

Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi

Dr. Mehmet ESKİN¹, Dr. Aybars AKOĞLU², Dr. Bülent UYGUR³

ÖZET

Amaç: Psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerisi düzeylerinin intihar davranışı ile olası ilişkilerini incelemek.

Yöntem: Çalışma, ayaktan tedavi gören 121 (% 57 kadın) hasta ile gerçekleştirilmiştir. Katılmayı kabul eden hastalar demografik-klinik özellikler, intihar davranışı, travmatik yaşam olayları hakkında sorular ile sorun çözme becerilerini değerlendiren Problem Çözme Envanterini içeren bir anket formu doldurmuşlardır. Verilerin analizinde t-testi, ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların % 43.2'si (% 47.8 kadın) kendilerini öldürmeyi düşünmüş ve % 28.7'si (% 29.7 kadın) de bu yönde bir girişimde bulunmuşlardır. Grubun % 75.4'ü başlarına en az bir travmatik yaşam olayının geldiğini belirtmiştir. Travmatik olay sayısı ortalaması kişi başına yaklaşık 2 (ss=1.7) olaydır. Yapılan iki lojistik regresyon analizi, sorun çözme becerisindeki yetersizliğin, hem intihar düşüncesi hem de girişimlerinin bağımsız yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Travmatik olay sayısı ise sadece intihar girişimlerinin yordayıcısı olarak bulunmuştur. Diatesis-stres modeli doğrultusunda, hem intihar düşünceleri hem de girişimleri, sorun çözme becerileri yetersiz olan ve aynı zamanda başlarına fazla travmatik olay gelen hastalar arasında yoğunlaşmıştır.

Sonuç: Psikiyatri hastaları arasında intihar davranışı ve travmatik yaşam olayları yaygındır. Bulgular sorun çözme becerisi düzeylerinin intihar davranışının önemli bir yordayıcısı olabileceğine işaret etmektedir. Psikiyatrik değerlendirme sırasında intihar davranışı, sorun çözme becerileri ve travmatik yaşam olaylarının sorgulanması önemlidir. Uygulamaya yönelik olarak araştırma bulguları, sorun çözme terapisinin intihar davranışı sergileyen hastaların sağaltımında kullanılabilecek önemli bir yaklaşım olabileceğine işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Stresli olaylar, sorun çözme, intihar, psikiyatrik hasta

SUMMARY: Traumatic Life Events and Problem Solving Skills in Psychiatric Outpatients: Relationships with Suicidal Behavior

Objective: To investigate the prevalence and the relationship of traumatic life events and problem solving skills to suicidal behavior in a group of psychiatric outpatients.

Method: The study was conducted with 121 (57 % women) psychiatric outpatients. Patients who accepted participation filled in a questionnaire that contained questions about socio-demographics, clinical features, suicidal behavior, traumatic life-events, and a problem-solving inventory. Data were analyzed by means of t-tests, chi-square tests, one-way analysis of variance and multiple logistic regression analyses.

Results: Of the patients, 43.2 % (47.8 % women) reported having thought and 28.7 % (29.7 % women) reported having attempted suicide. 75.4 % of the sample experienced at least one traumatic life-event. On average, a person experienced approximately 2 (SD = 1.7) traumatic events. Two logistic regression analyses showed that inefficient problem solving was an independent predictor of both suicidal thoughts and attempts. Number of traumatic events appeared to be an independent predictor of suicidal attempts after the problem solving skills. In accordance with diathesis-stress model, both suicidal thoughts and attempts were found to be most frequent among persons with inefficient problem solving skills and who were also exposed to a large amount of traumatic life events.

Conclusion: Suicidal behavior and traumatic life events are common among psychiatric patients. Findings indicate that inefficient problem solving may be an independent predictor of both suicidal ideation and attempts. Suicidal behavior, traumatic life-events and problem solving skills should be addressed during psychiatric assessment. Study findings imply that problem solving therapy may be an important approach that can be used for the treatment of psychiatric patients exhibiting suicidal behavior.

Key Words: Stressful life-events, problem-solving, suicide, mental patients

Teşekkür: Kendilerine acı veren olay ve yaşantıları bizimle paylaşan katılımcılara teşekkür ederiz. Bu makaleyi gözden geçirip düzeltirken bilimsel görüş ve önerilerinden yararlandığımız üç değerlendirmeciye içten teşekkürlerimizi sunarız. Düzeltme önerileriyle ilgili olarak

Dr. Bedriye Öncü'ye teşekkür ederiz.

¹Doç., ²Araş. Gör., Adnan Menderes Ü., Tıp Fak., Psikiyatri AD., Aydın. ³Uzm., Eşref Paşa Belediye Hastanesi, Psikiyatri Kl., İzmir.

Dr. Mehmet Eskin, e-posta: meskin@adu.edu.tr veya meskin@mehmeteskin.com

GİRİŞ

İntihar günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer toplumlarla karşılaştırıldığında resmi istatistikler ülkemizde özkıyımına bağlı ölümlerin 100 000'de 3 gibi düşük bir düzeyde olduğunu göstermektedir (DİE, 2000). Ancak bu yanıltıcı olabilir. Ülkemizdeki baskın kültür anlayışı içerisinde intiharla ilgili tutum ve değerlerin niteliği bazı özkıyım olgularının kayıtlara geçirilmesini engelliyor olabilir. Örneğin, 9 hastanenin acil servis kayıtlarına dayanılarak yapılan bir çalışmada, Sayıl ve arkadaşları (1993) Ankara için intihar girişim oranını 100.000 kişi başına 107 olarak hesaplamışlardır.

İntihara bağlı ölüm oranları düşük olmasına rağmen intihar düşünce ve girişimlerinin ülkemiz gençleri arasında yaygın olduğu görülmektedir (Eskin 1995, 1996, 1999). Örneğin, üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışma gençlerin % 42'sinin kendini öldürmeyi düşündüğünü ve % 7'sinin de bu yönde bir girişimde bulunmuş olduğunu göstermiştir (Eskin ve ark. 2005). İntihara bağlı ölüm oranlarının düşük olmasına karşın ülkemizdeki intihar oranlarının artış hızı konunun toplumsal bir soruna dönüşme yolunda hızla ilerlediğini göstermektedir. Örneğin, intihar oranlarının görece yüksek olduğu İsveç ile karşılaştırıldığında intihar hızındaki artışın ülkemizde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Eskin 1993).

Kişinin kendi yaşamını kendi eliyle sonlandırma isteğinin altında yatan süreçler karmaşıktır ve biyolojik, psikolojik, toplumsal bir çok etmenin birlikte rol oynamasıyla harekete geçmektedir. İnsanları, kendini öldürmeye iten en önemli nedenlerin başında psikiyatrik rahatsızlıklar gelmektedir. Örneğin, Arato ve arkadaşları (1988) intihar sonucu ölen kişilerin % 80-90'ında en az bir psikiyatrik rahatsızlığın olduğunu göstermişlerdir. Diğer taraftan Powell ve arkadaşları da (2000) psikiyatri hastaları arasında kendini öldürme oranının 10 000'de 13,7 gibi yüksek bir değerde olduğunu saptamışlardır. İntihar, psikiyatrik rahatsızlıklar arasında, en fazla depresyon (Brent 1995, Kumar ve Steer 1995, Pokorny 1992, Rihmer ve Pestalitiy 1999) ve şizofreni hastaları arasında görülmektedir (Fenton ve ark. 1997, Heila ve ark. 1997).

Travmatik yaşam olayları psikiyatrik rahatsızlıkların görünürdeki en önemli nedenlerindendir. Travmatik yaşam olayları kişinin anne-babasından, sevgilisinden, eşinden, arkadaşından ayrılması, doğup büyüdüğü yerlerden ayrılması veya ko-

parılması; çok sevdiği kişileri kaybetmesi; ruhsal veya bedensel herhangi bir hastalığa yakalanması; savaş-ışkence-cinsel taciz ve tecavüz gibi şiddet olaylarını yaşaması; deprem, sel, toprak kayması, yangın gibi doğal felaketler yaşaması; ekonomik kayıplar; mesleki, akademik ve ticari başarısızlık gibi durumları kapsamaktadır. Hasta olmayanlarla karşılaştırıldığında, bu tür olayların psikiyatri hastalarının başlarına gelme oranı daha yüksektir (Kessing ve ark. 2003, Leskela ve ark. 2004). Travmatik yaşam olayları kişinin ruhsal dengesini bozarak dayanıklılığını azaltmakta ve psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale getirmektedir.

Kendini öldüren kimselerin yaşamlarında diğerlerinden daha fazla travmatik olayla karşılaştıkları söylenmektedir (Blaauw ve ark. 2002, Goldney ve ark. 2000, Roy 2001, Statham ve ark. 1998). Travmatik yaşam olayları kişinin psikolojik iç-dengesini (Homeostaz) bozmakta, dayanıklılığını azaltarak onu intihar gibi yıkıcı davranışlara yöneltmektedir. Örneğin, Botsis ve arkadaşları (1995) psikiyatri hastaları arasında intihar riski olanların, olmayanlara göre daha fazla oranda anne-baba kaybı yaşadıklarını bulmuşlardır. Bir çalışmada Ullman ve Brecklin (2002) tecavüzün kadınları intihara iten en önemli nedenlerden biri olduğunu saptamıştır. Krug ve arkadaşları (1998) yaptıkları bir çalışmada sel, kasırga ve deprem gibi doğal afetleri yaşayan insanlar arasında, intihar davranışına bu tür olayları yaşamayanlara oranla daha sık rastlandığını bulmuşlardır.

Ancak, başına kötü olay gelen herkesin psikiyatrik bir hastalığa yakalanmadığı gibi, kötü olay yaşamış bir çok kimsenin de kendini öldürmediği bilinen bir gerçektir. Bu yüzden, insanları kendi canlarına kıymaya veya bu yönde düşünmeye ve girişimde bulunmaya iten şeyin, başlarına gelen travmatik olaylar değil, bu olaylarla baş etme güç ve becerilerinin olduğu belirtilmektedir (Joseph ve Plutchik 1994, Yufit ve Bongar 1992). İntihar bağlamında baş etme becerilerinin en önemlisi, insanların sorun çözme becerisi düzeyleridir. Çalışmalar insanların intiharı, sorunları çözebilecek bir davranış olarak gördüklerini göstermektedir (Eskin 1997, Linehan ve ark. 1987). Zorlanan ve intihar davranışında bulunan kimselerin işlevsel sorun çözme becerilerinin düşük olduğu konuyla ilgilenen çoğu araştırmacının ortak görüşüdür (Dixon ve ark. 1994, Pollock ve Williams 1998, Weishaar 1996).

Sorun çözme becerilerindeki yetersizlikler ve yaşanan travmatik olaylarla intihar arasında bi-

TABLO 1. Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri.

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	69	57
Erkek	52	43
Medeni durum		
Evli	74	61.2
Bekar	34	28.1
Eşinden ayrı veya eşi ölmüş	13	10.7
Katılımcının büyüdüğü yer		
Büyük şehir veya şehir	67	57.8
Kasaba	28	24.1
Köy	21	18.1
Çocuğunun olup olmaması		
Var	79	68.7
Yok	36	31.3
Eğitim durumu		
Okur yazar	1	09
İlk okul	26	22.2
Orta okul	13	11.1
Lise	45	38.5
Üniversite veya yüksek okul	32	27.4
Şu anki iş durumu		
Çalışıyor	36	29.8
İşsiz	14	11.6
Ev hanımı	40	33.1
Hasta-raporlu	1	0.8
Okuyor-öğrenci	10	8.3
Emekli	20	16.5
Tanı		
Duygudurum bozuklukları	68	58.1
Anksiyete bozuklukları	34	29.1
Psikotik bozukluklar	9	7.7
Diğer	6	5.1
Psikiyatri kliniğine geliş süresi		
1. İlk geliş	42	35
2. Bir aydan daha kısa bir süreden beri	2	1.7
3. 1-3 ay arası	19	16.0
4. 3-6 ay arası	13	10.9
5. 6-12 ay arası	12	10.1
6. Bir yıldan daha uzun bir süredir	31	26.1
Psikiyatri kliniğine geliş sayısı		
1. İlk geliş	46	39.3
2. 1-2 kere	14	12.0
3. 3-5 kere	22	18.8
4. 6-10 kere	13	11.1
5. 11-20 kere	7	6.0
6. 21-30 kere	7	6.0
7. 30 kereden fazla	8	6.8
Son üç ay boyunca algılanan sağlık		
1. Çok kötü	11	9.3
2. Oldukça kötü	13	11.0
3. Ne iyi ne kötü	69	58.5
4. Oldukça iyi	20	16.9
5. Çok iyi	5	4.2
Toplam	121	100

TABLO 2. Psikiyatri Hastaları Arasında İntihar Davranışının Yaygınlığı.

İntihar davranışı	Sayı	Yüzde
İntihar düşüncesi		
Yaşam boyu intihar düşüncesi	50	44.6
Son 12 aydaki intihar düşüncesi	32	28.6
Halihazırdaki intihar düşüncesi	9	7.8
Yaşam boyu, son 12 aydaki veya Halihazırda intiharı düşünenler	51	43.2
İntihar girişi		
Yaşam boyu intihar girişi	32	28.1
Son 12 ayda kendini öldürme girişi	18	16.1
Yaşam boyu veya Son 12 aydaki intihar girişimleri	33	28.7

rebir bir ilişki yoktur. İntihar davranışının oluşumunda travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerilerinin rolünü diatez-stres modeli bağlamında ele alan görüş, kişinin sorun çözme beceri düzeyinin yetersiz olması veya herhangi bir sorunla karşılaşmasının intihar riskini bağımsız olarak etkilemediğini ileri sürmektedir (Clum ve ark. 1979, Schotte ve Clum 1982, 1987, Cheng 2001). Kişinin intihar davranışına yönelmesi için sorun çözme becerisi düzeyinin düşük olmasının yanı sıra başına çözülmesi gereken olayların gelmesi gerekmektedir. Örneğin araştırmalar, intihar davranışının sorun çözme becerileri düşük/yetersiz olan ve yüksek yaşam stresi yaşayan kişiler arasında en yoğun olarak görüldüğünü ortaya koymuştur (Dixon ve ark. 1994, Priester ve Clum 1993, Yang ve Clum 1994).

Bilindiği gibi psikiyatri hastaları arasında travmatik olaylar yaygındır ve bu tür olaylar zaten psikiyatrik rahatsızlıkların çoğu zaman ya tetikleyicisi ya da doğrudan nedeni olabilmektedir. Bu nedenle ülkemizde psikiyatrik sorunlar yüzünden tedavi arayan hastalar arasında hem intihar davranışı hem de travmatik yaşam olaylarının yaygınlığı ve bunların ilişkili olduğu etmenlerin belirlenmesi önemlidir. Travmatik olaylar ve sorun çözme becerilerinin intihar davranışıyla ilişkisini psikiyatri hastaları arasında eş zamanlı inceleyen görgül çalışma sayısı yetersizdir. Bu araştırmanın üç amacı vardır: (1) Bir psikiyatrik hasta örnekleminde intihar davranışı ve travmatik yaşam olaylarının yaygınlıklarının araştırılması; (2) Sosyodemografik ve klinik etmenler kontrol edildiğinde intihar düşünce ve girişimlerini yordamada insanların başına gelen travmatik olay sayısının mı yoksa sorun çözme becerilerinin mi daha etkin olduğunun sınanması; (3) Diatez-stres intihar modelinin sınanmasıdır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Araştırmaya, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 69'u kadın (% 57) ve 52'si erkek (% 43) olmak üzere toplam 121 hasta katılmıştır. Hastaların 15 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olması, anketi okuyup yanıtlayabilecek düzeyde okuma yazmasının olmaması, zihinsel engelli olmaları, manik-şizofrenik eksitasyonda olmaları ve onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmak istememe çalışmanın dışlama ölçütlerini oluşturmuştur.

Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmektedir. Örneklemden kadın ve erkek oranlarının benzer olduğu bulundu ($\chi^2 = 2.4$, $sd = 1$, $p > 0.05$). On yedi ile 63 yaş arasında olan hastaların yaş ortalaması 36.3 (SS= 11.9) olarak saptandı ve kadın ve erkek katılımcılar arasında yaş bakımından bir farklılığın olmadığı belirlendi. Eğitim açısından bakıldığında çoğunluğun (% 66) lise veya üniversite düzeyinde eğitime sahip olduğu göze çarpmaktadır.

Hastaların çoğunluğu evli (% 61.2), çocuk sahibi (% 68.7), kent kökenli (% 57.8), ve çalışmakta (% 62.9 ev hanımları da dahil) olduğunu belirtmiştir. Duygudurum (% 58.1) ve anksiyete (% 29.1) bozukluğu hastaları örneklemin çoğunluğunu oluştururken, psikotik bozukluğu olan hastaların oranı % 7.7 olarak saptandı. Hastaların psikiyatriye geliş sıklığı ve süresine bakıldığında çoğunluğunun psikiyatriye ilk defa geldiği (sıklık % 39.3; süre 35.3) gözlemlendi. Son üç ay içerisindeki sağlıklarının nasıl olduğuyla ilgili soruya çoğunluk (% 58.5) ne iyi ne kötü yanıtını vermiştir.

Erkek ve kadın hastalar arasında demografik (yaş, $t(108)=1.6$, $p > 0.05$; medeni durum, $\chi^2=1.4$, $sd =2$, $p > 0.05$; büyüyen yer, $\chi^2=0.1$, $sd = 2$, $p > 0.05$; çocuk sahibi olma, $\chi^2= 0.9$, $sd = 1$, $p > 0.05$; eğitim, $\chi^2= 4.6$, $sd = 3$, $p > 0.05$; iş durumu, $\chi^2= 1.9$, $sd = 5$, $p > 0.05$), klinik (tanı, $\chi^2= 2.2$, $sd = 2$, $p > 0.05$; psikiyatriye geliş süresi, $t(117) = 0.3$, $p > 0.05$; psikiyatriye geliş sıklığı, $t(115) = 0.6$, $p > 0.05$; algılanan sağlık, $t(116) = 1.8$, $p > 0.05$), intihar davranışı (yaşam boyu, son 12 aydaki veya halihazırdaki intihar düşünceleri toplamı, $\chi^2= 1.3$, $sd = 1$, $p > 0.05$; yaşam boyu veya son 12 aydaki intihar girişi toplamı, $\chi^2= 0.1$, $sd = 1$, $p > 0.05$), sorun çözme puanları ($t(119) = 0.9$, $p > 0.05$), ve travma-

TABLO 3. Psikiyatri Hastaları Arasında Travmatik Yaşam Olaylarının Yaygınlığı.

Olay	Sayı	Yüzde
Hayati bir tehlike atlatmak	38	32.8
Kötü muamele görmek	37	31.4
Depremi yaşamak	35	30.2
Bir kaza veya şiddet olayında bir yakını kaybetmek	30	25.6
Ciddi bir kaza geçirmek	29	24.8
Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürme girişimi	16	15.1
Cinsel tacize uğramak	16	13.8
Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürmesi	13	11.3
Depremde bir yakını veya yakın bir arkadaşı kaybetmek	9	7.7
Silahlı bir çatışmaya katılmak	4	3.4
İşkence görmek	3	2.6
Tutuklanmak	1	0.8
Hapse girmek	1	0.8

tik olay sayısı ($t(116) = 1.2, p > 0.05$) bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılığın olmadığı saptandı. Bu yüzden araştırma verilerinin çözümlemesinde iki cinsiyet birlikte ele alındı.

İşlem araçları

Beş bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır.

Demografik özellikler

Katılımcılara yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, büyüdüğü yer, çocuklarının olup olmadığı ile iş durumları sorulmuştur.

Klinik özellikler

Bu bölümde hastalara tedavi amacıyla psikiyatri kliniğine geliş süresi ve geliş sıklığı ve algılanan sağlıklarıyla (genel sağlık) ilgili birer soru sorulmuştur.

İntihar davranışı

Bu bölümde katılımcılara intihar düşüncesiyle ilgili üç (Hayatınızda hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?; Son 12 ayda kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?; Şu an kendinizi öldürmeyi düşünüyor musunuz?) ve intihar girişimleriyle ilgili iki (Hayatınızda hiç kendinizi öldürmek için girişimde bulundunuz mu?; Son 12 ayda kendinizi öldürmek için girişimde bulundunuz mu?) olmak üzere beş soru yöneltilmiştir. Katılımcılardan bu soruları “Evet (1)” veya “Hayır (0)” şeklinde yanıtlamaları istenmiştir.

Travmatik yaşam olayları

Katılımcılara 13 travmatik olaydan oluşan bir liste verilmiş ve bu olaylardan hangisi ve/veya hangilerinin başlarına geldiğini belirtmeleri istenmiştir. Katılımcılar, sözü edilen travmatik olayların başlarına gelip gelmediğini “Evet (1)” veya

“Hayır (0)” şeklinde belirtmişlerdir. Bu olaylar Tablo 3’de verilmektedir.

Sorun çözme becerisi

Sorun çözme becerilerini ölçmek için Heppner ve Petersen (1982) tarafından geliştirilip Şahin ve arkadaşları (1993) tarafından Türkçe’ye uyarlaması yapılan 32 maddelik Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanılmıştır. Katılımcılar her maddeyi “her zaman böyle davranırım (1)” ile “hiçbir zaman böyle davranmam (6)” arasında değişen 6’lı Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Böylece ölçekten alınabilecek toplam puan 32 ile 192 arasında değişmektedir. Bu çalışmada katılımcıların elde ettikleri PÇE puanları madde sayısına ($s = 32$) bölünerek puanların 1 ile 6 arasında değişmesi sağlanmıştır. Ölçekten yüksek puan alma, kişinin sorun çözme becerilerine güvenmediğini göstermektedir. Yazarlar üniversite öğrencileriyle yaptıkları güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında PÇE’nin iç tutarlılığının 0.88, Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri toplam puanları kullanılarak ölçüt bağıntılı geçerlik katsayılarının sırasıyla 0.33 ve 0.45 olduğunu bildirmişlerdir (Şahin ve ark. 1993). Bu çalışmanın verileriyle PÇE’nin iç tutarlık katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

İşlem yolu

Araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve tedavi amacıyla Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ardışık olarak başvuran hastalara çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş olur formunu doldurarak imzalamaları istenmiştir. İmzalayanlar çalışmaya dahil edilmiş ve anket for-

TABLO 4. Psikiyatri Hastaları Arasında İntihar Düşünceleri ve Girişimlerinin Yordayıcıları.

Yordayıcı değişken	Katsayı	SH ^a	Wald	SD ^b	İntiharı düşünen veya girişimde bulunan (1) Düşünmeyen veya girişimde bulunmayan (0)	
					p=	RO ^c
İntihar düşünceleri						
Toplam PÇE puanı	1.01	0.36	7.73	1	0.0054	2.76
Sabit	-4.04	1.19	11.47	1	0.0007	
İntihar girişimleri						
Toplam PÇE puanı	1.46	0.47	9.82	1	0.0017	4.31
Travmatik olay sayısı	0.34	0.18	3.68	1	0.0551	1.40
Sabit	-7.14	1.71	17.41	1	0.0000	

^a Standard Hata; ^b Serbestlik Derecesi; ^c Risk Oranı

munu doldurmaları istenmiştir. Bu işlemler poliklinik muayenesini yapan iki araştırma görevlisi hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Hastaların çalışmaya katılma konusunda bir baskı hissetmelerini önlemek için araştırmaya katılmayı isteyip istemedikleri muayeneleri bittikten sonra sorulmuştur. Araştırma verileri 1 Ocak 2002–30 Haziran 2002 tarihleri arasında toplanmıştır.

İstatistik analizler

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Packages for the Social Sciences-9 (SPSS-9) programı kullanılarak çözümlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak benimsenmiştir. PÇE'nin bu araştırma verileriyle iç-tutarlık katsayısı Cronbach alfa yöntemi ile hesaplanmıştır.

İntihar davranışı ve travmatik yaşam olaylarının yaygınlıkları için yüzde hesapları yapılmıştır. Hem bağımlı hem de bağımsız değişkenin kategorik olduğu durumlarda aralarındaki bağıntı ki-kare testi, bağımsız değişkenin kategorik bağımlı değişkenin sürekli (interval) olduğu durumlarda ise t-testi uygulanmıştır. Hastaların sorun çözme becerisi puanları ile başlarına gelen travmatik olay sayısının tanıya göre değişip değişmediği tek-yönlü varyans analizi yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Anlamlı bir farklılığın olduğunun bulunmasından sonra hangi tanı grupları arasındaki farklılığın anlamlı olduğu Tukey testi ile araştırılmıştır.

İntihar düşünce ve girişimlerini hangi değişkenlerin bağımsız bir şekilde yordadığını araştırmak için iki adet basamaklı lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. İlkinde intihar düşünceleri, ikincisinde ise intihar girişimleri yordanan değişken olarak alınmıştır. İntihar düşüncesi değişkeni, son on iki ayda intihar etmeyi düşünmüş olan veya halihazırda düşünmekte olanların birleştirilmesiyle

le oluşturulmuştur. Benzer şekilde intihar girişimi değişkeni için sadece son on iki aydaki girişimler alınmıştır. Yaşam boyu intihar düşünceleri ve girişimleri bilimsel sakıncaları nedeniyle analize dahil edilmemiştir.

BULGULAR

İntihar düşünce ve girişimleriyle ilgili soruyu yanıtlayan 112 hastanın 50'si (% 44.6) yaşamlarında en az bir defa kendilerini öldürmeyi düşündüklerini belirtirken, 115 hastadan 32'si (% 27.8) son 12 ayda bunu düşündüğünü ve 116 hastanın 9'u da (% 7.8) araştırmanın yapıldığı sırada böyle düşündüğünü belirtmiştir. Yaşam boyu, son 12 ay veya halihazırda intiharı düşünenler birleştirildiğinde, toplam 118 hastadan 51'inin (% 43.2) intiharı düşündüğü görülmüştür (Tablo 2).

Soruyu yanıtlayan 114 hastadan 32'si (% 28.1) yaşamlarında en az bir defa kendini öldürme girişiminde bulunmuş olduğunu belirtirken, son 12 ay içerisinde girişimde bulunanların oranı yanıt veren 112 kişi arasında % 16.1 (18 kişi)'dir. Yaşam boyu ve son 12 ay içerisinde özkıyım girişiminde bulunanlar birleştirildiğinde 115 hastadan 33'ünün (% 28.7) kendilerini öldürmek için bir girişimde bulunduğu saptanmıştır. İntihar düşüncesi ve girişimlerinin klinik tanıyla ilişkili (özkıyım düşüncesi (toplam), $\chi^2 = 2.2$, sd = 2, p> 0.05; özkıyım girişi (toplam), $\chi^2 = 3.7$, sd = 2, p> 0.05) olmadığı saptanmıştır.

Travmatik yaşam olaylarının yaygınlıkları Tablo 3'te verilmektedir. Verisi olan toplam 118 katılımcının 89'u (% 75.4) başlarına en az bir olayın geldiğini, 29'u (% 24.6) ise başlarına hiçbir olayın gelmediğini bildirmiştir. Ortalama travmatik olay sayısı yaklaşık 2 (SS=1.7) olarak bulunmuştur.

TABLO 5. Farklı Sorun Çözme ve Travmatik Yaşam Olayı Düzeylerine Göre İntihar Düşüncesi ve Girişimlerinin Sıklığı.

Sorun çözme-yaşam olayı birleşenleri	İntihar Davranışı	
	Sayı	Yüzde
Son 12 aydaki intihar düşünceleri		
Yüksek sorun çözme az yaşam olayı	4	12.5
Yüksek sorun çözme fazla yaşam olayı	8	25.0
Düşük sorun çözme az yaşam olayı	6	18.7
Düşük sorun çözme fazla yaşam olayı	14	43.8
Halihazırdaki intihar düşünceleri		
Yüksek sorun çözme az yaşam olayı	0	0.0
Yüksek sorun çözme fazla yaşam olayı	1	11.1
Düşük sorun çözme az yaşam olayı	1	11.1
Düşük sorun çözme fazla yaşam olayı	7	77.8
Son 12 aydaki intihar girişimleri		
Yüksek sorun çözme az yaşam olayı	2	11.1
Yüksek sorun çözme fazla yaşam olayı	6	33.3
Düşük sorun çözme az yaşam olayı	2	11.1
Düşük sorun çözme fazla yaşam olayı	8	44.5

Tabloda görüldüğü gibi hayatı bir tehlike atlama, kötü muamele görmek, depremi yaşamak, kaza veya şiddet olayında bir yakını kaybetmek ve ciddi bir kaza geçirmek katılımcıların en az dörtte birinin başına gelen olaylardır.

İntihar düşüncesi olanların olmayanlardan daha fazla oranda cinsel tacize uğradığı ($\chi^2 = 11.1$, $sd = 1$, $p < 0.005$), bir yakını veya yakın arkadaşının kendini öldürdüğü ($\chi^2 = 4.8$, $sd = 1$, $p < 0.05$), veya kendini öldürme girişiminde bulunduğu ($\chi^2 = 7.1$, $sd = 1$, $p < 0.05$) saptanmıştır.

İntihar girişiminde bulunanların bulunmayanlardan daha fazla oranda cinsel tacize uğradığı ($\chi^2 = 12.4$, $sd = 1$, $p < 0.005$), silahlı bir çatışmaya katıldığı ($\chi^2 = 10.8$, $sd = 1$, $p < 0.05$), ve bir yakını veya yakın bir arkadaşının kendini öldürdüğü ($\chi^2 = 6.8$, $sd = 1$, $p < 0.05$) veya öldürmek için girişimde bulunduğu ($\chi^2 = 10.5$, $sd = 1$, $p < 0.005$) saptanmıştır.

Toplam PÇE puanları açısından tanı grupları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F(2, 108) = 4.3$, $p < 0.02$). Tukey testi ile tanı gruplarının karşılaştırılması duygudurum hastalarının ortalama PÇE puanlarının ($ort. = 3.2$, $SS = 0.67$) anksiyete grubu hastalarından ($ort. = 2.8$, $SS = 0.73$) anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu göstermiştir. Tanı gruplarının yaşadıkları travmatik olay sayısı bakımından birbirine benzer olduğu bulunmuştur ($F(2, 105) = 0.7$, $p > 0.05$).

İntihar düşüncesi ve girişimlerinin bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizinin

de yaş, medeni durum (evli=1; bekar veya dul=0); hastanın büyüdüğü yer (kent=1; kırsal=0); çocuk sahibi olup olmama (var=1; yok=0); eğitim (okul yılı); tedavi amacıyla psikiyatriye geliş süresi ve sıklığı (Tablo 1’de gösterildiği şekilde kodlandı); son üç aydaki algılanan sağlık (tablodaki gibi); çalışma durumu (çalışıyor=0; çalışmıyor=1); travmatik olay sayısı ve toplam PÇE puanları yordayıcı değişken olarak analize alınmıştır.

İntihar düşünceleriyle yapılan analizde kullanılan model girilen değişkenlerin intihar düşünceleriyle anlamlı bir biçimde ilişkisinin olduğunu göstermiştir ($\chi^2 (1) = 8.94$, $p < 0.005$). Toplam PÇE puanlarının intihar düşüncelerini bağımsız olarak yordayan tek değişken olduğu görülmüştür (Tablo 4).

İntihar girişimleri için yapılan ikinci lojistik regresyon analizindeki model girilen değişkenlerin intihar girişimleriyle anlamlı bir biçimde ilişkisinin olduğunu göstermiştir ($\chi^2 (2) = 16.41$, $p < 0.0005$). Tablo 4’te görüldüğü gibi toplam PÇE puanı ve travmatik olay sayısının intihar girişimlerini bağımsız bir şekilde yordayabilen iki etmen olduğu görülmektedir.

Sorun çözme becerileri ve yaşanan travmatik olay sayısının, intihar düşüncesi ve girişimleri üzerindeki etkilerini araştırmak için, PÇE puanları ortalamasının altı “yüksek”, üstü ise “düşük” sorun çözme becerisine sahip gruplar olarak; toplam travmatik olay sayısı da, ortalamasının altı “az”, üstü “fazla” travmatik yaşam olayına sahip grup-

lar olarak kodlanarak her dört olası birleşende ki intihar davranışlarının görülme sıklığı ki-kare yöntemiyle araştırılmıştır. Olası dört gruptaki intihar davranışı sayı ve yüzdeleri Tablo 5'te verilmektedir. Sorun çözme ve olay sayısı birleşeni ile son 12 ay içerisindeki intihar düşünceleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı ($\chi^2= 9.2$, $sd = 3$, $p < 0.02$) (tek-uçlu). Benzer şekilde, sorun çözme ve olay sayısı birleşeni ile halihazırdaki intihar düşünceleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişkinin olduğu bulundu ($\chi^2= 14.0$, $sd = 3$, $p < 0.002$) (tek-uçlu). Sorun çözme ve olay sayısı birleşeni ile son 12 ay içerisindeki intihar girişimleri arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı gözlemlendi ($\chi^2= 5.6$, $sd=3$, $p > 0.05$) (tek-uçlu). Görüldüğü gibi sorun çözme becerileri yetersiz olan ve daha fazla travmatik yaşam olayı bildiren grupta kendini öldürmeyi düşünmüş olanların oranı diğer gruplara göre daha yüksektir (son 12 ay içindeki düşünceler, yaklaşık % 44 ve halihazırdaki intihar düşünceleri, yaklaşık % 78). İstatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da bu grupta girişimde bulunanların oranı diğerlerinden fazladır (yaklaşık % 45).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın üç amacı vardı. Bunlardan ilki psikiyatri hastaları arasında intihar davranışı ve travmatik yaşam olaylarının görülme sıklıklarının incelenmesiydi. Hastaların sorun çözme becerisi düzeyinin mi yoksa başlarına gelen travmatik yaşam olaylarının mı intihar davranışında daha önemli olduğunun araştırılması çalışmanın diğer hedefiydi. Bunun için lojistik regresyon analizi yöntemi kullanılarak yetersiz sorun çözme becerilerinin mi yoksa travmatik yaşam olaylarının mı intihar davranışlarını yordadığı araştırılmıştır. Diatez-stres modelinin sınanması bu çalışmanın üçüncü amacıydı. Bunun için değişik düzeydeki sorun çözme becerileri ve yaşanan travmatik olay sayısının birlikte etkileşiminin intihar düşünce ve girişimlerini nasıl etkilediği incelendi.

Psikiyatrik rahatsızlıklar, intiharın en sık rastlanan etmenidir. Bu yüzden, psikiyatrik rahatsızlıkları olanlar arasında intihar davranışlarının görülme sıklığının yüksek olduğu konuyla ilgili yapılan bir çok araştırmanın ortak bulgularındandır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular araştırma kapsamındaki hasta grubunun % 44.6'sının yaşamları boyunca, % 27.8'inin son 12 ay içerisinde ve % 7.8'inin de araştırmanın yapıldığı anda kendilerini öldürmeyi düşündüklerini göstermiştir.

Katılımcıların % 28.1'i yaşamlarında en az bir kez ve % 16.1'i de son on iki ay içerisinde yaşamlarını sonlandırmak için girişimde bulunmuşlardır. Bu rakamlar intihar davranışının değişik biçimlerinin ayaktan tedavi gören psikiyatri hastaları arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumludur (Arato ve ark. 1988; Powell ve ark. 2000).

İnsanların sorun çözme becerisi düzeylerinin intihar davranışıyla ilişkili olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Örneğin hem Pollock ve Williams (2004) hem de Howat ve Davidson (2002), intihar girişiminde bulunmuş psikiyatrik hasta grubunun sorun çözme becerilerinin girişimde bulunmamış kontrol grubuna kıyasla yetersiz olduğunu göstermişlerdir. Travmatik yaşam olayları psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasında önemli role sahiptir. Birçok çalışma, psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin başına bu tür rahatsızlığı olmayanlara göre daha fazla oranda travmatik olayın geldiğini göstermiştir (Bourque ve ark. 2002; Friedman ve ark. 2002). Bu çalışmanın örnekleminin yaklaşık dörtte biri herhangi bir olay yaşamadığını belirtirken, dörtte üçü en az bir travmatik olay yaşamıştır. Hayati bir tehlike atlattık, kötü muamele görmek, depremi yaşamak, bir kaza veya şiddet olayında bir yakını kaybetmek ve ciddi bir kaza geçirmek olayları en sık karşılaşılan olaylar olarak belirlemiştir.

Bu çalışmanın ana amaçlarından birisi sorun çözme becerilerinin mi yoksa insanların başına gelen travmatik yaşam olaylarının mı intihar davranışıyla ilişkili olduğunun sınanmasıdır. Bu amaçla yapılan iki adet lojistik regresyon analizinin sonuçları sorun çözme becerisi düzeylerinin hem intihar hem de intihar girişimlerini yordamakta travmatik yaşam olaylarından daha etkili olduğunu göstermiştir. Bulgulara göre hastaların sorun çözme becerilerini olumsuz değerlendirmelerindeki bir birimlik artış intiharı düşünmüş olma riskini yaklaşık 3 kat, kendini öldürmek için girişimde bulunma riskini ise yaklaşık 4.5 kat arttırmaktadır (Tablo 4). Bu araştırmadan elde edilen bulgular hem ülkemizde yapılan (Asena ve ark. 2003, Özgüven ve ark. 2003) hem de diğer ülkelerde yapılan (Schotte ve Clum 1987, Weishaar 1996) çalışma bulgularıyla büyük bir paralellik göstermektedir. Travmatik yaşam olayları sadece intihar girişimlerini bağımsız bir biçimde yordamaktadır.

Schotte ve Clum (1982 ve 1987) insanların sorun çözme becerisi düzeylerinin yetersiz olma-

sının veya sorunla karşılaşmasının tek başlarına intihar için ciddi bir risk oluşturmadığını belirten bir diatez-stres modeli önermişlerdir. Bu modele göre, intihar riskinin oluşabilmesi için kişinin sorun çözme becerisinin düşük olmasının yanı sıra çözümü güç bir sorunla da karşılaşmış olması gerekmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular sözü edilen modeli destekler niteliktedir. İnsanlar travmatik yaşam olaylarıyla karşılaşsalar bile sorun çözme becerileri yeterliyse intihar davranışı sergileme oranları düşmektedir. Benzer şekilde insanların sorun çözme becerileri yetersiz olsa bile travmatik yaşam olayıyla karşılaşmamışlarsa yine intihar davranışı sergileme oranı düşüktür. Son 12 ay içerisinde intiharı düşünmüş olanların yaklaşık % 44'ünün hem sorun çözme becerisi düzeylerinin düşük hem de aynı zamanda olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşmış kimseler olduğu, halihazırda kendini öldürme düşüncesi olanların yaklaşık % 78'inin bu gruptaki kimseler arasında olduğu görülmektedir. Benzer şekilde son 12 ay içinde kendini öldürmek için girişimde bulunduğunu belirten kimselerin yaklaşık % 45'inin sorun çözme becerisi düzeyi düşük fakat fazla travmatik yaşam olayıyla karşılaşmış kimseler arasında olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Özet olarak, bu çalışmanın verileri ayaktan tedavi gören psikiyatri hastaları arasında hem intihar davranışı hem de travmatik yaşam olaylarının yaygın olabileceğini göstermiştir. Bulgular sorun çözme becerisi düzeyleri düşük hastaların başına fazla sayıda travmatik yaşam olayının gelmesi durumunda intihar davranışı riskinin yüksek olarak değerlendirilmesi gerektiğini net bir biçimde ortaya koymaktadır. Sorun çözme becerisi düzeyinin intihar davranışıyla olan ilişkisi göz önüne alındığında, sorun çözme terapisi intihar davranışı olan hastalarda kullanılabilecek seçenekler arasında düşünülebilir. Uluslararası yazın da bu düşüncüyü desteklemektedir (Salkovskis ve ark. 1990, Townsend ve ark. 2001).

KAYNAKLAR

Arato M, Demeter E, Somogyi E ve ark. (1988) Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scand*, 77: 454-456.

Asena G, Canyığıt Y, Sayıl I ve ark. (2003) İntihar girişimi olan ve olmayan kriz olguların problem çözme ve sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi. Poster Bildiri, 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya.

Bates GW, Lavery BJ (2003) Social problem-solving and vulnerability to depression in a clinical sample. *Psychol Rep*, 92: 1277-1283.

Bu araştırmanın bulguları ele alınırken sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Hem bilimsel hem uygulama açısından önemli veriler sunsa da bu çalışmada elde edilen bulgular başka ortam ve gruplara genellenirken bir takım konulara dikkat edilmelidir. İlk olarak, bir kontrol grubunun olmayışı bu çalışmanın en önemli eksikliklerinden birisidir. Sağlıklı bir kontrol grubunun veya psikiyatrik hasta olmayan bir hasta grubunun çalışmaya kontrol grubu olarak alınması elde edilen bulguların psikiyatrik hasta grubuna özgü olup olmadığı konusunda bilgi sağlayabilirdi. Çalışmanın ikinci önemli kısıtlılığı bağıntısal (korelasyonel) olmasıdır. Bağıntısal bir çalışma olması, sorun çözme ve intihar davranışı arasındaki ilişkinin neden-sonuç ilişkisi bağlamında yorumunu güçleştirmektedir. Yetersiz sorun çözmenin depresyona yol açabileceği gibi depresyonun da kişinin kendi problem çözme becerisi düzeyini yetersiz görmesini sağladığı gösterilmiştir (Bates ve Lavery 2003). Katılımcıların çoğunun depresyon hastası olması bu araştırmada gözlenen bağıntının yorumlanmasını güçleştirmektedir. Sözü edilen bağıntının neden-sonuç bağıntısı olarak ele alınabilmesi için ileriye dönük çalışmalara gereksinme vardır. İntiharın depresyon hastaları arasındaki yaygınlığı göz önüne alındığında, tanı ile intihar davranışı arasında bir ilişkinin bulunmayışı poliklinik tanılarının güvenilirliğinin düşük olabileceğini düşündürmektedir. Bu kısıtlılığın giderilebilmesi için yapılandırılmış standart bir tanı görüşmesi yapılması düşünülebilir. Son olarak medeni durum değişkeninin, istatistiksel bir zorunluluk olarak bekar ve dulların birleştirilmesiyle evli ve bekar şekline dönüştürülmesi ve lojistik regresyon analizine böyle girilmesi araştırmanın bir kısıtlılığı olarak düşünülebilir. Bu değişkenin lojistik regresyon analizinde anlamlı çıkmaması sözü edilen kısıtlılığı ortadan kaldırır niteliktedir.

Blaauw E, Arensman E, Kraaij V ve ark. (2002) Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *J Trauma Stress*, 15: 9-16.

Bourque LB, Siegel JM, Shoaf KI ve ark. (2002) Psychological distress following urban earthquakes in California. *Prehospital Disaster Med*, 17: 81-90.

Botsis AJ, Plutchik R, Kotler M ve ark. (1995) Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk. *Suicide Life Threat Behav*, 25: 253-260.

Brent DA (1995) Risk factors for adolescent suicide and suicidal

behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life Threat Behav*, 25: 52-63.

Clum G, Patsiakos A, Luscomb R ve ark. (1979) Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *J Consult Clin Psychol*, 47: 937-945.

Cheng SK (2001) Life stress, problem solving, perfectionism, and depressive symptoms in Chinese. *Cognit Ther Res*, 25: 303-310.

DİE (2000) İntihar istatistikleri. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.

Dixon WA, Heppner PP, Rudd MD ve ark. (1994) Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *J Consult Clin Psychol*, 41: 91-98.

Eskin M, Kaynak-Demir H, Demir S ve ark. (2005) Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse and suicidal behavior in university students in Turkey. *Arch Sex Behav*, 34: 185-195.

Eskin M (1999) Gender and cultural differences in the 12-month prevalence of suicidal thoughts and attempts in Swedish and Turkish adolescents. *J Gender Culture Health*, 4: 187-200.

Eskin M (1997) Cross-cultural tests of the gender-role consistency and stigma hypotheses of suicidal behavior. *J Gender Culture Health*, 2: 245-262.

Eskin M (1996) Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation. *J Gender Culture Health*, 1: 189-205.

Eskin M (1995) Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *J Clin Psychol*, 51: 158-172.

Eskin M (1993) Age specific suicide rates and the rates of increase and suicide methods in Sweden and Turkey : A comparison of the official suicide statistics. Reports from the Department of Psychology, Stockholm University, No: 772.

Fenton WS, McGlashan TH, Blyler VBJ ve ark. (1997) Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry*, 154: 199-204.

Friedman S, Smith L, Fogel D ve ark. (2002) The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord*, 16: 259-272.

Goldney RD, Wilson D, Dal Grande E ve ark. (2000) Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust NZJ Psychiatry*, 34: 98-106.

Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM ve ark. (1997) Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with suicide. *Am J Psychiatry*, 154: 1235-1242.

Heppner PP, Petersen CH (1982) The development and implications of a personal problem solving inventory. *J Couns Psychol*, 29: 66-75.

Howat S, Davidson K (2002) Parasuicidal behaviour and interpersonal problem solving performance in older adults. *Br J Clin Psychol*, 41: 375-86.

Joseph SA, Plutchik R (1994) Stress, coping, and suicide risk in psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav*, 24: 48-57.

Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB ve ark. (2003) Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? *Psychol Med*, 33: 1177-1184.

Kumar GK, Steer RA (1995) Psychological correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav*, 25: 339-346.

Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP ve ark. (1998) Suicide after natural disasters. *N Engl J Med*, 338: 373-378.

Leskela US, Melartin TK, Lestela-Mielonen PS ve ark. (2004) Life events, social support, and onset of major depressive episode in Finnish patients. *J Nerv Ment Dis*, 192: 373-81.

Linehan MM, Camper P, Chiles JA ve ark. (1987) Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognit Ther Res*, 11: 1-12.

Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S ve ark. (2003) İntihar girişiminde depresyon ve kaygı belirtileri ile problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18: 1-11.

Pokorny AD (1992) Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. *Assessment and Prediction of Suicide*, RW Maris ve ark. (Ed), New York: Guilford Press, s.105-129.

Pollock LR, Williams JM (2004) Problem-solving in suicide attempters. *Psychol Med*, 34: 163-167.

Pollock LR, Williams MG (1998) Problem solving and suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav*, 28: 375-387.

Powell J, Geddes J, Goldacre M ve ark. (2000) Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry*, 176: 266-272.

Priester MJ, Clum GA (1993) Perceived problem-solving ability as a predictor of depression, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *J Consult Clin Psychol*, 40: 79-85.

Rihmer Z, Pestaloty P (1999) Bipolar II disorder and suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*, 22: 667-673.

Roy A (2001) Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide Life Threat Behav*, 31: 194-196.

Salkovskis PM, Atha C, Storer D ve ark. (1990) Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *Br J Psychiatry*, 157, 871-876.

Sayı I, Oral A, Güney S ve ark. (1993) Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 1: 56-61.

Schotte DE, Clum GA (1982) Suicide ideation in a college population: A test of a model. *J Consult Clin Psychol*, 50: 690-696.

Schotte DE, Clum GA (1987) Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol*, 55: 49-54.

Statham DJ, Heath AC, Madden PA ve ark. (1998) Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med*, 28: 839-855.

Şahin N, Şahin NH, Heppner PP ve ark. (1993) Psychometric properties of the Problem Solving Inventory in a group of Turkish university students. *Cognit Ther Res*, 17: 379-396.

Townsend ET, Hawton K, Altman DG ve ark. (2001) The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med*, 31:979-988.

Ullman SE, Brecklin LR (2002) Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Threat Behav*, 32:117-130.

Weishaar ME (1996) Cognitive risk factors in suicide. *Frontiers of Cognitive Therapy*, PM Salkovskis (Ed.), New York: Guilford Press, s. 226-249.

Yang B, Clum GA (1994) Life stress, social support, and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an Asian student population: a test of a model. *Suicide Life Threat Behav*, 24:127-139.

Yufit RI, Bongar B (1992) Suicide, stress, and coping with life cycle events. *Assessment and Prediction of Suicide*, RW Maris, AL Berman, JT Maltsberger ve ark. (Ed.), New York: Guilford Press, s. 553-573.