ruhsal hastalıkların varlığı (depresyon, şizofreni, alkol/madde kullanım bozuklukları vb.), halüsinasyon, madde kötüye kullanımı, sosyal izolasyon (geri çekilme, kayıp/sosyal desteğin eksikliği), sosyoekonomik güçlükler, aile ile ilişkili faktörler, ilişki zorlukları, ölümcül hastalıklar, istismar öyküsü, internet kullanımı, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk, nörolojik bozukluklar, kanser ve HIV enfeksiyonu gibi fiziksel hastalıklar, yaşlılık ve yalnızlık olarak tanımlanmıştır (14).

İntihar davranışına temel oluşturan diğer bir önemli bireysel faktör de bireyin geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olmasıdır. İntihar davranışı olgularında yapılan psikolojik otopsi araştırmalarının büyük bir kısmında bireyin geçmişinde yapmış olduğu intihar girişiminin varlığının, kişinin geleceğinde de intihar davranışının ortaya çıkmasına zemin hazırladığı belirtilmektedir (79,80). DSÖ intihar davranışı ile ilgili risk faktörlerini bireysel düzeyden sağlık sistemi seviyesine kadar değişmekte olan beş ayrı basamakta incelemektedir. Bu beş basamak: bireysel etmenler, ilişkisel etmenler, yaşanan çevre ile ilgili etmenler, toplumsal etmenler ve sağlık sistemi ile ilgili etmenlerdir. Bireysel etmenler; genetik yatkınlık, biyolojik faktörler, ruhsal hastalıklar, geçmiş intihar girişimi öyküsü, bireyin ailesinde intihar öyküsü, çaresizlik, umutsuzluk, işsizlik/ekonomik kayıplar ve alkol/madde bağımlılığıdır. İlişkisel etmenler; ayrılık, ilişki sorunları, sosyal olarak izole olma ve sosyal desteğin az

olmasıdır. Çevreyle ilgili etmenler; istismar, damgalanma, kültürel yabancılaştırma veya konum değiştirme kaynaklı stres, geniş çaplı felaketler, savaş ve çevresel çatışmalardır. Toplumsal etmenler; toplumun intihar hakkındaki olumsuz tutumu, yardım arama davranışının yaşanılan kültür tarafından olumsuz etiketlenmesi, medyada intihar ile ilgili uygunsuz içeriklerin yer alması ve seçilen intihar araçlarına ulaşımın oldukça basit olmasıdır. Son basamak ise sağlık sistemiyle ilgili etmenlerdir ve bu basamakta sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk bulunmaktadır (2). İntihar davranışı için açıklanan risk faktörleri arasında sosyodemografik özellikler, geçmiş intihar girişimi öyküsü, intihar düşünceleri, ruhsal hastalıklar, kişilik özellikleri, genetik ve biyolojik faktörler, gen ve çevre etkileşimi, ailesel faktörler, yaşam krizleri, stresli olaylar, olumsuz yaşam şartları, intiharla karşı karşıya gelme, tıbbi hastalıklar, süregelen ağrı ve intihar araçlarına ulaşmanın basit olması sayılabilir (81). Şevik ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada intihar girişimi için en sık rastlanılan risk faktörleri genç yaş, cinsiyet (kadın olma), bekar veya boşanmış olma, işsizlik, maddi sorunlar, yaşamda büyük değişikliklerin olması, ruhsal bir hastalığın bulunması (özellikle de depresyon) ve geçmiş intihar girişimi öyküsünün olması olarak bulunmuştur (82). Bu risk faktörlerine ek olarak madde kötüye kullanımı, çocukluk çağı travmaları, sosyal izolasyon, ekonomik sıkıntılar, ilişkilerdeki sorunlar, çaresizlik umutsuzluk ve dürtüsel davranışlar da intihar riskini arttırmaktadır (83).

Çalışmalar, birçok risk faktörünün etkisinde olan genç yaş grubunda intiharın en önemli ölüm nedeni olduğunu göstermektedir. Bir risk grubu olan genç yaş grubu arasında intihar davranışının en sık görülen risk etmenleri arasında depresyon (20,21), geçmiş intihar düşüncesi ya da intihar girişimlerinin olması (23,24), mesleki ve akademik alanda yaşanan problemler (25-27), yetersiz aile desteği, yetersiz sosyal destek, madde ve alkol kötüye kullanımı (28,29), duygu düzenleme becerilerinde yetersizlik (30), mükemmeliyetçi kişilik yapısı, depresyona yatkın kişilik özelliği, umutsuzluk (31), benlik saygısının düşük olması ve sorun çözme becerilerindeki yetersizlik (5,32) yer almaktadır.

Gençlerde intihar riskinin yüksek olması; bu yaş döneminde yaşanan hızlı psikolojik, sosyal ve biyolojik değişikliklere bağlı çevresel stresörlere karşı artmış duyarlılık, bireyselleşme arzusu nedeniyle daha az sosyal destek görme, yetersiz

problem çözme becerileri gibi etkenlerle de açıklanmaktadır (81). Yapılan bir çalışmada, gençlerde yaşam boyu intihar girişimlerinin en güçlü yordayıcıları olarak depresif bozukluklar, fiziksel istismar ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışları bulunmuştur. Özellikle de kendine zarar verme davranışı sıklığı arttıkça gelecekteki intihar girişimi riski de artmaktadır. Ayrıca intihar düşünceleri olan gençlerin intihar girişiminde bulunan bir akranlarının olması, bu gençlerin intihar düşüncesi aşamasından planlama ve girişim aşamasına geçiş olasılığını artırmaktadır (84). Güncel bir sistematik derleme, gençlerde görülen intihar davranışlarının son yıllarda artış gösteren risk faktörlerini içsel ve dışsal olarak iki gruba ayırmıştır. İçsel risk faktörleri; zayıf başa çıkma stratejileri, problemli akıllı telefon kullanımı, düzensiz beslenme, menstrual problemler, kötü bir yaşam tarzı (madde kullanımı, sedanter yaşam gibi), düzensiz uyku ve dinlenme alışkanlıkları olarak, dışsal risk faktörleri ise ailede ruhsal hastalık varlığı, olumsuz aile ilişkileri ve sosyal problemler olarak belirtilmiştir. Bu derlemede koruyucu faktörler; yaşamın anlamlı olduğuna dair inanç, çeşitli olumlu aktivitelere katılmak (sosyalleşme, film izleme gibi), dengeli beslenme, ebeveyn-çocuk etkileşimi ve dini inançlar olarak saptanmıştır (85).

2.5. Genç Yetişkin Dönem ve Psikososyal Sorunlar

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 15-24 yaş aralığındaki bireyler “genç” olarak sınıflandırılmaktadır (2). Dünya nüfusunun 2 milyardan fazlasını oluşturan gençler yaşamlarında birçok stres faktörüne maruz kalmaktadırlar. Özellikle son yıllarda bu yaş grubunu kapsayan stres faktörleri daha da artmıştır (86,87). Gençler, aile sorunları, yaşitlarının yapmış olduğu baskılar, karşı cinsle yaşadıkları ilişki kaygılarıyla birlikte eğitimleri konusundaki hedefleri, akademik ve mesleki alan baskıları gibi birçok farklı konuda kaygı yaşamaktadır. Gençler yaşadıkları bu kaygılarla baş etmekte sorunlar yaşayabilmektedir (16). Yapılan çalışmalarda gençlerin yaşadıkları bu stres durumları ile baş etmede yetersiz kaldıkları ve daha çok etkisiz baş etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (17). Birçok stres faktörünün odağında olan gençler yaşadıkları kaygılarla baş edemedikleri takdirde, bu gençlerde ruhsal problemler ortaya çıkabilmekte ve bu yaşadıkları zor süreç intihar girişimleri ile sonuçlanabilmektedir (16,17). Gençlerde intihar girişimlerinin önemli risk faktörleri arasında depresyon (20-22), daha önce intihar düşüncesi veya girişim öyküsünün

olması (23,24), mesleki ve akademik alanda yaşanan problemler (25-27), yetersiz aile desteği, yetersiz sosyal destek, madde ve alkol kötüye kullanımı (28,29), duygu düzenleme becerilerinde yetersizlik (30), mükemmeliyetçi kişilik yapısı, depresyona yatkın kişilik özelliği, umutsuzluk (31), benlik saygısının düşük olması ve sorun çözme becerilerindeki yetersizlik (4,32) yer almaktadır.

İntihar girişimi sonrası gençlerle yapılan çalışmalar daha çok nicel araştırma yöntemi ile yapılmış olup bu çalışmalar gençlerin baş etme biçimlerine (83), damgalanma deneyimlerine (84), risk faktörlerine (85,86) ve epidemiyolojik verilere (88,89) odaklanmıştır. Sukhawaha ve arkadaşlarının (2016) yaptığı genç yaş grubunun da dahil olduğu bir araştırmada, intihar girişimi sonrası bireyleri tetikleyen faktörler araştırılmıştır. Bu araştırmada tetikleyiciler olarak; aile üyesi ile sorun yaşama, ilişki sorunları yaşama ve girişim sonrası yaşanan yoğun duygusal yük olarak belirtilmiştir (90). İntihar girişimi sonrası bireylerin baş etme biçimlerini inceleyen genç yaş grubunun da dahil olduğu bir araştırmada, gençlerin eski yaşamlarına dönmek için çok uyumak, sorunları gizlemek, kaçınıcı davranışlar sergilemek, sosyal olarak kendini izole etmek gibi kaçınma stratejileri kullandıkları belirlenmiştir (43). İntihar girişimi sonrası kaçınma davranışlarının kullanılması uzun vadede uyum problemleri, depresyon ve tekrarlayan intihar girişimi gibi sorunlarla ilişkili bulunmuştur (91-93). Connor ve arkadaşlarının (2015) gençlerle yaptığı çalışmada, etkili baş etme konusunda destek alan bireylerin tekrarlayan intihar girişimi risklerinin azaldığı bulunmuştur (35). Hoffmann ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, gençlerin intihar girişimi sonrası aileleri ve sosyal çevreleri dahil olmak üzere hayatlarında önemli yere sahip kişilerin desteklerine ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (36). Başka bir çalışmada ise, intihar girişimi sonrası bireylerin duygusal, ilişkisel ve psikolojik destek gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir (37). Literatürde gençlerin intihar girişimi sonrası aileleri ve toplum tarafından damgalandıkları belirtilmiştir (41,94). Alves ve arkadaşlarının (2022) yaptığı güncel nitel bir araştırmada, intihar girişimi sonrası bireylerin duygusal, ilişkisel ve psikolojik destek gereksinimlerinin olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, intihar girişimi sonrası bireylerin hayatın anlamını arayış içinde oldukları, yaşamın anlamsızlığının farkına vardıkları ve bireylerin kendilerinde yeni yönleri keşfettikleri bulunmuştur (37). Battermann ve arkadaşları tarafından (2013) Avusturalya’da yapılan 676 katılımcıdan oluşan bir araştırmada,

intihar girişimi sonrası bireylerin çevreleri tarafından damgalandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin çevreleri tarafından zayıf, bencil, ahlaksız, korkak, dikkat çekmeye çalışan ve ruh sağlığı bozuk kişiler olarak etiketlendiği belirtilmiştir (95). Gençlerin girişim sonrası damgalanması, gençlerde damgalanma korkusuna sebep olabilmekte ve yardım arama davranışlarını etkilemektedir. Bruffarerts ve arkadaşlarının (2011) 18 yaş ve üzeri 55.302 katılımcı ile yaptıkları ve intihar girişimi sonrası bireylerin yardım arama davranışlarını araştıran bir çalışmada, intihar girişimi sonrası bireylerin yardım aramama nedenleri olarak; yardıma gereksiniminin olmamasını düşünme, herhangi bir tedavinin etkisiz olacağına inanma ve damgalanma korkusu olarak bulunmuştur (44). Başka bir çalışmada ise intihar girişimi sonrası gençlerin iyileşme süreçlerinde öz farkındalık geliştirdikleri, çevrelerindeki destek sistemlerinden yararlanmaları gerektiğinin farkına vardıkları, geçmiş stres etkenlerini belirli zamanlarda tekrar yaşadıkları ve hayatın gerçeğini kabullenip uyum sağladıkları belirlenmiştir (45). Literatüre bakıldığında intihar girişimi sonrası gençlerin yaşadıkları güçlüklerin ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi ile ilgili yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak intihar girişimi sonrası gençlerin desteklenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (46).

Dünya nüfusunu oldukça büyük bir bölümünü oluşturan gençlerin yaşadıkları stres faktörleri ve psikososyal sorunların ruh sağlığına olan etkileri ve intihar girişimine kadar giden bu süreç düşünüldüğünde toplum ruh sağlığı açısından oldukça endişe verici bir durumdur (88). Literatürde yapılan çalışmalarda, birçok stres faktörünün etkisinde olan genç yaş grubunda intiharın en önemli ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir (18,19). İnsan yaşamının diğer yaş dönemlerine kıyasla psikososyal sorunların ve riskli davranışlarının daha fazla görülmekte olduğu bu dönemde gençlerin sağlığını koruma ve geliştirme, yaşamlarını ve iyi olma durumlarını olumsuz şekilde etkileyebilecek risk alma davranışlarının önüne geçilmesi, yetenek, beceri ve kapasitelerinin geliştirilmesi gençlerin fiziksel ve psikososyal sağlığını koruma ve geliştirmede oldukça önem taşımaktadır (96).

2.6. İntiharın Önlenmesi ve Girişim Sonrası Hemşirelik Bakımı

Önlenebilir, yaygın ve önemli bir sorun olması sebebiyle küresel halk sağlığı ve ülke politikalarında intihar davranışını önleme çalışmalarına daha fazla yer verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (1). Hemşireler, genellikle intihar girişimi olayından sonra hastanın sağlık sistemiyle ilk temasıdır. Bu nedenle bir kriz durumu olan intihar sonrası bireylere ilk temasta hemşireler tarafından yapılacak krize müdahale girişimleri oldukça önem arz etmektedir (6,97). Hemşirelerin krize müdahale ve vaka yöneticiliği becerileri intihar girişimi sonrası bireylerin iyileşmesi için önemlidir. İntihar girişimi sonrası bireylere yapılan doğru ve etkili krize müdahale ve vaka yöneticiliği yaklaşımları ile bu bireylerin tedaviye uyumları artmaktadır (6). Bu sebeple hemşireler intihar davranışını önleme ve intihar girişimi sonrasında bireylerin biyopsikosozal alanlarda tam olarak bir iyilik durumuna ulaşmaları için güvenli ve elverişli bir bakım ortamının teşvik edilmesi, kapsamlı ruh sağlığı bakımının yürütülmesi ve bireylere destek verilmesi gibi birçok konuda kilit bir pozisyonadırlar (33).

İntihar girişimleri ve intihar nedenli ölüm oranlarını azaltmak için bireylerin aldıkları bakımın iyileştirmesi ve intihar sonrası kişilerin mevcut destek gereksinimlerinin giderilmesinin önemli olduğu göz önünde bulundurulduğunda intihar girişiminde bulunmuş gençlerin hemşirelik bakımı oldukça önem taşımaktadır (34). İntihar girişiminde bulunan hastanın bakımında hemşire, danışmanlık yoluyla bireyin yaşadığı krizi yönetmesine ve problemini etkin olarak çözmesine yardım etmeli, bireye etkili iletişim ve baş etme yolları, stres yönetimi, sosyal destek kaynakları ve yararlanabileceği toplumsal kaynaklara ilişkin eğitimler vermelidir (39). Bu eğitimler aracılığı ile bireyin aile ve diğer sosyal destek kaynaklarından etkin olarak yararlanması sağlanmalıdır. Eğitimlerin ve etkili hemşirelik müdahalelerinin planlanmasında öncelikle girişimin ardından gençlerin yaşadıkları psikososyal güçlüklerin ve destek gereksinimlerinin açıklanması önemlidir (38).

İntihar girişimi sonrası bireylerin genellikle ilk başvuru yerleri acil servislerdir. Acil servislerde intihar girişimi sonrası kriz durumunda olan bireylere hemşireler tarafından verilecek etkili psikososyal bakım, bireylerin iyi oluşlarını desteklemektedir (34). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin intihar girişimi sonrası bireylere bakım

verirken tıbbi bakıma odaklandıkları ve bireylerin psikososyal bakımlarının göz ardı edildiği ve bu sebeple de bu bireylerin psikososyal destek arama davranışlarının azaldığı belirtilmiştir (98,99). Hemşireler intihar girişiminde bulunmuş bireyleri hemşirelik süreci çerçevesinde ele almalı, mevcut durumu iyi bir şekilde tanımlamalı, hemşireler risk faktörlerini belirlemeli ve bireyi tekrarlama olasılığı konusunda değerlendirmelidir. Bu çerçevede hemşireler, intihar girişiminde bulunmuş bireylerle etkili terapötik ilişki kurmalı ve mevcut durumda bireyler anlaşılmaya ihtiyaç duydukları için bireyle güven ilişkisi oluşturulmalıdır (15).

Psikiyatri hemşireleri çalışma ortamlarının birçoğunda ayaktan veya yatılı tedavi desteği alan intihar girişiminde bulunmuş bireylerle çalışmaktadırlar. Psikiyatri hemşireleri intihar girişiminde bulunmuş bireylerin bakımında aldıkları uzmanlık ve sertifika programı eğitimleri ile oldukça etkili bir role sahiptirler. Aldıkları bu eğitimlerle psikiyatri hemşireleri intihar risk faktörlerini saptama, intihar girişimi sonrası psikososyal bakım verme ve tekrarlayan intihar girişimlerini önleme gibi önemli konularda rol almaktadırlar (72). Dünya Sağlık Örgütü'nün intiharı önleme stratejilerini ele aldığı raporda, stratejik hedeflerden olan intihar girişiminde bulunmuş insanlar için hizmetlerin erişilebilirliğini, tutarlılığını ve psikososyal bakım yollarını geliştirme stratejileri için birinci ve ikinci basamak bakım ortamlarında psikiyatri hemşirelerinin olması gerektiği belirtilmiştir (1). Görüldüğü üzere Dünya Sağlık Örgütü ve diğer sağlık örgütlerinin de çalışmalarında intiharın tüm süreçlerinde hemşirelik meslek mensuplarına ve özellikle de psikiyatri hemşirelerine büyük görevler düşmektedir. İntihar sürecinin ve tekrarlayan intihar girişimlerinin önleme çalışmalarına başlamadan önce intihar girişiminde bulunmuş bireylerin yaşadıkları psikososyal güçlüklerin ve destek gereksinimlerinin belirlenmesi, planlanacak önleme stratejilerine yön vermesi adına oldukça önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden olgubilim (fenomenoloji) deseni kullanılmıştır. Fenomenoloji fark ettiğimiz, derin ve detaylı bir anlayışa sahip olmadığımız kavramlara odaklanmaktadır (100). Fenomenoloji çalışmalarının ana hedefi, yaşanan bir olayla ilgili bireylerin kişisel deneyimlerini, daha genel ve kapsamlı bir düzeyde açıklamaktır (101). Fenomenolojik yaklaşımda görüşmeler mümkün olduğunca önyargısız ve önceden yapılandırılmış sorularla başlamakta ve araştırmanın odağında, bireylerin deneyimlerine nasıl anlam kattıkları ve deneyimlere yönelik derin bir bakış açısı kazanmak amaçlanmaktadır (102).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir ili Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Acil Servis’inde Ekim 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Dokuz Eylül Üniversitesi Yetişkin Acil Servisi: Dokuz Eylül Üniversitesi yetişkin acil serviste 9 yataklı resüsitasyon alanı, 14 yataklı monitörlü gözlem alanı, 6 yataklı travma alanı, 10 yataklı camlı bakı alanı, 6 yataklı gözlem odası, 1 tane kapalı resüsitasyon odası, 3 yataklı hızlı bakı odası bulunmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi yetişkin acil servisine günlük ortalama 300 hasta girişi olmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi yetişkin acil servisine 18-24 yaş arasında intihar girişimi ile gelen hasta sayısı aylık ortalama 10-20 arasında değişmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, İzmir ili Dokuz Eylül Üniversitesi Yetişkin Acil servisine intihar girişimi ile başvuran 18-24 yaş arasındaki gençlerden gönüllü olanlar oluşturmuştur. Görüşmeler, çalışmanın ana sorusunun yanıtı olabilecek ifadelerin ve süreçlerin sürekli olarak tekrar etme durumundaki aşamaya (doyum noktası) kadar sürmüştür. Bu çalışmada da görüşmeler, veri doyum noktasına ulaşıncaya kadar sürdürülmüştür. Nitel araştırmalarda görüşmeler sonucu ortaya çıkan ifadeler ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladıkları zaman veri doyum noktasına ulaşıldığına

karar verilmektedir (103). Örnekleme alma kriterleri; bireyin 18-24 yaş aralığında olması, intihar girişiminde bulunması ve girişim sonrası ilk altı ay içinde olması ve örneklemden dışlama kriterleri ise bireylerin psikotik atak ile ilişkili olarak intihar girişiminde bulunmuş olması ve bireyin görüşme yapmaya engel oluşturacak düzeyde bilişsel ve konuşma engelinin olmasıdır. İntihar girişiminde bulunmuş ve dahil etme kriterlerine uyan 22 gence Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis'inden ulaşılmış ancak altı genç çalışmaya katılmayı yoğunluk nedeniyle reddetmiştir. Çalışma örneklemini 16 genç oluşturmuştur.

3.4. Çalışma Materyali

Bu çalışmada herhangi bir çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışma nitel araştırma tasarımı olduğu için araştırmanın değişkenleri yoktur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuş olan tanıtıcı özelliklere ilişkin 'kişisel bilgi formu ve nitel araştırma yöntemine uygun olarak literatür doğrultusunda hazırlanmış 'yarı yapılandırılmış görüşme formu' ve ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Hazırlanan kişisel bilgi formu ve görüşme formu için intihar ve kalitatif araştırma tasarımı hakkında deneyimli uzmanlardan görüş alınmıştır.

3.6.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak çalışmanın amacına göre hazırlanmış tanıtıcı özelliklere ilişkin gençlerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ruhsal bozukluğunun varlığı, çalışma durumu, medeni durumu ve ailede intihar öyküsünün olup olmadığını belirlemeye yönelik soruları içermektedir. (Ek 1)

3.6.2 Görüşme Formu

Araştırmada gençlerin intihar girişimi sonrası yaşadıkları psikososyal güçlüklerin ve destek gereksinimlerinin açıklanması amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Görüşme soruları:

- İntihar girişiminin ardından şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- Şu anki sürece nasıl uyum sağlamaya çalışıyorsunuz?
- Girişimin ardından yaşadığınız güçlükler nelerdir?
 - Duygusal yaşamınız ile ilgili güçlükler neler?
 - Sosyal yaşamınızla ilgili güçlükler neler?
 - Sağlık sistemine erişimle ilişkin güçlükleriniz neler?
- Yardıma gereksinim duyduğunuz konular nelerdir?
- İnsanlar size nasıl destek sağlayabilirler?

3.6.3. Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri “yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemi” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın yapılması için gerekli olan etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra görüşmeler, acil servise intihar girişimi ile gelen ve örneklem dahil edilme kriterlerine uyan gençlerden gönüllü olanlarla yapılmıştır. Araştırmacı ilk olarak intihar girişimi ile acil servise gelen gençlere intihar girişiminin ardından yaşamsal bulguları stabil hale geldiği zaman kendini tanıtmıştır. Daha sonra gençlere araştırmanın amacı, hangi şekilde yürütüleceği, görüşmelerin ses kaydıyla kayıt altına alınacağı, kayıt altına alınan tüm bilgilerin araştırmacılar tarafından gizli kalacağı, kişisel bilgilerin araştırmacı dışında başka kişilerle paylaşılmayacağı ve araştırma sonuçları yazılırken ismin raporda yazılmayacağı konusunda bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek 3). Çalışmaya katılmayı kabul eden gençlerle intihar sonrası en az 4 hafta sonra olacak şekilde görüşme planı oluşturulmuştur. Görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Bu görüşmeler, sessiz, bölünmelerin yaşanmayacağı, havalandırması iyi bir ortamda ve COVID-19 pnömonisi nedeniyle maske takılarak yapılmıştır. Yapılan görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş, ayrıca araştırmacı, görüşme sırasında gözlemlerini de not almıştır. Araştırma sorusunun yanıtı olabilecek

kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı zaman (doyum noktası) görüşmeler sonlandırılmıştır. Veriler 14. görüşmeden itibaren tekrar etmeye başlamış olup, iki ek görüşme daha yapılarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

3.6.4. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği

Bu çalışmada nitel araştırmanın raporlanması kriterlerini içeren (Consolidated criteria for reporting qualitative studies- COREQ) kontrol listesi dikkate alınmıştır. Nitel araştırma desenlerinde geçerlik ve güvenilirlik kavramları nicel çalışmalardan daha farklı olarak ele alınmaktadır (104). Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik kavramının karşılığı olarak inandırıcılık (trustworthiness) kavramından söz edilmekte ve bu boyutta sağlanması gereken ölçütler bulunmaktadır (105-107). Nitel araştırmalarda verilerin doğruluğunu sağlamak için uyulması gereken kriterler; inanılrlık, güvenilebilirlik, teyit edilebilirlik ve aktarılabilirlik olmak üzere dört ana başlık altında toplanmaktadır (108).

İnanılrlık (İç Geçerlik)

Nitel araştırmalarda inanılrlığı artırmak için; uzun süreli etkileşim, derin odaklı görüşme, çeşitleme, katılımcı teyidi ve alan uzmanlarının incelemesi gibi yöntemler önerilmektedir (109,110). Çalışmada inanılrlığı arttırmak için yapılanlar:

Bireylerle görüşme yapmadan önce görüşme formu hazırlanmıştır ve bu görüşme formu uzmanlara gönderilerek onayları alınmıştır. Nitel araştırma konusunda deneyimi olan danışman öğretim üyesi tarafından veri toplama sürecinde süpervizyon alınmış ve araştırmanın analiz süreci bağımsız olarak birlikte yapılmıştır. Görüşmelerin sonunda katılımcılara yapılan görüşme özetlenmiş ve katılımcılardan teyit alınmıştır. Araştırmada uzun süreli etkileşim sağlamak için öncelikle katılımcının rahat bir şekilde kendini ifade etmesi desteklenmiş, zaman tanınmış ve yapılan derinlemesine görüşmeler için gerekli zaman tanınmıştır. Araştırmada katılımcılar ile görüşmeler ortalama 26 dakika sürmüştür.

Aktarılabilirlik (Dış Geçerlik)

Nitel araştırmalardaki “genelleme” kavramı, nitel araştırmalarda aktarılabilirlik kavramı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kavrama göre bir araştırmanın sonuçları araştırmadaki ile benzer katılımcı ve mekanlardaki durumlara aktarılabilirdir (100,111). Nitel araştırmaların genelleme gibi bir amacı bulunmamakta, deneyimler ve ifadeler bireyin mevcut durumunu anlamaya odaklanmaktadır. Bu boyutta nitel çalışmalarda katılımcıların yaşadıkları deneyimlerin, çalışma protokolünün ayrıntılı bir şekilde tanımlanması önerilmektedir. Bu nedenlerle nitel araştırmalardaki aktarılabilirliği kanıtlamak için çalışmada örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmadaki katılımcıların özellikleri, yöntem ve ortam açıkça belirtilmelidir (112). Çalışmada aktarılabilirliği sağlamak için görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Araştırmaya ilişkin tüm süreçler açık, net ve ayrıntılı bir şekilde yazılmıştır. Araştırmadaki her aşama ayrıntılı betimleme yöntemi kullanılarak okuyucuya sunulmuştur. Katılımcıların ifadeleri doğrudan alıntılar yapılarak verilmiştir. Aktarımlar yorum katılmadan sade ve anlaşılır bir şekilde özetlenmiştir.

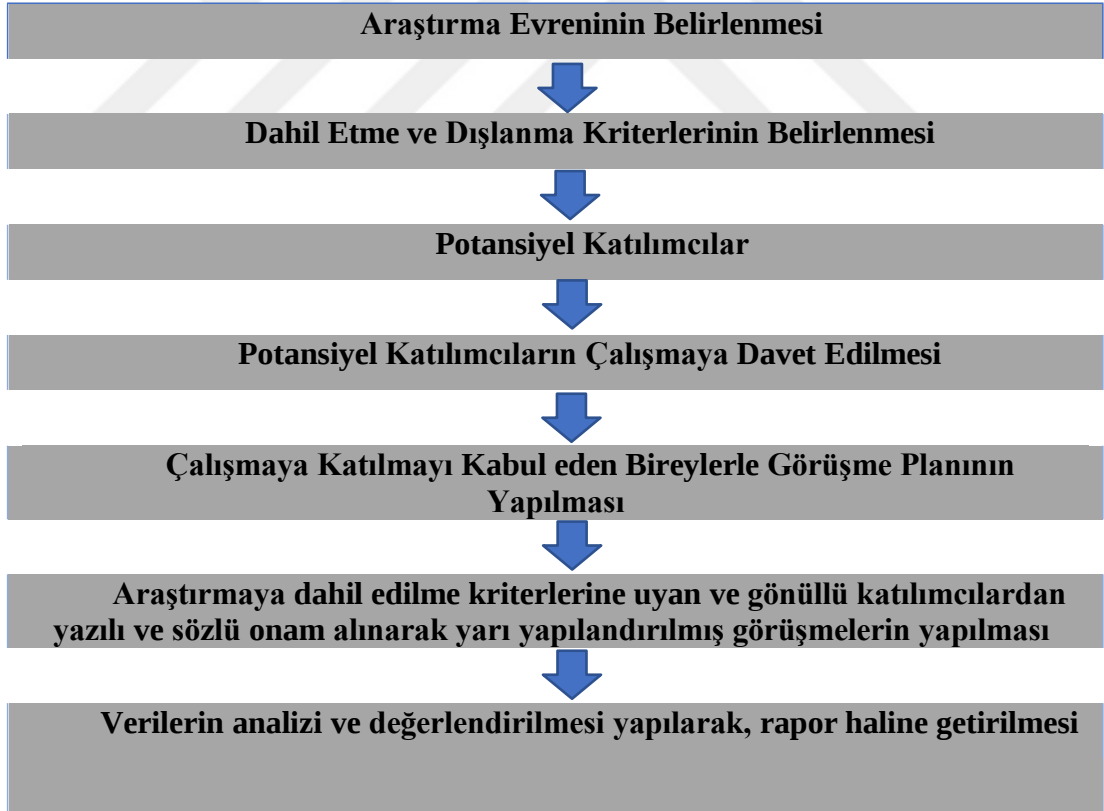
Tutarlık (İç Güvenirlik)

Nitel araştırmalarda tutarlılık çalışmanın veri toplama araçlarının oluşturulması, verilerinin toplanması ve analiz edilmesi aşamasında karşımıza çıkmaktadır (98). Çalışmada tutarlığı artırmak için görüşmeler aynı araştırmacı tarafından yapılandırılmış görüşme formu doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı yapılan tüm görüşmelerde aynı görüşme formunu ve ses kayıt cihazını kullanmıştır. İlk iki görüşmede danışman öğretim üyesi tarafından geribildirim verilmiştir. Araştırmacı bulguları yorum yapmadan aktarmıştır. Araştırmanın analiz aşamasında kodlar ve temaların belirlenmesiyle ilgili nitel araştırma deneyimi olan danışman öğretim üyesi ile birlikte çalışılmıştır. Analiz süreci bağımsız olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yöntemleri açık, net ve ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Araştırmanın başlangıcından itibaren tüm süreci nitel çalışma deneyimi olan danışman öğretim üyesi izlemiştir.

Teyit Edilebilirlik (Dış Güvenirlik)

Teyit edilebilirlik yöntemi, çalışmayı okuyan sonraki kişilerin de yararlanabilmesi için süreçlerin ve aktivitelerin doğru bir şekilde yansıtılmasıdır. (100,106). Çalışmada teyit edilebilirliği artırmak için tüm veri toplama araçları, ham verileri, ses kayıtları, analiz aşamasında ortaya çıkan kodlar ve temalar gerekli olduğunda incelenebilmesi için saklanmaktadır. Bulgular araştırmacının ön yargıları ya da görüşleri olmadan katılımcıların kendi ifadelerini içermektedir. Araştırmanın tüm süreçleri danışman öğretim üyesi tarafından titizlikle takip edilmiş ve kodlar ve temalar doğrulanmıştır. Analiz aşamasında ise kodlama, kategori oluşturma ve temaların oluşturulması aşamalarının her birinde araştırmacı ile danışman ayrı ayrı çalışmış daha sonra bir araya gelerek temaların ve kategorilerin son şekline karar verilmiştir. Veri analizi belirlenmiş olan kod listesi üzerinden yürütülmüştür.

Şekil 1. Araştırma Akış Şeması



3.7. Araştırma Planı

Araştırma planı ve takvimi Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi

Şubat-Mayıs 2020	Tez konusu belirleme
Mayıs-Eylül 2020	Literatür tarama
Eylül 2020- Mart 2021	Tez önerisi hazırlama
Mart- Nisan 2021	Tez öneri sunum
Nisan- Ekim 2021	Etik kurul onayı ve kurum izinleri
Ekim 2021 – Ocak 2022	Veri toplama
Ocak- Mart 2022	Veri Analiz
Mart-Mayıs 2022	Tez yazımı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Kişisel Bilgi Formlarının Değerlendirilmesi

Örnekleme alınan gençlerle ilgili sosyodemografik veriler sayı ve yüzde kullanılarak incelenmiştir.

3.8.2. Görüşme Verilerinin Analizi

Verilerin değerlendirmesinde nitel veri analiz yöntemlerinden olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem hemşirelik araştırmalarının çok yönlü özellik taşıyan kavramlarının analizi için uygun bir yöntemdir. İçerik analizinde amaç, birbirine benzemekte olan verileri belli başlı kavramlar ve temalar çerçevesinde buluşturmak ve bunları araştırmayı okuyacak kişilerin anlayabileceği şekilde sunmaktır (113).

Aşağıdaki analiz basamakları izlenilmiştir:

1. Aşama (Verilerin dökümü): Kaydedilen görüşmeler hiçbir değişiklik yapılmadan bilgisayar ortamında metin haline dönüştürülmüştür.

2. Aşama (Verilerin düzenlenmesi): Dökümü yapılmış veri seti, “İşlenmiş metin” haline getirilmiştir. İşlenmiş metin, başlangıçtaki ham metne göre araştırmanın sorusuna uygun cevapları içeren ve düzenlenen daha sistematik bir metin halidir.

3. Aşama: Oluşturulan işlenmiş metne, yapılan görüşmeler süresince araştırmacının almış olduğu notlar, görüşülen kişinin jestleri, mimikleri, sessiz kaldığı süre, ses tonu, hareketleri eklenerek araştırmanın verilerine son hali verilmiştir.

4. Aşama (Verilerin kodlanması): Araştırmanın amacı doğrultusunda hangi verilerin araştırmanın dışında bırakılacağına, hangi verilerin araştırmada kullanılacağına ve veri setinin nasıl sınıflandırılacağına karar verildikten sonra, kâğıda dökülen bilgiler anlamlı bölümlere ayrılarak ve isimlendirilmiştir (kodlama).

5. Aşama: Araştırmada görüşülen her katılımcı için ayrı ayrı bir kod listesi oluşturulmuş ve yapılan tüm görüşmelerden elde edilen kodlar toplanarak bir araya getirilmiştir.

6. Aşama: Araştırmanın amacı, soruları ya da araştırmanın kavramsal çerçevesi dikkate alınarak, verilerin benzer/aynı anlama gelen kodlar sınıflandırılarak anlamlı bütünler (kategori) haline dönüştürülmüştür.

7. Aşama: Sınıflandırılan anlamlı bütünler arasındaki ortak yönler bulunarak temalar oluşturulmuştur.

8. Aşama: Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalar (ana temalara) belirlenmiştir.

9. Aşama: Ana temalar belirlendikten sonra verilerin raporlanması aşamasına geçilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlarla ilgili katılımcıların onayı alınmıştır (98,114-116).

Araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tüm bu içerik analizi aşamalarını birbirinden bağımsız olarak yapmıştır. Sonrasında araştırmacılar bir araya gelerek

araştırma amacı doğrultusunda veriler eleştirel olarak değerlendirilerek temalar ve alt temaları tartışmıştır. Bulguları en iyi tamamlayan temalar hakkında fikir birliğine varılmıştır. Sonrasında veriler araştırmacı tarafından düzenlenmiş ve raporlandırılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma tek merkezli bir çalışma olup, araştırmaya dahil edilen katılımcılar Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Acil Servis'ine başvuranlardan oluşmaktadır. Çalışmanın tek bir merkezden yürütülmesi, araştırmanın veri toplama sürecinin COVID-19 pandemisi dönemine rastlaması, araştırma izin sürecinin uzamasına ve örnekleme ulaşmada güçlüklerle neden olmuştur.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06.10.2021 tarih 2021/27-04 karar numarası) etik kurul izin belgesi (Ek 4) ve araştırmanın yürütüleceği Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden (02/07.2021 tarih, 72292585-210.01-77439 sayı) yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, görüşmenin nasıl gerçekleştirileceği, sesli kayıt alınacağı, bu kayıtların hangi amaçla kullanılacağı ve nasıl saklanacağı hakkında da bilgi verilmiş ve soruları varsa cevaplanmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışma boyunca katılımcıların gizliliğine ve gönüllülüklerine dikkat edilmiştir. Katılımcıların mahremiyetini sağlamak amacıyla katılımcılara numara verilmiştir. İntihar riski devam eden katılımcılar ileri destek için yönlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve nitel bulgular verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların yaşları 18-24 yaş aralığında olup yaş ortalaması 21'dir. Katılımcılardan 7 kişi (%43.75) erkek, 9 kişi (%46.25) kadındır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde ilköğretim mezunu iki katılımcı (%12.5) ve lise mezunu 14 katılımcı (%87.5) olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan 12'si (%67,7) çalışmamakta olup, tamamı (%100) bekaardır. Katılımcıların gelir düzeyi algıları incelendiğinde; 7 katılımcının (%43.75) gelir düzeyi algısı kötü, 7 katılımcının (%43.75) gelir düzeyi algısı orta ve 2 katılımcının (%12.5) gelir düzeyi algısı ise iyi olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

14 katılımcının (%87.5) geçmiş ruhsal hastalık tanısı öyküsünün olmadığı, 2 katılımcının (%12.5) ise geçmiş ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Ruhsal hastalık tanısı olan katılımcıların (G1 ve G14) tanıları majör depresyon ve sosyal anksiyete bozukluğu olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan katılımcıların intihar girişimi sayıları incelendiğinde; 11 katılımcının (%68.75) ilk kez intihar girişiminde bulunduğu, 3 katılımcının (%18.75) iki kez intihar girişiminde bulunduğu, 1 katılımcının (%6.25) 4 kez intihar girişiminde bulunduğu ve 1 katılımcının (%6.25) 5 kez intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=16)

No.	Yaş	Cinsi yet	Eğitim Durumu	Medeni Durum	Çalışma Durumu	Gelir Düzeyi Algısı	Ruhsal Hastalık Tanısı	İntihar Girişimi Sayısı
G1	23	Kadın	Lise	Bekar	Çalışıyor	Orta	Var	2
G2	19	Erkek	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	-	4
G3	19	Kadın	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	-	1
G4	22	Erkek	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Orta	-	1
G5	18	Erkek	İlköğretim	Bekar	Çalışıyor	Kötü	-	2
G6	18	Kadın	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Orta	-	2
G7	24	Erkek	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	-	1
G8	24	Kadın	Lise	Bekar	Çalışıyor	Orta	-	1
G9	22	Erkek	Lise	Bekar	Çalışmıyor	İyi	-	1
G10	23	Erkek	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Orta	-	1
G11	19	Erkek	İlköğretim	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	-	5
G12	22	Kadın	Lise	Bekar	Çalışıyor	Kötü	-	1
G13	21	Kadın	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Kötü	-	1
G14	21	Kadın	Lise	Bekar	Çalışmıyor	İyi	Var	1
G15	21	Kadın	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Orta	-	1
G16	22	Kadın	Lise	Bekar	Çalışmıyor	Orta	-	1
Ort.	21.12	-	-	-	-	-	-	1.6
S.S.	1.9	-	-	-	-	-	-	1.2

G1: Majör Depresyon-Sosyal Anksiyete Bozukluğu G14: Majör Depresyon

4.2 Nitel Bulgular

Çalışma sonucunda intihar girişiminde bulunmuş bireylerin pikososyal güçlükleri ve destek gereksinimlerine yönelik altı ana tema belirlenmiştir. Bu temalar; eski normale dönme çabası, kalıntılarla yaşamak, gereksinimler, yardım aramada engeller, farkındalık ve önerilerdir.

Tablo 3. Nitel verilerin analizi sonucu belirlenen Temalar ve Alt Temalar

TEMA	ALT TEMA
Eski Normale Dönme Çabası	Odaklanma Uzaklaşma
Kalıntılarla Yaşamak	Duygusal yük Damgalanma İntihar anını anımsama
Gereksinimler	Psikolojik destek Sosyal destek
Yardım Aramada Engeller	Damgalanma kaygısı Kişilik özellikleri Tedavinin yararına inanmama
Farkındalık	Yeni anlamlar bulma Anlamsızlıkların farkına varma
Öneriler	Topluma yönelik öneriler Ailenin desteklenmesi

Tema 1: Eski normale dönme çabası

İntihar girişiminde bulunan gençlerin birçoğu intihar girişimi sonrasında eski yaşamlarına dönmek için birtakım yollar denediklerinden bahsetmişlerdir. Gençlerin bu tema altındaki ifadeleri; odaklanma ve uzaklaşma olmak üzere iki alt tema altında toplanmıştır.

Odaklanma. Gençler intihar girişimi sonrasında eski yaşamlarına dönmek için, intihar girişimi öncesinde yaptıkları rutin aktivitelere odaklandıklarından söz etmişlerdir. Gençler, okul ve derslerine odaklandıklarından, bir işte çalışan gençler ise iş yaşamlarına odaklandıklarından bahsetmişlerdir. “İşte dersler, okul, sınavlar derken uyum sağlamaya çalışıyorum ama uyum sağlayamıyorum. Aklımdan çıkmıyor...” (G4, 22 Yaş Erkek). Bir diğer genç şu şekilde aktarmıştır: “Ben uyum sağlayabilmek için

okulumu devam ettim. Eskisi gibi sanki hiç intihar etmemiş gibi yaşamaya çalıştım uyum sağlayabilmek için...” (G16, 22 Yaş Kadın).

Uzaklaşma. Bazı gençler, girişimin ardından eski normal hayatlarına dönebilmek, yaşadıkları zor duygulardan uzaklaşmak amacıyla bazı kaçınıcı yaklaşımlardan söz etmişlerdir. Onlar; sorunları görmemeye çalışma, hiçbir şey olmamış gibi davranma, başka şeyler düşünme, sosyal çevreden uzaklaşma, içe kapanma, sürekli uyuma davranışları ile yaşadıkları zor durumdan uzaklaşmaya çalıştıklarından söz etmişlerdir. *“İçime atarak belli etmeyerek hiçbir şey olmamış gibi yaparak uyum sağlamaya çalışıyorum...”* (G6, 18 Yaş Kadın). Bazı gençler ise intihar girişimi sonrası dönemde uyum sağlamak için içine kapandıklarından söz etmişlerdir. Gençler bu dönemde sürekli uyuduklarından, başka şeyler düşünmeye çalıştıklarından ve uzaklaşma isteklerinden bahsetmişlerdir. *“Uyuyarak uyum sağlamaya çalışıyorum. Tek isteğim evimde uzunca bir süre dinlenmek... Bir süre daha evden çıkmak istemiyorum...”* (G3, 19 Yaş Kadın). *“Kendimi hep başka şeylerle oyalıyorum. Geçmiş hiçbir sorunum çözülmedi hepsi yakamda ancak ben görmemeye çalışıyorum... İntihar sonrası tamamen kendime çekildim. Yani içime kapandım işte...”* (G8, 24 Yaş Kadın). Bir diğer genç uzaklaşma deneyimini şu şekilde aktarmıştır: *“Hastane ile işim bittikten sonra anneannem ve dedemle köydeki evimize gittim. Okula bir ay gelmedim. Köyde biraz dinlendim. Kendimi dinlemeye çalıştım...”* (G15, 21 Yaş Kadın).

Tema 2: Kalıntılarla Yaşamak

Gençlerin birçoğu eski normal yaşamlarına dönmek istemekle birlikte, girişimin etkilerinin yaşamlarının merkezinde olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların bu tema altındaki söylemleri; duygusal yük, damgalanma ve intihar anını anımsama olmak üzere üç alt tema altında toplanmıştır.

Duygusal Yük. Gençler duygusal yük yaşadıklarından bahsetmişlerdir. İntihar girişimi sonrası gençlerin yaşadıkları duygular; pişmanlık, mutsuzluk, korku, kaygı, çaresizlik ve utanç-suçluluk olarak belirlenmiştir. Gençlerin birçoğu girişim sonrası pişmanlık duygusu hissettiklerinden söz etmişlerdir. *“Keşke yapmasaydım. Pişmanım. Keşke hiç almasaydım ilacı. O zaman çok saçma bir davranış olarak yaptım...”* (G3,

19 Yaş Kadın). Bir başka katılımcı yaşadığı duygusal güçlükleri şu şekilde aktarmıştır: *“Hepsini bir arada yaşıyorum gibi. Pişmanlık, üzüntü, çaresizlik...”* (G12, 22 Yaş Kadın). Katılımcılar tarafından sıklıkla tanımlanan bir diğer duygu mutsuzluktur. Katılımcılar yakınlarını üzdükleri ve yaşadıkları bu deneyimle ilgili mutsuz hissettiklerini belirtmişlerdir. *“Anneannem ve dedeme yaşattıklarım için mutsuzum. Yaşlı insanlar ve tekrar yapar mıyım diye korkuyorlar...”* (G15, 21 Yaş Kadın).

Bir diğer zor duygu ise korkudur. Katılımcılar, ölüme yaklaşmış olma ve intihar anını hatırlamayla ilgili korku ifade etmişlerdir. *“Birçok duygusal güçlük yaşıyorum o anı hatırlayınca. Korku, sıkıntı, endişe, üzüntü gibi... Çok korkuyorum... Çok korkuyorum çünkü biliyorum ki aklımı bir şeylerle meşgul etmezsem gelecek o an aklıma. Sonra yine üzüleceğim korkacağım...”* (G16, 22 Yaş Kadın).

Gençler intihar girişimi sonrası içinde bulundukları çözememekten ve baş edememekten kaynaklı çaresizlik hissettiklerinden söz etmişlerdir. *“İntihardan sonra bazı günler yalnız olmak çok zor oluyor. Çaresiz hissediyorum kendimi. Sanki birilerinin desteğini alsam daha kolay baş edecektim gibi oluyor...”* (G6, 18 Yaş Kadın).

Gençler girişim sonrası intihar girişiminde bulunmuş olmaktan utanç ve suçluluk duyduklarından söz etmişlerdir. *“Gerçekten yaşadıklarımı ben yaşamamışım gibi hissetmekle geçti uzun bir süre. Yaptığım şeyden çok utanç duyuyordum. Bunu yapabildiğime inanamıyordum. Hala bile bunu nasıl yaptığıma inanamıyorum... Bir de çevremdeki insanların gözünde ben böyle bir şeyi asla yapmazmışım gibi bir algı var. Bununla yüzleşmek utancımı fazlasıyla arttırdı. İntihar edince bu sadece sizle ilgili bir durum olmaktan çıkıyormuş...”* (G15, 21 Yaş Kadın).

Gençler intihar girişimi sonrası yetersizlik duygusu yaşadıklarından söz etmişlerdir. Gençler üzerlerindeki sorumlulukların fazla gelmesinden, yaşadıkları duygularla baş edememekten, sürekli başa dönen bir süreç yaşadıklarından dolayı yetersizlik yaşadıklarından bahsetmişlerdir. *“Ne oluyor biliyor musun? hep başa dönüyorum tekrara düşmeye çok başladım hep tekrar ediyormuşum yani. Hayal kuramıyorsun yani... Sürekli bir sorumluluk sürekli bir yetersizlik ne yaparsan yap yetersizsin. Hep yetersizsin...”* (G1, 23 Yaş Kadın).

Damgalanma. Gençler girişim sonrası damgalanmaya maruz kaldıklarından söz etmişlerdir. Gençler girişim sonrası aileleri ve sosyal çevreleri tarafından damgalandıklarından söz etmişlerdir. Gençler aileleri tarafından damgalanma deneyimlerini açıklarken intihar girişimi sonrası ailelerinin sürekli gözlerinin üzerinde olmasının onlarda damgalanma duygusuna sebep olduğundan bahsetmişlerdir. *“Amcalarımın gözü sürekli gözümdeydi. Evde olmadığımda hep arıyorlar nerede olduğumu soruyorlar eve geldiğimde de sorguya çekiyorlar...”* (G9, 22 Yaş Erkek).

Gençler intihar girişimi sonrası çevresindeki insanlar tarafından damgalandıklarından söz etmişlerdir. Gençler çevresindeki insanların sürekli kendilerine baktıklarından, intihar sonrası insanlar tarafından dışlandıklarından ve arkadaşlarının kötü tavırlarından bahsetmişlerdir. *“Damgalanmasaydım daha iyi hissedirdim. İnsanların bir şeyler düşündüğü belli oluyor... Zor yani herkesin gözü üzerimde. İnsanların ne düşündüğünü önemsemeyerek uyum sağlamaya çalıştım ama olmuyor... İnsanlar hemen etiket yapıştırmayı seviyor. Dalga geçmeyi küçümsemeyi seviyor. Hiç karşısındakini anlamaya çalışmıyor...”* (G2, 19 Yaş Erkek). Bir diğer katılımcı damgalanma deneyimini şu şekilde aktarmıştır: *“Damgalıyorlar. Bir kere intihar etti ondan her şey beklenir, bir daha neden intihar etmesin ki diyorlar. Bu yüzden benden uzak duruyorlar. Zaten yurttta yemekhanede bile herkes bana bakıyor. Tiyatro oynuyor olsam tüm gözlerin üzerimde olması normal olabilir ama yemekhanede yemek yerken bile insanların bana bakması o kadar rahatsız edici ki... Ben intihar ettim ya, benden her şey beklenir diye kimse benimle konuşmak istemiyor...”* (G13, 21 Yaş Kadın).

İntihar anını anımsama. Bazı gençler için intihar anını sürekli olarak hatırlama yaşamın bir parçası olmuştu. Gençler intihar sonrası süreçte birtakım tetikleyicilerin intihar girişimi anını hatırlattığından söz etmişlerdir. Tetikleyiciler olarak; ailenin tutumu, maddi durumlar, ilişkiler, insanların tutumu ve insanların sürekli hatırlatması açıklanmıştır.

Gençler intihar girişimi anını unutmak istediklerini ancak ailelerinin ve sosyal çevrelerinin davranışlarının sürekli intihar girişimi anını hatırlattıklarını belirtmişlerdir. *“Ailemin böyle her şeye hemen koşması ne biliyim her an tekrar intihar edecektim gibi bana korkarak bakmaları benim için en büyük güçlük...”*

Konuşmak, düşünmek, ailemin sürekli tetikte olmaları bana bunu hatırlatıyor... Yani bir anlık duygu patlamasıyla intihar ettim ve bunu unutmak istiyorum. Ama annem ve babam sağolsun bir dakika bile unutturmuyorlar...” (G3, 19 Yaş Kadın). Gençler intihar girişimi sonrası insanlarla yaşadıkları ilişkilerin tetikleyici rolünden bahsetmişlerdir. *“...ilişkiler, arkadaşlık olabilir romantik ilişki olabilir iş ilişkisi olabilir, davranış biçimi insanların bana karşı. Yani bunlar sadece aklıma gelenler. Birçok tetikleyici şey oluyor işte...”* (G1, 23 Yaş Kadın). Gençler intihar girişimi sonrası maddi sorunlarının devam ettiğini ve bu durumun tetikleyici olarak sürekli girişimi hatırlattığını belirtmişlerdir. *“Tetikleyici şeyler aile, maddi problemler, ilişkiler... Yarım milyon borcum var benim... Alacaklılar her gün elli kez telefonumu çalıyor. Daha 23 yaşımdayım...”* (G1, 23 Yaş Kadın).

Tema 3: Gereksinimler

İntihar girişiminde bulunmuş gençler girişim sonrası yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmek için desteğe ihtiyaç duyduklarından söz etmişlerdir. Gençlerin bu tema altındaki söylemleri; psikolojik destek ve sosyal destek olmak üzere iki alt tema altında toplanmıştır.

Psikolojik destek. Gençler, intihar girişimi sonrası yaşadıkları güçlüklerle ilgili psikolojik destek gereksinimlerinin olduğundan söz etmişlerdir. Gençler intihar girişimi sonrasında öfke kontrolü, baş etme becerilerinin güçlendirilmesi ve duygusal destekle ilgili psikolojik destek beklentisi belirtmişlerdir. *“Şimdi düşününce mesela öfkemi kontrol edemiyorum bu yüzden sorun çıkıyor... Biraz öfkemi kontrol edebilsem. En çok ihtiyaç duyduğum konu öfkemi kontrol etmeyi bir anlık parlamalarımın olmaması olabilir hatta...”* (G5, 18 Yaş Erkek). Bir diğer genç baş etme desteğine gereksinimini şu şekilde aktarmıştır: *“Baş edemiyorum. Daha doğrusu nasıl baş edeceğimi bilmiyorum... İçimdeki bu duygulardan düşüncelerden kurtulmak için. Her şeyle baş etmek isterken hiçbir şeyle baş edemiyorum. Bu duygularla nasıl baş edebileceğimi öğrenmek isterdim...”* (G16, 22 Yaş Kadın). Gençler intihar sonrası duygusal olarak yük altında kaldıklarından ve bu noktada psikolojik destek almak istediklerinden bahsetmişlerdir. *“Duygu yükü demiştim ya. O konuda yardım edilse fena olmazdı. Yani çok fazla duygu yüküm var ve baş edemiyorum hepsiyle aynı anda.*

Bu duyguların hafiflemesinde veya bunların hepsiyle baş etmemde ya da nasıl olacak biliyorum ama bu konuda yardıma ihtiyacım var...” (G14, 21 Yaş Kadın).

Sosyal Destek. Gençler intihar girişimi sonrası yaşadıkları güçlükler sonrası sosyal destek gereksinimlerinin olduğundan söz etmişlerdir. Gençler intihar girişimi sonrası yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmek için ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine gereksinim duyduklarından söz etmişlerdir. *“Şu an için yardıma ihtiyaç duyduğum konu arkadaşlarımdan yanımda olmaması. Yani arkadaşlarım yanımda olsa bu süreç benim için çok daha kolay atlatılabilirdi... Hatta bir arkadaşım gerekirse arabamı satarım yine de öderiz borçlarını demişti. Bunu söylemesi bile duygusal moral olarak beni çok yükseltti diyebilirim...” (G7, 24 Yaş Erkek).* Bir başka genç aile desteği gereksinimini şu şekilde katarmıştır: *“Aslında bu sorunun cevabı benim için ailemin desteği olabilir... benim yanımda olabilirlerdi, bana destek olabilirlerdi...” (G1, 23 Yaş Kadın).*

Tema 4: Yardım aramada engeller

İntihar girişimi sonrasında gençler yardım gereksinimleri olmasına rağmen yardım almalarının karşısındaki engellerden söz etmişlerdir. Yardım aramada engeller teması; damgalanma kaygısı, kişilik özellikleri ve tedavinin yararına inanmama olmak üzere üç alt tema altında toplanmıştır.

Damgalanma kaygısı. Gençler intihar girişimi sonrası, sosyal ve duygusal desteğe gereksinim duymakla birlikte insanların damgalamasından korktukları için intihar girişiminde bulunduklarını gizlediklerinden söz etmişlerdir. *“Zaten ailem dışında hiç kimseye bu intihar olayından bahsetmedik, bahsetmeyi de düşünmüyorum. Arkadaşlarımdan duymasını istemiyorum. Arkamdan konuşmalarını istemiyorum. Mesela en yakın arkadaşım var her şeyimizi anlatırız birbirimize ona bile söylemedim. Çünkü gidip başkasına söyler yayılır sonra herkes duyar...” (G3, 19 Yaş Kadın).*

Kişilik özellikleri. Bazı gençler intihar girişimi sonrası yardım alamamalarının bir diğer sebebi olarak da içe kapanık olma, duygularını ifade edememe ve insanlara güvenememe gibi özelliklerini açıklamışlardır. İçe kapanık kişilikte oldukları için intihar girişiminde bulunduklarını kimseye anlatamadıklarından ve yardım isteyemediklerinden bahsetmişlerdir. *“İntihar ettiğim günden beri kimseyle*

konuşmadım zaten. Ben kimseyle bir şeyimi paylaşmam... Dediğim gibi kimse ile paylaşmam kendimle ilgili olan şeyleri...” (G1, 23 Yaş Kadın). İnsanlara güvenememeyle ilgili bir genç duygularını şu şekilde aktarmıştır: “...ben içimi pek dökmek isteyen biri değilim. Ne annem ne babam dahil kimseye güvenmediğim için içimi hiçbir zaman dökmem...” (G3, 19 Yaş Kadın). Duygularını ifade edememe bir engel olarak sıklıkla tanımlanmıştır: “Duygularımı kolay kolay açığa çıkartamam insanlara duygularımı gösteremem. Zaten öyle de oldu. İçimde bunlar yaşanırken intihardan önceki rutin hayatıma dönmüş gibi görünüyordum dışarıdan...” (G10, 23 Yaş Erkek).

Tedavinin yararına inanmama. İntihar girişimi sonrası gençler psikolojik destek almanın kendilerine yarar sağlayacağına inanmadıkları için psikolojik destek almadıklarından söz etmişlerdir. “Sorunlarımı psikiyatriste gidip onun yazacağı antidepresan ilaç ile çözemeyeceğimi düşünüyorum...” (G7, 24 Yaş Erkek). Bazı gençler ülkedeki ruh sağlığı hizmetlerini yetersiz buldukları için profesyonel destek almadıklarından söz etmişlerdir. “İntihar öncesi almayı düşünüyordum... Hiçbir şeyi doğru bir şekilde yapmadığımız için alacağım yardımların da işe yaramayacağını bildiğim için yardım almak da istemiyorum... Ülkemizde herkesin ruh sağlığı bozuk ama sağlık sisteminde en zayıf yönümüz de bence ruh sağlığı. Çevremde arkadaşlarımdan ailemden o kadar çok kişi var ki ruhsal sıkıntıları olan...” (G8, 24 Yaş Kadın).

Tema 5: Farkındalık

Gençler intihar girişimi sonrası yaşamdan yeni anlamlar bulma ve anlamsızlıkların farkına varma olmak üzere iki alt tema altında toplanmıştır.

Yeni anlamlar bulma. Gençler intihar girişimi sonrası yaşamda yeni anlamlar bulduklarından, sorunları daha çözülebilir gördüklerinden ve bu bakış açısının umut verici etkisinden söz etmişlerdir. Gençler intihar girişimi sonrası aslında ölmek istemediklerinden ve yaşamın değerini fark ettiklerinden söz etmişlerdir. “İntihar girişimi sonrası hala sorunlarım çözülmedi biliyorum ancak yaşamak istediğimi fark ettim. Sorunlarımın çözülebilir sorunlar olduğunu fark ettim. Hatta bazen iyi ki intihar etmişim diyorum yoksa hala çamura batmaya devam edebilirdim. Tabi yanlış

anlaşılmasın bir daha asla kendime zarar vermeye kalkmam. Bu hayat benim ve güzel bir şekilde yaşamak için çabalayacağım...” (G7, 24 Yaş Erkek). Bazı gençler intihar girişimi sonrası sorunlara bakış açılarının değiştiğini ve yaşamak için çabalamak gerektiğini belirtmişlerdir. “Sorunlarımın çözülebilir sorunlar olduğunu fark ettim... Bu hayat benim ve güzel bir şekilde yaşamak için çabalayacağım...” (G7, 24 Yaş Erkek).

Anlamsızlıkların farkına varma. Bazı gençler intihar girişimi sonrası ölüme yönelik farkındalık ve bu noktada yaşamın ve sistemdeki anlamsızlıkların farkına vardıklarından söz etmişlerdir. *“Hayatın anlamsızlığını intihar girişiminde başarısız olduktan sonra anladım... İntihar sonrası anladım ki ölüm o kadar yakın ki bize hayat işte o kadar anlamsız. Neden istemediğim bir işte çalışayım mesela bu anlamsız hayatta? Neden her an ölebileceksem istemediğim bu işe her gün gidiyorum? Bilmiyorum...Anlamsız her şey...” (G8, 24 Yaş Kadın).*

Tema 6: Öneriler

Gençler topluma yönelik öneriler ve ailenin desteklenmesi olmak üzere önerilerde bulunmuşlardır.

Topluma yönelik öneriler. Gençler intihar sonrası toplumun davranışlarından yola çıkarak topluma yönelik birtakım önerilerden söz etmişlerdir. Gençler topluma yönelik; girişimde bulunmuş kişilere yönelik empatik anlayış kazanma ve damgalama konusunda eğitim verilmesi gerektiğinden söz etmiştir. *“İnsanların eğitilmesine ihtiyaç var. Bir insan intihar etmiş olabilir veya başka bir şey yapmış olabilir... İnsanlara karşısındaki kişi ile empati kurmaları öğretilmeli... Sadece bir davranışından dolayı bir insanı damgalamamak konusunda insanlar eğitilmeli...” (G16, 22 Yaş Kadın).*

Ailenin desteklenmesi. Gençler ailelerinin de girişimin ardından desteğe gereksinimlerinin olduğunu belirttiler. *“Ülkemizde aile terapisi yapılma imkânı olsa veya benim ailemle bu sorunumun olduğunu söylediğimde aile bireylerimle işte annemle amcalarımla falan da terapi yapılırsa belki bir faydası olabilirdi diye düşünüyorum...” (G9, 22 Yaş Erkek).*

5. TARTIŞMA

İntihar girişiminde bulunmuş 18-24 yaş arasındaki gençlerin girişim sonrasında psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin açıklanmasını amaçlayan bu çalışmanın sonucunda altı temaya ulaşılmıştır. Bu temalar; eski normale dönme çabası, kalıntılarla yaşamak, gereksinimler, yardım aramada engeller ve önerilerdir. Araştırma sonuçları bu altı tema başlığı altında tartışılmıştır.

Tema 1: Eski Normale Dönme Çabası

Çalışmada, gençlerin intihar girişimi sonrası eski normal hayatlarına dönmek için çabaladıkları ve rutin aktivitelerine odaklanma ve uzaklaşma yoluyla baş etmeye çalıştıkları belirlenmiştir. Rutin aktivitelere odaklanma boyutunda; okul ve derslerine odaklandıkları, bir işte çalışan gençlerin ise iş yaşamlarına odaklandıkları saptanmıştır. İntihar girişimi sonrası gençlerle ilgili literatür bilgileri az olmakla birlikte, gençlerin intihar girişimi sonrası odaklanma deneyimleri ile ilgili bilgiler çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre gençler, intihar girişimi sonrası dikkatlerini dağıtmak için derslerine odaklanma, TV ve film izleme, spor yapma, bilgisayar oyunları oynama gibi geçmişte yaptıkları tekrarlayan aktivitelere yönelmişlerdir (83,117-119). Bergman'ın (2008) 18-25 yaş arasındaki gençlerle yaptığı araştırmada, gençler eğitimlerine devam etmenin ve yeni beceriler öğrenmenin intihar sonrası rutin yaşamlarına dönmelerine katkı sağladığı belirtilmiştir (42). Chi ve arkadaşlarının (2013) yaptığı genç yaş grubunun da dahil olduğu nitel bir çalışmada, intihar girişimi sonrası katılımcılar hayatlarındaki sorumlulukları üstlenmeleri gerektiğinin farkına varmışlardır. Aynı çalışmada katılımcılar intihar girişimi öncesi sorumlulukları olan okul hayatı, iş hayatı ve aile hayatlarındaki sorumluluklarını üstlenmişlerdir (45). Hem çalışmamızın bulguları hem de literatür göstermektedir ki, gençler intihar girişimi sonrası rutin aktiviteleri olan okul yaşamlarına ve derslerine tekrar dönmektedirler. Bu noktada intihar girişimi sonrası okula dönen gençlere okulda yapılacak doğru müdahalelerle destek olunabilir. Bu konuda özellikle öğretmenlerin bu gençlere destek verme konusundaki rolü büyüktür. Yapılan araştırmalarda, okul yöneticilerinin, rehberlik danışmanlarının, okul psikologlarının ve özellikle öğretmenlerin intihar girişimi sonrası okula dönen gençleri desteklemede önemli rolleri olduğu ileri sürülmüştür (120,121).

Bazı gençler ise girişimin ardından eski normal hayatlarına dönebilmek, yaşadıkları zor duygulardan uzaklaşmak amacıyla bazı kaçınıcı yaklaşımlardan söz etmişlerdir. Onlar; sorunları görmemeye çalışma, hiçbir şey olmamış gibi davranma, başka şeyler düşünme, sosyal çevreden uzaklaşma, içe kapanma, sürekli uyuma davranışları ile yaşadıkları zor durumdan uzaklaşmaya çalıştıklarından söz etmişlerdir. Literatürde de çalışmamızın bulgularına benzer şekilde intihar girişimi sonrası gençlerin eski normal hayatlarına dönebilmek için kaçınıcı davranışlar sergiledikleri belirtilmektedir (36, 122). Yapılan çalışmalarda bu kaçınıcı davranışlar; günlük faaliyetlere ilgi kaybı, aile de dahil sosyal çevreden uzaklaşma, sürekli uyuma ve davranışlardaki değişiklikler olarak belirtilmiştir (123-125). Chi ve arkadaşlarının (2013) gençlerle yaptığı nitel bir çalışmada, intihar girişimi sonrası gençlerin yaşamın stresörleri ile başa çıkmak ve bulundukları zor durumdan uzaklaşmak için kaçınma davranışlarını kullandıkları belirlenmiştir (45). Farklı kültürlerdeki intihar girişimi sonrası genç katılımcılardan oluşan araştırmalarda, intihar girişimi sonrası katılımcıların kaçınma davranışları olarak; sosyal çevrelerinden uzaklaştıkları, içe kapandıkları ve her zaman yaptıkları aktivitelere karşı ilgi kayıpları olduğu belirtilmiştir (126,127). İntihar girişimi sonrası bireylerin baş etme biçimlerini inceleyen genç yaş grubunun da dahil olduğu bir araştırmada, gençlerin eski yaşamlarına dönmek için çok uyumak, sorunları gizlemek, kaçınıcı davranışlar sergilemek, sosyal olarak kendini izole etmek gibi kaçınma stratejileri kullandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada bazı katılımcıların bulundukları durumun gerginliğinden kaçmak için sorunu inkâr etme ve sorun yokmuş gibi davrandıkları ortaya konulmuştur (43). İntihar girişimi sonrası eski normal hayatlarına dönmek için bu tür kaçınıcı davranışlarda bulunan gençler, uzun vadede tekrarlayan intihar girişimi için risk altında olabilir. Yapılan çalışmalarda intihar girişimi sonrası kaçınma davranışlarının kullanılması uzun dönemde uyum problemleri, depresyon ve tekrarlayan intihar girişimi gibi sorunlarla ilişkili bulunmuştur (121-123). İntihar girişimi sonrası kaçınıcı davranışlar sergileyen gençlere baş etme ile ilgili eğitimler verilerek uyum problemleri ve tekrarlayan intihar girişimleri önlenebilir.

Tema 2: Kalıntılarla Yaşamak

Gençlerin birçoğu eski normal yaşamlarına dönmek istemekle birlikte, girişimin etkilerinin yaşamlarının merkezinde olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların bu tema altındaki söylemleri; duygusal yük, damgalanma ve intihar anını anımsama olmak üzere üç alt tema altında incelenmiştir.

Gençlerin çoğunluğu duygusal yük yaşadıklarından bahsetmişlerdir. İntihar girişimi sonrası gençlerin yaşadıkları duygular; pişmanlık, mutsuzluk, korku, kaygı, çaresizlik ve utanç-suçluluk olarak belirlenmiştir. Literatürde de çalışmamızın bulgularına benzer şekilde intihar girişimi sonrası gençlerin yoğun duygusal yük yaşadıkları belirtilmiştir (126,127). Yapılan çalışmalarda gençlerin intihar girişimi sonrası yaşadıkları duygusal sorunlar; suçluluk, mutsuzluk, korku, çaresizlik ve pişmanlık olarak belirtilmiştir (113,114,128-130). İntihar girişimi sonrası gençlerle yapılan nitel bir araştırmada, gençlerin girişim sonrası hayal kırıklığına uğradıkları, sosyal desteklerinin etkisiz olduğu ve duygusal acı yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada gençlerin yaşadığı bu duygusal acının, suçluluk, pişmanlık, öfke, artan sorumluluk duygusu ve mutsuzluk duygusunu içerdiği bulunmuştur (36). Genç yaş grubunun da dahil olduğu güncel bir nitel araştırmada, intihar girişimi sonrası bireylerin mutsuzluk, öfke, suçluluk ve duygusal acı yaşadıkları belirtilmiştir (131). Literatürde de çalışma bulgularımızda da görüldüğü üzere intihar girişimi sonrası gençler duygusal yük altında kalmaktadırlar. Buradan yola çıkılarak intihar girişimi sonrası gençlerin bu zor duygularla baş etmeleri için girişimler planlanabilir.

Gençlerin çoğu girişim sonrası damgalanmaya maruz kaldıklarından söz etmişlerdir. Gençler girişim sonrası aileleri ve sosyal çevreleri tarafından damgalandıklarından söz etmişlerdir. Literatürde de çalışmamız bulgularına benzer şekilde intihar girişimi sonrasında gençlerin damgalanma yaşadıkları belirtilmiştir (42,81,82). Yapılan bir sistematik derlemede intihar girişiminde bulunmuş bireylerin girişim sonrası aileleri ve sosyal çevreleri tarafından damgalanmaya maruz kaldıkları ve bu damgalanmanın giderek arttığı belirlenmiştir (132). Battermann ve arkadaşları tarafından (2013) Avusturalya’da yapılan 676 katılımcıdan oluşan bir araştırmada, intihar girişimi sonrası bireylerin çevreleri tarafından damgalandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin çevreleri tarafından zayıf,

bencil, ahlaksız, korkak, dikkat çekmeye çalışan ve ruh sağlığı bozuk kişiler olarak etiketlendiği belirtilmiştir (84). Gana’da yapılan nitel bir çalışmada, toplumun kültürel yapısının intihar hakkında olumsuz düşünceleri olduğu için intihar sonrası gençlerin toplum ve aileleri tarafından damgalanmaya maruz kaldıkları belirtirmiştir. (133). İntihar girişimi sonrası bireylerin yaşadıkları bu damgalanma deneyimleri, bireylerin tekrar bir travma yaşamasına katkıda bulunabilir, bireylerin yaşadıkları duygusal yükü artırabilir ve girişim sonrası iyileşmeyi yavaşlatabilir. Bunlara ek olarak bu damgalanma deneyimleri bireylerin ruhsal sağlıklarının bozulmasına ve tekrarlayan intihar girişimlerinin yaşanmasına sebep olabilir (133). Aileleri ve toplum tarafından intihar girişiminde bulunmuş bireylere yönelik yapılan bu damgalama sonucu bireylerin damgalanma korkusu yaşadıkları hem çalışmamızda hem de literatürdeki araştırmalarda bulunmuştur. Yaşanan bu damgalanma korkusu bireylerdeki yardım arama davranışını azaltabilir (134,135).

Çalışmamızın bulgularında gençler için intihar anını sürekli olarak hatırlama yaşamlarının bir parçası haline gelmiştir. Gençler intihar sonrası süreçte birtakım tetikleyicilerin intihar girişimi anını hatırlattığından söz etmişlerdir. Tetikleyiciler olarak; ailenin tutumu, maddi durumlar, ilişkiler, insanların tutumu ve insanların sürekli hatırlatması olarak açıklanmıştır. Yapılan çalışmalar da çalışmamızın bulgularına benzer şekilde intihar girişimi sonrası ailenin, maddi durumun ve insanlarla olan ilişkilerin tetikleyici rolünden bahsetmiştir (136-139). Çin’de yapılan intihar girişimi sonrası tetikleyicilerin araştırıldığı bir çalışmada, intihar girişimi sonrası ilk ay içerisinde bireylerde sosyal ve maddi tetikleyicilerin ön planda olduğu belirtilmiştir (140). Sukhawaha ve arkadaşlarının (2016) yaptığı genç yaş grubunun da dahil olduğu nitel bir araştırmada, intihar girişimi sonrası bireyleri tetikleyen faktörler araştırılmıştır. Bu araştırmada tetikleyiciler olarak; aile üyesi ile sorun yaşama, ilişki sorunları yaşama ve girişim sonrası yaşanan yoğun duygusal yük olarak belirtilmiştir (90).

Tema 3: Gereksinimler

İntihar girişiminde bulunmuş gençler girişim sonrası yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmek için desteğe ihtiyaç duyduklarından söz etmişlerdir. Gençlerin bu tema

altındaki söylemleri; psikolojik destek ve sosyal destek olmak üzere iki alt tema altında incelenmiştir.

Gençler intihar girişimi sonrası yaşadıkları güçlüklerle ilgili psikolojik destek gereksinimlerinin olduğundan söz etmişlerdir. Gençler intihar girişimi sonrasında öfke kontrolü, baş etme becerilerinin güçlendirilmesi ve duygusal destekle ilgili psikolojik destek beklentisi belirtmişlerdir. İntihar biyolojik, klinik, psikolojik, sosyal ve kültürel risklerin etkileşimini içeren karmaşık bir sorundur ve intihar sonrası bireylerin yardıma ihtiyaç duyduğunu gösteren literatürdeki çalışmalar araştırmamızın bulgularına benzerlik göstermektedir (141-143). Alves ve arkadaşlarının (2022) yaptığı güncel nitel bir araştırmada, intihar girişimi sonrası bireylerin duygusal, ilişkisel ve psikolojik destek gereksinimlerinin olduğu belirtilmiştir (37). Sun ve Long'un (2013) yaptığı bir araştırmada, intihar girişiminde bulunmuş gençlerin yaşadığı zor durumlarla baş etme konusunda desteğe ihtiyaçlarını olduğu bulunmuştur (10). Görülmektedir ki gençlerin intihar sonrası psikolojik destek gereksinimleri bulunmaktadır. Bu gereksinimlere yönelik müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi tekrarlayan intihar girişimlerinin engellenmesine yardımcı olabilir. Connor ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, etkili baş etme konusunda destek alan bireylerin tekrarlayan intihar girişimi risklerinin azaldığı bulunmuştur (35).

Gençler intihar girişimi sonrası yaşadıkları güçlükler sonrası sosyal destek gereksinimlerinin olduğundan söz etmişlerdir. Gençler intihar girişimi sonrası yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmek için ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine gereksinim duyduklarından söz etmişlerdir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde literatürde de intihar girişimi sonrası bireylerin, ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine gereksinim duydukları belirtilmiştir (46,144-146). Gençlerin aileleri ile ilişkilerinin, aileleri ile olan uyumunun ve aile üyelerinin birbirlerine olan desteklerinin, intihar girişimi sonrası tekrarlayan intihar girişimleri olasılığı üzerinde koruyucu ve risk arttırıcı etkileri bulunmaktadır (146). Sun ve Long tarafından (2013) adölesan ve genç yetişkinlik dönemindeki bireylerle yapılan nitel bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan katılımcıların aile desteğine gereksinim duyduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada intihar girişimi sonrası aile desteği alan katılımcıların tekrarlayan intihar girişimleri sayısının azaldığı bulunmuştur (147). Hoffmann ve arkadaşlarının (2010) yaptığı güncel bir nitel çalışmada, gençlerin intihar girişimi sonrası aileleri ve sosyal

çevreleri dahil olmak üzere hayatlarında önemli yere sahip kişilerin desteklerine ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (36). Gençlerin intihar girişimi sonrası ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine gereksinim duymaları bizlere sosyal desteğin intihar girişimi sonrası önemini gösterebilir. Ayrıca damgalamanın da sosyal desteğe erişimde bir engel olduğu göz önünde bulundurulmalı ve intihar girişiminde bulunmuş gençlerin sosyal olarak desteklenmesi, benzer deneyimi yaşamış kişilerden oluşan destek grup gibi uygulamaların planlanarak etkinliğinin değerlendirilmesi önemlidir.

Tema 4: Yardım Aramada Engeller

İntihar girişimi sonrasında gençler yardım gereksinimleri olmasına rağmen yardım almalarının karşısındaki engellerden söz etmişlerdir. Yardım aramada engeller teması; damgalanma kaygısı, kişilik özellikleri ve tedavinin yararına inanmama olmak üzere üç alt tema altında incelenmiştir.

Gençler intihar girişimi sonrası, sosyal ve duygusal desteğe gereksinim duymakla birlikte insanların damgalamasından korktukları için intihar girişiminde bulunduklarını gizlediklerinden söz etmişlerdir. Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde literatürde de intihar girişimi sonrası bireylerin damgalanma korkusu yaşadıkları için intihar girişiminde bulunduklarını gizledikleri belirtilmiştir (44,84,148,149). Toplumun ve sosyal çevrenin bireylerin yaşamındaki önemi göz önüne alındığında bireylerdeki bu damgalanma korkusu aile ve arkadaşlar da dahil olmak üzere çevrelerinden yardım isteme davranışlarını azaltabilir (150,151). Yapılan nitel bir çalışmada, intihar girişimi sonrası bireylerin damgalanma korkusu sebebiyle yakın aile de dahil olmak üzere herhangi birinden yardım almaktan vazgeçtikleri belirtilmiştir. Aynı çalışmada katılımcılar yaşadıkları bu damgalanma korkusunu, aile içi ve aile dışı damgalanma korkusu olmak üzere iki kategoriye ayırmışlardır (133). Reynders ve arkadaşlarının (2015) yaptığı ve genç yaş grubunun da dahil olduğu karşılaştırmalı bir araştırmada, intihar sonrası katılımcıların damgalanma korkusu ve yoğun utanç yaşadıkları için yardım aramadıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada intihar girişim sonrası yardım arayan ve aramayan bireyler karşılaştırılmış ve yardım arayan bireylerin aramayanlara göre tekrarlayan intihar girişimlerinin azaldığı bulunmuştur (152). Uluslararası İntiharı Önleme Derneği (IASP) gibi intiharı önleme kuruluşları ve bazı araştırmalar, intihar girişimi sonrası bireylerin damgalanma korkularının

azaltılmasının bireylerin yardım arama davranışlarını kolaylaştırabileceğini belirtmiştir (7,84,153,154).

Gençler intihar girişimi sonrası yardım alamamalarının bir diğer sebebi olarak da içe kapanık olma, duygularını ifade edememe ve insanlara güvenememe gibi özelliklerini açıklamışlardır. İçe kapanık kişilikte oldukları için intihar girişiminde bulunduklarını kimseye anlatamadıklarından ve yardım isteyemediklerinden bahsetmişlerdir. Literatürde intihar girişimi sonrasında yardım arama davranışı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki ile ilgili yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte yapılan çalışmalar bulgularımızla benzerlik göstermektedir (155,156). Pan ve arkadaşlarının (2021) 12,345 katılımcıyla yaptığı güncel bir araştırmada, intihar girişimi sonrası yardım arama davranışı az olan bireylerin, içe dönük kişilikte olduğu, ruhsal hastalığı olduğu ve tekrarlayan intihar girişimleri olduğu bulunmuştur (157).

İntihar girişimi sonrası gençler, psikolojik destek almanın kendilerine yarar sağlayacağına inanmadıkları için psikolojik destek almadıklarından söz etmişlerdir. Literatürde de çalışmamız bulgularına benzer şekilde intihar girişimi sonrası gençlerin tedavinin yararına inanmadıkları belirtilmiştir (158,159). Bruffarerts ve arkadaşlarının (2011) 18 yaş ve üzeri 55.302 katılımcı ile yaptıkları ve intihar girişimi sonrası bireylerin yardım arama davranışlarını araştıran bir çalışmada, intihar girişimi sonrası bireylerin yardım aramama nedenleri olarak; yardıma gereksiniminin olmamasını düşünme, herhangi bir tedavinin etkisiz olacağına inanma ve damgalanma korkusu olarak bulunmuştur (44). Üniversite öğrencileri ile yapılan nitel bir araştırmada, intihar girişimi sonrası gençlerin yardım aramasındaki engeller olarak; tedavi olma konusunda kararsızlık, maddi problemler ve tedavinin etkinliğine inanmama olarak bulunmuştur (159). Yapılan bir sistematik derlemede, intihar girişimi sonrası yardım arama davranışının önündeki en sık bildirilen engeller olarak bireylerdeki tedaviye ihtiyacının olmaması ve tedavinin yararına inanmama algılarının olması olarak belirtilmiştir (155).

Tema 5: Farkındalık

Gençler intihar girişimi sonrası farkındalık kazandıklarından bahsetmişlerdir. Gençlerin intihar girişimi sonrası bahsettikleri farkındalıklar; yaşamdan yeni anlamlar bulma ve anlamsızlıkların farkına varma şeklinde iki alt tema altında incelenmiştir.

Gençler intihar girişimi sonrası yaşamda yeni anlamlar bulduklarından ve bu yeni anlamların umut verici etkisinden söz etmişlerdir. Bu yeni anlam bulma sürecinde ölmek istemediklerinden ve yaşamın değerini fark ettiklerinden söz etmişlerdir. Literatürde de çalışma bulgularımıza benzer şekilde intihar girişimi sonrası gençlerin yaşamlarındaki birçok konuda değişim yaşadıkları ve yaşamın anlamına yönelik umutlandıkları belirtilmiştir (160,161). İntihar girişimi sonrası bireyler yaşamları hakkında düşünmekte ve hayatın anlamı, yaşamın değeri, hayatın yaşanabilir olduğu hakkında bir anlam değişikliği gösterebilmektedir (114,162). Bireylerdeki bu şekilde değişen hayatın anlamı, geleceğe dair umut duygusunu artırabilir (161). Yakın zamanda yapılan araştırmalar, bireylerdeki değişimden doğan bu umut duygusunun tekrarlayan intihar girişimleri için koruyucu bir faktör olduğunu göstermektedir (162-164). Alves ve arkadaşları tarafından yapılan (2022) genç yaş grubunun da dahil edildiği güncel bir kalitatif araştırmada, intihar girişimi sonrası bireylerin değişim göstererek yaşamı yeniden anlamlandırdıkları ve yaşama daha çok bağlandıkları, yaşama arzularının arttığı ve bireylerin yaşamlarının odak noktasına kendilerini koyduğu bulunmuştur (37). Bireylerin intihar girişimi sonrası yaşamı yeniden anlamlandırma ve yaşamın değerini anlama konusundaki bu değişimlerinin desteklenmesi ile tekrarlayan intihar girişimleri önlenabilir. İntihar girişimi yaşayan kişinin, yaşamın anlamını yeniden inşa etmesi ve hayatı takip etmek için kendini güvende hissetmesi için yardım edilmesi, hoş karşılanması, kabul edilmesi ve desteklenmesi önemlidir ve bunun gerçekleşmesi için sağlık bakım sisteminin bu bakımı sağlayacak şekilde iyi yapılandırılması son derece önemlidir (161).

Çalışmada bazı gençler intihar girişimi sonrası yaşamdaki anlamsızlıkların farkına vardıklarından söz etmişlerdir. Gençler intihar girişimi sonrası sistem sorunlarının ve bu sorunlu sisteme ayak uyduramamalarının kendilerinde anlamsızlık duygusunu ortaya çıkarttığından bahsetmişlerdir. Literatürde de çalışma bulgularımıza benzer şekilde intihar girişimi sonrası gençlerin yaşamlarındaki

anlamsızlıkların ortaya çıktığı belirtilmiştir (127,165,166). Khatami ve Khodabakhshi-Koolae'nin yaptığı (2021) genç yaş grubunun çoğunlukta olduğu nitel bir araştırmada, katılımcılar intihar girişimi sonrası hayatın anlamsızlığını fark ettiklerini, gelecekle ilgili planlarının olmadığını, yaşama uyum sağlayamadıklarını ve değersiz hissettiklerini belirtmişlerdir (167). İntihar girişimi sonrası yeni anlamlar arayan gençler, yaşamın aslında anlamsız olduğunu, sistemin problemli olduğunu ve hayatlarındaki sorumluluklarının fazla geldiğini düşünebilir. Bu noktada hemşirelerin intihar girişimi sonrası anlamsızlık duygusu olan gençleri desteklemesi önemlidir. Hemşireler gençlerin yaşamın belirsizliklerini kabul etmelerini sağlayarak, geleceğe yönelik planlarını teşvik ederek ve umut aşılayarak destek olabilirler (37,161).

Çalışmada bazı gençler intihar girişimi sonrası sorunlara bakış açılarının değiştiğini belirtmişlerdir. Değişen bakış açıları sonrasında kendilerini daha güçlü hissettiklerinden söz etmişlerdir. Literatürde de çalışma bulgularımıza benzer şekilde gençlerin intihar girişimi sonrası güçlendikleri belirtilmiştir (113,114,161). Genç yaş grubunun da dahil olduğu intihar girişimi sonrası iyileşme sürecini inceleyen nitel bir araştırmada, bireylerin intihar girişimi sonrası iyileşme süreçlerindeki güçlenme deneyimleri daha esnek ve açık fikirli olmak, olumlu bir benlik duygusunu yeniden inşa etmek ve huzurlu ve mutlu bir yaşam sürmeye çalışmak olarak belirtilmiştir (161). İntihar girişimi sonrası bireylerle yapılan güncel nitel bir araştırmada, bireylerin intihar girişimi sonrası kendilerini eskisinden daha güçlü hissettikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada bireyler güçlenme deneyimlerini; yeni hobiler bulmak, profesyonel faaliyetlere yönelmek ve zarar gördüğü ilişkilerden uzaklaşma olarak belirtmişlerdir (168).

Tema 6: Öneriler

Gençler intihar girişimi sonrası yaşadıkları güçlüklerin çözümlerine yönelik önerilerde bulunmuşlardır. Gençlerin bu önerileri topluma yönelik öneriler ve ailenin desteklenmesi olmak üzere iki alt başlıkta incelenmiştir.

Gençler intihar sonrası toplumun davranışlarından yola çıkarak topluma yönelik birtakım önerilerden söz etmişlerdir. Gençler topluma yönelik; girişimde bulunmuş kişilere yönelik empatik anlayış kazanma ve damgalama konusunda eğitim verilmesi

gerektiğinden söz etmiştir. Literatürde de çalışma bulgularımıza benzer şekilde gençlerin, intihar girişimi sonrası toplumun empatik yaklaşım ve damgalama konusunda eğitim verilmesi ile ilgili önerileri olmuştur (169,170). İntihar girişiminde bulunan gençlere empatik yaklaşım tekrarlayan intihar girişimlerini önlemede önemlidir, çünkü empati insanların anlayış duygusunu artırarak ve iş birliğini kolaylaştırarak destekleyici bir unsur olabilir (171). Bu nedenle intihar girişimi sonrası bireylerin yaşadığı acılarla empati yapabilecek ve bu bireyleri damgalamayacak bir sosyal çevre oluşturmak önemlidir (161). Toplumsal damgalama, farkındalık kampanyaları ve toplum eğitimi müdahaleleriyle bu grubun topluma yeniden katılımları desteklenebilir (124,125,149).

Araştırmaya katılan gençler intihar girişimi sonrası aileleri ile olan sorunlarının arttığından söz etmişlerdir. Gençler ailelerinin eğitim alması gerektiği ile ilgili önerilerinden söz etmişlerdir. Literatürde de çalışma bulgularımıza benzer şekilde intihar girişiminde bulunmuş gençler, ailelerinin eğitim alması gerektiğini önermektedirler (172,173). Yapılan çalışmalarda da intihar girişimi sonrası aile içi iletişimde güçlükler yaşandığını, aile bireylerinin intihar girişiminde bulunmuş gençle iletişim kurmada zorluklar yaşadığı ortaya konmuştur (10,174). Aile içi yaşanan bu iletişim sorunları, intihar girişiminde bulunmuş bireyin yeterli aile desteğini alamamasına neden olabilir. Bu durum da gençlerde tekrarlayan intihar girişimlerine neden olabilir (175). Ailelere verilecek eğitimlerin içeriğinde, intihar girişiminde bulunmuş birey ile nasıl iletişim kurulması gerektiği, aile içi ilişkilerin nasıl düzenlenebileceği ve girişim sonrası bireye nasıl destek olunması gerektiği, intihar ile ilişkili belirtilerin nasıl fark edilebileceği ve tekrarlayan intihar girişimlerini önlemek için ev ortamında alınması gereken güvenlik önlemleri konularına yer verilmesi önerilmektedir (176).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. . Sonuçlar

İntihar girişiminde bulunmuş 18-24 yaş arasındaki gençlerin psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin açıklanması amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda; girişim sonrası gençlerin eski hayatlarına dönmek için çabaladıkları, duygusal yükler yaşadıkları, aileleri ve sosyal çevreleri tarafından damgalandıkları, psikolojik ve sosyal destek gereksinimlerinin olduğu, damgalanma kaygısı, tedavinin yararına inanmama ve içe kapanık kişilik özellikleri gibi engeller nedeniyle profesyonel yardım aramadıkları belirlenmiştir. Gençler, intihar girişimi sonrası hayatta yeni anlamlar bulma, aynı zamanda ölüm karşısında yaşamın anlamsızlığı yönünde farkındalık açıklamışlardır. İntihar girişiminde bulunmuş gençlerin topluma yönelik olarak intihar girişiminde bulunmuş kişilere empatik anlayış kazanma ve damgalanma konusunda eğitim verilmesini istedikleri, girişim sonrası ailelerinin de desteklenmesi beklentisinde oldukları sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkılarak gençlerin intihar girişimi sonrası yaşadıkları bu zor süreçle ilgili daha ileri çalışmalar ve müdahale programlarının yapılmasının gerektiği düşünülmektedir.

6.2. . Öneriler

Çalışmamızın 18-24 yaş arasındaki gençlerin psikososyal güçlükleri ve destek gereksinimleri ile ilgili sonuçlar yukarıda verilmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkılarak gençlerin intihar girişimi sonrası yaşadıkları psikososyal güçlüklerinin azaltılması ve destek gereksinimlerinin karşılanabilmesi için;

- Girişim sonrası gençlerin duygu ifadesi, baş etme becerilerinin güçlendirilmesi, umut açılama, sosyal katılımlarını ve uyumlarını arttırmaya yönelik psikososyal müdahalelerin yürütülmesi,
- Gençlerin tekrarlayan intihar girişimlerini önlemek ve psikolojik ve sosyal destek gereksinimlerinin karşılanabilmesi için kapsamlı müdahale programlarının geliştirilmesi,
- Gençlerin profesyonel yardım aramalarının önündeki engellere müdahale edilerek bu engellerin kaldırılması için girişimlerin yapılması,

- Toplumun ve ailelerin intihar düşüncesinden intihar girişimi sonrası sürece kadar olan konuları kapsayan farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi,
- İntihar girişiminde bulunmuş gençlerin ailelerinin özellikle iletişim ve intihar girişimi sonrası gençlere yaklaşım konusunda psikoeğitsel müdahalelerle desteklenmesi,
- Toplumun ve ailenin damgalama konusunda farkındalık kazanmaları amacıyla eğitimlerin ve politikaların oluşturulması,
- İntihar girişiminde bulunmuş gençlerin ailelerinin deneyimlerinin incelenmesi amacıyla kalitatif çalışmaların yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators; 2019. p. 12-14.
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization; 2014. p. 44-51.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İntihar İstatistikleri [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi: 09.12.2021]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>.
4. Türkiye Psikiyatri Derneği. 10 Eylül Dünya İntiharı Önleme Günü Basın Açıklaması [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi: 11.05.2021]. Erişim adresi: <https://psikiyatri.org.tr/1762/10-eylul-dunya-intihari-onleme-gunu-aciklamasi>.
5. Eskin M. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara: HYB Basım Yayın; 2012.
6. Carmona-Navarro M, Pichardo-Martínez M. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2012; 20(6): 1161-1168.
7. International Association for Suicide Prevention (IASP). World suicide prevention day report [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi: 26.05.2021]. Erişim adresi: <http://www.iasp.info/resouces/>
8. Vijaykumar L. Suicide and its prevention: The urgent need in India. *Indian journal of psychiatry*. 2007; 49(2): 81.
9. Atay İM, Eren İ, Gündoğar D. Isparta il merkezinde intihar girişimi, ölüm düşünceleri yaygınlığı ve risk faktörleri. *Türk Psikiyatri Derg*. 2012; 23(2): 89-98.
10. Sun F, Long A. Theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17:1939-48.
11. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe sözlük [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi: 14.04.2022]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
12. World Health Organisation. Mental Health and suicide prevention [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi: 05.05.2021]. Erişim adresi: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
13. Alptekin K, Duyan V. Türkiye’de 2007-2016 yılları arasında intihar hızları sosyo- demografik faktörlere göre nasıl bir dağılım gösterdi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2019;10(4):270-27
14. Ngwena J, Hosany Z, Sibindi I. Suicide: a concept analysis. *J Public Health*. 2017; 25:123–134.
15. Schultz M, Videbeck S. Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health. 2013; 22-129.

16. Arıkan A, Çelik Ç, Caner M. In the Eyes of Turkish EFL Learners: What Makes an Effective Foreign Language Teacher?. *Porta Linguarum*. 2014; 20(3): 287-297.
17. Sabanciogullari S, Avci D, Dogan S, Kelleci M, Ata E. Suicide probability and affecting factors in psychiatric inpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015; 16(3): 164.
18. Bridge JA, Horowitz LM, Fontanella CA, Grupp-Phelan J, Campo JV. Prioritizing research to reduce youth suicide and suicidal behavior. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 47(3): 229-234.
19. Haegerich TM, Dahlberg LL, Simon TR, Baldwin GT, Sleet DA, Greenspan AI ve ark. Prevention of injury and violence in the USA. *The Lancet*. 2014 384(9937): 64-74.
20. Eraslan AN, Görücü RA, Öztürk M, Yılmaz A, Taşar MA. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi ve depresyon tanısı açısından değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2021; 31(3): 322-32.
21. Eskin M, Ertekin K, Dereboy Ç. Demirkıran F. Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis*. 2007; 28(3): 131-139.
22. Liu X, Tein JY. Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2005; 86: 195-203.
23. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital Presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014; 9(2): e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
24. Joiner TE, Rudd MD, Rouleau MR, Wagner KD. Parameters of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts in youth inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39(7): 876-880.
25. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*. 2006; 44(3): 141-150.
26. Richardson AS, Bergen HA, Martin G, Roeger L, Allison S. Perceived academic performance as an indicator of risk of attempted suicide in young adolescents. *Archives of Suicide Research*, 2005; 9(2): 163-176.
27. Yalaki Z, Taşar MA, Yalçın N, Dallar Y. Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2012; 50(2): 125-128.
28. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006; 5(6).
29. Bayraktar S. İntihar kavramının çocuklar ve ergenler açısından ele alınması. *Mediterranean Journal of Humanities*. 2015; 1:139-59.

30. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*. 2009; 13(3): 230–246.
31. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(4): 563–591.
32. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17(4): 266–275.
33. Kerr S, Martin C, Fleming M. Preventing suicide; nurse education and the occluded issue of gender. *Nurse Education in Practice*. 2018; 32(1): 58-63.
34. The Centre of Research Excellence in Suicide Prevention. Suicide prevention: Building the evidence-base for effective suicide prevention [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi: 21.05.2022] Erişim adresi: <https://www.blackdoginstitute.org>.
35. O'Connor RC, Smyth R, Williams JMG. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015;83(1): 169-171.
36. Hoffmann WA, Myburgh C, Poggenpoel M. The lived experiences of late-adolescent female suicide survivors: 'A part of me died'. *Health SA Gesondheid*. 2010; 15(1): 14-16.
37. Alves AC, Cunha IM, dos Santos MA, Miaso AI, Zanetti ACG, Carvalho JC ve ark. The meaning of life after a suicide attempt. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022; 36(1): 17-23.
38. Kuzmanic I, Cutting-edge Mathematical Tools in Processing and Analysis of Signals in Marine and Navy. *Trans. Marit. Sci.* 2012; 1(1): 35-48.
39. Lees D, Procter N, Fassett D. Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2014; 23(4): 306-315.
40. Links P, Nisenbaum R, Ambreen M, Balderson K, Bergmans Y, Eynan R, Cutcliffe J. Prospective study of risk factors for increased suicide ideation and behavior following recent discharge. *General Hospital Psychiatry*. 2012; 34(1): 88-97.
41. Osafo J, Hjelmeland H, Akotia CS, Knizek BL. The meanings of suicidal behaviour to psychology students in Ghana: A qualitative approach. *Transcultural psychiatry*. 2011; 48(5): 643-659.
42. Bergman R. *The Secret War with Iran: The 30-year Clandestine Struggle Against the World's Most Dangerous Terrorist Power*. Simon and Schuster. Wellet Intitute; 2008. 22: 12-18.
43. Bazrafshan MR, Mansouri A, Faramarzian Z, Soufi O, Delam H, Masmouei B, Kavi E. Qualitative content analysis of coping strategies among adolescents with suicidal thoughts. *International Journal of School Health*. 2022; 9(1): 63-72.

44. Bruffarerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC ve ark. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 64–70.
45. Chi MT, Long A, Jeang SR, Ku YC, Lu T, Sun FK. Healing and recovering after a suicide attempt: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23(11-12): 1751-1759.
46. Grimmond J, Kornhaber R, Visentin D, Cleary M. A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. *PLoS one*. 2019;14(6): 12-15.
47. Tel H. İntihar ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*. 2016; 2(2): 14-23.
48. Dodemaide P, Crisp BR. Living with suicidal thoughts. *Health Sociology Review*. 2013; 22(3): 308-317.
49. Hjelmeland H, Knizek BL. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010; 40(1): 74-80.
50. Tatlıoğlu K. Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: sosyal psikolojik bir değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012; 12(2):133-155.
51. Gökçen C, Köylü R. Acil servisten intihar girişimi nedeniyle psikososyal destek birimine yönlendirilen 18 yaş altı olguların değerlendirilmesi. *JAEM*. 2011; 10(1): 18-21.
52. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008; 30(1): 133-154.cilt
53. Harmancı P. Dünya'daki ve türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015; 1(1): 2-4.
54. Eskin M. İntihar: Anlama, değerlendirme, tedavi ve önleme. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Third Edition. 2014; S: 321-332.
55. Elevli S. Ergenlerde intihar olasılığının yordayıcıları: Yalnızlık, öfke, ifade biçimleri, suçluluk ve utanç duyguları [yüksek lisans tezi]. Muğla; Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, 2012.
56. Roy A, Sarchiopone M, Carli V. Gene-environment interaction and suicidal behavior. *J Psychiatr Pract*. 2009; 15(4): 282-288.
57. Özalp E. İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009; 20(1): 85-93.
58. Petersen AC, Joseph J, Feit M. New directions in child abuse and neglect research. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. National Academies Press. 2014; 430–442 p.
59. Mirkovic B, Labelle R, Guilé JM, Belloncle V, Bodeau N, Knafo A ve ark. Coping skills among adolescent suicide attempters: results of a multisite study. *Can J Psychiatry*. 2015; 60(2): 37–45.

60. Dutta R, Ball HA, Siribaddana SH, Sumathipala A, Samaraweera S, McGuffin P ve ark. Genetic and other risk factors for suicidal ideation and the relationship with depression. *Psychological medicine*. 2017; 47(14): 2438-2449.
61. Davis JM. Brock SE. Suicide. Sandoval J, Editör. *Handbook Of In Crisis Counseling, Intervention, Prevention in the Schools* (2nd ed., pp. 273-301). Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London. 2002. 122-135.
62. Özer S, Ayhan Y, Uluşahin A. Bipolar bozukluk ve şizofreni genetiğinde sorunların giderilmesinde endofenotip yaklaşımının yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004; 15:125-137.
63. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord*. 2013; 15:524-541.
64. Odağ C. İntihar. İzmir: Psikiyatri Derneği Yayınları. 2013; s.129-150.
65. Durkheim E. İntihar (Le suicide – Etude sociologique. (Çev. Z. Zühre İlkelen). Pozitif Yayınları, İstanbul. 2013; 1-400, 2013.
66. Semerci Ü. Jandarma Genel Komutanlığına bağlı birliklerde 1998-2002 yılları arasında meydana gelen erbaş / er intiharlarının incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, 2004.
67. Durkheim E. İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ozankaya, Ö. (Çeviren). Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara. 1986; 59-68.
68. Canbolat F, Gençöz T. İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Freud ve sonrası. Özgüven HD, Sercan M. Editörler. *İntiharı Anlama ve Müdahale*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. 312-325.
69. Lees J, Stimpson Q. A psychodynamic approach to suicide. Palmer, S. Editör. *Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention*. Londra: Routledge; 2008. 173-183.
70. Jones E. Freud Hayatı ve Eserleri, Çev. Emre Kapkın, Ayşe Teşken Kapkın. Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2004; 486-535.
71. Carlson J, Maniaci MP. Alfred Adler Revisited. New York, NY: Routledge; 2012. 46-75.
72. Heck HC, Flentje A, Cochran BN. Offsetting risks: High school gay-straight alliances and lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) youth. *School Psychology Quarterly*. 2011; 26(1): 161-174.
73. Klimes-Dougan B, Klingbeil DA, Meller SJ. The impact of universal suicideprevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013; 34(2): 82-97.
74. Mark L, Samm A, Tooding L, Sisask M, Aasvee K, Zaborskis A, Zemaitiene N, Varnik, A. Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013; 34(1): 3-12.
75. Pulat F. Aktarım odaklı psikoterapinin borderline patolojilere bakışı. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*. 2019; 2(3): 117-130.

76. Yalom ID, Nietzsche Ağladığında Çev. Aysun Babacan, İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2000. 128-235.
77. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979; 47 (2): 343-352.
78. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington, DC: APA Books. 2009.
79. Pagura J, Cox BJ, Sareen J, Enns MW. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001- 2003 United States National Comorbidity Surveys. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196(11): 806-813.
80. Taktak Ş, Üzün İ, Balcıoğlu İ. İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012; 13(1): 117-124.
81. Öncü B. İntihar ve İntiharda Risk Etmenleri. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*. 2016; 9(3):1-15
82. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*. 2012; 15(4): 218-25
83. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017; 143(2): 187–232
84. Alqueza K L, Pagliaccio D, Durham K, Srinivasan A, Stewart JG, Auerbach RP. Suicidal thoughts and behaviors among adolescent psychiatric inpatients. *Archives of suicide research*. 2021; 1-14.
85. Ati NA, Paraswati MD, Windarwati HD. What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*. 2021; 34(1): 7-18.
86. Posamentier J, Seibel K, DyTang N. Preventing Youth Suicide: A Review of School-Based Practices and How Social–Emotional Learning Fits Into Comprehensive Efforts. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022; 28 (5): 3-7.
87. Cha CB, Franz PJ, Guzmán M, Glenn E, Kleiman CR, Nock, M. K. Annual Research Review: Suicide among youth–epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 2018; 59(4): 460-482.
88. O'Neill S, O'Connor RC. Suicide in Northern Ireland: Epidemiology, risk factors, and prevention. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(6): 538-546.
89. Lowth M. Managing anger in adolescents. *Practice Nurse*, 2015; 45(12): 18-23.
90. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S, Rungreangkulkij S. Attempted suicide triggers in Thai adolescent perspectives. *Archives of psychiatric nursing*. 2016; 30(3): 334-341.
91. Bazrafshan MR, Jahangir F, Mansouri A, Kashfi SH. Coping strategies in people attempting suicide. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2014;3(1).

92. Bapiri OA, Bahamin GH, Feyz EA. Impact of group problem solving training on some psychological characteristics of adolescents attempting suicide. *Journal Of Ilam University Of Medical Sciences*. 2010; 18(1): 16-22.
93. Carlen P, Bengtsson A. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007; 16(4): 257-265.
94. Fakhari A, Azizi H, Farahbakhsh M, Esmaeili ED. Effective programs on suicide prevention: Combination of review of systematic reviews with expert opinions. *International journal of preventive medicine*. 2022; 13(1): 39-41.
95. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide Life Threat Behav*. 2013; 43(4): 406–417.
96. Bilsen J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*. 2018; 9(2): 534-540.
97. United Nations Population Fund. World population indicators [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi: 03.05.2022]. Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>
98. Bonell C, Fletcher A, Fitzgerald-Yau N, Hale D, Allen E, Elbourne D, Viner R. Initiating change locally in bullying and aggression through the school environment (Inclusive): A pilot randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*. 2015; 19(53): 1-110.
99. Akbaş E, Yiğitoğlu, G. Adölesan dönemde psikososyal sorunlar. *OPUS International Journal of Society Researches*. 2021;18(43): 7277-7299.
100. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S, Gençöz T. İntihar girişiminde depresyon ve kaygı belirtileri ile problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2003; 18(52): 1–11.
101. Büyükkaya E, Alacahan Y, Soylu B. Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı, 2013.
102. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*. 2013; 59(1): 48-54.
103. Özet İ. Kent araştırmaları ve nitel yöntem [Yüksek lisans tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
104. Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design choosing among five approaches*. New York: Sage Publications. 2007.
105. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2016.
106. Erdoğan S. *Nitel araştırmalar: Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. 2015. 131-164.
107. Houser J. *Nursing research: reading, using, and creating evidence*. (3rd ed.). Burlington: Jones ve Bartlett Learning. 2015.

108. Merriam SB Nitel araştırma desen ve uygulama için bir rehber, (Çeviri Turan, S. Editör). Ankara: Nobel Yayıncılık. 2013.
109. Whittemore R, Chase S K, Mandle CL. Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*. 2001; 11 (4): 522-537.
110. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. California: Sage Publications. 2003.
111. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research for nurses. Oxford: Blackwell Science Ltd. 1996.
112. Pandey SC, Patnaik S. Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: A critical examination. 2014; 12(1): 5743-5753.
113. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins. 2011.
114. Sharts-Hopko NC. Assessing rigor in qualitative research. *Journal of the Association of Nurses In Aids Care*. 2002; 13 (4): 84-86.
115. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis. 2009.
116. Özdemir M. Nitel veri analizi: Sosyal bilimlerde yöntem bilim sorunsalı üzerine bir çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2010; 11(1): 323-343.
117. Garrett R, Liu S, Young SD. A longitudinal analysis of stress among incoming college freshmen. *Journal of American college health*. 2017; 65(5): 331-338.
118. Borschmann R, Greenberg N, Jones N, Henderson RC. Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: a scoping review. *Die Psychiatrie*. 2014; 11(1): 43–50.
119. Janson J, Rohleder N. Distraction coping predicts better cortisol recovery after acute psychosocial stress. *Biological Psychology*. 2017; 128:117–124. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.07.014>
120. Christianson CL, Everall RD. Breaking the silence: School counsellors' experiences of client suicide. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2009; 37(2): 157-168.
121. Harris GE, Jeffery G. School counsellors' perceptions on working with student high-risk behaviour. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2010; 44(2): 150-190.
122. Gibbs LM, Dombrowski AY, Morse J, Siegle GJ, Houck PR, Szanto K. When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 24(12): 1396-1404.
123. Siyez M. Ergen sağlığına yönelik davranışları ile bazı psikososyal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *3P Dergisi*. 2005; 13(2): 119-125.
124. Çörüş G. Uçurumun kıyısında: Bir sınır deneyimi olarak intihar girişimi. *Popüler Psikiyatri*. 2004; 19(2):32-34.

125. Weeks Kenney S, Anderson MA, Harmon LS et al. Getting inside depression and suicide ideation. *Nursing Management*. 2004; 35(10): 42-46.
126. Richardson C, Dickson A, Robb KA, O'Connor RC. The male experience of suicide attempts and recovery: An interpretative phenomenological analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(10): 5209.
127. Rasmussen ML, Hjelmeland H, Dieserud G. Barriers toward help-seeking among young men prior to suicide. *Death studies*. 2018; 42(2): 96-103.
128. Mahammatovich AU. Some Concepts about Suicide. *European Journal Of Innovation In Nonformal Education*. 2021; 1(2): 72-73.
129. Kovacs MJ. Revisao ~ crítica sobre conflitos 'éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicol Teor e Pratica*. 2013; 15(3): 69-82 (ISSN 1516-3687).
130. Andriessen K, Krysinska K, Rickwood D, Pirkis J. The reactions of adolescents, parents and clinicians to participating in qualitative research interviews regarding adolescents bereaved by suicide and other traumatic death. *International journal of environmental research and public health*. 2022; 19(1): 452.
131. Contessa JC, Padoan CS, Silva JLGD, Magalhães PV. A qualitative study on traumatic experiences of suicide survivors. *OMEGA-Journal of death and dying*. 2021; 1(1): 1-15.
132. Sudak H, Maxim H, Carpenter M. Suicide and stigma; a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*. 2008; 32(6): 136-42. doi:10.1176/ appi.ap.32.2.136
133. Osafo J, Hjelmeland H, Akotia CS, Knizek BL. The meaning(s) of suicidal behavior to psychology students: a qualitative approach to understanding suicidal behavior in Ghana. *J Transcultural Psychiatry*. 2011; 48(5): 1-17.
134. McKeon R. *Suicidal behavior*. Ashland: Hogrefe Publishing; 2009. ISBN-13: 978-0889373273
135. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*. 2013; 103(5): 777-780.
136. Carpiello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in psychiatry*. 2017; 8(1): 35-37.
137. Bagge CL, Glenn CR, Lee HJ. Quantifying the impact of recent negative life events on suicide attempts. *Journal of abnormal psychology*. 2013; 122(2): 359.
138. Liu BP, Zhang J, Chu J, Qiu HM, Jia CX, Hennessy DA. Negative life events as triggers on suicide attempt in rural China: a case-crossover study. *Psychiatry research*. 2019; 276: 100-106.
139. Wang J, Plöderl M, Häusermann M, Weiss MG. Understanding suicide attempts among gay men from their self-perceived causes. *The Journal of nervous and mental disease*. 2015; 203(7): 499-506.

140. Zhang J, Sun L, Conwell Y, Qin P, Jia CX, Xiao S, Tu, X. M. Suicides and medically serious attempters are of the same population in Chinese rural young adults. *Journal of affective disorders*. 2015; 176: 176-182.
141. Bhatt M, Perera S, Zielinski L, Eisen RB, Yeung S, El-Sheikh W, Samaan Z. Profile of suicide attempts and risk factors among psychiatric patients: A case-control study. *PLoS One*. 2018;13(2).
142. Kirtley OJ, Melson AJ, O'Connor RC. Future-oriented constructs and their role in suicidal ideation and enactment. In *A positive psychological approach to suicide*. 2018; 17(3): 17-36.
143. Vedana KGG, Magrini DF, Miaso AI, Zanetti ACG, de Souza J, Borges TL. Emergency nursing experiences in assisting people with suicidal behavior: a grounded theory study. *Archives of psychiatric nursing*. 2017; 31(4): 345-351.
144. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM. Nursing care in Urgency/Urgency/Emergency to people who attempt suicide. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2020; 16(4): 122-132.
145. Aspaslan AH. Reflections on the experiences and needs of adolescents who have attempted suicide: a qualitative study. *Socialwork Journals*. 2003; 39(3): 251- 69.
146. Consoli A, Peyre H, Speranza M, Hassler C, Falissard B, Touchette E, et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 2013; 7(8): 1-12.
147. Sun FK, Long A. A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(9): 2030–2040. <https://doi.org/10.1111/jan.12070>
148. Carpinello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in psychiatry*. 2017; 8: 35.
149. Mehta N, Clement S, Marcus E, Stona AC, Bezborodovs N, Evans-Lacko S et al. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2015; 207(5): 377–84. doi:10.1192/bjp.bp.114.151944
150. Eskin MA. A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2003; 44(1): 1–6
151. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, Lundin RK, Kubiak MA. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of social and clinical psychology*. 2004; 23(3): 377-389.
152. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 178: 5-11.
153. Bamgbose O. Euthanasia: another face of murder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2004; 48(1): 111-121.

154. Han J, Batterham PJ, Caelear AL, Randall R. Factors influencing professional help-seeking for suicidality. *Crisis*. 2017; 39(3): 1-11.
155. Lee H, Kim MJ, Hong M, Rhee SJ, Shin D, Park JI, Ahn YM. Effect of suicidal loss on bereaved individuals' suicidal ideation: Structural equation model using attitudes towards suicide scale and moderation effect of interest in news media. *Journal of affective disorders*. 2022; 298: 51-57.
156. Ghanem M, Gamaluddin H, Mansour M, Samiee' AA, Shaker NM, El Rafei H. Role of impulsivity and other personality dimensions in attempted suicide with self-poisoning among children and adolescents. *Archives of suicide research*. 2013; 17(3): 262-274.
157. Pan CH, Lee MB, Wu CY, Liao SC, Chan CT, Chen CY. Suicidal ideation, psychopathology, and help-seeking in 15 to 19-year-old adolescents in Taiwan: A population-based study 2015-2019. *Journal of affective disorders*. 2021; 282: 846-851.
158. Downs MF, Eisenberg D. Help seeking and treatment use among suicidal college students. *J Am Coll Health*. 2012; 60: 104–14. doi:10.1080/07448481.2011.619611
159. Arria AM, Winick ER, Garnier-Dykstra LM, Vincent KB, Caldeira KM, Wilcox HC, O'Grady KE. Help seeking and mental health service utilization among college students with a history of suicide ideation. *Psychiatric Services*. 2011; 62(12): 1510-1513.
160. Rocha MAS, Boris GDJB, Moreira V. A experiênciã suicida numa perspectiva humanista-fenomenolôgica. ' *Phenomenol Stud. Rev da Abordagem Gestaltica*. 2012; 18(1): 69–78 (ISSN 1809–6867).
161. Glaw X, Kable A, Hazelton M, Inder K. Meaning in life and meaning of life in mental health care: an integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing*. 2017; 38(3): 243–252. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253804>.
162. Fukumitsu KO, Vale LA. Acolher e se afastar relações ~ nutritivas ou tóxicas. *Rua Itacipirú: Summus Editorial*. 2019; 86-88.
163. Riley K, McLaren S. Relationship status and suicidal behavior in gay men: The role of thwarted belongingness and hope. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2019; 49 (5): 1452–1462. <https://doi.org/10.1111/sltb.12532>
164. Ong E, Thompson C. The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological Reports*. 2019; 122(4): 1192–1210. <https://doi.org/10.1177/0033294118781855>
165. Cassorla RMS. Suicídio fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. *Sao Paulo: Blucher*. 2017; 110-119.
166. Hebmüller P, Hossne WS, Universit H, Cr P. Quando não ~ vale mais a pena viver. *Sao Paulo: Revista Adusp*. 2012; 171–197.
167. Khatami M, Khodabakhshi-Koolaei A. An Analysis of Meaningless and Absurd Experiences in Unsuccessful Suicide Attempts in Iran. *Journal of*

- Practice in Clinical Psychology. 2021; 9(1): 61-70.
<https://doi.org/10.32598/jpcp.9.1.746.1>
168. Michaud L, Dorogi Y, Gilbert S, Bourquin C. Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *Plos one*. 2021; 16(2).
 169. Sheehan L, Dubke R, Corrigan PW. The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. *Psychiatry Research*. 2017; 256: 40-45.
 170. Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, Kneesebeck O. Public stigma toward persons with suicidal thoughts—Do age, sex, and medical condition of affected persons matter? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2020; 50(3): 631-642.
 171. Harenski CL, Brook M, Kosson DS, Bustillo JR, Harenski KA, Caldwell MF, Kiehl KA. Socio-neuro risk factors for suicidal behavior in criminal offenders with psychotic disorders. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2017; 12(1): 70-80.
 172. Oexle N, Herrmann K, Staiger T, Sheehan I, Rüsç N, Krumm S. Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: A qualitative study, *Death Studies*. 2019; 43(6): 381-388, DOI: 10.1080/07481187.2018.1474286
 173. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K ve ark. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010; 49(2): 122-131.
 174. McKay T, Berzofsky M, Landwehr J, Hsieh P, Smith, A. Suicide etiology in youth: Differences and similarities by sexual and gender minority status. *Children and Youth Services Review*. 2019; 102: 79-90.
 175. Mark L, Samm A, Tooding L, Sisask M, Aasvee K, Zaborskis A ve ark. Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2013; 34(1): 3-12.
 176. Önder M, Karakaya D. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynlerinin öğrenim gereksinimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2020; 7(1): 67-72.

8. EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti:

- Kadın
- Erkek

3. Eğitim Durumu:

- İlköğretim
- Ortaöğretim
- Yükseköğretim

4. Medeni Durum:

- Evli
- Bekar

5. Çalışma Durumu:

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

Çalışıyor ise mesleği:

6. Gelir Düzeyi Algısı:

- Düşük
- Orta
- İyi

7. Ruhsal bir hastalık tanısının varlığı:

- Var
- Yok

Varsa tanısı:

7. İntihar Girişiminin Sayısı: ...

EK 2. Görüşme Formu

- İntihar girişiminin ardından şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- Şu anki sürece nasıl uyum sağlamaya çalışıyorsunuz?
- Girişimin ardından yaşadığınız güçlükler nelerdir?
 - o Duygusal yaşamınız ile ilgili güçlükler neler?
 - o Sosyal yaşamınızla ilgili güçlükler neler?
 - o Sağlık sistemine erişimle ilişkin güçlükleriniz neler?
- Yardıma gereksinim duyduğunuz konular nelerdir?
- İnsanlar size nasıl destek sağlayabilirler?

EK 3. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında öğretim üyesi Figen ŞENGÜN İNAN ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Erkan ÜNSAL tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, intihar girişiminde bulunmuş 18-24 yaş arasındaki gençlerin girişim sonrasında psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin açıklanmasıdır. Yapılan bu araştırma, şu anda size veya ailenize bir hizmet vermeyebilir, ancak uzun vadede bu çalışmadan elde edilen sonuçların intihar girişiminde bulunmuş gençleri desteklemeye yönelik müdahale çalışmalarının içeriğinin yapılandırılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine intihar girişimi ile başvuran 18-24 yaş arasındaki gönüllü bireylerle yürütülecektir. Öncelikle size yönelik yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu gibi özellikleri belirlemeye yönelik “Kişisel Bilgi Formu” doldurulacaktır. Daha sonra veriler araştırmacının ofisinde görüşme yöntemiyle toplanacaktır. Görüşmelerin ortalama 20-30 dakika sürmesi planlanmaktadır. Yüz yüze görüşmelerde Covid-19 virüsü bulaşını önlemek adına araştırmacı ve katılımcı arasında en az 1.5 metre sosyal mesafe koyularak, tek kullanımlık cerrahi maske takılarak araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme için uygun, havalandırmanın yeterli olduğu bir ortamda yürütülecektir. Yapılan görüşmeyi daha sonra değerlendirilebilmek amacıyla görüşmeler kayıt altına alınacaktır. Araştırma boyunca doldurulan formların ve verilen bilgilerin tümü yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Görüşme kayıtları, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz hiçbir şekilde geçmeyecektir. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaç dışında kullanılması kesinlikle söz konusu değildir.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı reddedebilir veya kabul edebilirsiniz. Reddetmeniz durumunda size uygulanan tedavide hiçbir değişiklik olmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmanın herhangi bir evresinde gerekçe belirtmeksizin çalışmayı bırakma hakkına her zaman sahipsiniz. Çalışma için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ödeme alınmayacaktır.

Katılımcı Beyanı;

Ben “İntihar Girişiminde Bulunmuş 18-24 Yaş Arasındaki Gençlerin Psikososyal Güçlüklerinin ve Destek Gereksinimlerinin Açıklanması” isimli katılmam istenen çalışmanın kapsamını, amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukların neler olduğu konusunda bilgilendirildim ve bu bilgileri tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

KATILIMCININ;

ADI-SOYADI:

İMZA:

ADRES:

TELEFON:

TARİH(GÜN/AY/YIL):

TANIKLIK EDEN KİŞİNİN;

ADI-SOYADI:

İMZA:

TELEFON:

TARİH(GÜN/AY/YIL):

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRMACININ;

ADI-SOYADI:

İMZA:

TARİH(GÜN/AY/YIL):

Katkılarınız için teşekkürler, saygılarımla.



EK 4. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6569-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İntihar Girişiminde Bulunmuş 18-24 Yaş Arasındaki Gençlerin Psikososyal Güçlüklerinin ve Destek Gereksinimlerinin Açıklanması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr.Öğr.Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/27-04	Tarih:06.10.2021				
	Dr.Öğr.Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN'ın sorumlusu olduğu "İntihar Girişiminde Bulunmuş 18-24 Yaş Arasındaki Gençlerin Psikososyal Güçlüklerinin ve Destek Gereksinimlerinin Açıklanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Özlükcü Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

EK 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : E-72292585-210.01-77439
Konu : Uygulama İzni (Erkan Ünsal)

02/07/2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23.06.2021 tarih ve 75348907-300.99-72213 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Erkan ÜNSAL, Dr. Öğr.Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN danışmanlığında planladığı "İntihar Girişiminde Bulunmuş 18-24 Yaş Arasındaki Gençlerin Psikososyal Güçlüklerinin ve Destek Gereksinimlerinin Açıklanması" konulu tez çalışmasının Erişkin Acil Servisimizde Nisan 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında yapılabilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ek: Acil Tıp Anabilim Dalının Yazısı.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakımı <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden 73FC2301XC kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Adres: İnciraltı mahallesi Mithatpaşa Cad. No:1606 Balçova/İZMİR
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağı: <http://www.hastane.deu.edu.tr/>
Kep Adresi: dokuzeyluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin İrtibat:
Miray ÇÖLDÜR
Dahili:
E-Posta:
miray.coldur@deu.edu.tr





T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Acil Tıp Anabilim Dalı



Sayı : E-47078921-300.99-76772
Konu : Uygulama İzni (Erkan Ünsal)

01/07/2021

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 24.06.2021 tarih ve 72292585-300.99-73206 sayılı yazınız.

Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Erkan ÜNSAL, Dr.Öğr.Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN danışmanlığında planladığı "İntihar Girişiminde Bulunmuş 18-24 Yaş Arasındaki Gençlerin Psikososyal Güçlüklerinin ve Destek Gereksinimlerinin Açıklanması" konulu tez çalışmasının uygulamasını Anabilim Dalımızda Nisan 2021 - Ocak 2022 tarihleri arasında yapılabilmesi uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim

Prof. Dr. Figen ÇOŞKUN
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakınızı <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden 78EE2G43XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340 Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 22 22 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeyuluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin İrtibat:
Sevda ŞEDDADİ
Dahili:
E-Posta: sevda.seddadi@deu.edu.tr



EK 6. Araştırmacı Özgeçmişi



ERKAN ÜNSAL

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

03 Eylül 2019 - Şu Anda (2 yıl 9 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.43 / 4.0

01 Eylül 2014 - 24 Haziran 2019 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 19-567-171
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.99 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

22 Mart 2021 - Şu Anda (1 yıl 3 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

01 Kasım 2019 - 01 Mart 2021 (1 yıl 5 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

01 Nisan 2015 - 01 Mayıs 2019 (4 yıl 2 ay) (Yarı Zamanlı)
STAJYER, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: Orta)

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

F. Ş. İNAN & E. ÜNSAL, Acil Serviste Çalışan Hemşireler Tarafından İntihar Girmiş Bulunan Bireye Yönelik Sunulan Bakımın Doğasının Açıklanması, Sözlü Sunum, VI. ULUSLARARASI X. ULUSAL PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ, 20 Ekim 2021, 23 Ekim 2021.

E. ÖZTÜRK TURGUT, G. BEYCAN EKİTLİ, E. M. TOPCU, E. ÜNSAL & M. O. ÇAM, Covid-19 Pandemisinde Hemşirelerin Tükenmişlik Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Bir Sistemik Derleme, Sözlü Sunum, VI. ULUSLARARASI X. ULUSAL PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ, 20 Ekim 2021, 23 Ekim 2021.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0