

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI
2022-DR-057

**BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, SORUN ÇÖZME VE
İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR
DURUMSAL ARACILIK MODELİ**

HAZIRLAYAN
Feyza KARSLI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehmet ESKİN

AYDIN-2022

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Feyza KARSLI tarafından hazırlanan “Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Sorun Çözme Ve İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki: Bir Durumsal Aracılık Modeli” başlıklı tez, 30 Mayıs 2022 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

	Unvanı ve Adı Soyadı	Kurumu	İmza
Başkan	Prof. Dr. Mehmet ESKİN	Koç Üniversitesi	
Üye	Prof. Dr. Nermin ÖNER KORUKLU	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	
Üye	Doç. Dr. Yaşar KUZUCU	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	
Üye	Prof. Dr. GÜNAY SERAP TEKİNSAV SÜTCÜ	Ege Üniversitesi	
Üye	Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Doktora tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun tarihsayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Savaş DUMAN

Enstitü Müdürü

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Bu tezde sunulan tüm bilgi ve sonuçların, bilimsel yöntemlerle yürütülen gerçek deney ve gözlemler çerçevesinde tarafımdan elde edildiğini, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralların gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

30/05/2022

Feyza KARSLI

ÖZET

BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK, SORUN ÇÖZME VE İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR DURUMSAL ARACILIK MODELİ

Feyza KARSLI

Doktora Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet ESKİN

2022, XVIII+159 sayfa

Bu çalışmanın amaçları, intihar açısından risk grubunda yer alan ve kontrol grubundaki bireylerin intihar davranışlarını incelemek; belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracı rolünü incelemek; belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığı ile dolaylı ilişkisinde sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkmanın düzenleyici rolünü incelemektir. Bu amaçlar doğrultusunda çalışmanın örneklemini onkoloji (120), gastroenteroloji (120), psikiyatri (120) hasta grubu ve kontrol grubu (120) olmak üzere 480 kişi oluşturmaktadır. Örneklemin demografik özellikleri incelendiğinde; en genç grubun Psikiyatri, en yaşlı grubun Onkoloji olduğu, kadınların, çalışmayanların, evlilerin ve gelir-giderin birbirini karşıladığını belirtenlerin çoğunlukta olduğu son olarak hasta grupların tanı ve tedavi süreleri açısından 6 aydan daha uzun süreye sahip oldukları görülmüştür. Çalışmaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Onkoloji ve Gastroenteroloji, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalar dâhil edilmiştir. Katılımcılardan veriler Demografik Bilgi Formu, Gözden Geçirilmiş Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, İntihar Davranışı Soru Formu, Zimbardo'nun Zaman Perspektifi Envanteri, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Ölçeği-Kısa Formu aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmanın analiz sonuçları, Psikiyatri grubunda yer alan katılımcıların intihar düşüncesi ve girişimi göstermede daha fazla olduğunu, sorun çözmenin belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye anlamlı olarak aracılık ettiğini, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığı ile dolaylı ilişkisinin sosyal destek ve geçmiş olumsuz, şimdi kadercı ve şimdi hazcı zaman perspektifleri tarafından düzenlendiğini ortaya koymuştur. Son olarak, çalışmadan elde edilen bulgular alanyazın ışığında tartışılmış, çalışmaya dair sınırlılıklar ele alınmış,

Çalışmanın sağladığı klinik doğurgulardan bahsedilmiş ve gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELEER: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, İntihar Olasılığı, Sorun özme.



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN INTOLERANCE TO UNCERTAINTY, PROBLEM SOLVING AND SUICIDE PROBABILITY: A MODERATED MEDIATION MODEL

Feyza KARSLI

Doctoral Thesis, Department of Psychology

Supervisor: Prof. Dr. Mehmet ESKİN

2022, XVIII+159 pages

The aims of current study are to examine the suicidal behaviors of individuals in the control group and in the risk group for suicide; the mediating role of problem solving in the relationship between intolerance to uncertainty and suicide probability; the moderating roles of social support, time perspective, and religious coping in the indirect relationship between intolerance to uncertainty and the suicide probability through problem solving. In line with this purpose the sample of the study consists of 480 individuals, including oncology (120), gastroenterology (120), psychiatry (120) patient group and control group (120). When the demographic characteristics of the sample are examined; It was seen that the youngest group was Psychiatry, the oldest group was Oncology, women, unemployed, married and those who stated that their income and expenses matched each other, and lastly, the patient groups had more than 6 months in terms of diagnosis and treatment times. Patients who applied to Aydın Adnan Menderes University Polyclinic of Oncology and Polyclinic of Gastroenterology, Aydın Adnan Menderes University Polyclinic of Psychiatry, Aydın State Hospital Polyclinic of Psychiatry and Aydın Atatürk State Hospital Polyclinic of Psychiatry were included in the study. Data from the participants were collected through Demographic Form, Revised Social Problem Solving Inventory-Short Form, Suicide Probability Scale, Suicidal Behavior Questionnaire, Zimbardo Time Perspective Inventory, Intolerance of Uncertainty Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Religious Coping Scale-Short Form. The analysis results of the study revealed that the participants in the Psychiatry group were more likely to show suicidal ideation and attempt; that problem solving significantly mediated the relationship between intolerance to uncertainty and suicide probability; and that social support and past negative, present fatalistic, and present hedonistic time perspectives significantly moderated the indirect

relationship between intolerance to uncertainty and the suicide probability through problem solving. Finally, the findings obtained from the study were discussed in the light of the literature, the limitations of the study were addressed, the clinical implications of the study were mentioned, and suggestions were made for future studies.

KEYWORDS: Intolerance to Uncertainty, Problem Solving, Suicide Probability.



ÖNSÖZ

Öncelikle tez yolculuğum boyunca ve lisansüstü eğitim sürecimde ilgisi ve şefkati ile her koşulda yanımda olan bilgisi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet ESKİN'e herşey için sonsuz teşekkür ederim.

Tez izleme komitemde yer alan ve yine tez sürecimde her zaman yanımda olan bilgisini ve ilgisini benimle paylaşan güler yüzlü birbirinden kıymetli hocalarım Doç. Dr. Yaşar KUZUCU'ya ve Prof. Dr. Nermin ÖNER KORUKLU'ya, tez savunma jürimde yer alan kıymetli katkıları için Prof. Dr. Günay Serap TEKİNSAV SÜTCÜ'ye ve Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTRÜK'e çok teşekkür ederim.

Lisansüstü eğitimim boyunca gerek akademik k gerek hayatla ilgili engin bilgileri ile daima yol gösterici olan Prof. Dr. Hacer HARLAK'a, Prof. Dr. İ. Ferhan DEREBOY'a çok teşekkür ederim. Yine bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Prof. Dr. G. Çiğdem DEREBOY'a, Doç. Dr. Cennet ŞAFAK ÖZTRÜK'e ve Doç. Dr. Mehmet ŞAKİROĞLU'na teşekkür ederim. Tez sürecimde her zaman destekleriyle yanımda olan canım hocam Öğr. Gör. Dr. Fatma Ebru KÖSE'ye, dostum Arş. Gör. Funda ŞERBET'e ve canım arkadaşım Uzm. Psk. Nesrin KARA'ya çok teşekkür ederim. Tezimin en meşakatli kısmı olan veri toplama sürecinde destekleri için sınıf arkadaşım Uzm. Psk. Ülkü'ye, yine bu süreçte tanıştığım ve iyi ki tanıdığım dediğim Uzm. Psk. Seçil'e ve ablaların birtanesi Uzm. Sosyal Hizmet Uzmanı Didem ablama, sevgili arkadaşım Mervener'a ve sevgili Büşra'ya ayrı ayrı çok teşekkür ederim.

Bu süreçte neşemi, kederimi paylaştığım, her daimi halimi hatrımı soran kıymetli oda arkadaşlarım Arş. Gör. Begüm'e, Arş. Gör. Hazal'a, Arş. Gör. Sevim'e çok teşekkür ederim. Memleketimi aratmayan ve sıkıştığında yardımına koşan başta Atilla amcam olmak üzere tüm AYCAN grubuna teşekkür ederim. Aydın'da ailem gibi olan Komşu teyzelerime, Elmaskaya ve Akbaş ailesine ve en çok da Covid-19 nedeniyle kaybettiğim ve özlem duyduğum komşu Fatma teyzeme çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca ne olursa olsun destekleri ve koşulsuz sevgileriyle yanımda olan fedakâr çınarlarım babam Rasim'e, annem Azade'ye ve birtanecik meleğim, canım kardeşim, herşeyim Şeyma'ya sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY FAYFSSI	iii
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
ÖNSÖZ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
TABLolar DİZİNİ.....	xvi
EKLER DİZİNİ.....	xvii
KISALTMALAR DİZİNİ	xviii
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM	7
1. İNTİHAR.....	7
1.1. İntiharın Tanımı, Sınıflandırması ve Yaygınlığı.....	7
1.2. İntiharda Risk Grupları	8
1.2.1. Kanser Hastalarında İntihar.....	8
1.2.2. Psikiyatri (Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu) Hastalarında İntihar	11
1.2.3. Gastroenteroloji Hastalarında İntihar.....	14
1.3. İntiharda Rol Oynayan Faktörler	16
1.3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	18
1.3.1.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar.....	20
1.3.2. Sorun Çözme.....	21
1.3.2.1. Sorun çözme ve intihar.....	24
1.3.2.2. Sorun Çözme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük	25
1.3.3. Sosyal Destek.....	27
1.3.3.1. Sosyal Destek ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük	28

1.3.3.2. Sosyal Destek ve Sorun Çözme.....	30
1.3.3.3. Sosyal Destek ve İntihar.....	31
1.3.4. Zaman Perspektifi	34
1.3.4.1. Zaman perspektifi ve sorun çözme.....	37
1.3.4.2. Zaman Perspektifi ve İntihar	38
1.3.5. Dini Başa Çıkma	41
1.3.5.1. Dini Başa Çıkma ve Sorun Çözme.....	42
1.3.5.2. Dini Başa Çıkma ve İntihar	42
1.4. Araştırmanın Amacı.....	44
1.5. Araştırmanın Önemi	44
1.6. Araştırma Soruları.....	45
2. BÖLÜM	46
2. YÖNTEM	46
2.1. Araştırma Modeli.....	46
2.2. Katılımcılar	47
2.3. Ölçüm Araçları	49
2.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	49
2.3.2. Gözden Geçirilmiş Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G)	49
2.3.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ).....	50
2.3.4. İntihar Davranışı Soru Formu	51
2.3.5. Zimbardo'nun Zaman Perspektifi Envanteri (ZZPE)	51
2.3.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)	52
2.3.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	53
2.3.8. Dini Başa Çıkma Ölçeği-Kısa Formu	53
2.4. İşlem.....	54
2.4.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	55

2.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	55
2.5. İstatistiksel Analizler	55
3. BÖLÜM.....	58
3. BULGULAR	58
3.1. Betimsel İstatistikler	58
3.2. Çalışmadaki Değişkenlere İlişkin Korelasyonlar	59
3.3. İntihar Davranışları Açısından Gruplararası Farklılıklar.....	61
3.3.1. Tüm Değişkenlerin Grup, Cinsiyet ve Grup*Cinsiyet Etkileşimine İlişkin Çok Değişkenli Varyans Analizi (Manova) Sonuçları	62
3.4. Gruplara Göre Aracılık ve Durumsal Aracılık Modelleri Analiz Sonuçları.....	68
3.4.1. Aracılık Analizi Sonuçları.....	73
3.5. Durumsal Aracılık (Moderated Mediation) Modelleri	74
3.5.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi	75
3.5.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi	77
3.5.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Şimdi Kadenci Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi	79
3.5.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Şimdi Hazcı Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi	81
3.5.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Gelecek Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi	83

3.5.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Olumsuz Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi.....	85
3.5.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Olumsuz Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi.....	87
4. TARTIŞMA.....	89
4.1. Grupların İntihar Davranışları Açısından Değerlendirilmesi	89
4.2. Çalışmadaki Ana Değişkenlerin Grup, Cinsiyet ve Grup*Cinsiyet Etkileşimi Açısından Değerlendirilmesi.....	92
4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Rolünün Değerlendirilmesi	98
4.4. Durumsal Aracılık Bulgularının Değerlendirilmesi	100
4.4.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık.....	100
4.4.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık.....	103
4.4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Şimdi Kadenci Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık.....	104
4.4.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Şimdi Hazcı Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık	105
4.4.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Gelecek Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık	106

4.4.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Olumlu Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık	107
4.4.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Olumsuz Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık	108
4.5. Araştırmanın Sonuçları	110
4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	111
4.7. Klinik Doğurgular	112
4.8. Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler	113
5. KAYNAKLAR	145
6. EKLER	145
ÖZGEÇMİŞ	159

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Çalışmanın İstatistiksel Modeli (Model 65; bkz. Hayes, 2013, s.70)	46
Şekil 2.2. Çalışmanın kavramsal modeli	47
Şekil 3.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı ilişkisinde sorun çözmenin aracı rolü.....	74
Şekil 3.2. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve geçmiş olumsuz zaman perspektifinin düzenleyici etkisi.....	76
Şekil 3.3. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve geçmiş olumlu zaman perspektifinin düzenleyici etkisi.....	78
Şekil 3.4. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve şimdi kaderci zaman perspektifinin düzenleyici etkisi.....	80
Şekil 3.5. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve şimdi hazcı zaman perspektifinin düzenleyici etkisi	82
Şekil 3.6. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve gelecek zaman perspektifinin düzenleyici etkisi	84
Şekil 3.7. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve olumlu dini başaçıkmının düzenleyici etkisi....	86
Şekil 3.8. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve olumsuz dini başaçıkmının düzenleyici etkisi... ..	88

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Çalışmaya katılma oranı.....	48
Tablo 2.2. Çalışmada yer alan katılımcıların demografik özellikleri	48
Tablo 3.1. Betimleyici istatistikler	58
Tablo 3.2. Çalışma değişkenleri arasındaki korelasyonlar	59
Tablo 3.3. İntihar davranışları açısından gruplara göre Kikare testi sonuçları.....	61
Tablo 3.4. Çok Değişkenli Varyans Analizi (Manova testi) sonuçları.....	63
Tablo 3.5. Gruplara göre değişkenlerin varyans analizi sonuçları	64
Tablo 3.6. Gruplara göre değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri	64
Tablo 3.7. Cinsiyete göre değişkenlerin varyans analizi sonuçları	67
Tablo 3.8. Cinsiyete göre değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri	67
Tablo 3.9. Grup*Cinsiyet etkileşimine göre değişkenlerin varyans analizi sonuçları	68
Tablo.3.10. Gruplara göre aracılık analizi sonuçları	69
Tablo 3.11. Gruplara göre durumsal aracılık analizi sonuçları	69
Tablo 3.12. Aracılık ilişkisinde sosyal destek ve geçmiş olumsuz zaman perspektifinin düzenleyici etkilerine ilişkin değerler	77
Tablo 3.13. Aracılık ilişkisinde sosyal destek ve şimdi kaderci zaman perspektifinin düzenleyici etkilerine ilişkin değerler	81
Tablo 3.14. Aracılık ilişkisinde sosyal destek ve şimdi hazcı zaman perspektifinin düzenleyici etkilerine ilişkin değerler	83

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Bilgilendirme Formu	145
Ek 2. Demografik Bilgi Formu	146
Ek 3. İntihar Olasılığı Ölçeği	147
Ek 4. İntihar Davranışı Formu	149
Ek 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	150
Ek 6. Sorun Çözme Envanteri	151
Ek 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	157
Ek 8. Dini Başa Çıkma Ölçeği-Kısa Formu.....	155
Ek 9. Zaman Perspektifi Envanteri	156

KISALTMALAR DİZİNİ

BT	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük
BTÖ	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
CD	: Crohn Hastalığı
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DBÇN	: Olumsuz Dini Başaçıkma
DBÇP	: Olumlu Dini Başaçıkma
DBÖ	: Dini Başa Çıkma Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IBD	: İnfülamatuar Bağırsak Hastalığı
İO	: İntihar Olasılığı
İOÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
GZP	: Gelecek Zaman Perspektifi
GNZP	: Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi
GPZP	: Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifi
ŞHZP	: Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi
ŞKZP	: Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi
SÇ	: Sorun Çözme
SD	: Sosyal Destek
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Tr-SSÇE-G	: Gözden Geçirilmiş Sorun Çözme Envanteri
UC	: Ülseratif Kolit
ZZPE	: Zimbardo'nun Zaman Perspektifi Envanteri

GİRİŞ

İntihar, görülme sıklığı, şekli, toplumda oluşturduğu tepki açısından kültürel ve sosyal farklılıklar gösterse de her toplum için ciddi bir halk sağlığı sorunudur. İntihar, ölümüne neden olma niyetiyle kişinin kendisini yaralamasından ya da örneğin ölümüne sebep olacağını bilerek ilaçlarını içmeme gibi yapmayı ihmal ettiği şeylerden kaynaklanan ölüm olarak tanımlanır ve dünyada her yaş, cinsiyet ve bölgeden bireyleri etkilemektedir. (DSÖ, 2018). Bu açıdan her toplum için etkisi büyük olan intiharın anlaşılması her şeyden öte intiharı önlemek adına faydalı olacaktır.

İntihar çok bileşenli ve değişken bir niteliğe sahiptir. Bu noktada, intiharı anlamak ve açıklamak amacıyla pek çok çalışma yapılmış ve bireyleri intihara götüren çeşitli nedenlerin olabileceği belirtilmiştir (Eskin, 2014; Saini, 2015). Belirsizliğe tahammülsüzlük bunlardan bir tanesidir. Bu kavram, belirsiz olaylar ve durumlar karşısında duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak olumsuz tepki verme yatkınlığı (Buhr ve Dugas, 2002) olarak ifade edilir. İlgili kuramsal açıklamalar da belirsizliğin stres ve kaygı oluşturduğunu; bireylerin belirsiz durumları tehdit olarak algıladıklarını ifade etmektedir (Dugas, Schwartz ve Francis, 2004; Sarı ve Dağ, 2009). Doğası gereği belirsizliğin ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin intiharı yordayan bir değişken olduğu görülmektedir. Alanyazın bu noktada, belirsizliğin intihar düşüncesini etkilediğini (Gümüş ve Sezgin, 2016), ve intihar niyetiyle ilişkili olduğunu (Wu ve ark., 2020) göstermiştir. Aynı zamanda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin intihar eden bireylerde daha yüksek olduğu (Mostafaie ve ark., 2015), intihar olasılığı yüksek olan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin yüksek olduğu (Öztürk, 2013), yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğe sahip olmanın intihar düşüncelerine yol açabileceği (Ciarrochi, Said ve Deane, 2005), kısacası belirsizliğe tahammülsüzlük yükseldikçe intihar düşüncesinin arttığı alanyazında belirtilmektedir. Bu çalışmada, alanyazındaki açıklamalarla tutarlı olacak şekilde belirsizliğe tahammülsüzlüğün intiharı etkileyeceği düşünülmüş ve araştırılmıştır.

Bireylere intiharı düşündüren ya da bireyleri intihara götüren bir diğer neden sorun çözmedir. Sorun çözme, bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları sorunları çözmek için etkili yollar bulmak amacıyla gerçekleştirdikleri girişimleri içermektedir (D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004). Alanyazın intihar davranışında bulunan bireylerin işlevsel sorun çözme becerilerinin düşük olduğunu (Dixon ve ark., 1991; Pollock ve Williams, 1998; Weishaar, 1996), intihar eğilimi ve intihar girişimi olan bireylerin daha zayıf sorun çözme

becerilerine sahip olduğunu (Eskin, 2014), sorun çözme becerilerinde eksiklik algılamanın intihar eğilimini yordadığını (Chu ve ark., 2018), yetersiz sorun çözme becerilerine sahip olanların intihar düşüncesi ve girişimlerinin olduğunu (Eskin ve ark., 2007), bunun yanında tam tersi sorun çözme becerilerinin yaşam stresi karşısında intihara karşı koruyucu bir etkiye de sahip olduğunu (Eskin ve ark., 2008) göstermektedir. Bu nedenle bu çalışmada, intihar üzerinde etkisi olan sorun çözmenin alanyazınla tutarlı sonuçlar göstereceği düşünülmüştür.

Sosyal sorun çözme teorisine göre (D’Zurilla ve Nezu, 1982), sorun çözme bir süreçtir ve bu süreç çeşitli nedenlerden etkilenmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük bu nedenler arasında gösterilebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğu durumlarda adaptif bir tepkinin ortaya çıkmadığı savunulmaktadır (Lally ve Cantillon, 2014). Yani belirsizliğe tahammülsüzlüğün işlevsel olmayan sorun çözme stratejilerini uygulamaya yol açabileceği ve sorun çözme becerilerini olumsuz bir şekilde etkileyebileceği ileri sürülmektedir (Sternheim ve ark., 2020). Sosyal sorun çözme teorisine göre, sorun çözme bilişsel ve motivasyonel yönleri kapsamaktadır. Sorun çözmenin bilişsel yönü dikkate alındığında; belirsizliğe tahammülsüzlüğün bireylerde tehdit algısı oluşturmaya ve böylece sorunla başa çıkamayacaklarına dair inançlar geliştirilmelerine yani bilişsel çarpıtmalara, ayrıca olumsuz sorun yönelimine yol açabilmektedir (Liao ve Wei, 2011; Reuman ve ark., 2015; Zlomke ve Jeter, 2014). Motivasyonel yönü açısından ise; yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğün, bireylerin sorunla karıştıklarında hayal kırıklığı yaşamalarına, bunun da sorun çözme konusunda kötümser duygular geliştirmelerine böylece bireylerin sorun çözmeye kendine güvenlerinin düşük olmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Behar ve ark., 2009; Dugas ve ark., 2004). Bununla birlikte, belirsizliğe tahammülsüzlüğün düşük sorun çözme ile birleşmesi durumunda bireyleri intihar gibi dürtüsel/impulsif davranmaya itebileceği de ifade edilmektedir (Eskin, 2018). Bu çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihara götüren bir değişken olduğu ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar arasındaki ilişki incelenmektedir. Bu noktada, bu ilişkinin sorun çözme aracılığıyla gerçekleşebileceği varsayılmıştır. Özetle, belirsizliğe tahammülsüzlüğün bireyleri intihara sürüklemesinde sorun çözmenin aracı rolü araştırılmıştır.

Sosyal destek, insan yaşamı için temel bir ihtiyaçtır ve psikoloji alanyazınında sık çalışılan bir kavramdır. Sosyal desteğin gerek temel gerek tampon etkisi bireylerin yaşam stresine karşı mücadelesinde kritik bir yere sahiptir. Bu açıdan; bireylerin aile, arkadaş ya da

yakın çevresinden sağladığı sosyal desteğin ruh sağlığını koruyucu ve güçlendirici etkisi kanıtlanmıştır (Cohen ve Wills, 1985; Eker ve ark., 2001). Yaşam stresörlerinden biri olan belirsizlik yapısı gereği tehdit oluşturmaktadır ve bu da bireyler üzerinde psikolojik strese neden olmaktadır (Dugas ve ark., 2004). Bu kapsamda, sosyal desteğin belirsizliğin oluşturduğu stresi azaltma ya da yatıştırma konusunda rol oynayabileceği düşünülmektedir. Alanyazın, algılanan sosyal destek ve belirsizlik arasında negatif yönde bir ilişki olduğundan bahsetmektedir (Sammarco, 2001). Sosyal destek sadece belirsizliğe tahammülsüzlüğü değil, aynı zamanda sorun çözmeyi de etkileyebilmektedir. Sosyal destekteki eksiklik ya da değişimin sorun çözme becerilerini etkilediği; algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının sorun çözme algısının olumlu yönde artmasına katkıda bulunduğu ve bireyleri akılcı sorun çözmeye yönlendirdiği görülmektedir (Arslan, 2009; Ayyıldız ve ark., 2018; Yavuzer ve ark., 2018). Sosyal desteğin koruyucu etkisi intihar üzerinde de gösterilmiştir. İntihar ile ilgili alanyazın, sosyal desteğe sahip olmanın intihar üzerinde koruyucu olduğuna, sosyal desteğin olmamasının ise intihar için bir risk oluşturduğuna işaret etmektedir (Arsel ve Batıgün, 2011; Chioqueta ve Stiles, 2007; Endo ve ark., 2014; Kleiman, Riskind and Schaefer 2014). Bu çalışmada, sosyal desteğin belirsizliğe tahammülsüzlük, sorun çözme ve intihar üzerinde etkisi araştırılmıştır. Sosyal desteğin belirsizliğe tahammülsüzlük, intihar olasılığı ve sorun çözme arasındaki ilişkide düzenleyici (moderatör) etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Zaman perspektifi, bireylerin kişisel deneyimlerini zaman kategorilerine veya dilimlerine ayırdığı bilinçsiz ve otomatik gerçekleşen bir süreç olarak ifade edilmekte ve zaman perspektifinin bireylerin karar verme, ruh hali ve eylemleri üzerinde etkileri olduğu belirtilmektedir (Zimbardo ve Boyd, 2018). Bu kapsamda bireylerin sahip oldukları zaman perspektifinin intihar ile ilişkili olduğu, örneğin olumlu gelecek zaman perspektifine sahip bireylerin daha az intihar niyetinin olduğu gösterilmiştir (Hirsch ve ark., 2006). Ayrıca intiharın olumsuz geçmiş zaman perspektifiyle ilişkili olduğu ve şimdide kaderci zaman perspektifinin artmış intihar düşünceleri ilişkili olduğu alanyazında belirtilmiştir (Hirsch ve ark., 2006; Laghi ve ark., 2009). Zaman perspektifinin aynı zamanda sorun çözme üzerindeki rolünden de bahsedilmektedir (Boniwell ve Zimbardo, 2004). Gelecek zaman perspektifinin uyumsuz sorun çözme becerileriyle ters yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Chua ve ark., 2015). Dolayısıyla intiharda olduğu gibi sahip olunan zaman perspektifi sorun çözmeyi etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, sorun çözme ve intihar arasındaki ilişkide zaman perspektifinin düzenleyici (moderatör) bir etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Benzer şekilde, dini başa çıkmanın da intihar ve sorun çözme ile ilişkili olan başka bir faktör olduğu gösterilebilir. Alayazın intihar ve din arasındaki bağlantıyı tartışmaktadır ve dinin bir başa çıkma mekanizması olarak değerlendirildiği görülmektedir (Pargament ve ark., 1998). Dini başa çıkmanın olumlu ve olumsuz iki türünden bahsedilmektedir. Bu noktada, olumsuz dini başa çıkmanın intihar davranışı riskini artırabilecek ek bir yük kaynağı olabileceği, olumlu dini başa çıkmanın intihar üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu; aynı zamanda dini başa çıkmanın bireylerin daha iyi sorun çözmelerine katkı sağladığı belirtilmektedir (Carroll ve ark., 2020; Pargament ve ark., 2013; Yoshimoto ve ark., 2006). Bundan dolayı bu çalışmada sorun çözme ve intihar arasındaki ilişkide dini başa çıkmanın düzenleyici (moderatör) bir etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

İntihar her yaşta her toplumda görülen bir olgu olmakla birlikte; bazı gruplar daha fazla risk altındadır. Kanser hastası olma, psikiyatrik bir hastalığa sahip olma ve kronik bir rahatsızlığa sahip olma intihar açısından risk grupları arasında gösterilmektedir (DSÖ, 2019). Bu noktada ciddi veya kronik bir hastalığa sahip olmak bireylerin çaresizlik, ümitsizlik, içe kapanma, depresif bir görünüm, sosyal izolasyon, endişe gibi pek çok psikososyal sorun ortaya çıkarabilir ve bu psikolojik sıkıntı (distres) da bireyleri intihara yatkın hale getirebilir. Bu noktada, hastalığa sahip olma bireylerin belirsizlik yaşamalarına neden olabilir, yaşanan bu belirsizlik tehdit algısını ortaya çıkarabilir ve beraberinde psikolojik bir stres deneyimlenebilir. Bu durum, bireyleri başa çıkmaya sevk etmektedir. Aynı zamanda hem hastalığın oluşturduğu stres hem de belirsizlik bireylerin uyumunu bozar bu da intihar için bir risk oluşturur. Bu noktada bireylerin sorun çözme becerilerinin, algıladıkları sosyal desteğin, kullandıkları dini başa çıkma tarzlarının ve sahip oldukları zaman perspektiflerinin önemli olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada, intihar açısından risk grubunda yer alan hasta grupları ve bununla birlikte kontrol grubunda yer alan kişiler hem intihar davranışları açısından hem de belirtilen değişkenler ve bu değişkenlerin arasındaki ilişki bağlamında incelenmiştir.

İntihar alanyazını dikkate alındığında, intiharı anlamak adına sayısız çalışma yapılmıştır. Pek çok değişkenin intiharı nasıl etkilediği, intiharla nasıl bir ilişki gösterdiği açıklanmaya çalışılmıştır. İntihar yukarıdaki belirtilen değişkenlerle çeşitli örneklerde tek tek ya da çeşitli kombinasyonlar şeklinde ele alınmıştır. Ancak bu değişkenlerin bir arada olduğu bir çalışmaya alanyazında rastlanmamaktadır. Son yıllarda gelişen analiz yöntemleri iki değişken arasındaki ilişkiyi anlamada daha karmaşık modeller kurmayı

sağlamaktadır. Bu çalışmada da alanyazındaki teorik açıklamalar baz alınarak bir durumsal aracılık modeli oluşturulmuştur. Ayrıca intihar davranışları açısından grupların birbirinden farklılaşp farklılaşmadığını da değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak bu çalışma kapsamında ele alınan araştırma soruları aşağıda sıralanmıştır:

1. İntihar davranışları gruplara göre farklılık gösterir mi?
2. Çalışmada değişkenler grup, cinsiyet ve grup*cinsiyet etkileşimine göre farklılık gösterir mi?
3. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı ile ilişkisine sorun çözme aracılık (mediator) etmekte midir?
4. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisine sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başaçıkma tarafından düzenleyici (moderator) bir etki göstermekte midir?

Bu çalışmanın verileri, çalışmaya katılan katılımcıların uygulanan ölçüm araçlarını doğru şekilde anladığı ve içtenlikle kendini yansıtan şekilde doldurduğu varsayılarak gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda hastalara verilen ölçüm araçlarının yer aldığı formların bireysel doldurulduğu, hasta yakınlarının hastanın düşüncelerini etkilemedikleri varsayılarak analizler yürütülmüştür. Bununla birlikte verilerin analiz edildiği istatistik programlarının güvenilir sonuçlar verdiği varsayılmıştır.

Son olarak, bu çalışmada elde edilen bulguların alanyazına sağlayacağı katkıların yanı sıra bazı sınırlılıklara sahiptir. Bunlardan ilki, örneklemin spesifik olarak belli ve farklı gruptaki hastaları içermesi ve bu hastalıkların farklı süreç, seyir ve tedavilerinin olmasıdır. Ayrıca onkoloji ve gastroenteroloji grubunda yer alan hastaların içinde buldukları hastalık süreci nedeniyle psikolojik bir rahatsızlığın eşlik edip etmediği, yine benzer şekilde psikiyatri grubunda yer alan hastaların hastalık süreçlerinde eş tanıya sahip olup olmadıkları değerlendirilmemiştir. Bu yüzden çalışmanın bulgularının bu yönde değerlendirilmesi önemlidir. Veri toplama süreci hastalık sürecinin başından sonuna yürütülmemiş kesitsel bir çalışmadır, hastalığın bir süreç olduğu bu nedenle çalışmanın boylamsal çalışılmamış olması da sınırlılıkları arasında belirtilebilir. Çünkü kesitsel çalışmalar nedensellik içeren

ıkarımları olanaksız kılmaktadır. Kullanılan lm araçları'nın özbildirime dayalı olması verilerin katılımcıların sosyal beğenirlik düzeyinden etkilenmiş olabileceği sayılabilir. Ayrıca çalışmanın veri toplama sürecinin tüm dünyayı olumsuz etkileyen Covid-19 salgını ile mücadele ettiği bir dönemde yürütülmüş olması da bir sınırlılık olarak düşünülebilir ve bu gerçek bulgular değerlendirilirken gözönünde bulundurulmalıdır.



1. BÖLÜM

1. İNTİHAR

1.1. İntiharın Tanımı, Sınıflandırması ve Yaygınlığı

Arapça kökenli “nahr” kelimesine dayanan intihar kavramı, Latince'de "sui" (ben) ve "cedere" (öldürmek) anlamına gelen iki kelimenin birleşmesi sonucu "suicide" şeklinde İngilizce'ye girmiştir (Eskin, 2014). Bu kavram, “Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi” ya da “Hayatımı tehlikeye düşürecek aşırı davranış veya iş” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2019). Eskin (2014) intiharı, “basitçe kişinin bilerek ve isteyerek canına kendi eliyle kıyması” şeklinde ifade etmektedir. Fransız sosyolog Durkheim’a (1897/1951) göre ise intihar; sonucunda ölüm olacağı kestirilen ve bilerek yapılan veya yapılmayan her türlü eylemi içermektedir.

Alanyazın incelendiğinde, intiharın pek çok tanımının yanısıra çeşitli şekillerde sınıflandırmalarının yapıldığı da görülmektedir. Durkheim (1986) intiharı “bencil intiharlar”, “elcil intiharlar”, “kuralsızlık intiharları” ve “ölümcül intiharlar”; Beachler (1992) “kaçma intiharları”, “saldırganlık intiharları”, “adanma intiharlar” ve “oyun intiharlar” şeklinde dört grupta; Sheidman (1968) ise “bencil intiharlar”, “çiftli intiharlar” ve “soyutlanma intiharlar” şeklinde üç grupta toplamıştır (akt. Eskin, 2014). Sayıl (2002) da intihar olgusunun, “intihar”, “intihar düşüncesi” ve “intihar girişimi” kavramları temelinde ele alınmasını savunmuştur. Günümüzde hala en geçerli sınıflandırmanın “Beck Komitesi Sınıflaması” olduğu ve bu sınıflandırmanın intiharı “intihar düşüncesi”, “intihar girişimi” ve “tamamlanmış intihar” olarak üç boyutta ele aldıkları görülmektedir (Eskin, 2014).

İntihar, dünya üzerinde en başlıca ölüm nedenlerinden biri olmasıyla birlikte tüm toplum ve kültürlerde önemli bir halk sorunu haline gelmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). DSÖ (2018) verilerine bakıldığında; her yıl 800.000'e yakın kişinin intihar nedeniyle öldüğü görülmektedir, bu da yeryüzünde her 40 saniyede bir kişinin bilerek ya da isteyerek yaşama veda ettiğini göstermektedir. Ayrıca, dünya çapında 15-29 yaşındakiler arasında ikinci önde gelen ölüm nedenin intihar olduğu açıklanmıştır. Cinsiyete göre; erkeklerdeki intihar oranlarının, kadınlara göre iki katın biraz üzerinde olduğu belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü’nce küresel bir sorun olan intiharın ülkemizdeki durumuna bakıldığında (TÜİK); 2018 yılında 3 bin 161 kişinin intihar ederek hayatını kaybettiği,

intihar edenlerin yüzde 75,6'sını erkeklerin, yüzde 24,4'ünü ise kadınların oluşturduğu ve intihar hızının, 2018 yılında yüz binde 3,88 olarak hesaplandığı görülmektedir.

Tüm dünya için ölüm sebepleri arasında kritik yere sahip olan intiharı, sadece sayısal bağlamda değerlendirmek yeterli değildir. İntiharın kimler arasında yaşandığının da oldukça önemli bir nokta olduğu, bu sebeple risk gruplarında yer alan kişilerin göz önünde bulundurulması da gerekmektedir.

1.2. İntiharda Risk Grupları

Tüm dünyada yapılan çeşitli çalışmalar bazı faktörlerin intihar için risk oluşturabileceğini, bazı faktörlerin ise koruyucu olabileceğini göstermektedir. Öyle ki, intihar için risk ve koruyucu faktörlerin çeşitlilik göstermesi, bu faktörlerin farklı şekillerde etkileşime girmesi ve zaman içinde değişebilir olması intiharın kimlerde rastlanacağını etkilemektedir. Bazı risk ve koruyucu faktörler bir grup için diğer gruptan daha önemli olabileceği gibi yaygın olan intihar davranışları gruplar arasında farklılık gösterebilir. Yani, bazı gruplarda intihar oranları özellikle yüksek olabilirken, diğer taraftan intihar girişimleri diğerlerinde daha yaygın olabilir (Office of the Surgeon General & National Action Alliance for Suicide Prevention, 2012).

DSÖ'nün 2019'da yayınladığı bir raporda (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>), hangi grupların intihar riski taşıdığını listelemiştir. Depresyon, ankisyete gibi ruhsal rahatsızlığa, kanser gibi yaşamı tehdit eden ya da kronik bir hastalığa sahip olan, şiddete ya da istismara uğramış olan kişilerin, azınlık grupların intihar için en riskli grupları oluşturduğu ifade edilmiştir.

Söz edilen bu verilerden yola çıkarak bu tez çalışmasında, DSÖ tarafından belirtilen intihar açısından risk grubunda yer alan kanser hastası olan, psikiyatrik bir hastalığa sahip olan (depresyon ve ankisyete) ve kronik bir rahatsızlığa (gastroenteroloji) sahip olan kişiler ele alınmıştır.

1.2.1. Kanser Hastalarında İntihar

Kanser, pek çok faktörün rol oynadığı ve evreler halinde ilerleyen kronik majör bir hastalıktır ve böyle bir hastalığa sahip olmak intihar açısından risk grubunda yer almak anlamına gelmektedir (Ahn ve ark., 2015; Amiri ve Behnezhad, 2020; Anderson ve ark.,

2018; Saini, 2015; Vyssoki ve ark., 2015). Kişiler hastalığın fiziksel belirtileriyle birlikte korku, umutsuzluk, suçluluk, belirsizlik, terk edilme ve ölüm korkusu gibi yoğun ruhsal ve psikososyal sorunlar (Aydın, Deveci ve Esen-Danacı, 2012; Atmaca ve Durat, 2015) yaşarlar ve bunlarla baş etmek adına intiharı bir seçenek olarak görmeye başlayabilirler (Öztürk ve Hiçdurmaz, 2020). Öyle ki, kişinin üzerinde önemli bir psikolojik sıkıntı (distress) oluşturan (Henson, ve ark., 2019) hastalık stresli bir yaşam olayı olması nedeniyle intihar riskini artıran önemli durum olarak değerlendirilmektedir (Anguiano, ve ark., 2012). Aynı zamanda hastalık sürecinin getirdiği bu psikolojik sıkıntıya uyum sağlayamamak kişinin yaşamını sonlandırmayı bir seçenek olarak düşünebilmesine yol açabilmektedir (Öztürk ve Hiçdurmaz, 2020).

Onkoloji alanyazını, kanser tanısının ruhsal sağlık sıkıntısıyla beraber intihar düşüncesini ortaya çıkardığının altını çizmektedir. Bu kapsamda, kanser tanı ve tedavi sürecinde meydana gelen fiziksel ve psikolojik sıkıntının (distress) intihar niyeti, girişimi ve eylem riskini arttırdığı belirtilmektedir (Granek ve ark., 2019). Amerika’da yürütülen iki retrospektif çalışmada, kanser tanısı olan hastaların artan intihar riskine sahip oldukları gösterilmiştir (Zaorsky ve ark., 2019; Saad ve ark., 2019). Benzer şekilde, Osazuwa-Peters ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2018) kafa ve boyun kanserine sahip katılımcılarda artan intihar riski gösterdikleri ifade edilmiştir.

Henson ve arkadaşlarının İngiltere’de yürüttüğü (2019) bir çalışmaya, 1995’ten 2015’e kadar kanser teşhisi konan ve 2017’ye kadar takip edilen 18-99 yaşların arasında hastalar dahil edilmiştir. Toplamda 4 722 099 kanser hastasına (%50,3’ü erkek ve %49,7’si kadın) ulaşılan bu çalışmada, takip dönemi boyunca 2491 hastanın (1719 erkek ve 772 kadın) ölümünün intihar nedeniyle (% 0,08) gerçekleştiği belirlenmiştir. Ayrıca intihar sonucu ölen erkek hastaların sayısının (1719 kişi) kadın hastalardan (772 kişi) 2 kat daha fazla olduğu; kanser teşhisinden sonra ilk 6 ay boyunca intihardan ölümün diğer aylara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür.

Kanser ile intihar düşüncesi ve davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir meta-analiz ve derleme niteliğindeki çalışmadan elde edilen bulgular; kanser hastalarında intihar düşüncesi ve davranışının genel popülasyona kıyasla 2 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışmanın taradığı alanyazın bulguları kanser hastalarının intihar profilini çizmektedir. Buna göre, ileri kanser hastalarının intihar girişimi ve düşüncelerine eğilimli oldukları, kanser hastası olan erkek hastaların kadın hastalardan daha yüksek intihar

riski gösterdikleri ve kanser hastalarında en yüksek intihar riskinin 40-46 yaşlarındaki insanlar arasında olduğu, kanser hastalarında zayıf gidişat/hastalık seyrinin (prognoz) intihar riskini artırdığı, ilk 5 ayda standart ölüm (mortalite) oranının erkeklerde daha fazla ve intihar riskinin erkekler için ilk 3 ayda en yüksek, kadınlar için ise 3 ile 12 ayda en yüksek olduğu, teşhisten sonraki 12-23 ayda bu oranda her iki cinsiyet için de azaldığı, yaşlılık, depresyon, umutsuzluk, zayıf fiziksel işlevsellik ile erkek olmanın kanserli hastalarda intihar düşüncesi ve davranışı için risk faktörleri arasında yer aldığı raporlanmıştır (Calati ve ark., 2018).

Kaceniene ve arkadaşlarının (2017) Litvanya'daki akciğer kanseri olan hastaların intihar risklerini incelediği çalışmalarında; kanser tanısı alma ve cinsiyet açısından bulgular ele alındığında tanı aldıktan ilk 3 ay boyunca geçen sürede ve erkek hastalarda intihar riskinin en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, genel popülasyona kıyasla kanserin ileri evrede olduğu hastalarda her iki cinsiyet için de intihar riski yaklaşık 3 kat daha yüksek bulunmuştur. Klaassen ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında kanserli hastalar, eşleştirilen kanserli olmayan hastalara göre genel olarak intihar ölümü riski taşıdıklarını bulmuşlardır. Bu durumun kanser tanısından sonraki ilk 50 ayda belirgin olduğunu; ilk 50 aydan sonra ise risk artışı göstermediklerini bulmuşlardır. Sözü edilen araştırmaların sonuçlarına göre intihar riski açısından tanıdan sonraki ilk aylar kritik görünmektedir.

Guo ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2019) böbrek kanseri olan hastaların intiharla ilişkili risk faktörlerine bakılmıştır. Sonuçlar böbrek kanseri hastaları arasında; erken yıllarda tanı alma, erkek olma, bekâr olma, beyaz ırktan olma ve kansere yönelik ameliyat geçirmemiş olma ile intihar arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmektedir. Çalışmanın sonuçları; böbrek kanseri hastalarının intihar oranının 100.000 kişi başına 21.83 olduğunu ve standart ölüm oranları'nın (standart mortal ratio) 1.83 olduğunu ve ABD genel popülasyonuna kıyasla belirgin bir intihar riskine işaret ettiğini göstermektedir. Ayrıca çalışmanın bulguları arasında, böbrek kanseri hastalarında tanıdan sonraki ilk 9 yıl içinde intihar oranlarının önemli ölçüde arttığı yer almaktadır.

Türkiye'de kanser hastalarındaki intihar prevalansı, riskini, girişimini değerlendiren çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. İlgili alanyazın incelendiğinde, bir olgu sunum çalışmasına rastlanmış bu çalışmada da akciğer kanseri tanısı konulan 31 yaşındaki kadın hastanın yatarak tedavi gördüğü sırada intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir (Hocaoğlu, 2006). Benzer şekilde Özaslan ve arkadaşlarının (2010) olgu sunum

çalışmasında yer verilen olguların kanser tanısı konulduğu ve tedavilerinin sürdüğü dönemde intihar ederek hayatlarını kaybettikleri belirtilmiştir. Balcı-Şengül ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada ise (2014), 102 kanser hastasını ve 100 kişinin yer aldığı kontrol grubu intihar davranışı açısından karşılaştırılmıştır. Bulgulara göre 13 kanser hastası (% 12,74) ve 3 de kontrol grubunda yer alan hastanın (% 3) intihar girişiminde bulunduğu, bununla birlikte intihar davranışı ve niyeti ortalama puanları açısından kanser grubunun kontrol grubundan anlamlı yönde daha yüksek puanlar gösterdiği belirtilmiştir.

Özetle, Dünya Sağlık Örgütü'nün de riskli grup olarak nitelendirdiği kanser tanısı sahip bireylerin bu tanıya sahip olmaları intihara sürüklenmelerine neden olmakta ve özellikle kanser tanısının ilk aylarda daha ciddi riskler doğurabildiği görülmektedir.

1.2.2. Psikiyatri (Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu) Hastalarında İntihar

Psikiyatrik bozukluklar intihar için bir başka risk faktörüdür (Saini, 2015). Özellikle duygudurum bozuklukları olan hastalarda intihar riski yüksektir (Sarsetto ve ark., 2020). İntiharın potansiyel risk faktörleri arasında; depresif ve anksiyete belirtilerinin (veya bozuklukların) çok yaygın ve sıklıkla birlikte bulunduğu ifade edilmektedir (Cyranowski ve ark., 2012; Oude Voshaar ve ark., 2016; Placidi ve ark., 2000; Sobowale ve ark., 2014; Zhang ve ark., 2013).

Depresyondaki hastaların intihar davranışı için yüksek risk altında olduklarına ve intihardan ölümlerin çoğunun psikiyatrik bir hastalığı olanlar arasında olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (Pokorny, 1964). Dong ve arkadaşlarının (2018) yürüttüğü 33 çalışmanın yer aldığı bir metaanaliz çalışmasında; Çin'deki majör depresyon bozukluğu olan hastaların intihar davranışlarının yaygınlığı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, intihar düşüncesinin % 53,1 (%95 GA: % 42,4-% 63,4), intihar planının %17,5 (%95 GA: % 5,8-% 42,3) ve intihar girişiminin %23,7 (%95 GA: % 19,9-% 28,0) yaşamboyu yaygınlığa sahip olduğu bulunmuştur.

Hawton ve arkadaşları (2013), intihar riskinin yüksek ve yaygın olduğu depresyonlu bireylerde intihar için risk faktörlerini değerlendirdikleri meta-analiz çalışmasında, nispeten az sayıda risk faktörü tanımlanmış ve bu tanımlanan faktörlerin de genel olarak intihar için risk faktörlerine benzer olduklarını tespit etmişlerdir. Bu tespitlere bakıldığında; depresif bireylerde intihar riski, genel olarak intiharda olduğu gibi erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmüştür. Aynı zamanda ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, önceki intihar girişimi,

umutsuzluk gibi faktörlerinde intihar riskinde rolünün olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte; sosyal destek, dini inanç gibi faktörlerin de intihara karşı koruyucu olduğu ifade edilmiştir.

Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, Majör depresyon bozukluğu epizodu sırasında tüm hastaların % 58'i intihar düşüncesi yaşamış olduğu; intihar girişiminde bulunanların % 15'inin neredeyse tamamı (% 95) intihar düşüncesine sahip olduğu belirtilmektedir (Sokero ve ark., 2003).

Alanyazın depresyonun yanısıra anksiyete belirtileri ve bozuklukları ile intihar arasındaki ilişkiyi de tartışmaktadır. Yürütülen kesitsel ve klinik çalışmalar anksiyete bozuklukları ile intiharı ilişkilendirmektedir (Lento ve Boland, 2020). Nepon ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada (2010) intihar girişiminde bulunanların % 70'inden fazlasının en az bir anksiyete bozukluğuna sahip oldukları tespit edilmiştir. Ergen ve genç yetişkinlerle yürütülen boylamsal bir çalışmada, herhangi bir tek anksiyete bozukluğuna sahip olmanın intihar düşüncesi olasılığını 7.96 kat (% 95 güven aralığı 5.69–11.13); intihar girişimi oranını ise 5.85 kat (95% güven aralığı 3.66–9.32) artırdığı sonucuna varılmıştır (Boden, Fergusson ve Horwood, 2007). Buna ek olarak meta-analiz çalışmalarında da, anksiyete bozuklukları ve intihar davranışının ilişkili olduğu fikri desteklenmektedir (Bentley ve ark., 2016; Kanwar ve ark., 2013).

Bentley ve arkadaşları (2016), intihar düşünceleri ve davranışları için bir risk faktörü olarak anksiyeteyi ele alan bir meta analitik inceleme yapmışlardır. Elde ettikleri analizler sonucunda, kaygı ve kaygı bozukluklarının intihar düşüncesi (OR=1.49, % 95 GA: 1.18, 1.88) ve girişimlerinin (OR=1.64, %95 GA: 1.47, 1.83) istatistiksel olarak anlamlı yordayıcıları olduğu, ancak küçük istatistiksel anlamlı bir Göreceli Risk Oranı (Odds Ratio, OR) bulunduğu görülmüştür. Kanwar ve arkadaşları (2013), 42 çalışmanın yer aldığı meta-analiz çalışmasında intihar açısından anksiyetesi olmayanlarla (herhangi bir anksiyete bozukluğu tanı kriterini karşılamayan) anksiyetesi olan hastaları (Yaygın Anksiyete, Obsesif Kompulsif, Panik ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu) karşılaştırmışlar. Anksiyetesi olmayanlarla karşılaştırıldığında, anksiyetesi olan hastaların intihar düşüncesi açısından (OR = 2.89, %95 GA: 2.09, 4.00), intihar girişimleri açısından (OR = 2.47, %95 GA: 1.96, 3.10), intihardan ölmeleri (OR = 3.34, %95 GA: 2.13, 5.25) ve son olarak herhangi bir intihar davranışından bulunma açısından (OR = 2.85, %95 GA: 2.35, 3.46) daha yüksek bir olasılık gösterdiğini belirtmişlerdir.

Depresyon ve anksiyete çoğu zaman eş tanılardır (komorbite) ve bir arada sık görülmektedir. Zhang ve arkadaşlarının (2019) yürütmüş olduğu çalışmada, düşük depresyon ve anksiyetesi olan kişilerle kıyaslandığında düşük depresyon yüksek anksiyetesi olanların 2.69 kat, yüksek depresyonu düşük anksiyetesi olanların 82.16 kat, yüksek depresyonu ve anksiyetesi olanların 152.59 kat daha fazla intihar riski taşıdıkları bulunmuştur.

Ülkemizde, psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olma ile intihar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara rastlamak mümkündür. Bu tez çalışmasının amacına bağlı olarak bu kısımda sadece depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarına sahip olan kişilerle yürütülen çalışmalardan bahsedilecektir.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na intihar girişimi sonrası başvuran 106 hastanın incelendiği çalışmada, 106 hasta arasında 56'sının birçok intihar girişimi kalan 50 hastanın ise tek intihar girişiminin olduğu ve intihar girişimleri açısından bu hastaların % 47,2'si için ilk intihar girişimleri olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda birçok intihar girişimi olanların daha yüksek MDB oranına sahip olduğu (OR =1.64, %95 GA =0.67–3.24, $p=0.00$), Hamilton depresyon ölçeği kullanılarak ölçülen depresyon puanlarının birçok intihar girişimi olanlarda daha kötü olduğu bulunmuştur (Okan İbiloğlu ve ark., 2016). Yılmaz ve arkadaşları da (2018), Sivas ilinde intihar girişiminde bulunan 100 bireyde en sık saptanan tanının Majör depresif bozukluk olduğunu (%26), bireylerin %43'ünde daha önce intihar girişimi öyküsü olduğunu, %91'inin ilaç içerek intihar girişiminde bulduklarını saptamışlardır. 122 katılımcının yer aldığı ve 62'sinin MDB tanısının olduğu başka bir çalışmada, depresyon tanılı hastaların yarısının intihar girişimi olduğu bulunmuştur (Özer, Yıldırım ve Erkoç, 2015). Yatarak tedavi gören hastaların intihar olasılığı düzeylerini değerlendiren bir diğer çalışmada, depresyon tanısı olan hastaların diğer hastalara kıyasla intihar olasılığı ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sabancıoğulları, Avcı, Doğan, Kelleci ve Ata, 2015).

Gençlerin ruhsal durumlarının ve intihar olasılıklarının değerlendirildiği bir çalışmada, sonuçlar intihar olasılığı ile depresyon ($r=.73$) ve anksiyete ($r=.74$) arasındaki korelasyonun güçlü olduğunu dolayısıyla depresyon ve anksiyete semptomları olan gençlerin intihar riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Akca, Yüncü ve Aydın, 2018). Benzer şekilde Şireli ve arkadaşları da (2015), 927 ergenle yürüttüğü çalışmada alınan depresyon ölçeği puanlarıyla intihar olasılığı ölçeği puanları arasında pozitif yönde

bir ilişkinin olduğunu ve depresyonun ergenin intihar riskini değerlendirmede önemli olduğunu belirtmişlerdir. Eskin (2000) de gençlerin ruhsal sorunlar ile intihar düşüncesi ve girişimlerini incelemiştir. İntihar düşüncesi ve girişimlerini olan ergenlerin genel sağlık puanlarının düşük olduğu; intihar düşüncesi ve girişimlerini yordayan ruhsal sorunların uykusuzluk, değersizlik duyguları, zorlukları halledemeyecek gibi hissetme ve genel mutsuzluk hisleri olduğu saptanmıştır.

Dolayısıyla, depresyon ve anksiyete belirtisi veya tanısına sahip olmanın kişiyi intihara hazır hale getirebileceği söz konusu görünmektedir.

1.2.3. Gastroenteroloji Hastalarında İntihar

Epidemiyolojik çalışmalar spesifik fiziksel ya da somatik bir hastalığa sahip olmanın intiharla ilişkisini açıklamaktadır (Haris ve Barraclouhh, 1994; Karasouli, Latchford ve Owenson, 2014; Webb, ve ark., 2012). Herhangi bir fiziksel ya da somatik hastalığın varlığı insanın yaşam kalitesini ve doyumunu etkileyeceğinden (Strine ve ark., 2008) dolayı intihar ile de ilişkilendirilebilir. Gastroenterolojik bir hastalığa sahip olmak da fiziksel ya da somatik hastalıklar arasında yer almaktadır.

Gastroloji alanyazını ele alındığında; gastroenterolojik bir hastalığa sahip olmanın pek çok nedeni olabileceği düşünülse de stresin bu hastalıklarda önemli bir rolünün olduğu belirtilmektedir (Konturek, Brzozowski ve Konturek, 2011; Sun ve ark., 2019). Aynı zamanda fiziksel/bedensel bir hastalığa sahip olmanın olumsuz duygular yaşatabileceği (Kunzmann ve ark., 2019) ve kişide stres ve psikolojik sıkıntı oluşturabileceği belirtilmektedir (Durak Batıgün, Hisli Şahin ve Karslı Demirel, 2011). Stresin de intihar için risk oluşturduğu bilinmektedir.

Alanyazın incelendiğinde, herhangi bir gastroenterolojik rahatsızlığa sahip olma ile intihar arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Viskum (1975), çeşitli ülser rahatsızlıklarından muzdarip olan 2619 hastanın intihar ve intihara teşebbüsünü incelemiş ve ülser çeşitlerine ya da cinsiyete bağlı olarak intihar girişimi ya da teşebbüsü yüzdelikleri açısından herhangi bir farklılık bulunmamış, ancak ameliyat edilen hastaların daha fazla intihar girişiminin olduğu belirtilmiştir. Benzer başka bir çalışmada da (Bahmanyar ve ark., 2009), ülser nedeniyle hastaneye yatırılan hastalar arasında ameliyat edilmeyen hastaların % 70'inin yüksek intihar riski (SÖO 1.7,% 95 GA 1.6 ile 1.9) ve ameliyat edilenlerin % 60'ının artmış riske sahip (SÖO 1.6,% 95 GA 1.4 ile 1.8) olduğu

sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla bir operayon geçirmiş olsa da olmasa da gastrolojik bir rahatsızlık kişileri intihara yatkın hale getirebilmektedir.

Miller ve arkadaşları (2004), en yaygın rastlanan gastroentorolojik rahatsızlıklardan biri olan huzursuz bağırsak sendromu (HBS) hastalarının intihar düşüncesini değerlendirmişlerdir. Çalışmada, birinci basamak HBS olan 100, ikinci basamak HBS olan 100, üçüncü basamak HBS 100 ve 100 aktif enflamatuvar bağırsak hastalığı (HBH) olan 4 grup hastaya hastalıklarından dolayı intiharı düşünüp düşünmedikleri ve teşebbüste bulunup bulunmadıkları sorulmuştur. Sonucunda ikinci basamak HBS olan hastaların % 16'sı, birinci basamak HBS olan hastaların % 4'ü ve üçüncü basamak HBS olan hastaların % 38'inin semptomları nedeniyle intiharı düşündükleri bulunmuştur. Ayrıca üçüncü basamak HBS olan hastaların 5'i ve aktif enflamatuvar bağırsak hastası olan 1 hastanın da semptomlar nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir. Yani semptomların artması ya da hastalığın şiddeti intihar düşüncesinin artmasına yol açabilmektedir.

Chen ve arkadaşları geriyedönük bir çalışmada (2018), 2000-2010 yılları arasında kronik pankreatit tanısı konulan 17733 hastanın intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlarını ele almıştır. Bu hastalarla 35466 kronik pankreatit tanısı olmayan kişilerin intihar girişimleri değerlendirilmiştir. Kronik pankreatit tanısı olanların daha yüksek intihar girişimi riskine (adjusted hazard ratio [aHR] = 2.72, %95 GA = 1.69–4.37) sahip oldukları, bununla birlikte ve intihara bağlı ölümlerin kronik pankreatit hastalarında yüksek olduğu (aHR = 1.21, %95 GA = 0.39–3.78) ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı açıklanmıştır. Hashash ve arkadaşları (2019), 18 aydan uzun süredir ayakta tedavi gören inflamatuvar bağırsak hastalığına sahip hastaların intihar düşüncelerini değerlendirmişler ve 1352 hastadan 71'inde intihar düşüncesinin (%5,25) olduğunu; bununla birlikte depresyon şiddetinin de incelendiği çalışmada depresyon şiddetinin intihar için risk oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan bir olgu çalışmasında, mide bağırsak problemini içeren gastrolojik rahatsızlığı nedeniyle tedavi gören bir olgunun tedaviden sonraki 4 ayda intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, intihar girişiminin nedenleri altında depresyon ve ilaç tedavisinin yan etkisi olabileceği altı çizilmiş olup net bir faktörden bahsedilemeyeceği vurgulanmıştır (Eshuis ve ark., 2010).

İntihar ile gastrolojik hastalıklar arasındaki dolaylı ilişkinin açıklandığı bir çalışmada; Ülseratif kolit (UC) ve Crohn hastalığından (CD) oluşan inflamatuvar bağırsak hastalığı (IBH) olan hastaların depresyona sahip oldukları ve depresyonu olan IBH

hastalarının % 17'sinde son 12 ayda intihar düşüncesi olduğu tespit edilmiştir (Zhang ve ark., 2018). Laura ve arkadaşlarının (2015) bir derleme çalışmasında; kronik karaciğer hastalığının ana nedenlerinden biri olan Hepatit C rahatsızlığına bağlı karaciğer enfeksiyonuna sahip hastaların depresyon ve intihar düşünceleri ele alınmıştır. Bu hastaların, tedavileri süresince intihar düşünceleri ve girişimlerinin ortaya çıkabileceğinin altı çizilmektedir. Alanyazının tarandığı bu çalışmada bu rahatsızlığa sahip olan hastaların depresyon gibi psikolojik sıkıntılar yaşayabileceği ve beraberinde intihara sürüklenebilecekleri ifade edilmiştir.

Ülkemizde, gastroenterolojik rahatsızlıklara sahip olan hastaların intihar yaygınlığına (prevalansına), riskine ya da yordayıcılarına yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu tezin ülkemiz alanyazını için eksikliği doldurabileceği düşünülmektedir.

1.3. İntiharda Rol Oynayan Faktörler

İntiharın çok bileşenli, sosyal etkileri olan (Eskin, 2014); karmaşık bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir (Wu ve Bond, 2006). Böyle bir yapıya sahip olmasından dolayı, intiharı açıklamayı sağlayacak tanımları yapmak da güçleşmektedir (Palabıyıkoglu ve Şendağ, 2008). İntiharı anlamak ve açıklamak adına, intihar ile ilişkili faktörler hakkındaki bilgiler son yirmi yılda önemli ölçüde artmıştır (Hawton ve van Heeringen, 2009; Hawton, Saunders ve O'Connor, 2012) ve genel olarak intihar davranışının, psikolojik, biyolojik ve sosyal kökenli olan etiyolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşiminin sonucu olduğu kabul edilmektedir (Eskin, 2014; Mann, 2003).

İntihar hakkındaki artan bilgilerle birlikte, araştırmacılar toplumlar için önemli bir sorun haline gelen intiharın altında yatan süreçlerin biyolojik (Asellus ve ark., 2010; Chang ve ark., 2016; Noroozi ve ark., 2018), psikolojik (Beck, 1976; Tanji ve ark., 2018; Wang ve ark., 2017), toplumsal (Durkheim, 1951) olmak üzere pek çok faktörden kaynaklanabileceğini belirtmektedirler. Benzer şekilde bu faktörlerin; çevresel, sosyo-kültürel veya biyopsikososyal başlıklar altında çeşitli şekillerde de ifade edildiği görülmektedir (Hawton and van Heeringen, 2009). Bu faktörlerin intihar üzerindeki etkisi farklılaşmaktadır. Bazıları intihar için bir risk oluştururken bazıları koruyucu bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla alanyazında yürütülen çalışmalar, intiharı yordayan risk ve koruyucu faktörleri belirlemeye odaklanmaktadır (Eskin, 2014; McLean ve ark., 2008;

Primananda ve Keliat, 2019; Saini, 2015).

Saini (2015) tarafından yürütülen tez çalışmasında; intihar davranışı için olası risk faktörlerine, ayrıca intihar olasılığını azaltan koruyucu faktörlere yer verilmiştir. Saini'nin de çeşitli araştırmacılar gibi (Asellus ve ark., 2010; Beck, 1976; Chang ve ark., 2016; Durkheim, 1951; Hawton and Van Heeringen, 2009; Noroozi ve ark., 2018; Tanji ve ark., 2018; Wang ve ark., 2017) bu risk faktörlerini çevresel risk faktörleri, sosyo-kültürel risk faktörleri ve biyopsikosoyal risk faktörleri olarak sınıflandırdığı, koruyucu faktörleri ise tek bir başlıkta sıraladığı görülmüştür.

Meslek ya da finansal kayıp, ilişki ya da sosyal kayıp, ölümcül araçlara kolay ulaşım durumlarının çevresel risk faktörleri arasında yer aldığı görülürken, sosyal destek eksikliği, yardım arama davranışıyla ilişkili damgalanma, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, bazı kültürel ve dini inançlar (örneğin, intiharın kişisel bir ikilemin asil bir çözüm olduğu inancı), medya dahil ve intihar sonucu ölen başkalarının etkisine maruz kalma gibi durumları ise sosyo-kültürel risk faktörleri olarak ele aldığı görülmüştür. Bununla birlikte, mental bozukluklar, özellikle duygudurum bozuklukları, şizofreni, kaygı bozuklukları ve bazı kişilik bozuklukları, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, umutsuzluk, itici ve / veya saldırgan eğilimler, travma veya istismar geçmişi, bazı majör fiziksel hastalıklar, önceki intihar girişimi, ailede intihar öyküsüne sahip olma durumları da biyopsikosoyal risk faktörleri arasında sıralanmıştır (Saini, 2015).

Saini (2015) koruyucu faktörlerin ise; zihinsel, fiziksel ve madde kullanım bozuklukları için etkili klinik bakım, çeşitli klinik müdahalelere kolay erişim ve yardım arayanlar için destek, oldukça ölümcül intihar yöntemlerine kısıtlı erişim, aile ve toplum desteğiyle güçlü bağlantılar, devam eden tıbbi ve zihinsel sağlık ilişkileri ile destek, problem çözme becerileri, uyumsuzlukların çözümü ve anlaşmazlıkların şiddet içermemesi, intiharı engelleyen ve kendini korumayı destekleyen kültürel ve dini inançlar olduğunu belirtmiştir.

İntiharı etkileyen bu kadar çok faktörün varlığı intiharın ne kadar karmaşık bir durumu içerdiğini gösterebilir. Bu faktörlerin her biri tek başına ayrı bir rol oynayabilir, hatta faktörlerin bir arada bulunmalarının da farklı etkilerinden söz edilebilir. Bu tez çalışmasında bu faktörlerden bazılarının bir arada bulunmasının intiharı nasıl açıklayacağını anlamak amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, belirsizliğe tahammülsüzlük, sorun çözme,

sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkma faktörleri ele alınarak intihar üzerindeki etkileri değerlendirilecektir.

1.3.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

İnsanoğlunun yaşamı belirsizliklerle doludur çünkü yarının, bugünün, belki de şuanın ne getireceği bilenemez. Yaşamın bir parçası olan belirsizlik; TDK'da “belirsiz olma durumu, belgisizlik, müphemiyet, vuzuhsuzluk” şeklinde tanımlanırken, alan yazında farklı tanımlamalarla ifade edilmiştir. Bu bağlamda belirsizliğin; bilişsel yapılar arasında yaşanan uyumsuzluk (Kagan, 1972), değerlendirme sürecinde yaşanan zorluk (Humphreys ve Berkeley, 1985), kişiler arası ilişkilerde yaşanan şüphe (Knobloch ve Solomon, 1999), etkileşim halinde kendi ya da karşıdakinin davranışlarını öngörememe (Gudykunst ve Nishida, 2001), var olan anlamın kaybı (Sedikides, De Cremer, Hart ve Brebels, 2010), gelecekte karşılaşılabilecek olasılıklar (Monat, Averill ve Lazarus, 1972) şeklinde açıklandığı (akt., Küçükkömürler, 2017) tüm tanımlamaların bilişsel, ilişkisel (sosyal) ve varoluşsal zeminde geniş bir yelpazede olduğu görülmektedir.

Günlük yaşamın beraberinde getirdiği çeşitli belirsizlikler sık karşılaşılan bir durumdur ve kişiler bu belirsizlikleri yönetme ya da azaltma ihtiyacı duymaktadır. Belirsizlik, yapısı gereği tahmin edilemez, kontrol edilemez olarak algılanabilmektedir. Tahmin edilemeyen ve kontrol edilmeyen her şey de tehdit olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle belirsizliği bu şekilde algılayan ve değerlendiren insanların belirsizliği azaltma ihtiyacı duyduklarının altı çizilmektedir (Berlyne, 1962; Carleton, 2012, 2016; Jacobson, Weary ve Lin, 2008; Van den Bos, 2009). Ayrıca belirsizliğin tehdit oluşturan yapısının insanların kaygı yaşamalarına neden olabileceğine de işaret edilmektedir (Dugas, Schwartz ve Francis, 2004; Sarı ve Dağ, 2009). Çünkü olası bir tehdit algısı insan doğası gereği kaygı ve korkunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Carleton'a göre (2016), belirsizlik sonucu yaşanan korku ve kaygının boyutsal bir yapısının olduğu (düşük yoğunlukta rahatsız olma-orta düzeyde tahammülsüzlük-yüksek düzeyde dehşet) ve kişilerin hem belirsizlik karşısında oluşturdukları algılarının ve tepkilerinin, hem de belirsizlikten olumlu ya da olumsuz yönde etkilenmelerinin farklılık gösterebileceği ifade edilmektedir. Bu farklılığı ifade edebilmek ve ölçümleyebilmek adına alanyazın “belirsizliğe tahammülsüzlük” ifadesine yer vermektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı “belirsiz olay ve durumlara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal olumsuz tepki verme yatkınlığı” (Buhr ve Dugas, 2002; Freeston ve ark., 1994; Ladouceur ve ark., 1998) şeklinde ifade edilmektedir. Başka bir deyişle, belirsiz durum ve olaylar hakkında olumsuz düşünceler sergileme eğilimi (Koerner ve Dugas, 2006; Koerner ve Dugas, 2008; Ladouceur, Gosselin ve Dugas, 2000) ya da duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak negatif reaksiyon gösterme yatkınlığı (Dugas, Buhr ve Ladouceur, 2004; Ladouceur ve ark., 199; Liao ve Wei, 2011) şeklinde de tanımlanmaktadır.

Son çalışmalar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki boyuttan oluştuğunu iddia etmişlerdir. Bu boyutlardan ilki, “ileriye dönük belirsizliğe tahammülsüzlük”; ikincisi ise “engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük”tür. İleriye dönük belirsizliğe tahammülsüzlükte kişilerin “Geleceğin benim için ne sakladığını bilmek istiyorum” öngörme isteğini göstermektedir. Engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlükte ise kişilerin “Hareket etme zamanı geldiğinde belirsizlik beni felç ediyor” gibi tepkisiz kalma durumunu içermektedir (Birrell ve ark., 2011; Carleton, 2012; Carleton, Sharpe ve Asmundson, 2007; McEvoy ve Mahoney, 2011). Her iki boyutun da aslında yapılan tanımlardaki bilişsel değerlendirmeyi ve davranışsal inhibisyonu karşıladığı görülmektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük bilişsel bir yanlılık ve kişilik özelliği olarak ileri sürülmektedir (Koerner ve Dugas, 2008; Yook ve ark., 2010). Freeston ve arkadaşları (1994), belirsizliğe tahammülsüz olan kişilerin belirsizlikle karşı karşıya kaldıklarında kesinlik ve kontrol duygularını arttırma konusunda endişe duyabileceklerini belirtmektedir. Bu açıdan belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin, belirsizliğe dair algı eşikleri daha düşük olduğu söylenmektedir. Bundan dolayı belirsizliğe tahammülsüz kişilerin belirsizliği stresli bulabileceği, tehdit edici olarak değerlendirebileceği ve yüksek fizyolojik uyarılma tecrübe etme eğilimi gösterebileceği, belirsizlikten kaçınılması gerektiğine inanabileceği, belirsiz durumlarda çalışmakta güçlük yaşayabileceği, etkisiz sorun çözme stratejileri uygulayabileceği ve baş edemeyeceklerini algılayabileceği belirtilmektedir (Buhr ve Dugas, 2002; Greco ve Roger, 2001, 2003; Hock ve Krohne, 2004; Ladouceur, Talbot ve Dugas, 1997).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, çeşitli ruhsal bozukluklarla yakından ilişkilidir. Özellikle yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon (Carleton ve ark., 2012); sosyal anksiyete (Allan ve ark., 2018); Obsesif Kompulsif Bozukluk, OKB (Gentes ve Ruscio, 2011); panik bozukluk (Carleton ve ark., 2014); Travma Sonrası Stres Bozukluğu, TSSB

(Fetzner ve ark., 2013) üzerindeki etkisinin olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Bu etkilerden ve ruh sağlığıyla yakından ilişkisinden hareketle, belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar açısından da değerlendirilmesinin önemli olacağı düşünölmektedir.

1.3.1.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar

İntihar kendini öldürme, yaşamına son verme olarak kısaca belirtilebilir. Kişileri intihara sürökleyen pek çok neden bulunmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün bu nedenler arasında yer alabileceği ve intihar üzerindeki etkisinin ne olduğu merak edilen ve araştırılan bir noktadır. Yapılan çalışmalardan birinde belirsizliğin intihar düşünöncesini etkilediği sonucuna varılmıştır (Gümüş ve Sezgin, 2016). Dolayısıyla, bu çalışmanın sonucunda belirsizliğin azalması ya da azaltılmasıyla ilgili koşulların intiharı da azaltacağının ve bu yönde kişilere sunulacak her türlü yardımın önemli olacağının altı çizilmektedir. Başka bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin intihar eden bireylerde sağlıklı bireylere nazaran daha fazla olduğu belirtilmiştir (Mostafaie ve ark., 2015).

Zerach ve Levi-Belz (2019) intihar düşünöncesi ve intihar davranışları bildiren gazilerin de belirsizlik konusunda daha yüksek düzeyde tahammülsüzlük bildirdiklerini bulmuşlardır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılan yetişkin hastaların belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ginley ve Bagge, 2017). Üniversite öğrencileriyle yapılan ampirik çalışmada, belirsizliğin intihar niyeti ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğu gösterilmektedir (Wu ve ark., 2020). Öztürk'ün (2013) alışmasında, intihar olasılığı yüksek olan bireylerin intihar olasılığı düşük olan bireylere göre Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeklerinden yüksek puanlar aldıkları görölmüştür.

Belirsizliğin umutsuzluğu ve çaresizliği güçlendirdiği belirtilmektedir (Dugas ve ark., 2004). Dolayısıyla, intiharın umutsuzluk ile ilgili bağlantısı göz önünde bulundurulduğunda belirsizliğin doğurabileceği umutsuzluğun intihar üzerinde bir etkisinin olabileceği düşünölmektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar arasındaki ilişkinin tam net olmadığı da görölmektedir. Örneğin, OKB olan erişkinleri inceleyen bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar arasında bir ilişki bulunmamıştır (Storch ve ark., 2017). Başka

bir çalışmada ise lisans öğrencileri arasında intihar niyetini/fikrini tahmin etmek amacıyla belirsizliğe tahammülsüzlük ilişkisi incelenmiş ve ilişkili olduğu bulunmuştur (Ciarrochi, Said ve Deane, 2005). Yüksek düzeyde belirsizlik tahammülsüzlüğüne sahip olmak ruh sağlığına zarar verebileceğinin ve intihar düşüncelerine yol açabileceği belirtilmiş (Ciarrochi, Said ve Deane, 2005) bu nedenle belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar düşünceleri arasındaki ilişkileri incelemeye ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir. Dolayısıyla ruh sağlığı açısından önemli olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihardaki farklılıkları daha iyi anlamada faydalı olacağı söylenebilir.

1.3.2. Sorun Çözme

Birçok kuramcı tarafından ele alınan sorun çözme kavramı, 1900'lü yıllarda ortaya atılmış (D'Zurilla ve Goldfried, 1971) ve gelişmeye başlamıştır. Psikoloji bilimi için ilgi odağı olan sosyal sorun çözme terimi, doğal ortamda veya "gerçek dünyada" olduğu gibi sorun çözme sürecini ifade etmektedir (D'Zurilla ve Nezu, 1982). Daha sonrasında genişletilip, revize edilen sorun çözme kavramı sosyal sorun çözme teorisiyle karşımıza çıkmaktadır (D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004).

Sosyal sorun çözme teorisi; *sorun*, *çözüm* ve *sorun çözme* olmak üzere 3 ana kavramı içermektedir. Bu kavramlara sırasıyla bakıldığında, *sorun*, araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi ve bir sonuca bağlanması gereken bir durumdur (Eskin, 2018). Sorun çözme teorisi, sağlıklı bir işlevsellik için kişinin içten ve dıştan gelen tüm istek ve ihtiyaçlara tepki vermek zorunda olduğu özel bir durum veya ilişkili bir dizi durum olarak ifade edilmektedir (D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004). Sorunlar örneğin kronik bir hastalığa sahip olmak gibi kişisel, boşanma gibi kişilerarası, arabanın bozulması gibi kişisel olmayan, çevre kirliliği gibi toplumsal sorunlar olabilir (D'Zurilla ve ark., 2004, Eskin, 2018). Değişik şekillerde karşımıza çıkan bir sorunun sosyal, kültürel veya entelektüel bir değeri olmalıdır ki bu da birinin durumu bir sorun olarak algılamasını ve çözme arzusuna sahip olması gerektiğini doğurmaktadır (Jonassen, 2004). *Çözüm*, belirli bir sorun durumun çözümlenmesi ile sonuçlanma hali, yani sorun çözümlenmesinin amacına ulaşması ve olumlu sonuçları artırması, olumsuz sonuçları azaltması olarak açıklanmaktadır. Burada önemli olan şeyin ister uzun vadeli isterse kısa vadeli olsun çözümün kişiyi hem sonuca götürmesi hem de tatmin etmesi gerektiğine yapılan vurgudur (D'Zurilla ve ark., 2004; Eskin, 2018, Nezu, 2004).

Sorun çözme bilişsel ve davranışsal süreçleri kapsamaktadır. Kişiler günlük yaşamda karşılaştıkları problemlere etkili çözümler bulmak ya da keşfetmek amacıyla bilişsel-davranışsal süreçler göstermektedir. Bu bilişsel süreçler bilinçli, rasyonel, zahmetli ve amaca yönelik çeşitli faaliyetleri barındırmaktadır. Bu faaliyetler kişilerin belirli bir problem karşısında etkili çözümler üretebilmelerini ve en etkili olanını seçebilmelerini sağlayabilmektedir. Böylece, problem durumun daha iyi bir şekilde değişmesi, ortaya çıkardığı duygusal sıkıntıyı azaltması söz konusu olabilmektedir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004; Eskin, 2018, Nezu, 2004).

Sosyal sorun çözme teorisi, birbiriyle ilişkili birkaç bileşenden oluşan çeşitli süreçler gösteren çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Teorinin önerdiği modelde, insanların işleyişini ve uyumunu geliştirmek için bir müdahale modeli ve beş aşamalı bir sorun çözme modeli karşımıza çıkmaktadır. Bu beş aşama *genel yönelim* veya *sorun tanımı* ve *formülasyonu*, *alternatiflerin oluşturulması*, *karar verme* ve *doğrulama* süreçlerini içermektedir (Nezu, 2004). Bu aşamalı modelde genel yönelim veya sorunun tanımı ve formülasyonu sorun çözen kişinin genel farkındalığını, sorunları değerlendirilmesini ve kendi sorun çözme yeteneğini temsil eden bir dizi bilişsel-duygusal şemalara, diğer aşamalar ise sorunu çözen kişinin hayatındaki sorunlara etkili çözümler geliştirirken izlediği genel bir dizi bilişsel-davranışsal faaliyetten oluşan sorun çözme becerilerine karşılık gelmektedir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004; Nezu, 2004).

D’Zurilla ve Goldfried (1971) tarafından tanımlanan daha sonra D’Zurilla ve Nezu (1982) tarafından genişletilen sosyal sorun çözme teorisinde sorun çözenin iki bileşenden oluştuğu varsayılmıştır: (a) *sorun yönelimi* ve (b) *sorun çözme tarzları*.

Sorun yönelimi, “kişinin gerçek yaşamdaki problemlere ilişkin genel inançlarını, tutumlarını, değerlendirmelerini ve duygularını ortaya koyan ve bu sorunlarla başarılı bir şekilde başa çıkabilmeyi içeren bir dizi istikrarlı bilişsel-duygusal şemadan oluşan üstbilişsel bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (D’Zurilla ve ark., 2004; Nezu, 2004). Sorun yönelimi, sorunu çözen kişi için olumlu ya da olumsuz olabilir. Kişi eğer *olumlu sorun yönelimine* sahipse, sorunlar hakkında iyimser düşünerek sorunlarını çözülebilir. Başka bir deyişle sorunların çözülebildiğine inanarak ve sorunlarla başa çıkılabileceğini düşünerek etkin bir şekilde sorunu çözebilir. Ayrıca sorunlardan kaçınmak yerine çözmek için çaba ve zaman harcayabilir. Ve sorundan kaynaklanan olumsuz duyguları sorun çözme sürecinde yardımcı olabilecek bir parça olarak görebilir. (D’Zurilla ve ark., 2004; Nezu, 2004). Kişi

olumsuz sorun yönelimi gösterdiği takdirde, karşılaştığı problemleri tehdit olarak görebilir, sorunlar hakkında kötümser düşünerek sorunların çözülemez olduğunu düşünebilir. Sorunların çözülemediğine inanması kişiyi sorun çözme kabiliyetine sahip olmadığına inandırabilir ve olumsuz duyguları ortaya çıkarabilir (D’Zurilla ve ark., 2004; Nezu, 2004). Bu açıklamalar doğrultusunda; olumlu sorun yöneliminin, kişi için olumlu bir etki oluşturarak yüksek motivasyon sağlamak ve sorun çözme çabalarını kolaylaştırma potansiyeline sahip olduğu olumsuz sorun yöneliminin ise tam tersi, kişi için olumsuz etki oluşturarak düşük motivasyona sağlamak ve sorun çözme girişimlerini engelleme veya bozma potansiyeline sahip olduğu söylenebilir (Nezu, 2004).

Sorun çözme tarzları, kişilerin sorun çözmek amacıyla giriştikleri bilişsel-davranışsal aktivitelerdir ve bu biri adaptif veya yapıcı olan *akılcı (rasyonel) sorun çözme tarzı*, diğer ikisi uyumsuz ve işlevsiz olan *kaçınan sorun çözme tarzı* ve *dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı* olacak şekilde üç farklı tarzdan oluşmaktadır (D’Zurilla ve ark., 2004; Nezu, 2004).

Rasyonel problem çözme tarzı, yaşamdaki sorunlarla başa çıkmak için her türlü sorun çözme becerilerinin rasyonel, kasten ve sistematik olarak uygulandığı yapıcı veya adaptif bir sorun çözme tarzıdır (Nezu, 2004). Bu sorun çözme tarzının dört ana sorun çözme becerisini kapsadığı düşünülmektedir. Bunlardan bir tanesi kişinin tüm bilgileri göz önünde bulundurduğu, sorun hakkında bilgi toplayarak sorunun kaynağı, olası engelleri tespit ettiği problemin tanımını ve formülasyonudur. Bir diğeri, kişinin önceden belirlediği hedeflere göre en verimli çözümü bulmak amacıyla çok sayıda çözüm seçeneği ürettiği alternatif çözümlerin üretilmesidir. Ötekisi, her bir alternatif çözümün olası olumlu ve olumsuz sonuçlarının düşünüldüğü, maliyet-fayda analizinin yapılarak hedefe ulaşmak maksadıyla bir çözüm planı geliştirerek en iyi ve etkili çözümün seçildiği karar vermedir. Son olarak, çözüm planını uygulamayı ve sonuçlarını değerlendirmeyi varsa eğer istenmeyen sonuçları gidermeyi kapsayan çözüm uygulama ve doğrulamadır (D’Zurilla ve Goldfried, 1971; D’Zurilla ve ark., 2004, Nezu, 2004).

Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı, kişinin hayatta karşılaşılan sorunları çözmek için aktif fakat dürtüsel, dikkatsiz, dar, aceleci ve eksik girişimler sergilediği uyumsuz veya işlevsiz sorun çözme tarzıdır. Bu sorun çözme tarzını benimseyen kişi, genellikle dürtüsel olarak aklına gelen ilk potansiyel çözümle hareket eder, farklı çözümler düşünse de olumlu ve olumsuz sonuçları aynı zamanda çözüm planının sonuçlarını hızlı bir şekilde dikkatsizce

ve yetersiz bir şekilde değerlendirir (D'Zurilla ve ark., 2004).

Kaçınan sorun çözmede, kişi genel olarak karşılaştığı sorunları ertelediği ve pasif, hareketsiz kaldığı, diğerlerine bağımlılık gösterdiği uyumsuz veya işlevsiz bir sorun çözme tarzına sahiptir. Kişi sorunlarla yüzleşmek ve çözmeye çalışmak yerine sorunlardan kaçınmayı tercih eder, sorunu çözmeyi olabildiğince erteler, sorunların kendi kendine çözümlenmesini bekler ve kendi sorunlarını başkalarına atfederek çözmekten kurtulmaya çabalamaktadır (D'Zurilla ve ark., 2004; Nezu, 2004).

1.3.2.1. Sorun çözme ve intihar

Günlük yaşam sayısız pek çok durum ve olay sunar, bireyler bu durum ve olayların çözümsüz olabileceğini algıladıklarında bir çözüm olarak kendini öldürmeyi yani intihar davranışında bulunmayı seçebilmektedir. İntiharı çözüm seçeneği olarak gören bireylerin sorun çözme konusunda yetersiz oldukları görülmektedir. Bu noktada alan yazın sorun çözme becerisindeki yetersizliğin hem intihar düşüncesinin hem de intihar girişiminin yordayıcısı olduğunu belirtmektedir (Eskin, 2014; Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006; Eskin ve ark., 2007; Scott ve Clum, 1982, 1987). Dolayısıyla, zayıf sorun çözümlenmenin intihar açısından bir risk oluşturduğu görülmektedir.

Sistemik bir gözden geçirme çalışmasında, intihar davranışı olan ergenlerin sorun çözme becerileri ele alınmıştır. İntihar girişimi olan ergenlerle intihara meyilli olmayan veya sağlıklı kontrollerle karşılaştıran 22 çalışmanın ortak sonucunun intihar davranışı olan ergenlerin sorun çözmede eksiklik yaşadıklarını göstermektedir (Speckens ve Hawton, 2005).

Pollock ve William da (2004) intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan psikiyatrik hastalarla yürüttüğü çalışmada, intihar girişiminde bulunan hastaların daha zayıf sorun çözme becerileri sergiledikleri sonucuna ulaşmışlardır. Korkmaz ve arkadaşları (2020), benzer şekilde intihar girişiminde bulunan bireyler ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırmışlar ve intihar girişiminde bulunan kişilerin sorun çözmede daha fazla zorluk yaşadıklarını, sorun çözmede yetersiz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Sorun çözme becerisi, bir sorun karşısında birden fazla çözüm seçeneği düşünebilmeyi içermektedir (Nezu, 2004). Yetersiz sorun çözme becerisine sahip olan bireylerin, sorun çözme konusunda alternatif çözümler üretmedikleri, bunun sonucunda

umutsuzluğa düştükleri ve bu umutsuzluğun sonucunda intihar davranışına yöneldikleri belirtilmektedir (Eskin, 2014).

Bireylerin sorun çözme becerisiyle ilgili algıları da intihar davranışıyla ilişkilidir. Örneğin, sorunu çözemeyeceğine inanmak, bireyin sorundan kaçınmasına ya da dürtüsel davranmasına yol açabilir. Böylece, bireyin sorun çözmeye algıladığı eksiklik bireyi intihara yatkın hale getirebilir. Yaşlı bireylerle yürütölen bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan yaşlıların sorun çözmelerini eksik olarak algılayıp algılamadıkları incelenmiştir. Sonuçlar, bu bireylerin sorun çözme becerilerini yetersiz olarak algıladıklarını göstermiştir. Ayrıca kontrol grubuna göre daha düşük rasyonel sorun çözme ve daha yüksek kaçınma tarzına sahip oldukları bildirilmiştir (Gibbs ve ark., 2009).

İntihar üzerinde etkiye sadece yetersiz sorun çözme becerisi sahip değildir, etkili sorun çözenin de rolü bulunmaktadır. Bu noktada alanyazın, etkili sorun çözme becerilerinin intihar düşüncesinin zararlı etkilerini azalttığını ve zihinsel sağlığı iyileştirdiğini belirtmektedir (Khurana ve Romer, 2012). Ayrıca yeterli sorun çözenin kişileri intihardan koruyabildiği ifade edilmiştir (Saini, 2015).

1.3.2.2. Sorun Çözme ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Belirsizliğe tahammülsüzlük yapısı gereği belirsiz durumlara olumsuz tepki verme ve bu durumu çoğunlukla tehlike kaynağı olarak algılamayla ilişkilendirilmektedir (Dugas, Schwartz ve Francis, 2004; Greco ve Roger, 2001, 2003). Lally ve Cantillon (2014), bu açıklamadan hareketle belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğu durumlarda adaptif bir tepkinin ortaya çıkmayacağını savunmaktadır.

Adaptif olmayan her tepki sosyal sorun çözme ile ilişkilendirilebilir. Sternheim, Danner, vanElburg ve Harrison (2020), belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygı gibi çeşitli psikopatolojilerde olduğu gibi sosyal sorun çözmeyi etkileyen etkin bir mekanizma olduğunu ifade etmektedir. Örneğin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ortaya çıkardığı tehlike algısı, kaçınma davranışlarını veya uyumsuz bilişlerle yanıtlar verilmesini böylece etkili sorun çözmeyi engelleyecektir.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün, bireylerin nesnel olarak bir sorun olmasa bile sorun algılamalarına, nesnel bir sorun olduğunda ise işlevsiz sorun çözme stratejileri uygulamalarına yol açabileceği ve sorun çözme becerilerini etkileyeceği belirtilmektedir.

Fergus, Bardeen ve Wu (2013), zayıf sorun çözme becerilerinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile bağlantılı olduğu açıklamışlardır. Bu noktada, belirsizliğe tahammülsüz bireyler dürtüsel davranışlar yardımıyla belirsizliği azaltmaya çalışırken asıl sorunun ne olduğuna ulaşmadan olumsuz duygu durumunun oluşmasına ve işlevsel olacak sorun odaklı davranışın durdurulmasına neden olurlar (Freeston, Rheume, Letarte, Dugas ve Ladouceur, 1994).

Liao ve Wei (2011), belirsizliğe tahammülsüzlüğün bireylerin belirsizlikle ilgili algılarını, çıkarımlarını ve tepkilerini etkileyen bilişsel çarpıtmalar olarak görüldüğünü belirtmektedir. Ayrıca, belirsizliğe tahammülsüzlüğün bireylerin belirsiz durumları tehdit olarak algılamalarına ve bu durumlarla başa çıkamayacaklarına dair inançlar geliştirmelerine neden olmaktadır (Reuman, Jacoby, Fabricant, Herring ve Abramowitz, 2015). Bunlardan hareketle, belirsizliğe tahammülsüzlüğün neden olduğu bilişsel çarpıtmalar sorun çözmenin bilişsel yönü üzerinde rol oynayacaktır. Örneğin, bireyler geçmişle ilgili bir yaşantısını geri çağırırken aşırı genelleme yapacak, kişinin sorunlarının çözülemeyeceğini düşünme gibi durumlar yaşayabilecektir (Eskin, 2014). Yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan bireylerin sorun çözme sırasında daha olumsuz deneyimlere sahip oldukları ve sorunun belirsiz kısımlarını tehdit edici olarak yorumladıkları çeşitli bilişsel çarpıtmalar deneyimledikleri ifade edilmiştir (Dugas ve ark., 2004). Patrick de (2016), yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan bireylerin bir sorunla karşılaştıklarında sorunu daha olumsuz algıladıklarını belirtmiştir.

Dugas ve arkadaşları (1997), belirsizliğe tahammülsüzlük ile kaygı arasındaki ilişkiyi açıklamışlar ve bu ikisi arasındaki ilişkinin sorun yönelimiyle ilgili olabileceğini, kaygıdan bağımsız belirsizliğe tahammülsüzlükle sorun yönelimi arasında da bir ilişkinin olabileceğini, duygu odaklı sorun yönelimiyle de kısmen ilgili olacağını belirtmişlerdir. Alanyazın belirsizliğe tahammülsüzlüğü olumsuz sorun yönelimini ortaya koyan mekanizmalardan biri olarak ileri sürmektedir. Zlomke ve Jeter (2014), belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin sorunları tehdit olarak algıladıklarını ve beraberinde daha fazla olumsuz sorun yönelimine sahip olduklarını belirtmiştir.

Behar ve arkadaşları (2009), yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğü olan bireylerin sorunla karşılaştıklarında hayal kırıklığı yaşadıkları ve bu hayal kırıklığının da sorun çözme konusunda olumsuz duyguların gelişimine neden olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Ayrıca, bu bireylerin sorunla karşılaştıklarında sorunu çözme konusunda kendilerine güveninin daha

düşük olduğu da belirtilmiştir. Bu açıdan, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmenin motivasyonel yönüyle bağlantılı olduğu söylenebilir.

1.3.3. Sosyal Destek

Sosyal bir varlık olan insan; dünyaya gelir gelmez diğer insanların varlığına; içinde bulunduğu dünyadaki çeşitli sosyal yapılarda kabul edilmeye, onaylanmaya, sevmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır. Başkalarıyla yakınlaşma ihtiyacı; güçlü ve kalıcı bir ihtiyaç olup, kişinin çevresinde olumlu ve uzun süreli ilişki oluşturmasında temel bir etmen olarak belirtilmektedir (Baumeister ve Leary, 1995). İnsanın bu temel ihtiyacından hareketle, “sosyal destek” kavramı alan yazında oldukça geniş yer tutmaktadır ve ilgili alan yazında sosyal desteğin pek çok tanımına rastlamak mümkün olmaktadır.

Cobb (1976) sosyal desteği, bir bireyin "önemsendiğine ve sevildiğine, saygı duyulduğuna ve karşılıklı yükümlülükler ağının bir üyesi olduğuna inanmasına" sağlayan herhangi bir şey olarak açıklamaktadır. Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin bireyin gereksinim duyduğunda çevresinden elde edebileceği duygusal, sosyal, bilgisel ve araçsal yardımları içerdiğini; Zimet ve arkadaşları (1988), bireylerin ihtiyaç duyduğu bu yardımları aile, arkadaşlar ve özel birini kapsayan sosyal destek kaynaklarından aldığını belirtmektedir. Sosyal desteği açıklayan yaklaşımların, sosyal desteği yapısal ve işlevsel destek olarak iki başlıkta ele aldığı görülmektedir. Yapısal sosyal destek, bir bireyin sosyal ağındaki bağlantıların sayısı ve türlerini ifade ederken (Mondesir, Carson, Durant, Lewis ve Safford, 2018); işlevsel destek, genellikle maddi yardım, duygusal destek, arkadaşlık veya bilgi gibi kaynakların gerektiğinde kişinin sosyal ağından sağlanabileceği algısı olarak kavramsallaştırılmaktadır (Lakey ve Cohen, 2000).

Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin iki çeşit etki mekanizmasına sahip olduğunu belirtmektedir. Bu iki mekanizmadan biri “temel etki”, diğeri “tampon etki” mekanizmasıdır. Temel etki mekanizması, sosyal desteğin ve sağlıkla arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu ve sosyal destek kaynaklarının stresli bir yaşam olayı olsa da olmasa da bedensel ve ruhsal sağlığın korunmasına katkı sağladığını belirtmektedir. Tampon etki mekanizması ise; sosyal etkileşimlerin stres yaratan herhangi bir durumun üstesinden gelebilmede psikolojik ve araçsal destek sağlayarak, sağlığı koruduğu ve geliştirdiği gösterilmektedir.

House da (1987), sosyal destek sistemlerinin 3 tür etki mekanizması olduğunu ifade etmektedir. Bu etkilerin Cohen ve Will'in ortaya attığı temel ve tampon etki mekanizmalarına benzer olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin bu 3 etkisi, (1) bireyin yaşam durumlarını olumsuz etkileyen bazı elementleri elimine etmek veya etkisini azaltmak, (2) olumsuz yaşam durumları karşısında bireyin dayanma gücünü artırmak ve böylece sağlık durumunun daha iyileşmesine katkıda bulunmak, (3) çevresel stresörlerin etkilerine karşı kısmen veya tümüyle tampon görevi yapmak.

Sosyal desteğin etki mekanizmalarından hareketle, bireyin ailesinden, arkadaşlarından ve yakınlarından aldığı ya da algıladığı sosyal desteğin sağaltım sağlayıcı bir faktör olduğunun altı çizilmektedir (Eker ve arkadaşları, 2001). Bu noktada, herhangi bir kişiden (aile, arkadaş veya özel bir kişi) gelen desteğin stresi azaltarak pek çok psikolojik sorun için koruyucu bir etkiye sahip olduğu aynı zamanda psikolojik sorun ya da sıkıntıyı hafiflettiği belirtilmektedir. Ozbay ve arkadaşları (2007) sosyal desteğin, bireyleri koruyan ve sağlıklarını geliştiren bir faktör olduğunu ve hastalıklara yatkınlığın azalmasının bir göstergesi olduğunu açıklamaktadır.

Sosyal desteğin ruh sağlığı üzerindeki önemi çeşitli çalışmalarca vurgulanmaktadır (Cohen ve Wills, 1985; Endo ve ark., 2014; Fa'ssberg ve ark., 2012; Harrison ve ark., 2010; Hovey, 1999; Kleiman ve Liu, 2013). İran'da sosyal destek ve ruh sağlığı arasındaki ilişkinin ele alındığı bir metaanaliz çalışmasında, sosyal destek ve ruh sağlığı arasındaki ilişkinin etki büyüklüğünün (.33-.36) orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Metaanalize katılan çalışmaların çeşitli örneklemi kapsadığı ve bu çalışmaların her birinde sosyal desteğin ruh sağlığını koruyan bir faktör olduğunun ifade edildiği tartışılmıştır (Harandi, Taghinasab ve Nayeri, 2017).

Koruyucu bir rol oynayan sosyal desteğin varlığının, bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük, sorun çözme, intihar olasılığı üzerinde de etkili olabileceği düşünülmektedir.

1.3.3.1. Sosyal Destek ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Belirsizliğin tehdit edici yapısının bireyler üzerinde stres yarattığı alanyazında ifade edilmektedir (Buhr ve Dugas, 2002; Dugas ve ark., 2005). Sosyal desteğin stres karşısındaki koruyucu rolü düşünüldüğünde, belirsizliğe tahammülsüzlük üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Alanyazında, algılanan sosyal destek ve belirsizlik arasında olumsuz

yönde bir ilişkiden bahsedilmektedir (Scoloveno ve arkadaşları, 1989; Sammarco, 2001), dolayısıyla sosyal desteğin artması bireylerin daha az belirsizlik yaşamaları ile ilişki göstermektedir. Ek olarak, Mishel (1988), özellikle hastalık durumlarında sosyal desteğin belirsizliği azalttığı yani belirsizliğe gösterilecek tahammül üzerinde etkili olduğunu ifade etmektedir. Bunlardan hareketle, yüksek algılanan sosyal desteğin belirsizliğe tahammülsüzlüğün oluşturduğu olumsuz sonuçları azaltma ya da hafifletme sağlayacağı, aynı zamanda belirsizliğe tahammülsüzlüğün mental sağlık üzerindeki etkisinde de koruyucu olacağı düşünülmektedir.

Hill ve Hamm (2019), 131 yumurtalık kanser tanısı alan kadın hastayla yürütülen çalışmada sosyal destek ve yalnızlığın belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik sağlık (depresyon ve anksiyete) arasındaki ilişkide düzenleyici (moderatör) etkisini ele almıştır. Çalışmanın hipotezinde, düşük sosyal destek ve yüksek yalnızlığın belirsizliğe tahammülsüzlük ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiyi şiddetlendireceği düşünülmüş moderatör analizi yapılmıştır. Sonuç olarak moderatör etki bulunmamış olsa da, sosyal desteğin, yalnızlığın ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün mental sağlık üzerinde güçlü yordayıcılar olduğu ve klinik bağlamda bunların önemli olduğu belirtilmiştir.

Liao ve Wei (2011) 332 üniversite öğrencisiyle yürüttükleri çalışmada, depresyon ve anksiyete semptomları ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkide ruminasyonun hem moderatör hem de aracılık etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada, sosyal destek doğrudan ölçülmemesine rağmen çalışmada moderatör rolü olan ruminasyonun sosyal desteğin azalmasıyla ilişkili olduğundan yüksek ruminasyon eğilimi olan kişilerin belirsizlikle karşılaştıklarında, belirsizlikle başa çıkmak için başkalarından çok az destek ve çok az yapıcı fikir alabileceği ve sonucunda mental sağlık açısından riskli hale gelebileceğinden bahsedilmektedir.

Sosyal desteğin belirsizliğe tahammülsüzlüğün oluşturabileceği olumsuz sonuçlar karşısında koruyucu rolünün dışında, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sosyal destek alma davranışını olumsuz yönde etkileyebilmesinden de bahsedilmektedir. Çoşkun (2019), belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olmasının sosyal destek aramayı azalttığı belirtilmektedir. Bu noktada, böyle bireylerin azalmış sosyal destek arama davranışının yanında algılanan sosyal desteğinin az ya da çok olmasının birey için kritik olacağı düşünülmektedir.

1.3.3.2. Sosyal Destek ve Sorun Çözme

Hem sosyal desteğin hem de sorun çözmenin psikolojik sağlık üzerinde ve yaşamın zorlukları karşısında oluşan stres durumlarına karşı hafifletici bir etkiye sahip olan önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (Kant ve D'Zurilla, 1997; Kaur ve Kaur, 2017; Wang, Xiong, ve Yang, 2018; Saini, 2015). Bu iki değişken arasındaki ilişkide, bireyler sorun olarak gördükleri herhangi bir stresli durum karşısında sosyal destek kaynaklarını kullanmaktadır. Bu noktada alanyazın, sosyal desteğin sorun çözme ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu; ayrıca sosyal destek arayışının bireylerin sorunlarını başarılı bir şekilde çözmelerine olanak sağladığını belirtmektedir (Daniels, Beesley, Wimalasiri, ve Cheyne, 2013; Li ve Yang, 2009). Li (2015), yapmış olduğu kültürlerarası çalışmada bir yol modeli kurmuş ve bu modelde stresin, bireylerin sosyal destek arama eğilimini doğrudan etkileyeceği, stresin sosyal destek arayışı yoluyla sorun çözmeyi dolaylı olarak etkileyeceği hipotezlerini kurmuşlardır, her iki kültürde de hipotezler desteklenmiştir.

Ayyıldız ve arkadaşları (2018), sosyal desteğin sorun çözmeyi etkileyebilecek faktörler arasında yer aldığını ve sosyal destekteki eksiklik ve değişimlerin sorun çözme becerilerini etkileyebileceğini ifade etmektedir. Bu noktada, aileden ve çevreden gelen sosyal desteğin bireylerin sorun çözme becerilerinin gelişiminde önemli bir rolü olacağı düşünülmüştür. Bandura (1997), bireylere aileden ve çevreden sağlanan sosyal destek ne kadar yüksek olursa, yaşanabilecek sorun durumlarını çözmeye o denli ısrarcı bir çaba sarf edebileceklerini ve böylelikle bireylerin daha başarılı olabileceklerini vurgulamıştır.

Alanyazında, algılanan sosyal destek ve sorun çözme becerileri arasındaki ilişki incelenmiş ve algılanan sosyal destek arttıkça sorun çözme becerilerine yönelik algıların da olumlu yönde arttığı belirtilmiştir (Okanlı, Tortumluoğlu ve Kırpınar, 2003; Ünüvar, 2003; Yavuzer ve ark., 2018). Bu ilişki, algılanan sosyal desteğin sorun karşısında yaşanan stresliliğin azalmasını ve beraberinde sorunun etkili bir şekilde ele alınmasını sağlayarak sorun çözmeyi geliştirmesinin beklenmesiyle açıklanmaktadır (Lakey ve Heller, 1988).

Sosyal destek sadece sorun çözme becerileriyle değil aynı zaman bireylerin sorun yönelimi ve sorun çözme tarzıyla da yakından ilişkili görülmektedir. Arslan (2009), bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça, soruna olumlu yönelim, akılcı sorun çözme tarzından aldıkları puanlarının da arttığını, algılanan sosyal destek ve sorun çözme arasında olumlu yönde bir ilişkinin olduğunu tespit etmiştir.

1.3.3.3. Sosyal Destek ve İntihar

İntihar ile ilgili alanyazına bakıldığında, “sosyal destek” sıklıkla karşılaşılan ve intihar üzerinde hem risk hem de koruyucu bir faktör olarak rol oynayan kritik bir değişkendir. Bu noktada, sosyal desteğin yetersiz olması ya da yokluğu risk oluştururken, yeterli olması ya da varlığının koruyucu olabileceği ileri sürülmektedir (Saini, 2015).

Paladino ve Minton (2008), zayıf sosyal ağa sahip olmanın bireyleri umutsuzluğa sürükleyerek intihar düşüncesi ve davranışında bulunmaya hazır kılabileceğini belirtmektedir. Hollingsworth ve arkadaşları (2018), sosyal destek eksikliğinin algılanan yükün artmasına ve aidiyetin azalmasına yol açabileceğini ve bunun da intihar düşüncelerine yol açabileceğini göstermektedir. İntihar riski taşıyan ya da girişiminde bulunan bireylerde, ihtiyaçlarını karşılayacak uygun sosyal destek kaynaklarının eksikliğini yaşadığı (Heikkinen, Aro ve Lönnqvist, 1993), sosyal destek algılarının daha düşük olduğu (Lieberman ve ark., 2004; Özgüven, Soykan, Haran ve Gençöz, 2003) ifade edilmiştir.

Aileden ve arkadaştan algılanan sosyal desteğin intihar riskinin önemli bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir. Arsel ve Batıgün (2011) çalışmalarında, arkadaş desteğinin olamamasının intihar olasılığını yordayan önemli bir değişken olduğunu ifade etmektedir. Özgüven ve arkadaşları (2003), intihar girişiminde bulunan bireylerde aileden algılanan sosyal desteğin hem arkadaşlardan hem de diğerlerinden algılanan sosyal destekten daha düşük olduğunu bildirmektedir. Cheng ve Chan'nin (2007) çalışmasında intihar üzerinde aileden gelen desteğin arkadaşlardan gelen destekten daha güçlü bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir.

Pek çok çalışma, sosyal desteğin çeşitli bağlamlarda intihar düşüncesine karşı koruyucu bir faktör olarak rolünü vurgulamıştır (Endo ve ark., 2014; Fa'ssberg ve ark., 2012; Harrison ve ark., 2010; Hovey, 1999; Kleiman ve Liu, 2013). Bazı çalışmalar sosyal desteğin doğrudan intihar düşüncesinin oluşumunu azalttığını vurgularken (Chioqueta ve Stiles, 2007), diğer çalışmalar öz saygı, psikolojik iyilik gibi diğer koruyucu faktörleri arttırarak dolaylı bir şekilde intiharı azalttığını açıklamaktadır (Kleiman ve Riskind, 2013).

Sosyal destek kaynaklarının iyi düzeyde olmasının daha az intihar düşüncesinin görülmesiyle ilişkili olduğu açıklanmaktadır (Vanderhorst ve McLaren, 2005). Sosyal desteğin, tampon görevinde bulunarak intihara yönelik incinebilirliği azaltmayı sağladığı ifade edilmiştir (Heikkinen, Aro ve Lönnqvist, 1993). Bunlardan hareketle, sosyal desteğin

intihar riskini azaltması beklenir bir durum olarak değerlendirilmektedir. Çünkü destekleyici bir ağa sahip olmanın kişinin bağımlılık hissini artıracaklarını ve bu nedenle intihar düşünceleri olsa bile harekete geçirmeyi engelleyeceği belirtilmektedir (Cheng ve Chan, 2007).

Çin'de yaşlı bireylerle yapılan çalışmada; aileden, arkadaşlardan ve önemli diğerlerinden algılanan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ile intihar düşünceleri arasındaki ilişkiyi hafiflettiği, ayrıca sosyal desteği artırmanın ve fiziksel sağlığı iyileştirmenin Çin kırsal huzurevlerinde yaşayanlar için hem intiharı önlemede hem de müdahalede etkili olacağı ifade edilmiştir (Zang ve ark., 2018).

Sosyal destek alıp verme her ne kadar evrensel bir durum olsa da, cinsiyet açısından bazı farklılıklar gösterebilmektedir. Sosyal desteğe duyulan ihtiyaç düzeyi gibi sosyal desteğin belirli yönlerinin önemi kadın ve erkekler arasında değişebilmektedir. Erkeklerin kadınlardan daha az yakın ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Scourfield ve Evans, 2015). Erkeklerin çok sayıda sosyal temasları olsa bile, bu ilişkilerin kalitesi düşükse kendilerini yalnız hissedebileceklerini ileri sürmektedir. Ayrıca, sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarında erkek cinsiyet rolünün beklentisi nedeniyle yardım arama davranışında bulunmadıkları ifade edilmektedir (Scourfield ve Evans, 2015). Hem kadın hem de erkeklerde intihar davranışını önlemek için sosyal destek sistemlerinin koruyucu etkisinin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır (Arsel ve Batıgün, 2011).

Japonya'da yürütülen 40-69 yaş aralığında 26,672 erkek ve 29,865 kadın katılımcının yer aldığı prospektif bir çalışmada, ortalama 12 yıllık bir takipte toplam 180 intihar sonucu ölüm kaydedilmiş ve sosyal desteğe en yüksek düzeyde sahip olan erkek ve kadınların intihar riskinin (hazard ratios) önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir. Bulgular her iki cinsiyet için de sosyal desteğin koruyucu olduğuna işaret etmektedir (Poudel-Tandukar ve ark., 2011).

23 Avrupa ülkesinin 75 bölgesinde yapılan çalışmada, bölgesel düzeyde ankete katılanların başkalarına sosyal destek sağlamaya ve onların iyiliğine özen göstermeye değer verme derecesi, bu bölgelerdeki erkekler ve kadınlar arasındaki intihar oranları ile ters orantılı bulunmuştur. Buna göre, bir bölgede sosyal destek verme değerindeki küçük bir artışın intihar oranlarının azalmasına katkıda bulunabileceği ima edilmektedir. Bulgular, sosyal desteğin bölgesel düzeyde (riskli bölgeler) özellikle erkeklerde intihara karşı

koruyucu bir etkisi olduğunu göstermektedir (Zadravec Šedivy, Podlogar, Kerr ve De Leo, 2017).

Ulusal temsili iki örneklemeden (Amerika ve İngiltere) oluşan bir çalışmada, çeşitli psikopatoloji ve demografik değişkenler kontrol edildiğinde, bulgular her iki temsili örnekleme de daha fazla sosyal desteğin ömür boyu intihar girişimi olasılığının azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Kleiman ve Liu, 2013). Göreceli risk oranı (OR), daha yüksek sosyal desteğe sahip bireylerin, daha düşük sosyal desteğe sahip olanlara göre ömür boyu intihar girişiminde bulunma olasılığının daha az olabileceğini göstermektedir.

Sosyal destek stres karşısında tampon görevini bireylerin kanser ya da kronik bir fiziksel rahatsızlığa ve psikiyatrik bir bozukluğa sahip olduğu durumlarda da göstereceği düşünülebilir. Bu rahatsızlıklara sahip olan bireylerin intihar açısından riskli gruplar olduğu da bilinen bir durumdur. Dolayısıyla sosyal desteğin, intihar olasılığı açısından riskli gruplarda koruyucu bir faktör olabileceği söylenebilir. Tang ve arkadaşları (2016), kanser tanısı olan 579 kadın hastanın 105'inin intihar düşüncesi bildirdiği; sosyal desteğin hastaların intihar düşünceleriyle ilişkili olduğu; sosyal desteğin aracı bir rolünün olduğu ve sosyal desteğin intiharı önlemek için yardımcı olabileceği açıklanmıştır. Ülkemizde yürütülen bir çalışmada (Tan ve Karabulutlu 2005), kanser hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişki incelenmiş, bunlar arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, artan sosyal desteğin hastaların umutsuzluğunu azalttığı bulunmuştur. Bu çalışma, doğrudan intihar ile ilgili bir ölçüm alınmamış olmasına rağmen, sosyal desteğin umutsuzluğu azalmasının intihar açısından kritik bir rol oynayabileceği söylenebilir.

Du, Shi ve arkadaşlarının (2020) kanserli hastalarda sosyal destek ve intihar niyeti arasındaki ilişkiyi ele aldıkları sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında, kanserli hastalarda sosyal destek ile intihar niyeti arasında negatif, küçük ama anlamlı bir ilişki ($r = -0.22$, %95 GA: $-0.30, -0.14$, $p < 0.001$) bulunmuştur. Bu ilişkide sosyal desteğin önemli bir düzenleyici (moderatör) rolü olduğu ve sosyal desteğin intiharı önlemede önemli bir faktör olduğu; kanserli hastalar arasında özellikle aile desteği ile intihar niyeti arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu ve yüksek düzeyde sosyal destek algılayan hastalarda intihar riskinin azalma eğilimi gösterdiği belirtilmiştir.

1.3.4. Zaman Perspektifi

“Zaman” kavramının ne olduğu, nasıl işlediği insanoğlu için hep merak konusu olmuştur. Eski çağlardan bu yana fizikten felsefeye, psikolojiden sosyolojiye pek çok disiplin ve birçok bilim insanı bu kavrama ilgi duymuştur. İlgi odağı olan bu kavram farklı şekillerde tanımlanmıştır. Türk Dil Kurumu (2019) zaman kavramını; “Bir işin, bir oluşun içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre, vakit”, “Belirlenmiş olan an”, “Çağ, mevsim” “Dönem, devir”, “Olayların oluş ve akış sırasını belirleyen, düzenli ve dönemli gök olaylarının birim olarak kullanan sanal bir kavram” gibi çeşitli şekillerde tanımlamaktadır. Karadaş (2015), Aristoteles’in (1996), zamanın ya yok olduğunu ya da ele avuca gelmeyen kaygan bir şey; Heidegger’ise (1996), zamanın tek biçimli ve bağdaşık olması ve biri önce diğeri sonra olacak iki değişik anın içerisinde herhangi bir ana karşılık gelmesi şeklinde ifade ettiklerini belirtmiştir.

Zaman kavramı psikolojik açıdan da psikologlar arasında ele alınmıştır. Wittman (2009), zamanın dünyayı algılayıp anlamlandırmada etkili olduğunu altını çizer. James, geçmiş ya da geleceğin her daim şimdiye karıştığından; Lewin, bireyin psikolojik geçmişine ve geleceğine yönelik herhangi bir zamanda var olan görüşlerinin tamamı olduğundan bahsetmektedir (Zimbardo ve Boyd, 2018).

Zaman kavramının açıklanması beraberinde “zaman yönelimi”, “zaman perspektifi” gibi kavramların da ortaya çıkmasında rol oynamıştır. “Zaman perspektifi” kavramı alanyazında Kurt Lewin ile yer almaya başlamıştır. Lewin, “geçmiş ve gelecekle ilgili bilişsel stillerin ve duygusal deneyimlerin kişinin şimdiki zamandaki davranışlarına büyük etkisi olduğunu savunmaktadır. Lewin’in üzerinde durduğu bu kavram, daha sonraki yıllarda Zimbardo ve Boyd tarafından yeniden ele alınarak çok boyutlu bir yapıda genişletilmiş ve herkesin bilinçsizce gerçekleştirdiği kişisel zaman yaklaşımı olarak ifade edilmiştir (Zimbardo ve Boyd, 1991, 2018).

Zimbardo ve Boyd’un (1999) zaman perspektifi ile ilgili yaptıkları açıklamalar beraberinde “Zaman Perspektifi Teorisi”ni ortaya atılmasını sağlamıştır. Bu teoriye göre, “zaman perspektifi” bireyin deneyimlerini geçmiş, şimdi ve geleceğe bölmenin bilişsel sürecinden doğan psikolojik zaman boyutu olarak görülmektedir (Boniwell ve Boyd, 2004; Zimbardo ve Boyd, 1999). Zimbardo ve Boyd (1999), bu bilinçsiz ve otomatik olan bilişsel sürecin kişisel yargıları ve yanıtları nasıl etkileyebileceğini göstermeyi amaçlamışlardır ve

deneyimleri kronolojik olarak sınıflandırmanın bir yolunu bulmuşlardır. Bu doğrultuda, bireylerin ve kültürlerin deneyimlerini 3 ana zaman çerçevesi içinde düzenlemesinde rol oynayan “ruhsal-durumsal” bir yapının olduğunu açıklamışlardır. Yani bireylerin, kişisel ve sosyal deneyimlerini düzen koymak ya da deneyimlerine anlam vermek amacıyla bu 3 ana zamana bilinçsizce atama yaptıklarını vurgulamaktadır. Bu kapsamda, bireylerin geçmiş, şimdi ve geleceğin zamansal çerçevelerini deneyimlenen olayları kodlamak, toplamak ve hatırlamakta, aynı zamanda amaç ve beklentileri formüle etmekte kullandıklarını söylemektedirler.

Dolayısıyla, insanların amaçlarını, davranışlarını, bilişsel işleyişini, duygusal dünyayı, psikopatoloji geliştirmenin nedenlerini ve eğilimlerini, geçmişlerine nasıl anlam verdiklerini, bugünü ve geleceğe yönelik beklentilerini geçmiş, gelecek ve şimdiki çerçeveler ışığında nasıl değerlendirdiklerini anlamayı amacıyla bu 3 ana zamanın birbirini etkilediği 5 alt boyuttan oluşan Zaman Perspektifi Envanteri’ni geliştirmişlerdir (Zimbardo ve Boyd, 1999). Böylece çeşitli zamansal çerçeveleri daha sistematik bir şekilde yorumlamak mümkün hale gelmiştir. Geliştirilen bu envanter; *geçmiş olumlu*, *geçmiş olumsuz*, *şimdi hazcı*, *şimdi kaderci* ve *gelecek zaman perspektifi* alt boyutlarını içermektedir.

Geçmiş olumsuz (Past-negative) zaman perspektifi, itici, hoş olmayan, zararlı, travmatik veya pişmanlık dolu kişisel deneyimlere odaklanmayı yansıtmaktadır. Bu kişiler geçmişte yanlış giden her şeye odaklanır ve çoğunlukla başarısızlıkları ve diğer kişiler tarafından kötüye kullanımları kolayca hatırlar ve kaçırılan fırsatlardan pişmanlık duyarlar. Örneğin, hayatının sürekli kötülük ve pişmanlıkla geçeceğini, ne yaparsa yapsın asla değişmeyeceğini düşünürler (Zimbardo ve Boyd, 1999; Metcalf ve Zimbardo, 2016).

Geçmiş olumlu (Past-positive) zaman perspektifi, geçmişe ilişkin zevkli, çoğu zaman da nostaljik ve duygusal tutumları temsil etmektedir. Kişiler, geçmişteki “iyi günlerin” anılarına odaklanır ve aile, arkadaş ilişkilerine, geleneklere değer verirler. Örneğin, güzel günlerine özel fotoğraflar toplayıp geleneksel tatilleri kutlamayı dört gözle beklerler (Zimbardo ve Boyd, 1999; Metcalf ve Zimbardo, 2016).

Şimdi kaderci (Present Fatalistic) zaman perspektifi, genel bir kaderci tutuma, yaşam üzerinde kontrol eksikliği hissine karşılık gelmektedir. Böyle bir zaman perspektifi eğilimine sahip kişiler hayata ve geleceğe karşı çaresiz ve umutsuz bir tutum

sergilemektedir. Örneğin, ne olacaksa o olur şeklinde düşünüp kaderin yaşamda yol gösterici rol oynadığına inanırlar. Bu innaç doğrultusunda geleceği değiştirmeyeceklerini durumları kendi kontrol altına almayacaklarını düşünürler (Zimbardo ve Boyd, 1999; Metcalf ve Zimbardo, 2016).

şimdi hazcı/hedonistik (Present hedonistic) zaman perspektifi, heyecan ve yeni motivasyonlar aramayı, anlık zevklerden faydalanmayı, gelecekteki sonuçları dikkate almadan risk alma ve dürtüsellik içeren yaşam seçimlerini, aynı zamanda kaygı eksikliğini içermektedir. Bu kişiler, şu anda yaşar ve zevk, yenilik ve heyecan peşinde koşarlar (Zimbardo ve Boyd, 1999; Metcalf ve Zimbardo, 2016).

Gelecek (Future) zaman perspektifi, hedeflerin belirlenmesi, planlanması ve başarılması, gelecekle ilişkili sonuçların göz önünde bulundurulması, gelecekteki hedefler ve ödüller için gösterilen çabayı, bunlara bağlı olarak hazzı ertelemeyi ifade etmektedir. Böyle bir zaman perspektifi eğilimine sahip olanlar, geleceklerini planlar ve aldıkları kararların işe yarayacağına güvenirler, tutarlılığı tercih eder ve düşük yenilik ve anlam arayışında bulunurlar, çoğunlukla mevcut olanın tadını çıkarmanın yerine, hedeflere ulaşmak için çalışırlar (Zimbardo ve Boyd, 1999; Metcalf ve Zimbardo, 2016).

Ortaya atılan teori ve geliştirilen envanterle (Zimbardo ve Boyd, 1999) birlikte zaman perspektifi çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmalarda zaman perspektifinin çeşitli faktörlerle ilişkisinin ele alındığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar her bir zaman perspektifinin (geçmiş olumlu, gelecek vb.) insan yaşamının ve psikolojik işleyişin birçok yönüyle (Metcalf ve Zimbardo, 2016) birlikte ruh sağlığıyla da (Daukantaite, 2015) önemli ölçüde bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Olumsuz geçmiş zaman perspektifinin psikolojik işleyişin daha çok olumsuz yönleriyle bağlantılı olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmaların, nörotizm gibi kişilik sorunları, depresyon ve anksiyete, düşük benlik saygısı ve başa çıkma (Anagnostopoulos ve Griva, 2012; Dunkel ve Weber, 2010; van Beek ve ark., 2011); alkol ve madde kullanımı (Chavarria ve ark., 2015); daha düşük yaşam doyumu ve mutluluk (Boniwell ve ark., 2010); olumsuz duygudurumu (Stolarski ve ark., 2014) ile geçmiş olumsuz zaman perspektifinin pozitif yönde ilişki gösterdiği görülmüştür.

Olumlu geçmiş zaman perspektifi ile yapılan çalışmalar ise olumsuz geçmiş zaman perspektifinin tersine, öznel mutluluk ve benlik saygısı (Drake ve ark., 2008); olumlu iyi

oluş (Boniwell ve ark., 2010); pozitif duygudurum (Stolarski ve ark., 2014); sosyal destek ağlarının kullanımı (Holman ve Zimbardo, 2009) ile pozitif yönde anksiyete ve depresyon (Drake ve ark., 2008) ile ters yönde ilişki göstermiştir.

Şimdi kaderci zaman perspektifi, proaktif başa çıkma ve ruhsal iyimserlik ve benlik saygısı ile ters yönde ilişkili iken, depresyon ve anksiyete ile pozitif yönde ilişkiye sahip olduğu (Anagnostopoulos ve Griva, 2012; Zimbardo ve Boyd, 2018); gelecekte umutsuz olma ve düşük kontrol hissi (D'Alessio ve ark., 2003; Zimbardo ve Boyd, 2018) sergilemeyle ilişkili olduğu çeşitli çalışma bulgularında sunulmuştur.

Şimdi hazır zaman perspektifiyle ilgili yürütülen çalışma sonuçları, alkol ve madde kullanımı (Chavarria ve ark., 2015; Keough ve ark., 1999; Klingemann, 2001); kumar (Wassarman, 2002); güvenli olmayan seks (Aboussalam ve ark., 2016; Rothspan ve Read, 1996) ile pozitif yönde ilişki bulmuşlardır.

Son olarak gelecek zaman perspektifinin, fiziksel egzersiz, tedavi planına uyum gibi sağlıklı ilişkili durumlarla, yaşam doyumu, başarı ile pozitif; anksiyete ve depresyon, riskli davranışlarla ters yönde ilişki gösterdiği belirtilmiştir (Kooji ve ark., 2018; Papastamatelou ve ark., 2015).

Tüm bunlardan hareketle, zaman perspektifinin bireylerin ruh sağlığını, işlevsel ya da işlevsel olmayan davranışlarını şekillendirdiği görülmektedir. Bu bağlamda, bireylerin sorun çözme davranışları ve intihar düşüncesi ya da girişimlerini etkileyebileceği düşünülebilir.

1.3.4.1. Zaman perspektifi ve sorun çözme

Zimbardo ve Boyd (1999) zaman perspektifinin önemli kararların alınmasına, yargıda bulunmaya ve eyleme geçmeye dinamik bir etkisinin olduğunu; aynı zamanda biliş, ruh hali ve davranış üzerinde etkilerinin olabileceğini öne sürmektedir. Bu noktada, sorun çözme süreci dikkate alındığında kişiler karşılaştıkları sorunu nasıl çözeceklerine dair karar ve eylem aşamasından geçerler. Bu süreçte zaman perspektifinin rol oynayabileceği söylenebilir. Örneğin; gelecek zaman yönelimine sahip kişiler, sorun çözme konusunda oldukça yeteneklidirler ve stres yaratan durumlar karşısında kontrollerini kaybetmezler (Boniwell ve Zimbardo, 2004).

Chua ve arkadaşları (2015) tarafından yürütülen çalışmada; gelecek zaman perspektifi ve uyumsuz sorun çözme stratejileri arasında olumsuz yönde ilişki bulunmuştur. Zambianchi (2018) ergenlerle yürüttüğü çalışmasında, gelecek zaman perspektifinin sorun çözme tarzlarını yordadığını ($r = .34$) ve yaratıcı sorun çözme ile ilişkili ($r = .27$) olduğunu belirtmiştir.

Alanyazında zaman perspektifi ile sorun çözme arasındaki ilişki açıklayan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Özellikle sosyal sorun çözme teorisi bağlamında doğrudan bireylerin zaman perspektifi ile soruna yönelimleri ya da sorun çözme tarzlarının doğrudan değerlendirildiği çalışma yer almamaktadır. Bu tez çalışmasının alanyazındaki bu eksikliği giderebileceği ve ileriki çalışmalara öncülük edebileceği düşünülmektedir.

1.3.4.2. Zaman Perspektifi ve İntihar

İntihar farklı bireylerde farklı şekillerde çeşitli nedenlere bağlı olarak gerçekleşebilmektedir. Zaman perspektifinin, biliş, ruh hali ve davranış üzerinde önemli etkilerinin olduğu açıklamaları dikkate alındığında; bireylerin olumlu ve olumsuz zamansal tutum boyutlarının intihar düşüncesini veya girişimlerini tahmin etmede önemli olabileceği ileri sürülmektedir (Lennings, 1994). Ayrıca zaman perspektifinin kişilerin kararları üzerinde en güçlü etkenlerden biri olduğu belirtilmektedir (Zimbardo ve Boyd, 2018). Bu da intihar davranışında bulunma, yaşamını sonlandırma kararı alma üzerinde rolü olabileceğine işaret etmektedir.

Laghi ve arkadaşları (2009), geçmişe yönelik olumsuz bakış açısının şiddetli intihar düşünceleri olan ve olmayan gruplar arasında önemli bir ayırıcı faktör olduğunu belirtmektedir. Çalışmada ciddi intihar düşünceleri olan bireylerin geçmişi daha olumsuz ve kötü, intihar düşünceleri olmayan bireylerin ise geçmişi iyimser bir şekilde hatırladıkları görülmektedir.

Alanyazında intihar oranlarının en yüksek olduğu yaş grubunun gençler olduğu bilinen bir gerçektir. Bu yaş grubu için intihar konusundaki bilgileri derinleştirmeyi sağlayan ve aydınlatıcı sonuçlar sunan çalışmalar yürütülmüş olsa da, bu çalışmalar intihar fikri/düşüncesi üzerinde zaman perspektifinin etkisine yeterince dikkat vermediği görülmektedir. Bu eksikliği kapatmak adına, Laghi ve arkadaşları (2009) bu konu üzerinde duran bir çalışma yürütmüştür. Çalışmanın sonuçları; ergenler arasında geçmiş olumsuz ve şimdi kadercı zaman perspektiflerinin şiddetli intihar fikri olanlar ile olmayanları

birbirinden ayırdığını göstermektedir. Ek olarak, şiddetli intihar düşüncesi olan ergenlerin kaderciliğe daha fazla eğilimlerinin olduğu, intihar düşüncesi olmayanların geçmiş olumlu zaman perspektifi eğilimlerinin olduğu, bu ergenlerin geçmişte olumlu deneyimlere sahip oldukları bulunmuştur. Şiddetli intihar düşüncesi olan ergenlerle orta şiddette intihar düşüncesi olanlarla karşılaştırıldığında ise; şiddetli intihar düşüncesi olanların gelecek ve şimdi hazcı zaman perspektifi puanlarında önemli ölçüde düşük puanlar aldıkları, orta derecede intihar düşüncesi olanların ise geleceğe yönelik oldukları sonuçlarına ulaşılmaktadır.

Hirsch ve arkadaşları (2006) da zaman perspektifi ve intihar arasındaki ilişkiyi yaşlı bireylerde değerlendirmek için bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmanın sonucunda, olumlu gelecek zaman yöneliminin intihar niyetinde en az eğilime ve en düşük noktaya işaret edeceği belirtilmektedir.

Shahnaz ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında; intihar düşüncesi öyküsü olan, intihar girişimi öyküsü olan ve intihar düşüncesi olmayan kişiler zaman perspektifleri açısından ele alınmıştır. Bulgular, intihar düşüncesi öyküsü olan kişiler ile intihar düşüncesi olmayan kişiler arasında zaman perspektifi açısından büyük ve anlamlı farklılıklar; intihar düşüncesi öyküsü olan kişiler ile intihar girişimi öyküsü olan kişiler arasında küçük farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Bu farklılıklar arasında; anksiyete ve depresyonu kontrol ettikten sonra bile, geçmiş olumlu ve geçmiş olumsuz zaman perspektifinin, intihar düşüncesi öyküsü olan bireyler ile intihar düşüncesi olmayan bireyler arasındaki en büyük farklılıkları ortaya koyduğu görülmektedir. Aynı zamanda, intihar düşüncesi olanlar girişimi olanlarla kıyaslandığında daha fazla geçmiş olumlu zaman perspektifi göstermektedir.

Şu anda yaşadıklarından keyif almayan, olumsuz bir geçmişi olan ve beklentilerinin olmadığı bir gelecek ile baş etmeye çalışan şimdi kaderci zaman perspektifine sahip kişilerin kolaylıkla umutsuzluğa kapılabilecekleri düşünülmektedir (Zimbardo ve Boyd, 1999). Bu düşünceden hareketle, şimdi kaderci zaman perspektifinin artmış intihar düşünceleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Laghi, Baiocco, D'alessio ve Gurrieri, 2009).

Baechler'ın (1980) kaçış kuramı çerçevesinde intihara bakıldığında; intihar bir problem çözme aracı olarak görülmektedir. Bu kuramda, kişiyi intihara sürükleyen sürecin 6 basamaktan oluştuğu ifade edilmektedir. Beşinci basamak kişinin düşünce ve farkındalığından bir değişime yol açan bilişsel yıkımı içermektedir. Yaşanılan bilişsel

yıkımı da 3 temel bileşen oluşturmaktadır. Bu bileşenler arasında; sadece şu ana odaklanan dar zaman perspektifi yer almaktadır. Bu noktada intihar ve zaman perspektifi arasında bir ilişkinin olduğu açıkça söylenebilir. Baumeister da (1990) bu bileşenin kişinin umutsuzluğa düşmesinde ve bundan kurtulmak için intihara yönelmesinde rol oynayacağını belirtmiştir.

İntihar düşüncesi ve davranışı üzerine en tutarlı ve inandırıcı teoriler umutsuzluğu içermektedir. Umutsuzluk intihar davranışı riskinin en iyi yordayıcısı veya göstergesi olarak kabul edilmektedir (Sueki, 2020). MacLeod, Rose ve Williams (1993) umutsuzluğun bir parçası olarak değerlendirilebilen olumlu gelecek beklentilerinin eksikliğinin intihar düşünceleri ve davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir faktör olduğunu ifade etmektedir. MacLeod ve arkadaşları (1998), özellikle gelecekle ilgili olumlu bir beklenti eksikliğinin umutsuzluk ile ilgili olduğunu ve intihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan grupları birbirinden ayırdığını bulmuşlardır.

van Beek, Kerkhof ve Beekman (2009) intihar düşüncesinin azalan olumlu gelecek düşüncesi ile karakterize olduğu varsayımına dayanarak “Geleceğe Yönelik Grup Eğitimi” geliştirmişlerdir. Geleceği düşünmeyi teşvik ederek intiharcı bireylerin, amaçlı hedefler üzerinde çalışarak ve verimsiz davranışsal ve bilişsel kalıpları aşarak anlamlı bir hayat yaratmalarına yardımcı olmanın bir yolunu içeren bu eğitimle, intihar bireyleri değerli bir gelecek tasavvur edebildiklerinde, umutsuzlukları ve intihar düşünceleri ve davranışlarının azalması beklenmektedir.

Yufit'e (1973) göre intihar büyük ölçüde bir kişinin zaman perspektifindeki çarpıklıkların bir sonucudur. Süreklilik kaybı, gelecek hakkında fikir eksikliği veya geçmişlerinden kopmamak gibi zaman perspektifindeki çarpıklıklar, insanların kaçmak istediği psikolojik acının nedeni olarak görülmektedir.

Van Beek, Beekman ve Kerkhof (2011) intihar düşüncesi riski ile ilişkili zaman perspektif profillerini tanımlamayı amaçladıkları çalışmada; intihar düşüncesinin daha az olumlu geçmiş yönelimi, daha az hedonistik/hazcı düşünce, günümüz hakkında kadenci olma eğilimiyle bağlantılı olduğu sonuçlarına ulaşılmaktadır. Aynı çalışmada, katılımcılardan ileriki tarihlerde yeniden ölçüm alındığında, kişilerin mevcut durumlarını sürdürdükleri bu nedenle zaman perspektifinin istikrarlı bir özellik olabileceği de belirtilmektedir.

1.3.5. Dini Başa Çıkma

Yaşamın çeşitli noktalarında stresörlerle yüz yüze kalan insanoğlu, stresörlerin etkisini azaltmak için bazı davranış örüntüleri geliştirirler (Skinner ve Zimmer-Gembeck, 2007) ve stresörlere verilen bu davranış örüntüleri başa çıkma olarak adlandırılır (Folkman ve Moskowitz, 2004). Başa çıkma; tehdit karşısında hayatta kalmayı sağlayan, tehlikeli durumları kontrol ederek uyarılmayı azaltan öğrenilmiş davranışlar olarak tanımlanmıştır (Folkman ve Lazarus, 1984). Spesifik başa çıkma tepkileri bireyler karşısında oldukça değişiklik göstermektedir. Lazarus ve Folkman (1984) tarafından çeşitli başa çıkma tepkileri başa çıkma kategorileri (*problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma*) altında toplanmıştır. Yapılan bu sınıflamanın ardından sağlık ve sosyal bilim araştırmacıları başa çıkma ve din arasında bir ilişki olabileceğine dair konuya ilgi duymuşlardır. Bu isimlerden biri olan Pargament (1997) “Din ve Başa Çıkmanın Psikolojisi”nde bu ilişkiyi teorik bir çerçeveye yerleştirerek terapötik etkilerini de araştırmıştır.

Dini başa çıkma, strese karşı verilen dini çerçeveli bilişsel, duygusal veya davranışsal tepkileri içermektedir. Kişinin günlük yaşamdaki zor durumlar karşısında anlam bulmak için kullandığı özel kutsal araç (örn, manevi destek arama, kişilerarası dini hoşnutsuzluğu ifade etme) olarak tanımlanmaktadır (Pargament, 1997). Dini başa çıkmanın; anlamı keşfetmek, kontrolü ele geçirmek, Tanrı'ya yakınlık sayesinde rahatlık kazanmak, başkalarıyla yakınlık kazanmak ve hayatı dönüştürmek gibi beş ana işlevi yerine getirdiği ifade edilmektedir (Pargament ve ark., 2000).

Paragament ve arkadaşları (1998) dini başa çıkmayı olumlu ve olumsuz dini başa çıkma adı altında iki boyutta ele almışlardır. Olumlu dini başa çıkma; Tanrı ile daha güçlü bir bağlantı kurmayı, Tanrı'nın sevgisini ve bakımını aramayı, Tanrı'dan yardım aramayı ve öfkeden kurtulmayı, Tanrı ile birlikte harekete geçmeyi planlamayı, Tanrı'nın zor bir durumla karşı karşıya olan bir kişiyi nasıl güçlendirebileceğini, nasıl affedilmeyi isteyeceğini ve dine odaklanıp sorunlardan nasıl endişe etmeyi durduğunu görmeye çalışmayı içerir (Pargament, Koenig, Perez, 2000). Olumsuz dini başa çıkma; Tanrı tarafından terk edilmeyi, adanmışlık eksikliği nedeniyle Tanrı tarafından cezalandırılmayı hissetmeyi, birinin Tanrı tarafından cezalandırılıp cezalandırılmayacağını, Tanrı'nın sevgisini sorgulamayı, kilisenin onları terk edip etmediğini merak etmeyi, şeytana uyma karar verip vermesini ve Tanrı'nın gücünü sorgulamayı içerir (Pargament, Koenig, Perez, 2000).

1.3.5.1. Dini Başa Çıkma ve Sorun Çözme

Pargament (1997) dinin bir başa çıkma yolu olduğunu belirtmiş ve iki tür dini başa çıkmadan bahsetmiştir. Aynı zamanda sorun çözmenin de önemli bir başa çıkma mekanizması olduğu ifade edilmiştir (Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006). Bu noktada alanyazın bir baş etme kaynağı olan dini başa çıkma ile baş etme mekanizması olan sorun çözmenin arasındaki bağlantıyı ele almıştır.

Alanyazın incelendiğinde, dini başa çıkma ile sorun çözmenin birbirleriyle yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Öyleki, Pargament (1998) 36 maddeden oluşan “Dini Sorun Çözme Ölçeği” geliştirmiştir. Bu ölçek kişilerin sorun çözmeye kendisi ya da Tanrıya ne kadar sorumluluk verdiğini içermektedir. Yine Aguilar-Vafaie ve Abiari (2007), başa çıkma ile ilgili bir ölçek geliştirmişler ve bu ölçekte hem dini başa çıkma hem de sorun çözmeyi içeren faktör yapıları elde etmişler ve arasındaki ilişkiyi ele almışlardır. Ancak alanyazın bu iki kavram arasındaki ilişkiyi açıklasa da spesifik olarak ikisinin yer aldığı çalışmalar yetersizdir. Ayrıca alanyazının kişilerin sorun yönelimi ya da sorun çözme tarzları ile dini başa çıkma arasındaki bağlantıyı açıklayacak çalışmalar konusunda da eksik kaldığı görülmüştür. Yapılan çalışmaların, sorun çözmeyi tek başına değil dini boyutta ele alan “dini sorun çözme” kavramı ile ele aldığı ve dini başa çıkma ile arasındaki bağlantıyı incelediği ifade edilebilir (Bay ve ark., 2008).

Dini başa çıkma ile sorun çözme arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Yoshimoto ve arkadaşlarının (2006) yürütmüş olduğu bu çalışmada, 101 prostat kanseri olan kişi ve eşleri yer almıştır. Katılımcılar dini başa çıkma durumlarına göre dört gruba ayrılmış (sadece koca, sadece karı, hem karı hem koca, ne karı ne koca) ve her birine Sosyal sorun çözme envanteri verilerek sorun çözmeleri değerlendirilmiştir. Bulgular her iki eşin de dini başa çıkmaya başvurmasının daha iyi sorun çözme ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak çalışma, dini başa çıkmanın daha iyi sorun çözme ile ilişkili olduğunu ve sorun çözmenin tüm aşamalarında etkili olabileceğini belirtmektedir.

1.3.5.2. Dini Başa Çıkma ve İntihar

İnsanların yaşamlarındaki zorluklar karşısında yaşadıkları stresle birlikte intihara yönelindikleri bilinen bir gerçektir. İnsanlar bu zorlukların oluşturduğu sıkıntıyı azalmak için ise dine yönelmektedir (Koenig, 2009, 2018; Nelson, 2009). Dinin stresi tamponlama etkisinin, kişinin dindar olmasının, içten güdümlü dindar olmasının ya da dini katılım

göstermesinin intihar açısından koruyucu bir rolü bulunmaktadır (Dervic, ve ark., 2004; Greening ve Stoppelbein, 2002; Mosqueiro ve ark., 2021). Ayrıca, dindarlığın intihara yönelik tutumlar üzerindeki etkilerinin intiharı caydırma etkisinin olabileceği belirtilmektedir (Eskin ve ark., 2020).

Tüm bunlardan hareketle Pargament (1997), dinin aynı zamanda bir baş etme mekanizması olabileceğini belirtmiş ve iki tür dini başa çıkmadan bahsetmiştir. Alanyazın bu iki başa çıkma türünün genel sağlık ve ruh sağlığıyla ilişkisini değerlendirmiştir. Bu noktada, dini başa çıkmanın olumlu türünün daha iyi ruh sağlığıyla ilişkisi vurgulanırken; olumsuz türünün ise tam tersi zayıf sağlıkla ilişkisi vurgulanmıştır (Harrison ve ark., 2001; Pargament ve ark., 1998).

Özellikle zayıf ruh sağlığıyla ilişkilendirilen olumsuz dini başa çıkmanın genellikle intihar davranışı riskini arttırabilecek ek bir yük kaynağı sunduğu belirtilmekte (Pargament ve ark., 2013) ve olumsuz dini başa çıkma ile intihar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiden bahsedilmektedir (Currier ve ark., 2017; De Berardis ve ark., 2020; Kopacz ve ark., 2017). Olumlu dini başa çıkmanın ise intihar açısından riski azaltmakta yani koruyucu bir niteliğe sahip olduğu gösterilmektedir (Carroll ve ark., 2020; Currier ve ark., 2017; Kopacz ve ark., 2017).

Trevino ve arkadaşları (2014) kanser hastalarıyla yürüttükleri çalışmada, olumsuz dini başa çıkma intihar niyetini arttıran bir risk olarak ilişkilendirilmektedir. Eskin ve arkadaşlarının (2020) 11 Müslüman ülkede yürüttükleri çalışmada olumsuz dini başa çıkmanın dindarlığın koruyucu etkisini zayıflatmasından dolayı intihar girişimleriyle olumlu bir şekilde ilişkilendirilmektedir. Carroll ve arkadaşları (2020) 201 TSSB'li asker gazileriyle yürüttükleri çalışma, hem olumlu hem de olumsuz dini başa çıkmanın bu bireylerde intihar davranışı riskine farklı şekillerde katkıda bulunabileceğini ve olumlu dini başa çıkmanın intihar arzusu açısından koruyucu olabileceğini, olumsuz dini başa çıkmanın ise TSSB belirtilerinin bu kişilerdeki algılanan yük üzerindeki etkisini şiddetlendirdiğini göstermektedir.

Nurasikin ve arkadaşları (2012), olumsuz dini başa çıkmanın herhangi bir psikiyatrik tanısı olan hastalarda daha yüksek psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Herhangi bir psikiyatrik tanısı olan hastaların yüksek psikolojik sıkıntı yaşamaları intihar için bir risk doğurduğu alanyazınca belirtilmektedir. Dolayısıyla, olumsuz

dini başa çıkmanın psikiyatrik tanısı olan hastalarda intihar açısından risk oluşturacağı düşünülmektedir. Baetz ve Bowen (2011), 183 depresif hastanın yer aldığı kesitsel çalışmalarında olumsuz dini başa çıkmanın intihar niyetiyle ilişkili olduğunu bulgulamıştır.

De Berrardis ve arkadaşlarının (2020) majör depresyon olan kişilerle yürüttükleri çalışmada olumlu dini başa çıkmanın düşük intihar niyetiyle ilişkili olduğu ve intihar niyetinin gelişimine karşı koruyucu olabileceği belirtilmektedir. Olumlu dini başa çıkma ile yaşamı sürdürme nedenleri arasında olumlu yönde ilişki bulunmuş, olumlu dini başa çıkmanın insanları yaşama bağlayan sebepleri yordamada önemli olduğu ifade edilmiştir (Güler Aydın, 2015). Dolayısıyla, olumlu dini başa çıkmayı kişinin yaşamını sonlandırma olarak bilinen intihar üzerinde koruyucu rolüne işaret ettiği görülmektedir.

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; intihar açısından risk grubunda ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların intihar davranışlarını değerlendirmekle birlikte, bireyleri intihar düşüncesine ve davranışlarına götüren ya da intihardan koruyan noktaları anlamaya çalışmaktır. Bu kapsamda, intihar açısından risk grubunda yer alan hasta grupları ve kontrol grubunu oluşturacak bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlükleri ile intihar olasılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi, bu ilişkide sorun çözmenin aracılık edip etmediği araştırılmaktadır. Aynı zamanda tüm bu aracılık ilişkisinde sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkmanın düzenleyici bir rolünün olup olmadığı incelenmektedir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Uzun yıllardan beri, intiharı anlamak amacıyla, intiharın nedenlerini, öncüllerini, sürdürücülerini, sonuçlarını ele alan çalışmalar yürütülmüştür. Söz konusu çalışmalarda çeşitli örneklemelere ve çeşitli değişkenlere yer verildiği görülmüştür. Öyleki, birçok faktörün intihar davranışının gelişiminde rolünün olduğu belirtilmiş olsa da bu faktörlerin nasıl bir rolle çalıştıklarının hala belirsiz olduğu ifade edilmektedir. Bu belirsizliğin bir kısmını aydınlatılabilmek adına çeşitli faktörlerin bir arada yer aldığı bir model test edilmiştir. Bu çalışmada sorun çözme, zaman perspektifi, belirsizliğe tahammülsüzlük, sosyal destek, dini başa çıkma faktörlerine yer verilmiştir. Bu faktörlerin intihar arasındaki ilişkisini gösteren çalışmalar alanyazında yerini almaktadır. Ancak, belirtilen değişkenlerin bir arada yer aldığı ve etkileşimini ele alan kapsamlı bir çalışmaya alanyazında rastlanmamaktadır. Ayrıca çalışmada yer alan intihar açısından riskli olan grupların intihar

davranışlarını değerlendirip karşılaştıran çalışma da bulunmamaktadır. Dolayısıyla, çalışmanın intiharı anlamada alanyazındaki var olan bu boşluğu doldurmada önemli olacağı ve bu noktada alanyazına özgün bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.6. Araştırma Soruları

Alanyazına dayanarak bu çalışma kapsamında aşağıda yer verilen soruların yanıtlanması amaçlanmaktadır:

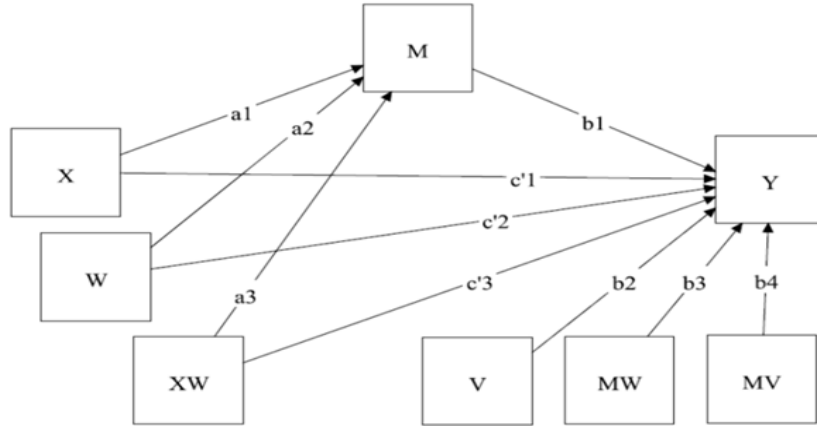
1. İntihar davranışları gruplara (onkoloji, gastroenteroloji, psikiyatri ve kontrol) göre farklılık gösterir mi?
2. Çalışmada değişkenler grup, cinsiyet ve grup*cinsiyet etkileşimine göre farklılık gösterir mi?
3. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı ile ilişkisine sorun çözme aracılık etmekte midir?
4. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığı üzerindeki dolaylı etkisinde sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkma düzenleyici etki göstermekte midir?

2. BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

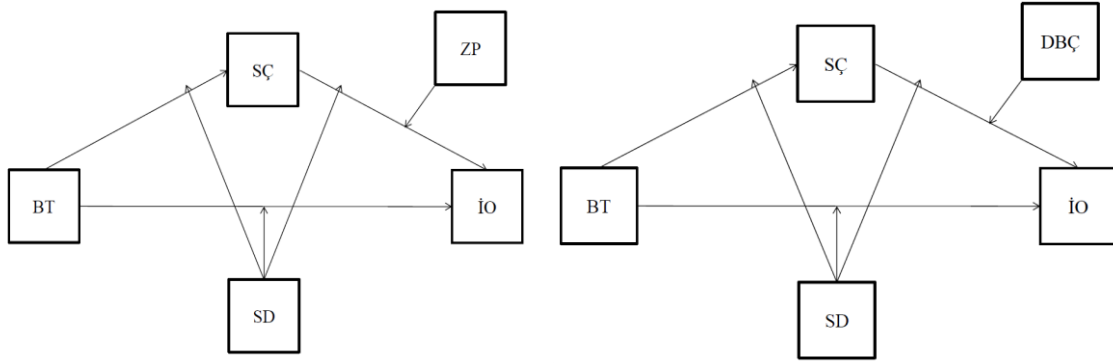
Bu çalışmanın amacı, intihar açısından risk grubunda yer alan hasta gruplarının (onkoloji, gastroenteroloji ve psikiyatri) ve kontrol grubunun intihar olasılığını birtakım değişkenlerle (sorun çözme, sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başaçıkma) oluşturulan model aracılığıyla değerlendirmektir. Alanyazında doğrulayıcı modelleme, alternatif modelleme ve model geliştirme gibi çeşitli modelleme stratejileri yer almaktadır. Bir model oluşturulduğunda en önemli nokta modeli mutlaka teorik bir zemine dayandırmaktır (Hayes, 2013). Çalışmanın amacına bağlı olarak alanyazın incelenmiş, elde edilen teorik bilgiler doğrultusunda Hayes'in ortaya attığı şablonlardan hareketle bir model oluşturulmuştur. Oluşturulan model hem aracılık (mediation) hem de düzenleyici (moderated) etkinin yer aldığı bir durumsal aracılık (moderated mediation) modelini temsil etmektedir. Bu model Hayes'in (2013), Model 65'ine denk gelmektedir. Modeldeki değişkenlerin ve okların yeri alanyazındaki kuramsal açıklamalar ve ampirik çalışmalar neticesinde oluşturulmuştur. Aşağıdaki Şekil 2.1'de çalışmanın istatistiksel modeline yer verilmiştir (bkz.Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Çalışmanın İstatistiksel Modeli (Model 65; bkz. Hayes, 2013, s.70)

Not: X: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, M: Sorun Çözme, Y: İntihar Olasılığı, W: Sosyal Destek, V: Zaman Perspektifleri / Dini Başaçıkma, XW: Belirsizliğe Tahammülsüzlük *Sosyal Destek, MW: Sorun Çözme *Sosyal Destek, MV: Sorun Çözme *Zaman Perspektifleri / Sorun Çözme *Dini Başaçıkma

Bu çalışmada durumsal aracılık (moderated mediation) modeli kapsamında, belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracılığına sosyal destek ile zaman perspektifinin düzenleyici etkisine birarada, yine bu aracılık ilişkisine sosyal destek ile dini başaçıkmanın düzenleyici etkisine birarada bakılması amaçlanmıştır (bkz.Şekil 2.2).



Not: BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, SÇ: Sorun Çözme, İO: İntihar Olasılığı, SD: Sosyal Destek, ZP: Zaman Perspektifi, DBÇ: Dini Başaçıkma

Şekil 2.2. Çalışmanın kavramsal modeli

2.2. Katılımcılar

Çalışmanın örneklemini dört gruptan oluşmaktadır. Bu dört grubun ilkinde kanser tanısına sahip olan onkoloji hastalarının, ikincisinde gastroenterolojik rahatsızlığa sahip olan gastroenteroloji hastalarının, üçüncüsünde depresyon ve anksiyete şikâyetleri olan psikiyatri hastalarının ve sonuncusunda ise kronik herhangi fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı bulunmayan kontrol grubunu oluşturan kişilerin yer alması amaçlanmıştır. İlk üç grupta yer alacak katılımcılar, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Hastanesi'ndeki Onkoloji, Gastroenteroloji ve Psikiyatri Bölümlerindeki poliklinik hastalarından oluşmaktadır. Psikiyatri grubunda yer alan katılımcılara ayrıca Aydın Devlet ve Aydın Atatürk Devlet Hastanelerindeki Psikiyatri Polikliniklerinden de ulaşılmıştır.

Çalışmaya gönüllü olarak katılmaları istenen toplam 688 kişiye ulaşılmıştır. Ancak 268 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılmayla ilgili kabul-ret oranları Tablo 2.1'de yer verilmiştir. Çalışmaya her bir grupta 120 katılımcı olacak şekilde toplam 480 kişi dâhil edilmiştir. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Çalışmaya katılma oranı

Grup	Kabul Eden	Reddeden	Toplam	Kabul Oranı
Onkoloji	120	57	177	% 67,8
Gastroenteroloji	120	96	216	% 55,5
Psikiyatri	120	32	152	% 78,9
Kontrol	120	23	143	% 83,9

Tablo 2.1 incelendiğinde, çalışmaya katılım oranlarının %50'den yüksek olduğu sadece Gastroenteroloji grubunda yer alan katılımcıların kabul oranının diğer gruplardan daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 2.2. Çalışmada yer alan katılımcıların demografik özellikleri

Değişkenler	Gruplar							
	Onkoloji		Gastroenteroloji		Psikiyatri		Kontrol	
	Ort.	S.s.	Ort.	S.s.	Ort.	S.s.	Ort.	S.s.
	46.7							
Yaş	0	10.27	38.86	13.57	33.22	10.96	44.73	10.96
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Cinsiyet								
Kadın	84	%70	77	%64.2	71	%59.2	55	%45.8
Erkek	36	%30	43	%35.8	49	%40.8	65	%54.2
Eğitim Durumu								
İlkokul	41	%34.11	23	%19.2	21	%17.5	16	%13.3
Ortaokul	14	%11.7	9	%7.5	16	%13.3	18	%15.0
Lise	29	%24.2	29	%24.2	31	%25.8	44	%36.7
Önlisans	8	%6.7	16	%13.3	4	%3.3	7	%5.8
Lisans	22	%18.3	37	%30.8	36	%30.0	34	%28.3
Yüksek Lisans	4	%3.3	4	%3.3	9	%7.5	1	%0.8
Doktora	2	%1.7	2	%1.7	3	%2.5	0	%0
Çalışma Durumu								
Evet	41	%34.2	47	%39.2	54	%45.0	73	%60.8
Hayır	79	%65.8	73	%60.8	66	%55.0	47	%39.2
Gelir								
Gelirim-giderimi karşılamıyor								
Gelirim-giderimi karşılıyor	37	%30.8	32	%26.7	52	%43.3	32	%26.7
Gelirim-giderimden fazla	76	%63.3	78	%65.0	66	%55.0	77	%64.2
	7	%5.8	10	%8.3	2	%1.7	11	%9.2
Medeni Durum								
Evli	91	%75.8	64	%53.3	54	%45.0	95	%79.2
Bekâr	13	%10.8	44	%36.7	56	%46.7	19	%15.8
Boşanmış	11	%9.2	9	%7.5	8	%6.7	4	%3.3
Dul	5	%4.2	3	%2.5	2	%1.7	2	%1.7
Yaşadığı Yer (En uzun)								
Köy/Kasaba	9	%7.5	13	%10.8	16	%13.3	6	%5.0
İlçe	60	%50.0	54	%45.0	26	%21.7	6	%5.0
İl	19	%15.8	32	%26.7	52	%43.3	99	%82.5
Büyükşehir	30	%25.0	21	%17.5	26	%21.7	9	%7.5
Yurtdışı	2	%1.7	0	%0	0	%0	0	%0

Tablo 2.2. Çalışmada yer alan katılımcıların demografik özellikleri (devamı)

Tanı Süresi								
6 aydan az	40	%33.3	40	%33.3	34	%28.3	-	-
6 ay – 1 yıl	46	%38.3	17	%14.2	29	%24.2	-	-
1 yıldan fazla	34	%28.3	63	%52.5	57	%47.5	-	-
Tedavi Süresi								
6 aydan az	43	%35.8	71	%59.2	76	%63.3	-	-
6 ay – 1 yıl	46	%38.3	18	%15	14	%11.6	-	-
1 yıldan fazla	31	%25.9	31	%26.8	30	%25.1	-	-

Tablo 2.2’ye bakıldığında, çalışmada yer alan gruplar arasında kontrol grubu hariç kadın katılımcıların daha fazla olduğu ve cinsiyet dağılımı açısından oranların birbirine yakın olduğu görülmüştür. Yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu, eğitim durumunun onkoloji grubunda diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğu, hasta gruplarında yer alan katılımcıların çalışmadıkları, her bir grup için gelir durumunun birbirine yakın olduğu ve gelir giderin birbirini karşılama durumunun daha fazla olduğu, evli katılımcının daha fazla olduğu, kontrol grubunda yer alan katılımcılar hariç diğer gruptaki katılımcıların en uzun yaşadıkları yerin ilçe olduğu görülmüştür. Hasta grubunda yer alan katılımcıların ne kadar süredir tanı ve tedavi aldıkları değerlendirildiğinde, onkoloji hariç diğer gruptaki katılımcıları 1 yıldan fazladır tanıya sahip oldukları görülmüştür. Tedavi süreleri incelendiğinde ise her bir grupta çoğunluk 6 aydan az bir süredir tedavi aldıklarını ilettilerini görülmüştür.

2.3. Ölçüm Araçları

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, en uzun yaşadığı yerleşim yeri, medeni hali, ne kadar süredir tanıya sahip olduğu ve tedavi gördüğü gibi çalışmayla ilişkili olabileceği düşünülen bilgiler bulunmaktadır.

2.3.2. Gözden Geçirilmiş Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G)

Sosyal sorun çözme sürecinin farklı yönlerini ele almak amacıyla 1995-1996 yılları arasında D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares tarafından geliştirilmiştir. 2002 yıllarında son revizyonu yapılan ölçeğin uzun formu 5’li likert tipinde 0 “Benim için hiç doğru değil” ve 4 “Benim için çok doğru” arası puanlanan 52 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek (1) Olumlu sorun yönelimi (OSY, 5 madde), (2) negatif sorun yönelimi (NPY, 10 madde), (3) akılcı

sorun çözüme tarzı (ASÇT, 20 madde), (4) dürtüsel-dikkatsiz sorun çözüme tarzı (DDSÇT, 10 madde) ve (5) kaçınan sorun çözüme tarzı (KSÇT, 7 madde) olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır (Eskin ve Aycan, 2008).

Yirmi beş maddelik SSÇE-G'nin kısa formunda ise her bir alt ölçekte beş maddenin yer almasıyla oluşturulmuştur. Örneğin; "SSÇE-G'nin uzun formu için ölçek puanları 0 ile madde sayısının 4 katı arasında değişmekteyken, kısa formu için 0 ile 20 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar daha iyi problem çözüme yeteneğine işaret etmektedir. D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares özgün SSÇE-G'nin, sosyal sorun çözüme yapısını ölçmede yüksek düzeyde uygun olduğu ve yeterli düzeyde psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermişlerdir (Eskin ve Aycan, 2008).

Ölçeğin hem kısa hem uzun formunun Türkçeye uyarlaması Eskin ve Aycan (2008) tarafından yapılmış ve iç tutarlık katsayıları. 62 ile. 92 arasında, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise. 60 ile. 84 arasında değiştiği; aynı zamanda ölçeğin her iki formunun ölçek puanlarının birbirleri ile istatistiksel ve kuramsal olarak anlamlı yönde bağıntılı olduğu bulunmuştur. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı. 62 olarak saptanmıştır.

2.3.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Cull ve Gill (1988) tarafından oluşturulan ölçek, intiharın değerlendirilmesinde kullanılan intihar girişimi riski taşıyan ergen ve yetişkinleri tanımak için geliştirilmiştir. 36 maddeden oluşan ve 1-4 arası Likert tipi puanlanan kendini değerlendirme türünde olan ölçek, umutsuzluk (12 madde), intihar düşüncesi (8 madde), düşmanlık (7 madde) ve olumsuz kendilik değerlendirmesi (9 madde) olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek maddelerine verilen yanıtlar "hiçbir zaman veya nadiren" (1), "bazen" (2), "sık sık" (3) ve "çoğu zaman veya her zaman" (4) şeklindedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yükseldiğine işaret etmektedir.

İntihar girişimi olan kişiler, psikiyatrik hastalar ve karşılaştırma grubu üzerinde yapılan çalışma sonucunda ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .93, test tekrar test güvenilirlik katsayısının .92 olduğu belirtilmektedir (Cull ve Gill, 1988). Ölçeğin orijinal çalışması İÖÖ'nin yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Cull ve Gill, 1990). Atlı, Eskin ve Dereboy (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, umutsuzluk, intihar düşüncesi, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve düşmanlık olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Toplam puan alınan ölçeğin kesme noktası 110 olarak

belirlenmiştir. Türkçeye uyarlanan bu ölçeğin, Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı toplam ölçek maddeleri için. 62'dir. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı. 90 olarak saptanmıştır.

2.3.4. İntihar Davranışı Soru Formu

Eskin tarafından geliştirilen 5 sorudan oluşan bu soru formunda bireyin intihar davranışının varlığı (intihar düşünceleri ve girişimleri) değerlendirilmektedir. Sorular “evet” ya da “ hayır” şeklinde cevaplanmaktadır (Yavuz, 2013).

2.3.5. Zimbardo'nun Zaman Perspektifi Envanteri (ZZPE)

ZZPE, geçmiş, şimdi ve gelecek zaman perspektiflerini kapsayacak şekilde bireylerin zaman perspektiflerini değerlendirmek amacıyla Zimbardo ve Boyd (1999) tarafından geliştirilmiştir. 56 maddeden oluşan ölçek, beşli Likert tipi (1 = benim için hiç doğru değil / 5 = benim için çok doğru) bir ölçme aracıdır. Ölçeğin, faktör yapısı incelenmiş ve beş faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüştür. Bu faktörlerin “geçmiş olumsuz”, “geçmiş olumlu”, “şimdi hazcı”, “şimdi kaderci” ve “gelecek” olmak üzere beş farklı zaman perspektifini ölçtüğü anlaşılmıştır. Ölçekte geçmiş olumsuz zaman perspektifini ölçmek için, “Geçmişte, reddedilmeye ve kullanılmaya ilişkin payıma düşeni aldım”; geçmiş olumlu zaman perspektifini ölçmek için, “Geçirdiğim iyi zamanların mutlu anıları hemen aklıma gelir”; şimdi hazcı zaman perspektifini ölçmek için, “Mümkün olsaydı her günümü sanki son günümü gibi yaşardım”; şimdi kaderci zaman perspektifini ölçmek için “Kader, yaşamımdaki pek çok şeyi belirler” ve gelecek zaman perspektifini ölçmek için, “Yarına hazır olması gereken işleri ve gerekli diğer şeyleri yapmak, bu gece eğlenmekten önce gelir” şeklinde ifadeler yer almıştır. Ölçekteki 9., 11., 21., ve 41. maddeler ters kodlanmaktadır. Her bir alt boyutta puanların artması, ilgili zaman yönelimi eğiliminin artması anlamına gelmektedir. Özgün ölçeğin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .80, .82, .79, .74 ve .77 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla .76, .70, .72, .76 ve .80'dir (Zimbardo ve Boyd, 1999).

Akırmak (2019) Türkiye örneğinde yapmış olduğu geçerlik güvenilirlik çalışmasında Türkçe ZZPE'nin yeterli düzeyde iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği gösterdiğini; doğrulayıcı faktör analizlerinin (DFA) orijinal ölçeğin beş faktörlü yapısını destekleyerek ZZPE'nin kültürler arası geçerliliğe sahip olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada elde edilen geçmiş olumsuz, geçmiş olumlu, gelecek, şimdide hazcı, şimdide

kaderci zaman perspektifi için Cronbach alpha değerleri sırasıyla; 84, .74, .75, .78, .68 olarak elde edilmiştir. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayılar. 83, .75, .75, .66 ve. 60 olarak saptanmıştır.

2.3.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)

Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından ilk Fransızca olarak geliştirilen bu ölçek belirsiz durumlara verilen duygusal, davranışsal tepkileri ölçmeyi amaçlamıştır. Ölçek, belirsizliğin kabul edilebilirliğini, belirsizliğin kişi üzerindeki olumsuz yansımalarını ve hayal kırıklığı, stres ve eyleme geçememe fikriyle ilgili 27 madde içermektedir. 5'li Likert tipinde olan ölçeğin örnek maddeleri arasında “Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor”, “Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz” şeklinde ifadeler yer almaktadır. Ölçeğin Fransızca versiyonu mükemmel iç tutarlılık ($\alpha = 0.91$), beş haftalık bir süre boyunca iyi test-tekrar test güvenilirlik ($r = 0.78$) ve yakınsak ve ayırt edici geçerlilik göstermiştir (Freeston ve ark., 1994). Bu ölçek daha sonra, İngilizceye de uyarlanmıştır (Buhr ve Dugas, 2002). Buhr ve Dugas'ın (2002) çalışmasında da orijinal çalışmayla tutarlı sonuçlar elde edilmiş ve ölçeğin iç tutarlılığı $\alpha = 0.94$ ve beş haftalık süreçle birlikte test tekrar test güvenilirliği $r = 0.74$ olarak bulunmuştur. Faktör yapısını belirlemek için faktör analizi yapılmış ve dört faktörlü olduğu tespit edilmiştir.

Sarı ve Dağ'ın 2009 yılında Türkçe'ye uyarladığı ve geçerlilik-güvenirliğini yaptığı çalışmada, 10. maddenin madde toplam korelasyonunun düşük olması nedeniyle ölçekten çıkarılarak 26 maddelik ölçeğin iç tutarlılığını 0.91, test-tekrar test güvenilirliğini 0.78 olarak bulmuştur. Ölçeğin klinik olmayan örnekleme yüksek ve düşük endişe düzeyindeki kişileri ayırt edebildiği, bundan dolayı ölçüt geçerliliğinin yeterli düzeyde olduğunun altı çizilmektedir. İngilizce uyarlamasında da olduğu gibi Türkçe uyarlamasında da ölçeğin dört faktörden oluştuğu bulunmuştur. Bu faktörler “Belirsizlik üzücü ve stres vericidir”, “Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller”, “Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir” ve “Belirsizlik adil değildir” şeklinde adlandırılmıştır. Sarı ve Dağ (2009) bu ölçeğin açıklanan toplam varyans yüzdesi=%48.9 ve toplam Cronbach alfa değerini. 79 bulurken; yukarıda belirtilen faktörlerin Cronbach alfa değerlerini sırasıyla. 88, .79, .79, .79 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı. 93 olarak saptanmıştır.

2.3.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçek, bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup bireylerin algıladıkları sosyal desteğe ilişkin değerlendirmelerini ölçmek için oluşturulmuştur. 12 maddeden oluşan 7li likert tipindeki ölçek aile, arkadaş ve diğer önemli kişi olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Maddeler, “ Kesinlikle hayır” ile “ Kesinlikle evet “ ifadelerine karşılık gelen 1-7 değerleri arasında değişmektedir. Aile alt boyutunu 3, 4, 8, 11. maddeler, arkadaş alt boyutunu 6, 7, 9, 12. maddeler ve özel bir insan alt boyutunu 1, 2, 5 ve 10. maddeler oluşturmaktadır. Ölçeğin örnek maddeleri arasında; “Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır”, “Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar” ve “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var” şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Ölçeğin orijinal formunda özel bir insan, aile ve arkadaşlar alt ölçekleri için iç tutarlılık değerleri sırasıyla. 91, .87 ve. 85 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam güvenirliği .88 olarak belirtilmiştir (Zimet ve ark., 1988).

1995 yılında Eker ve Akar tarafından Türkçe’ye çevirisi yapılan ve daha sonra revizyonları yapılan ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirliği Eker ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçekteki aile, arkadaş ve önemli diğerleri alt ölçeklerinin sırasıyla Cronbach alfa değerleri. 85, .88 ve. 92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam güvenirliği. 87 olarak belirtilmiştir. Alt gruplar birbirinden bağımsız olmakla birlikte ölçeğin tüm alt gruplarını içeren toplam puan elde edilir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından ise elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı. 91 olarak saptanmıştır.

2.3.8. Dini Başa Çıkma Ölçeği-Kısa Formu

Ölçek, kişilerin dini başa çıkma tarzlarını değerlendirmek için Pargament ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilmiştir. Sonraki yıllarda ölçeğin kısa formu (Pargamnet ve ark., 2011) da geliştirilmiştir. 5’li Likert tipinde (1=Benim için hiç uygun değil-5=Benim için son derece uygun) olan ölçek 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma olmak üzere iki alt boyutu içermektedir. Puanlaması her

bir alt ölçek için ayrı olan ölçekten alınan yüksek olumlu ya da olumsuz başa çıkma tarzına işaret etmektedir. Olumlu dini başa çıkma tarzı aşkın bir güç ile olan güvenli bir ilişkiyi, diğerleriyle manevi bağlılık duygusunu ve yardımsever bir dünya görüşünü; olumsuz dini başa çıkma tarzı kişinin kendi içinde, diğerleriyle ve Tanrı ile ilgili altta yatan gerilimlerini ve sorgulamalarını ifade etmektedir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çeşitli gruplarla çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmaların sonucunda ölçeğin psikometrik özelliklerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Olumlu Dini Başa çıkma Alt Ölçeği için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının .67 ile .94 arasında; Olumsuz Dini Başa çıkma Alt Ölçeği için ise .60 ile .90 arasında değiştiği bildirilmiştir (Pargament ve ark., 2011).

Bu çalışmada ölçeğin, Eskin ve Harlak tarafından Türkçe' ye uyarlanan kısa formu kullanılmıştır (Eskin ve ark., 2020). Ölçeğin Türkçe uyarlaması 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinaline benzer şekilde olumlu ("Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrı/Allah ile daha güçlü bir bağ ararım.") ve olumsuz dini başa çıkma ("Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrının/Allahın gücünü sorgularım.") olmak üzere iki alt boyuttan oluştuğu gözlenmiştir. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı; olumlu dini başa çıkma alt ölçeği için. 95 ve olumsuz dini başa çıkma alt ölçeği için. 81 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için hesaplanan iç tutarlık katsayısı sırasıyla. 93 ve. 83 olarak saptanmıştır.

2.4. İşlem

Araştırma sürecinde ilk önce Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun onayı alınmıştır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Hastanesindeki Onkoloji, Gastroenteroloji ve Psikiyatri bölümlerinde tedavi gören hastalara haftanın farklı günlerinde anketler uygulanmıştır. Ayrıca, pandemi nedeniyle hedeflenen sayıya ulaşılamaması nedeniyle Aydın Devlet ve Aydın Atatürk Devlet Hastanelerinin Psikiyatri Polikliniklerindeki hastalara ulaşmak amacıyla Sağlık Müdürlüğünden izin alınmış ve buradaki hastalara da anket uygulanmıştır.

Araştırmacı, hastalara kendisini tanıttıktan sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu ve ön yüzünde çalışmayla ilgili bir bilgilendirmenin bulunduğu veri toplama araçları sunulmuştur. Ardından çalışmanın amacı ve prosedürleri hakkında hastalara kısa bir bilgi verilmiş ve araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden hastalardan "Gönüllü Katılım Formu" doldurmaları istenmiştir. Onay veren hastalara Demografik bilgi formuyla birlikte 7

özbildirim ölçeğinin bulunduğu anket formu verilmiştir. Hastaların ölçekleri doldurdıkları süre zarfında araştırmacı hastaların yanında bulunmuş ve uygulama sırasında olası sorular yanıtlanmıştır. Ölçeklerin uygulanması yaklaşık olarak 30-45 dakika arasında sürmüştür. Veriler 2019 Kasım – 2021 Ekim tarihleri arasında toplanmıştır. Kontrol grubunu oluşturan katılımcılardan elde edilen veriler ise kartopu örnekleme yoluyla toplanmıştır. Veri toplarken hastalara uygulanan prosedürler kontrol grubundaki katılımcılara da uygulanmıştır.

2.4.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalayan, okuma-yazma bilen, 18-65 yaş arasında olan, Onkoloji, Gastroentoloji ve Psikiyatri poliklinik hizmeti için başvuru yapan hastalar araştırmaya dâhil edilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılar için ise; çalışmaya katılmayı kabul etmiş olma, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalamış olma, okuma-yazma bilme, 18-65 yaş arasında olma ve kronik bir fizyolojik ya da psikolojik rahatsızlığa sahip olmama kriterleri belirlenmiştir.

2.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya katılmaya gönüllülük göstermeyen, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalamak istemeyen, 18-65 yaş aralığında olmayan, okuma-yazma bilmeyen, görme ve işitme işlevleriyle ilgili sorun yaşayan hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Kontrol grubu için ise; çalışmaya katılmaya gönüllülük göstermeyen, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu imzalamak istemeyen, 18-65 yaş aralığında olmayan, okuma-yazma bilmeyen, kronik bir fizyolojik ya da psikolojik rahatsızlığa sahip olan kişiler dâhil edilmemiştir.

2.5. İstatistiksel Analizler

Kayıp değerler, uç değerler, normallik yönünden verilerin uygunluğu, betimsel istatistik, korelasyon, kikare ve manova analizlerini yürütmek amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 programı (IBM, 2013) kullanılmıştır. Bununla birlikte aracılık (mediation), düzenleyicilik (moderation) ve durumsal aracılık (moderated mediation) model analizleri için SPSS PROCESS Macro 4.0 (Hayes, 2013) programı kullanılmıştır.

Çalışmanın verileri kayıp değerler açısından incelendiğinde, katılımcıların tüm anket bilgilerini eksik bırakmadıkları bu nedenle kayıp veriye rastlanmadığı görülmüştür. Uç değerler açısından veri setindeki değişkenlerin çok yönlü uç değerleri Mahalanobis uzaklıklarına göre incelenmiş ve χ^2 değeri için $p < .001$ altında olma koşulu (Tabachnick ve Fidell, 2007) dikkate alınarak 2 uç değer veri setinden çıkarılmıştır.

Değişkenlerin normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığı incelendiğinde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2.58 'i aşması normal dağılım göstermediğine işaret etmektedir (Hair ve ark., 2009). Yapılan analizler sonucunda, değişkenlerin ± 2.58 'i çarpıklık basıklık değerleri (bu çalışmadaki çarpıklık basıklık değerleri -0.996 ile $+1.303$ ranjında) arasında yer aldığı görülmüştür.

Çoklu bağlantılılık (multicolineraty) varsayımını ele almak amacıyla değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Değişkenler arasında. 90 ve üzeri ilişim olduğunda çoklu bağlantılılık problemi gözlenmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2007). Çalışmadaki değişkenler arasındaki korelasyon değerlerinin -0.67 ile 0.64 arasında değiştiği gözlenmiştir. Aynı zamanda VIF (variance inflation factor) değerinin 10'un üstünde olması durumunda çoklu bağlantı sorunu olduğu belirtilmektedir (Myers, 1990). Yapılan analiz sonucunda VIF değerlerinin 1.259 ile 2.328 arasında olduğu ve çoklu bağlantılılık sorununa rastlanmadığı görülmüştür.

Çalışmanın değişkenleri arasındaki korelasyon katsayılarını hesaplamak için Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Risk grubunda yer alan katılımcıların intihar davranışlarını incelemek amacıyla Kikare analizi yapılmıştır. Katılımcıların grup, cinsiyet ve grup*cinsiyet etkileşimine göre çalışmadaki değişkenler açısından farklılaşım farklılaşmadığını belirlemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA testi) kullanılmıştır. Çok yönlü varyans analizi için ilgili varsayımların karşılanıp karşılanmadığı kontrol edilmiştir. Tek değişkenli normallik için çarpıklık-basıklık katsayıları incelenmiş yukarıda da belirtildiği gibi ± 2.58 'i sınırları içinde olduğu, ancak normallik test sonucunda normal dağılmadığı görülmüş olsa da, çok yönlü varyans analizinin normallik ihlaline karşı güçlü-dirençli olduğu belirtilmektedir (Mardia, 1971; Mertler ve Vannatta, 2016; Tabachnick ve Fidell, 2001). Daha sonra bağımlı değişkenlerin puanlarının varyans-kovaryans matrislerinin homojenliği Box's M testi ile sınanmıştır. Bağımlı değişkenlerin kovaryans matrislerinin eşit olmadığı (Box's M=1.455, $p < .05$) ve bu varsayımın karşılanmadığı görülmüştür. Bu durumda Tabachnick ve Fidell (2001), Pillai's Trace

kriterinin kullanılmasını önermektedir. Pillai's Trace kriterinin varsayımların ihlaline karşı en dirençli-güçlü istatistik olduğu belirtilmektedir (Adeleke, Yahya ve Usman, 2015; Olson, 1979; Sheehan-Holt, 1998). Ayrıca yapılan çok yönlü varyans analizi sonuçlarının anlamlı olması halinde farklılıkları yorumlamak amacıyla çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi kullanılmıştır (Field, 2009).

Çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığını etkileyip etkilemediğini ve sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkmanın bu ilişkide düzenleyici etkisini incelemek amacıyla SPSS makro PROCESS ile modeller test edilmiştir. Bu analiz programı aracılık, düzenleyici ve durumsal aracılık gibi karmaşık modelleri değerlendirmeyi; aynı zamanda koşullu dolaylı etkilerin Bootstrapt yöntemleriyle tahmin edilmesini ve koşullu dolaylı etkilerin öneminin moderasyon değişkeninin farklı seviyelerinde incelenmesini sağlamaktadır (Hayes, 2013). Bu yöntem ile veri kümesinden daha büyük bir örnek sayısı üreterek ve bunları standart hata tahminleri elde ederek aracılık analizlerinden daha güçlü tahminler üretmek amaçlanmaktadır. Bu çalışma için 5.000 bootstrapt kullanılmıştır. Dolaylı etkilerin anlamlılığını test etmek için standart hataların güven aralığı dikkate alınmış ve %95 güven aralığının üst ve alt sınırları sıfır içermediğinde önemli dolaylı etkilerin anlamlı olduğu belirtilmiştir.

3. BÖLÜM

3. BULGULAR

Bu bölümde çalışmada yürütülen istatistiksel analizlerin bulguları sunulmaktadır. Öncelikle çalışmadaki değişkenlere ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilmiştir. Ardından tüm değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren Korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Sonrasında çalışmanın ilk hipotezleri doğrultusunda çalışmada yer alan grupların intihar davranışları arasındaki farklılığını değerlendirmek amacıyla Kikare testinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Daha sonrasında, tüm değişkenlerin grup, cinsiyet ve grup-cinsiyet etkileşimine göre farklılıklarına ilişkin çok değişkenli varyans analizi (Manova testi) sonuçları gösterilmiştir. Son olarak, çalışmanın diğer hipotezlerine ilişkin belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracılık rolünün incelenmesi için SPSS makrosu (Hayes, 2019) kullanılarak ve bootstrap yöntemini esas alınarak yürütülen regresyon analizine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca bu aracılık ilişkisinde sosyal destek, dini başa çıkma ve zaman perspektifinin düzenleyici rollerinin incelenmesi amacıyla yine SPSS makrosu (Hayes, 2019) kullanılarak yürütülen durumsal aracı (moderated mediation) analiz sonuçları aktarılmıştır.

3.1. Betimsel İstatistikler

Çalışmada yer alan değişkenlere ilişkin betimleyici istatistikler Tablo 3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 3.1. Betimleyici istatistikler

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Varyans	Ranj	Min.	Maks.
İntihar Olasılığı	66.57	15.95	254.54	84	39	123
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	79.16	20.49	419.95	104	26	130
Sorun Çözme	68.73	13.57	184.09	83	13	96
Sosyal Destek	66.57	17.04	290.41	87	12	99
Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	30.85	7.96	63.42	40	10	50
Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifi	33.99	6.02	36.21	33	12	45
Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	25.04	5.80	33.62	36	9	45

Tablo 3.1. Betimleyici istatistikler (devamı)

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Varyans	Ranj	Min.	Maks.
Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	51.12	8.04	64.72	50	25	75
Gelecek Zaman Perspektifi	46.33	6.01	36.12	38	23	61
Olumlu Dini Başaşikma	23.30	6.56	43.01	24	6	30
Olumsuz Dini Başaşikma	10.51	5.33	28.38	24	6	30

Min= Minimum değer, Maks.= Maksimum değer

3.2. Çalışmadaki Değişkenlere İlişkin Korelasyonlar

Çalışmada yer alan temel değişkenlerin arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda elde edilen değişkenlere ilişkin korelasyon katsayıları tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Çalışma değişkenleri arasındaki korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.İÖ	-										
2.BT	.469**	-									
3.SÇ	-.677**	-.462**	-								
4.SD	-.548**	-.171**	.368**	-							
5.GPZP	-.516**	-.161**	.426**	.439**	-						
6.GNZP	.547**	.640**	-.474**	-.276**	-.237**	-					
7.ŞKZP	.345**	.423**	-.435**	-.092*	-.043	.492**	-				
8.ŞHZP	.021	.126**	-.023	.149**	.227**	.210**	.316**	-			
9.GZP	-.237**	.144**	.409**	.176**	.271**	.076	-.190**	.011	-		
10.DBÇP	-.207**	.039	.139**	.162**	.311**	.094*	.199**	.122**	.214	-	
11.DBÇN	.253**	.362**	-.342**	-.120**	-.093*	.396**	.376**	.213**	.032	.247**	-

*p<.05, **p<.01; Not: İÖ: İntihar Olasılığı, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, SÇ: Sosyal Sorun Çözme, SD: Sosyal Destek, GPZP: Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifi, GNZP: Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi, ŞKZP: Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi, ŞHZP: Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi, GZP: Gelecek Zaman Perspektifi, DBÇP: Olumlu Dini Başaşikma, DBÇN: Olumsuz Dini Başaşikma

Tablo incelendiğinde, intihar olasılığı ile şimdi kaderci zaman perspektifi, geçmiş olumlu zaman perspektifi ile şimdide kaderci zaman perspektifi, sorun çözme ile şimdide hazcı zaman perspektifi, geçmiş olumsuz zaman perspektifi ile gelecek zaman perspektifi, gelecek zaman perspektifi ile şimdi hazcı zaman perspektifi, belirsizliğe tahammülsüzlük ile olumlu dini başaşikma ve gelecek zaman perspektifi ile olumsuz dini başaşikma arasındaki

ilişkilerin anlamsız olduğu; intihar olasılığı ile sorun çözme, algılanan sosyal destek, geçmiş olumlu zaman perspektifi, gelecek zaman perspektifi ve olumlu dini başa çıkma arasından olumsuz yönde ($r = -.21$ ile $-.68$, $p < .01$) anlamlı ilişkilerin olduğu; belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme, algılanan sosyal destek ve geçmiş olumlu zaman perspektifi arasında olumsuz yönde ($r = -.16$ ile $-.46$, $p < .01$) anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür. Sorun çözme ile geçmiş olumsuz zaman perspektifi, şimdide kaderci zaman perspektifi ve olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = -.34$ ile $-.47$, $p < .01$); algılanan sosyal destek ile geçmiş olumsuz zaman perspektifi, şimdide kaderci zaman perspektifi ve olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = -.09$ ile $-.28$, $p < .05-.01$); geçmiş olumlu zaman perspektifi ile geçmiş olumsuz zaman perspektifi ve olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = -.09$ ile $-.24$, $p < .05-.01$); son olarak şimdide kaderci zaman perspektifi ile gelecek zaman perspektifi arasında ($r = -.19$, $p < .01$) olumsuz yönde anlamlı ilişkilerin olduğu bulunmuştur. İntihar olasılığı ile belirsizliğe tahammülsüzlük, geçmiş olumsuz zaman perspektifi, şimdide kaderci zaman perspektifi, olumsuz dini başa çıkma arasında olumlu yönde ($r = .25$ ile $.55$, $p < .01$) ilişki görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile geçmiş olumsuz zaman perspektifi, şimdide kaderci zaman perspektifi, şimdide hazcı zaman perspektifi, gelecek zaman perspektifi ve olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = .14$ ile $.64$, $p < .01$); sorun çözme ile algılanan sosyal destek, geçmiş olumlu zaman perspektifi, gelecek zaman perspektifi ve olumlu dini başa çıkma arasında ($r = .14$ ile $.43$, $p < .01$); algılanan sosyal destek ile geçmiş olumlu zaman perspektifi, şimdide hazcı zaman perspektifi, gelecek zaman perspektifi ve olumlu dini başa çıkma arasında ($r = .15$ ile $.44$, $p < .01$) olumlu yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Geçmiş olumlu zaman perspektifi ile şimdide hazcı zaman perspektifi, gelecek zaman perspektifi ve olumlu dini başa çıkma arasında ($r = .23$ ile $.31$, $p < .01$); geçmiş olumsuz zaman perspektifi ile şimdide kaderci zaman perspektifi, şimdide hazcı zaman perspektifi, gelecek zaman perspektifi, olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = .09$ ile $.49$, $p < .01$) olumlu yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Şimdide kaderci zaman perspektifi ile şimdide hazcı zaman perspektifi, olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = .20$ ile $.38$, $p < .01$); şimdide hazcı zaman perspektifi ile olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = .12$ ile $.21$, $p < .01$); gelecek zaman perspektifi ile olumlu ve dini başa çıkma arasında ($r = .21$, $p < .01$), son olarak olumlu dini başa çıkma ile olumsuz dini başa çıkma arasında ($r = .24$, $p < .01$) olumlu yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Genel olarak değerlendirildiğinde, beklenen yönde ilişkilerin gözlemlendiği söylenebilir.

3.3. İntihar Davranışları Açısından Gruplararası Farklılıklar

Öncelikle, her bir gruptaki katılımcıların intihar davranışları değerlendirilmek amacıyla Eskin tarafından geliştirilen 5 soruya verdikleri yanıtların oranlarına Tablo 3.3'te yer verilmiştir. Araştırmanın hipotezi doğrultusunda katılımcıların intihar davranışlarını daha ayrıntılı değerlendirmek amacıyla sorulan bu beş soru ile grup değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını, gruplara göre nasıl dağılım düzeyi gösterdiklerini ele almak için Kikare testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. İntihar davranışları açısından gruplara göre Kikare testi sonuçları

İntihar Davranışı		Gruplar				Toplam	X ²	sd	p
		Onkoloji	Gastroente roloji	Psikiyatri	Kontrol				
Hayatınızda hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?	Evet	14(%11.7)	25(%20.8)	46(%38.3)	8(%6.7)	93(%19.4)	44,745	3	.00***
	Total	120	120	120	120	480			
Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?	Evet	2(%1.7)	7(%5.8)	20(%16.7)	4(%3.3)	33(%6.9)	25,609	3	.00***
	Total	120	120	120	120	480			
Hayatınızda hiç kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?	Evet	4(%3.3)	11(%9.2)	24(%20)	1(%0.8)	40(%8.3)	34,255	3	.00***
	Total	120	120	120	120	480			
Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?	Evet	1(%0.8)	1(%0.8)	7(%5.8)	2(%1.7)	11(%2.3)	9,211	3	.03*
	Total	120	120	120	120	480			
Şu an kendinizi öldürme düşünceniz var mı?	Evet	1(%0.8)	2(%1.7)	3(%2.5)	1(%0.8)	7(%1.5)	1,595	3	.66
	Total	120	120	120	120	480			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Kikare testi sonucuna göre, çalışmada “Hayatınızda hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?” sorusu ile grup değişkeni arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu ve orta etki boyuna sahip olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 44.745$, $p<.01$, $\Phi= .30$). Sonuçlar dikkate alındığında, hayatının herhangi bir döneminde kendi öldürmeyi en az düşünen yani soruya hayır yanıtının daha fazla verildiği grubun kontrol grubu olduğu, hayatının herhangi bir döneminde kendi öldürmeyi en fazla düşünen ise psikiyatri grubu olduğu bunu gastroenteroloji ve onkolojinin takip ettiği görülmektedir (Tablo 3.3).

“Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?” sorusu ile grup değişkeni arasında istatistiksel olarak farklılık olduğu ve küçük-orta etki boyuna sahip olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 25.609$, $p<.01$, $\Phi= .23$). Son iki ay içerisinde kendi öldürmeyi en az düşünen yani soruya hayır yanıtının daha fazla verildiği grubun onkoloji grubu olduğu, iki ay gibi yakın bir süre içerisinde kendi öldürmeyi en fazla düşünen grubun ise psikiyatri grubu olduğu ve takip eden grupların sırasıyla gastroenteroloji ve kontrol grubu olduğu görülmektedir (Tablo 3.3).

“Hayatınızda hiç kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?” sorusu ile grup değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve orta etki boyuna yakın olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 34.255$, $p<.01$, $\Phi= .27$). Hayatının herhangi bir döneminde kendini öldürme girişiminde daha az bulunan yani soruya hayır yanıtını daha fazla veren grubun kontrol grubu olduğu, hayatının herhangi bir döneminde kendini öldürme girişiminin daha fazla olduğu grubun ise psikiyatri grubu olduğu görülmüştür. Psikiyatri grubunu ise gastroenteroloji ardından da onkoloji grubu takip etmiştir (Tablo 3.3).

“Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?” sorusu ile grup değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve küçük etki boyuna sahip olduğu bulunmuştur ($\chi^2= 9.211$, $p<.05$, $\Phi= .14$). Son iki ay içerisinde kendini öldürme girişiminin ise en az olduğu grubun onkoloji ve gastroenteroloji grupları olduğu, en yüksek son iki ayda kendini öldürme girişiminin en yüksek olduğu grubun yine psikiyatri olduğu ve bunu kontrol grubunun takip ettiği görülmektedir (Tablo 3.3).

Şu an kendinizi öldürme düşünceniz var mı? sorusu ile grup değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($\chi^2= 1.595$, $p=.66$). Hiçbir grubun şu an kendini öldürme düşüncesi açısından birbirinden farklılaşmadığı görülmektedir (Tablo 3.3).

3.3.1. Tüm Değişkenlerin Grup, Cinsiyet ve Grup*Cinsiyet Etkileşimine İlişkin Çok Değişkenli Varyans Analizi (Manova) Sonuçları

Çalışmada grup ve cinsiyetin ana etkisi aynı zamanda bu iki değişkenin etkileşimine bağlı olarak tüm değişkenlerin (intihar olasılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük, sorun çözme, sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başaçekmalarının) farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (Manova) testi yürütülmüştür. Çalışmanın etki büyüklüğü kısmi Eta kare (η^2) ile ölçülmüştür [$\eta^2= 0.01$ için küçük, $\eta^2=$

0.06 için orta ve $\eta^2 = 0.14$ için büyük olarak yorumlanır (Cohen, 1992)]. Analiz sonuçları grup [F(33, 1392)= 5.083, $p < 0.01$; Pillai's Trace= .323, $\eta^2 = .108$] ve cinsiyetin [F(11, 462)= 4.679, $p < 0.01$; Pillai's Trace= .100, $\eta^2 = .100$] ana etkisine bağlı tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiş ve büyük etkiye yakın bir etki boyu bulunmuştur. Grup ve cinsiyet etkileşim etkisinin [F(33, 1392)= 1.188, $p < 0.01$; Pillai's Trace= .082, $\eta^2 = .027$] ise tüm değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği görülmüştür (Bkz. Tablo 3.4). Ayrıca bağımlı değişkenlerdeki değişimin %10.8'i grup değişkeni; %10'u ise cinsiyet değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 3.4. Çok Değişkenli Varyans Analizi (Manova testi) sonuçları

Değişken	Pillai's Trace	F	df	Hata df	p	η^2
Grup	.323	5.083	33	1392	0.00***	.108
Cinsiyet	.100	4.679	11	462	0.00***	.100
Grup*Cinsiyet	.082	1.188	33	1392	0.21	.027

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 3.5 incelendiğinde, katılımcıların gruplara göre intihar olasılığında aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 37.871, $p < 0.01$, $\eta^2 = .194$]; belirsizliğe tahammülsüzlükten aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 4.583, $p < 0.01$, $\eta^2 = .028$]; sorun çözmeden aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 23.159, $p < 0.01$, $\eta^2 = .128$]; sosyal destekten aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 24.055, $p < 0.01$, $\eta^2 = .133$]; geçmiş olumsuz zaman perspektifinden aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 7.296, $p < 0.01$, $\eta^2 = .044$]; geçmiş olumlu zaman perspektifinden aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 29.040, $p < 0.01$, $\eta^2 = .156$]; şimdi haccı zaman perspektifinden aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 4.002, $p < 0.01$, $\eta^2 = .025$]; olumlu dini başa çıkmadan aldıkları puanlar arasında [F(3, 472)= 6.797, $p < 0.01$, $\eta^2 = .041$] anlamlı bir farklılık görülmüştür. Şimdi kaderci zaman perspektifi ($p = 0.934 > 0,05$), gelecek zaman perspektifi ($p = 0.102 > 0,05$) ve olumsuz dini başa çıkmadan ($p = 0,060 > 0,05$) aldıkları puanlar arasında ise anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 3.5. Gruplara göre değişkenlerin varyans analizi sonuçları

Değişken	F	p	η ²
İO	37.871	.00***	.194
BT	4.583	.00***	.028
SÇ	23.159	.00***	.128
SD	24.055	.00***	.133
GPZP	29.040	.00***	.156
GNZP	7.296	.00***	.044
ŞKZP	.144	.93	.001
ŞHZP	4.002	.00***	.025
GZP	2.083	.10	.013
DBÇP	6.797	.00***	.041
DBCN	2.480	.06	.016

*p<.05, **p<.01, ***p<.001; Not: İO: İntihar Olasılığı, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, SÇ: Sorun Çözme, SD: Sosyal Destek, GPZP: Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifi, GNZP: Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi, ŞKZP: Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi, ŞHZP: Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi, GZP: Gelecek Zaman Perspektifi, DBÇP: Olumlu Dini Başaçıkma, DBCN: Olumsuz Dini Başaçıkma

Gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren değişkenlerin ortalama ve standart sapma puan değerlerine ise tablo 3.6'da yer verilmiştir.

Tablo 3.6. Gruplara göre değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri

Değişkenler		Gruplar			
		Onkoloji	Gastroenteroloji	Psikiyatri	Kontrol
İntihar Olasılığı	<i>Ortalama</i>	57,65	65,51	78,14	64,97
	<i>Standart Sapma</i>	12,24	13,53	17,73	12,59
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	<i>Ortalama</i>	75,43	78,80	84,84	77,56
	<i>Standart Sapma</i>	20,09	21,68	21,31	17,70
Sorun Çözme	<i>Ortalama</i>	75,23	69,20	61,43	69,06
	<i>Standart Sapma</i>	11,80	12,19	14,60	11,97
Sosyal Destek	<i>Ortalama</i>	74,81	66,46	57,24	67,78
	<i>Standart Sapma</i>	10,60	16,06	19,93	15,61
Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	<i>Ortalama</i>	28,93	30,09	33,88	30,48
	<i>Standart Sapma</i>	6,64	7,60	8,93	7,48
Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifi	<i>Ortalama</i>	37,50	33,65	30,58	34,23
	<i>Standart Sapma</i>	5,22	5,66	6,26	4,79
Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	<i>Ortalama</i>	52,79	50,93	50,26	50,48
	<i>Standart Sapma</i>	7,88	7,30	8,77	8,02
Olumlu Dini Başa Çıkma	<i>Ortalama</i>	24,80	22,84	21,22	24,36
	<i>Standart Sapma</i>	6,14	6,47	7,48	5,44

Grupları arasındaki farklılığın ne şekilde olduğunu görebilmek için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonuçlarına göre, psikiyatri grubunun gastroenteroloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 12.626, $p<0.01$, %95 GA [7.620, 17.631]), kontrol grubundan (ortalama farkları/mean difference= 12.833, $p<0.01$, %95 GA [7.923, 17.743]) ve onkoloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 20.025, $p<0.01$, %95 GA [14.899, 25.151]); gastroenteroloji grubu onkoloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 7.399, $p<0.01$, %95 GA [2.213, 12.585]); kontrol grubu onkoloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 7.192, $p<0.01$, %95 GA [2.099, 12.286]) daha yüksek intihar olasılığına sahip olduğu bulunmuştur.

Psikiyatri grubunda yer alan katılımcıların hem gastroenteroloji (ortalama farkları/mean difference= 7.143, $p<0.01$, %95 GA [1.109, 14.177]) hem de onkoloji (ortalama farkları/mean difference= 9.437, $p<0.01$, %95 GA [2.234, 16.640]) grubundakilerden daha belirsizliğe tahammülsüz olduklarına ulaşılmıştır.

Onkoloji grubunun gastroenteroloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 6.450, $p<0.01$, %95 GA [1.827, 11.072]), kontrol grubundan (ortalama farkları/mean difference= 6.922, $p<0.01$, %95 GA [2.382, 11.462]) ve psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 14.299, $p<0.01$, %95 GA [9.731, 18.868]); gastroenteroloji grubu psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 7.850, $p<0.01$, %95 GA [3.388, 12.311]); kontrol grubunun psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 7.378, $p<0.01$, %95 GA [3.001, 11.754]) sorun çözümede daha iyi oldukları bulunmuştur.

Onkoloji grubu kontrol grubundan (ortalama farkları/mean difference= 7.205, $p<0.01$, %95 GA [1.507, 12.904]), gastroenteroloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 9.197, $p<0.01$, %95 GA [3.395, 14.999]) ve psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 18.137, $p<0.01$, %95 GA [12.403, 23.872]); gastroenteroloji grubu psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 8.940, $p<0.01$, %95 GA [3.340, 14.540]); kontrol grubu psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 10.932, $p<0.01$, %95 GA [5.439, 16.425]) daha fazla sosyal destek algılamaktadırlar.

Psikiyatri grubunun kontrol grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.054, $p<0.01$, %95 GA [1.377, 5.731]), gastroenteroloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.613, $p<0.01$, %95 GA [1.883, 6.342]) ve onkoloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 4.596, $p<0.01$, %95 GA [1.801, 7.391]) daha fazla geçmişte

olumsuz zaman perspektifine sahip olduğu görülmüştür.

Onkoloji grubu kontrol grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.318, $p<0.01$, %95 GA [1.338, 5.298]), gastroenteroloji grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.720, $p<0.01$, %95 GA [1.704, 5.735]) ve psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 6.999, $p<0.01$, %95 GA [5.007, 8.992]); gastroenteroloji grubu psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.280, $p<0.01$, %95 GA [1.334, 5.225]); kontrol grubu psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.681, $p<0.01$, %95 GA [1.772, 5.590]) daha fazla geçmişte olumlu zaman perspektifi göstermişlerdir.

Onkoloji grubunun kontrol grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.146, $p<0.01$, %95 GA [.298, 5.994]) ve psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.393, $p<0.01$, %95 GA [.527, 6.259]) daha hazcı zaman perspektifi sergiledikleri görülmüştür.

Son olarak, onkoloji grubunun psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.180, $p<0.01$, %95 GA [0.873, 5.488]); kontrol grubunun yine psikiyatri grubundan (ortalama farkları/mean difference= 3.250, $p<0.01$, %95 GA [1.040, 5.460]) daha olumlu dini başaçıkmaya sahip olduklarına ulaşılmıştır.

Benzer şekilde Tablo 3.7 ele alındığında, katılımcıların cinsiyete göre belirsizliğe tahammülsüzlükten aldıkları puanlar arasında [$F(1, 472)= 11.569$, $p<0.01$, $\eta^2= .024$]; şimdi hazcı zaman perspektifinden aldıkları puanlar arasında [$F(1, 472)= 6.155$, $p<0.01$, $\eta^2= .013$]; olumlu dini başaçıkmadan aldıkları puanlar arasında [$F(1, 472)= 7.110$, $p<0.01$, $\eta^2= .015$] anlamlı bir farklılık görülmüştür. İntihar olasılığı ($p=0.311>0,05$), sorun çözme ($p=0.068>0,05$), sosyal destek ($p=0.163>0,05$), geçmiş olumsuz ($p=0.097>0,05$), geçmiş olumlu ($p=0.557>0,05$), şimdi kaderci ($p=0.941>0,05$) ve gelecek ($p=0.147>0,05$) zaman perspektifleri, olumsuz dini başaçıkmadan ($p=0.158>0,05$) aldıkları puanlar arasında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 3.7. Cinsiyete göre değişkenlerin varyans analizi sonuçları

Değişken	F	p	η^2
İO	1.027	.31	.002
BT	11.569	.00***	.024
SÇ	3.358	.07	.007
SD	1.953	.16	.004
GPZP	.346	.56	.001
GNZP	2.762	.10	.006
ŞKZP	.005	.94	.000
ŞHZP	6.155	.01***	.013
GZP	2.083	.15	.004
DBÇP	6.797	.01***	.015
DBÇN	2.480	.16	.004

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; Not: İO: İntihar Olasılığı, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, SÇ: Sorun Çözme, SD: Sosyal Destek, GPZP: Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifi, GNZP: Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi, ŞKZP: Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi, ŞHZP: Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi, GZP: Gelecek Zaman Perspektifi, DBÇP: Olumlu Dini Başaçıkma, DBÇN: Olumsuz Dini Başaçıkma

Cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren değişkenlerin ortalama ve standart sapma puan değerlerine tablo 3.8’de yer verilmiştir.

Tablo 3.8. Cinsiyete göre değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri

Değişkenler		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	<i>Ortalama</i>	81,56	75,59
	<i>Standart Sapma</i>	20,47	20,05
Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	<i>Ortalama</i>	50,53	51,99
	<i>Standart Sapma</i>	8,21	7,73
Olumlu Dini Başa Çıkma	<i>Ortalama</i>	23,92	22,39
	<i>Standart Sapma</i>	6,35	6,77

Farklılığın cinsiyete göre nasıl olduğunu ele almak amacıyla çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonuçlarına bakıldığında, kadınların erkeklerden daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olduğuna (ortalama farkları/mean difference= 6.442, $p < 0.01$, %95 GA [2.700, 10.164]); erkeklerin kadınlardan daha fazla şimdide hazcı olduğuna (ortalama farkları/mean difference= 1.869, $p < 0.01$, %95 GA [.389, 3.350]) ve kadınların erkeklerden daha fazla olumlu dini başaçıkma sahip olduğuna (ortalama farkları/mean difference= 1.618, $p < 0.01$, %95 GA [.426, 2.810]) ulaşılmıştır.

Grup*cinsiyet etkileşimine (Tablo 3.9) göre ise; intihar olasılığı ($p=0.602>0,05$), belirsizliğe tahammülsüzlük ($p=0.093>0,05$), sorun çözme ($p=0.397>0,05$), sosyal destek ($p=0.545>0,05$), geçmiş olumsuz ($p=0.262>0,05$), geçmiş olumlu ($p=0.668>0,05$), şimdi kaderci ($p=0.826>0,05$), şimdi hazcı ($p=0.106>0,05$), gelecek zaman perspektifleri ($p=0.842>0,05$), olumlu dini başaçıkma ($p=0.640>0,05$) ve olumsuz dini başaçıkma ($p=0.668>0,05$) aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3.9. Grup*Cinsiyet etkileşimine göre değişkenlerin varyans analizi sonuçları

Değişken	F	p	η^2
İO	.620	.60	.004
BT	2.147	.09	.013
SÇ	.991	.40	.006
SD	.712	.54	.005
GPZP	.521	.67	.003
GNZP	1.335	.26	.008
ŞKZP	.299	.83	.002
ŞHZP	2.047	.11	.013
GZP	.277	.84	.002
DBÇP	.563	.64	.004
DBÇN	.521	.67	.003

* $p<.05$, ** $p<.01$; Not: İO: İntihar Olasılığı, BT: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, SÇ: Sorun Çözme, SD: Sosyal Destek, GPZP: Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifi, GNZP: Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi, ŞKZP: Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi, ŞHZP: Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi, GZP: Gelecek Zaman Perspektifi, DBÇP: Olumlu Dini Başaçıkma, DBÇN: Olumsuz Dini Başaçıkma

3.4. Gruplara Göre Aracılık ve Durumsal Aracılık Modelleri Analiz Sonuçları

Çalışmanın amacı doğrultusunda kurulan modelin (Şekil 2.1 ve Şekil 2.2) gruplar arasında farklılık gösterebileceği düşünülmüş bu hipotez doğrultusunda her bir grup için ayrı ayrı model analizi yapılmıştır. Aracılık analizi sonuçları Tablo 3.8’de, Durumsal aracılık analizi sonuçları 3.9’da özetlenmiştir.

Tablo.3.10. Gruplara göre aracılık analizi sonuçları

Yollar	Gruplar			
	Onkoloji	Gastroenteroloji	Psikiyatri	Kontrol
a yolu	$b = -.34, 95\% \text{ GA}$ [-.51, -.16], $p < .001$	$b = -.42, 95\% \text{ GA}$ [-.59, -.26], $p < .001$	$b = -.51, 95\% \text{ GA}$ [-.66, -.35], $p < .001$	$b = -.47, 95\% \text{ GA}$ [-.63, -.31], $p < .001$
b yolu	$b = -.55, 95\% \text{ GA}$ [-.71, -.39], $p < .001$	$b = -.56, 95\% \text{ GA}$ [-.72, -.41], $p < .001$	$b = -.46, 95\% \text{ GA}$ [-.61, -.31], $p < .001$	$b = -.47, 95\% \text{ GA}$ [-.62, -.32], $p < .001$
c' yolu	$b = .04, 95\% \text{ GA}$ [-.11, .20], $p = .58$	$b = .16, 95\% \text{ GA}$ [.00, .31], $p < .05$	$b = .34, 95\% \text{ GA}$ [.19, .49], $p < .001$	$b = .31, 95\% \text{ GA}$ [.16, .46], $p < .001$
c yolu	$b = .23, 95\% \text{ GA}$ [.05, .41], $p < .01$	$b = .40, 95\% \text{ GA}$ [.23, .57], $p < .001$	$b = .58, 95\% \text{ GA}$ [.43, .73], $p < .001$	$b = .53, 95\% \text{ GA}$ [.38, .69], $p < .001$

Tablo 3.10 incelendiğinde; her grup için belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeye, sorun çözenin intihar olasılığı ile ters yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı ile ilişkisinin ise her grupta pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Sorun çözenin her grup için belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır. Onkoloji grubu için sorun çözenin tam aracı rolü bulunurken diğer gruplarda kısmi aracılık rolü olduğu bulunmuştur.

Tablo 3.11. Gruplara göre durumsal aracılık analizi sonuçları

Yollar	Gruplar			
	Onkoloji	Gastroenteroloji	Psikiyatri	Kontrol
Sosyal Destek ve Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü				
a₁ yolu	$b = -.32, 95\% \text{ GA}$ [-.49, -.15], $p < .01$	$b = -.40, 95\% \text{ GA}$ [-.56, -.24], $p < .01$	$b = -.50, 95\% \text{ GA}$ [-.65, -.34], $p < .01$	$b = -.42, 95\% \text{ GA}$ [-.58, -.27], $p < .01$
a₂ yolu	$b = .22, 95\% \text{ GA}$ [.05, .39], $p < .01$	$b = .33, 95\% \text{ GA}$ [.17, .49], $p < .01$	$b = .09, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .25], $p = .24$	$b = .27, 95\% \text{ GA}$ [.12, .43], $p < .01$
a₃ yolu	$b = -.05, 95\% \text{ GA}$ [-.23, .12], $p = .55$	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.15, .18], $p = .86$	$b = .08, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .23], $p = .24$	$b = .06, 95\% \text{ GA}$ [-.09, .21], $p = .44$
b₁ yolu	$b = -.45, 95\% \text{ GA}$ [-.61, -.29], $p < .01$	$b = -.40, 95\% \text{ GA}$ [-.55, -.26], $p < .01$	$b = -.39, 95\% \text{ GA}$ [-.53, -.24], $p < .01$	$b = -.33, 95\% \text{ GA}$ [-.48, -.18], $p < .01$
b₂ yolu	$b = .29, 95\% \text{ GA}$ [.12, .46], $p < .01$	$b = .20, 95\% \text{ GA}$ [.04, .37], $p < .05$	$b = .14, 95\% \text{ GA}$ [-.03, .31], $p = .11$	$b = .19, 95\% \text{ GA}$ [.01, .36], $p < .05$
b₃ yolu	$b = -.07, 95\% \text{ GA}$ [-.22, .08], $p = .36$	$b = -.03, 95\% \text{ GA}$ [-.18, .13], $p = .73$	$b = .10, 95\% \text{ GA}$ [-.05, .24], $p = .20$	$b = -.12, 95\% \text{ GA}$ [-.26, .02], $p = .08$
b₄ yolu	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.13, .16], $p = .83$	$b = -.15, 95\% \text{ GA}$ [-.28, -.02], $p < .05$	$b = .03, 95\% \text{ GA}$ [-.09, .15], $p = .62$	$b = -.16, 95\% \text{ GA}$ [-.30, -.01], $p < .05$
c'₁ yolu	$b = -.09, 95\% \text{ GA}$ [-.25, .07], $p = .28$	$b = .13, 95\% \text{ GA}$ [-.04, .30], $p = .12$	$b = .22, 95\% \text{ GA}$ [.05, .39], $p < .01$	$b = .19, 95\% \text{ GA}$ [.02, .37], $p < .05$
c'₂ yolu	$b = -.23, 95\% \text{ GA}$ [-.37, -.08], $p < .01$	$b = -.25, 95\% \text{ GA}$ [-.38, -.11], $p < .01$	$b = -.34, 95\% \text{ GA}$ [-.46, -.23], $p < .01$	$b = -.27, 95\% \text{ GA}$ [-.41, -.13], $p < .01$
c'₃ yolu	$b = .05, 95\% \text{ GA}$ [-.09, .20], $p = .47$	$b = -.17, 95\% \text{ GA}$ [-.32, -.01], $p < .05$	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.12, .13], $p = .93$	$b = -.05, 95\% \text{ GA}$ [-.20, .09], $p = .49$

Tablo 3.11. Gruplara göre durumsal aracılık analizi sonuçları (devamı)

Sosyal Destek ve Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü				
a₁ yolu	$b = -.32, 95\% \text{ GA}$ [-.49, -.15], $p < .01$	$b = -.40, 95\% \text{ GA}$ [-.56, -.24], $p < .01$	$b = -.50, 95\% \text{ GA}$ [-.65, -.34], $p < .01$	$b = -.42, 95\% \text{ GA}$ [-.58, -.27], $p < .01$
a₂ yolu	$b = .22, 95\% \text{ GA}$ [.05, .39], $p < .01$	$b = .33, 95\% \text{ GA}$ [.17, .49], $p < .01$	$b = .09, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .25], $p = .24$	$b = .27, 95\% \text{ GA}$ [.12, .43], $p < .01$
a₃ yolu	$b = -.05, 95\% \text{ GA}$ [-.23, .12], $p = .55$	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.15, .18], $p = .86$	$b = .08, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .23], $p = .24$	$b = .06, 95\% \text{ GA}$ [-.09, .21], $p = .44$
b₁ yolu	$b = -.44, 95\% \text{ GA}$ [-.59, -.28], $p < .01$	$b = -.37, 95\% \text{ GA}$ [-.52, -.22], $p < .01$	$b = -.37, 95\% \text{ GA}$ [-.51, -.23], $p < .01$	$b = -.33, 95\% \text{ GA}$ [-.48, -.17], $p < .01$
b₂ yolu	$b = -.25, 95\% \text{ GA}$ [-.39, -.10], $p < .01$	$b = -.23, 95\% \text{ GA}$ [-.37, -.09], $p < .01$	$b = -.08, 95\% \text{ GA}$ [-.21, .05], $p = .21$	$b = -.17, 95\% \text{ GA}$ [-.31, -.03], $p < .05$
b₃ yolu	$b = -.09, 95\% \text{ GA}$ [-.25, .06], $p = .24$	$b = .14, 95\% \text{ GA}$ [-.03, .31], $p = .10$	$b = .03, 95\% \text{ GA}$ [-.12, .18], $p = .70$	$b = -.10, 95\% \text{ GA}$ [-.25, .05], $p = .18$
b₄ yolu	$b = .15, 95\% \text{ GA}$ [-.02, .32], $p = .08$	$b = -.07, 95\% \text{ GA}$ [-.19, .04], $p = .21$	$b = .03, 95\% \text{ GA}$ [-.08, .14], $p = .63$	$b = -.01, 95\% \text{ GA}$ [-.15, .13], $p = .89$
c'₁ yolu	$b = .03, 95\% \text{ GA}$ [-.11, .18], $p = .66$	$b = .28, 95\% \text{ GA}$ [.14, .42], $p < .01$	$b = .32, 95\% \text{ GA}$ [.19, .46], $p < .01$	$b = .33, 95\% \text{ GA}$ [.19, .47], $p < .01$
c'₂ yolu	$b = -.24, 95\% \text{ GA}$ [-.38, -.09], $p < .01$	$b = -.16, 95\% \text{ GA}$ [-.30, -.01], $p < .05$	$b = -.33, 95\% \text{ GA}$ [-.46, -.21], $p < .01$	$b = -.25, 95\% \text{ GA}$ [-.40, -.10], $p < .01$
c'₃ yolu	$b = .05, 95\% \text{ GA}$ [-.10, .20], $p = .52$	$b = -.18, 95\% \text{ GA}$ [-.34, -.03], $p < .05$	$b = -.01, 95\% \text{ GA}$ [-.14, .12], $p = .90$	$b = -.10, 95\% \text{ GA}$ [-.24, .05], $p = .19$
Sosyal Destek ve Şimdi Kaderci Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü				
a₁ yolu	$b = -.32, 95\% \text{ GA}$ [-.49, -.15], $p < .01$	$b = -.40, 95\% \text{ GA}$ [-.56, -.24], $p < .01$	$b = -.50, 95\% \text{ GA}$ [-.65, -.34], $p < .01$	$b = -.42, 95\% \text{ GA}$ [-.58, -.27], $p < .01$
a₂ yolu	$b = .22, 95\% \text{ GA}$ [.05, .39], $p < .01$	$b = .33, 95\% \text{ GA}$ [.17, .49], $p < .01$	$b = .09, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .25], $p = .24$	$b = .27, 95\% \text{ GA}$ [.12, .43], $p < .01$
a₃ yolu	$b = -.05, 95\% \text{ GA}$ [-.23, .12], $p = .55$	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.15, .18], $p = .86$	$b = .08, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .23], $p = .24$	$b = .06, 95\% \text{ GA}$ [-.09, .21], $p = .44$
b₁ yolu	$b = -.44, 95\% \text{ GA}$ [-.61, -.27], $p < .01$	$b = -.38, 95\% \text{ GA}$ [-.54, -.23], $p < .01$	$b = -.40, 95\% \text{ GA}$ [-.54, -.25], $p < .01$	$b = -.33, 95\% \text{ GA}$ [-.50, -.17], $p < .01$
b₂ yolu	$b = .07, 95\% \text{ GA}$ [-.09, .23], $p = .41$	$b = .12, 95\% \text{ GA}$ [-.02, .26], $p = .08$	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.14, .15], $p = .98$	$b = .08, 95\% \text{ GA}$ [-.07, .24], $p = .28$
b₃ yolu	$b = -.09, 95\% \text{ GA}$ [-.25, .06], $p = .23$	$b = .08, 95\% \text{ GA}$ [-.07, .24], $p = .29$	$b = .04, 95\% \text{ GA}$ [-.10, .18], $p = .56$	$b = -.08, 95\% \text{ GA}$ [-.23, .06], $p = .24$
b₄ yolu	$b = -.09, 95\% \text{ GA}$ [-.23, .04], $p = .17$	$b = -.13, 95\% \text{ GA}$ [-.24, -.01], $p < .05$	$b = -.08, 95\% \text{ GA}$ [-.20, .04], $p = .21$	$b = -.06, 95\% \text{ GA}$ [-.18, .05], $p = .28$
c'₁ yolu	$b = .02, 95\% \text{ GA}$ [-.13, .18], $p = .75$	$b = .22, 95\% \text{ GA}$ [.08, .37], $p < .01$	$b = .33, 95\% \text{ GA}$ [.19, .47], $p < .01$	$b = .28, 95\% \text{ GA}$ [.13, .43], $p < .01$
c'₂ yolu	$b = -.29, 95\% \text{ GA}$ [-.44, -.14], $p < .01$	$b = -.28, 95\% \text{ GA}$ [-.42, -.15], $p < .01$	$b = -.35, 95\% \text{ GA}$ [-.47, -.24], $p < .01$	$b = -.30, 95\% \text{ GA}$ [-.45, -.16], $p < .01$
c'₃ yolu	$b = .06, 95\% \text{ GA}$ [-.10, .21], $p = .47$	$b = -.15, 95\% \text{ GA}$ [-.31, .02], $p = .08$	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.13, .14], $p = .95$	$b = -.08, 95\% \text{ GA}$ [-.23, .06], $p = .25$
Sosyal Destek ve Şimdi Hazcı Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü				
a₁ yolu	$b = -.32, 95\% \text{ GA}$ [-.49, -.15], $p < .01$	$b = -.40, 95\% \text{ GA}$ [-.56, -.24], $p < .01$	$b = -.50, 95\% \text{ GA}$ [-.65, -.34], $p < .01$	$b = -.42, 95\% \text{ GA}$ [-.58, -.27], $p < .01$
a₂ yolu	$b = .22, 95\% \text{ GA}$ [.05, .39], $p < .01$	$b = .33, 95\% \text{ GA}$ [.17, .49], $p < .01$	$b = .09, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .25], $p = .24$	$b = .27, 95\% \text{ GA}$ [.12, .43], $p < .01$
a₃ yolu	$b = -.05, 95\% \text{ GA}$ [-.23, .12], $p = .55$	$b = .01, 95\% \text{ GA}$ [-.15, .18], $p = .86$	$b = .08, 95\% \text{ GA}$ [-.06, .23], $p = .24$	$b = .06, 95\% \text{ GA}$ [-.09, .21], $p = .44$
b₁ yolu	$b = -.51, 95\% \text{ GA}$ [-.68, -.34], $p < .01$	$b = -.44, 95\% \text{ GA}$ [-.59, -.29], $p < .01$	$b = -.38, 95\% \text{ GA}$ [-.52, -.24], $p < .01$	$b = -.32, 95\% \text{ GA}$ [-.48, -.16], $p < .01$

Tablo 3.11. Gruplara göre durumsal aracılık analizi sonuçları

b₂ yolu	b= .05, 95% GA [-.10, .19], p=.54	b= .01, 95% GA [-.13, .13], p=.95	b= .08, 95% GA [-.04, .19], p=.20	b= .06, 95% GA [-.07, .20], p=.37
b₃ yolu	b= -.11, 95% GA [-.27, .05], p=.17	b= .06, 95% GA [-.09, .22], p=.43	b= .07, 95% GA [-.07, .20], p=.34	b= -.07, 95% GA [-.22, .07], p=.31
b₄ yolu	b= .05, 95% GA [-.09, .2], p=.45	b= -.10, 95% GA [-.23, .03], p=.12	b= -.07, 95% GA [-.19, .05], p=.24	b= -.16, 95% GA [-.30, -.02], p<.05
c'₁ yolu	b= .03, 95% GA [-.12, .19], p=.69	b= .24, 95% GA [.09, .38], p<.01	b= .31, 95% GA [.18, .44], p<.01	b= .29, 95% GA [.15, .44], p<.01
c'₂ yolu	b= -.28, 95% GA [-.43, -.13], p<.01	b= -.24, 95% GA [-.39, -.10], p<.01	b= -.37, 95% GA [-.48, -.25], p<.01	b= -.33, 95% GA [-.47, -.16], p<.01
c'₃ yolu	b= .05, 95% GA [-.10, .21], p=.49	b= -.20, 95% GA [-.36, -.04], p<.01	b= .02, 95% GA [-.11, .15], p=.80	b= -.11, 95% GA [-.25, .04], p=.14
Sosyal Destek ve Gelecek Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü				
a₁ yolu	b= -.32, 95% GA [-.49, -.15], p<.01	b= -.40, 95% GA [-.56, -.24], p<.01	b= -.50, 95% GA [-.65, -.34], p<.01	b= -.42, 95% GA [-.58, -.27], p<.01
a₂ yolu	b= .22, 95% GA [.05, .39], p<.01	b= .33, 95% GA [.17, .49], p<.01	b= .09, 95% GA [-.06, .25], p=.24	b= .27, 95% GA [.12, .43], p<.01
a₃ yolu	b= -.05, 95% GA [-.23, .12], p=.55	b= .01, 95% GA [-.15, .18], p=.86	b= .08, 95% GA [-.06, .23], p=.24	b= .06, 95% GA [-.09, .21], p=.44
b₁ yolu	b= -.47, 95% GA [-.65, -.29], p<.01	b= -.50, 95% GA [-.67, -.33], p<.01	b= -.29, 95% GA [-.46, -.12], p<.01	b= -.33, 95% GA [-.51, -.15], p<.01
b₂ yolu	b= -.07, 95% GA [-.24, .11], p=.46	b= .07, 95% GA [-.08, .22], p=.35	b= -.16, 95% GA [-.30, -.01], p<.05	b= -.07, 95% GA [-.23, .09], p=.42
b₃ yolu	b= -.10, 95% GA [-.26, .06], p=.21	b= .08, 95% GA [-.07, .24], p=.30	b= .03, 95% GA [-.11, .17], p=.66	b= -.06, 95% GA [-.23, .10], p=.44
b₄ yolu	b= .12, 95% GA [-.05, .28], p=.28	b= -.11, 95% GA [-.23, -.01], p<.05	b= .01, 95% GA [-.07, .10], p=.72	b= -.04, 95% GA [-.17, .08], p=.50
c'₁ yolu	b= .05, 95% GA [-.11, .22], p=.54	b= .18, 95% GA [.01, .35], p<.05	b= .38, 95% GA [.23, .52], p<.01	b= .35, 95% GA [.18, .51], p<.01
c'₂ yolu	b= -.28, 95% GA [-.43, -.13], p<.01	b= -.26, 95% GA [-.40, -.12], p<.01	b= -.35, 95% GA [-.47, -.24], p<.01	b= -.28, 95% GA [-.43, -.14], p<.01
c'₃ yolu	b= .06, 95% GA [-.09, .21], p=.44	b= -.18, 95% GA [-.34, -.02], p<.05	b= -.01, 95% GA [-.13, .13], p=.96	b= -.08, 95% GA [-.23, .07], p=.27
Sosyal Destek ve Olumlu Dini Başarılarının Düzenleyici Rolü				
a₁ yolu	b= -.32, 95% GA [-.49, -.15], p<.01	b= -.40, 95% GA [-.56, -.24], p<.01	b= -.50, 95% GA [-.65, -.34], p<.01	b= -.42, 95% GA [-.58, -.27], p<.01
a₂ yolu	b= .22, 95% GA [.05, .39], p<.01	b= .33, 95% GA [.17, .49], p<.01	b= .09, 95% GA [-.06, .25], p=.24	b= .27, 95% GA [.12, .43], p<.01
a₃ yolu	b= -.05, 95% GA [-.23, .12], p=.55	b= .01, 95% GA [-.15, .18], p=.86	b= .08, 95% GA [-.06, .23], p=.24	b= .06, 95% GA [-.09, .21], p=.44
b₁ yolu	b= -.48, 95% GA [-.64, -.32], p<.01	b= -.40, 95% GA [-.55, -.25], p<.01	b= -.40, 95% GA [-.54, -.26], p<.01	b= -.36, 95% GA [-.51, -.21], p<.01
b₂ yolu	b= -.12, 95% GA [-.27, .02], p=.10	b= -.14, 95% GA [-.28, -.01], p<.05	b= -.02, 95% GA [-.14, .09], p=.68	b= -.03, 95% GA [-.16, .09], p=.60
b₃ yolu	b= -.10, 95% GA [-.26, .05], p=.20	b= .04, 95% GA [-.11, .19], p=.60	b= .05, 95% GA [-.09, .19], p=.49	b= -.07, 95% GA [-.22, .07], p=.30
b₄ yolu	b= .01, 95% GA [-.16, .17], p=.91	b= -.06, 95% GA [-.17, .05], p=.29	b= .02, 95% GA [-.09, .13], p=.73	b= -.14, 95% GA [-.28, .01], p=.06
c'₁ yolu	b= .05, 95% GA [-.10, .20], p=.52	b= .29, 95% GA [.14, .43], p<.01	b= .32, 95% GA [.18, .45], p<.01	b= .32, 95% GA [.17, .46], p<.01
c'₂ yolu	b= -.26, 95% GA [-.41, -.11], p<.01	b= -.27, 95% GA [-.41, -.13], p<.01	b= -.35, 95% GA [-.47, -.24], p<.01	b= -.29, 95% GA [-.43, -.15], p<.01

Tablo 3.11. Gruplara göre durumsal aracılık analizi sonuçları

c'3 yolu	b= .07, 95% GA [-.08, .22], p=.36	b= -.18, 95% GA [-.34, -.03], p<.05	b= .01, 95% GA [-.13, .13], p=.97	b= -.08, 95% GA [-.23, .06], p=.26
Sosyal Destek ve Olumsuz Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü				
a1 yolu	b= -.32, 95% GA [-.49, -.15], p<.01	b= -.40, 95% GA [-.56, -.24], p<.01	b= -.50, 95% GA [-.65, -.34], p<.01	b= -.42, 95% GA [-.58, -.27], p<.01
a2 yolu	b= .22, 95% GA [.05, .39], p<.01	b= .33, 95% GA [.17, .49], p<.01	b= .09, 95% GA [-.06, .25], p=.24	b= .27, 95% GA [.12, .43], p<.01
a3 yolu	b= -.05, 95% GA [-.23, .12], p=.55	b= .01, 95% GA [-.15, .18], p=.86	b= .08, 95% GA [-.06, .23], p=.24	b= .06, 95% GA [-.09, .21], p=.44
b1 yolu	b= -.49, 95% GA [-.66, -.31], p<.01	b= -.44, 95% GA [-.59, -.28], p<.01	b= -.40, 95% GA [-.54, -.25], p<.01	b= -.36, 95% GA [-.52, -.20], p<.01
b2 yolu	b= .01, 95% GA [-.17, .18], p=.95	b= -.08, 95% GA [-.22, .06], p=.25	b= .02, 95% GA [-.11, .15], p=.73	b= .01, 95% GA [-.16, .16], p=.96
b3 yolu	b= -.09, 95% GA [-.25, .06], p=.24	b= .02, 95% GA [-.14, .18], p=.81	b= .06, 95% GA [-.07, .20], p=.36	b= -.10, 95% GA [-.24, .05], p=.19
b4 yolu	b= .01, 95% GA [-.10, .11], p=.95	b= .01, 95% GA [-.11, .14], p=.83	b= .04, 95% GA [-.08, .16], p=.52	b= -.05, 95% GA [-.17, .07], p=.42
c'1 yolu	b= .03, 95% GA [-.13, .20], p=.67	b= .28, 95% GA [.12, .43], p<.01	b= .31, 95% GA [.17, .44], p<.01	b= .31, 95% GA [.16, .46], p<.01
c'2 yolu	b= -.27, 95% GA [-.42, -.12], p<.01	b= -.26, 95% GA [-.40, -.12], p<.01	b= -.36, 95% GA [-.47, -.24], p<.01	b= -.30, 95% GA [-.44, -.15], p<.01
c'3 yolu	b= .05, 95% GA [-.10, .21], p=.49	b= -.21, 95% GA [-.38, -.05], p<.01	b= .01, 95% GA [-.13, .13], p=.98	b= -.09, 95% GA [-.24, .05], p=.21

Tablo 3.11'de özetlenen ve çalışmanın amacı doğrultusunda ele alınan model (Bkz. Şekil 2.1 ve Şekil 2.2) için gruplarında bir değerlendirme yapıldığında; her bir grup için belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme arasındaki ilişkinin ters yönde ılımlı düzeyde olduğu görülmüştür. Sosyal destek ile sorun çözmenin arasındaki ilişkinin psikiyatri grubu hariç diğer gruplarda pozitif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur. Hiçbir grupta belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşimi ise sorun çözme ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Sorun özme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkinin her grupta ters yönde ılımlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Düzenleyici değişkenlerin intihar olasılığı ile arasındaki ilişkisine her bir grup için ayrı ayrı bakıldığında; psikiyatri hariç tüm gruplarda geçmiş olumsuz zaman perspektifi ile intihar olasılığı arasındaki ilişkinin pozitif yönde bir ilişki, geçmiş olumlu zaman perspektifi ile intihar olasılığı arasındaki ilişkinin ise ters yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Şimdi kaderci zaman perspektifi ve Şimdi hazcı zaman perspektifi ile intihar olasılığı arasındaki ilişki her grupta anlamsızdır. Sadece psikiyatri grubunda gelecek zaman perspektifi ile intihar olasılığı arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Son olarak, olumlu ve olumsuz dini başaçıkma ile intihar olasılığı arasındaki ilişki hiçbir grupta anlamlı ilişki göstermemiştir.

Modelde sorun çözüme ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerindeki etkisine bakıldığında; hem grup bazında hem de düzenleyici değişkenler bazında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Sorun çözümenin düzenleyici değişkenlerle etkileşiminin intihar olasılığı üzerindeki etkisi incelendiğinde ise, gastroenteroloji ve kontrol grubunda geçmiş olumsuz zaman perspektifi ile sorun çözümenin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde ters yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Şimdi kadereci zaman perspektifi ile sorun çözümenin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde sadece gastroenteroloji grubunda, şimdi hazcı zaman perspektifi ile sorun çözümenin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde sadece kontrol grubunda ters yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Gelecek zaman perspektifi ile sorun çözümenin etkileşiminin de intihar olasılığı üzerinde gastroenteroloji grubu için ters yönde anlamlı ilişki göstermiştir.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözüme aracılığıyla intihar olasılığı üzerindeki etkisinin geçmiş olumsuz zaman perspektifinde sadece psikiyatri ve kontrol gruplarda pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği, diğer tüm düzenleyici değişkenlerin bulunduğu modellerde ise belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözüme aracılığıyla intihar olasılığı üzerindeki etkisinin onkoloji grubu hariç diğer gruplarda pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Sosyal desteğin sorun çözüme aracılığıyla intihar olasılığı üzerindeki etkisinin tüm düzenleyici modeller için her grupta ters yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözümenin etkileşiminin sorun çözüme aracılığıyla intihar olasılığı üzerindeki etkisi ise, şimdi kadereci zaman perspektifi hariç diğer düzenleyici değişkenlerin yer aldığı modellerde sadece gastroenteroloji grubu için ters yönde anlamlı bir ilişkidir.

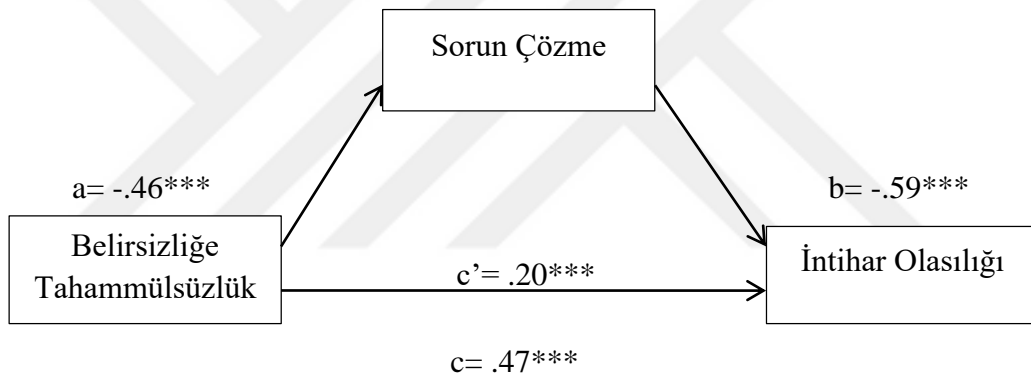
3.4.1. Aracılık Analizi Sonuçları

Gruplara göre test edilen modelin genel geçer bir model olmasından hareketle tüm katılımcılar için aracılık analizi yeniden yapılmıştır. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözüme aracılığıyla intihar olasılığını etkileyip etkilemediği test edilmiştir.

Yürütülen analiz sonuçları incelendiğinde; belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözüme anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediği görülmektedir ($\beta = -.46$, %95 GA [-.54, -.38], $t = -.11.388$, $p < .01$). Belirsizliğe tahammülsüzlük, sorun çözümedeki değişimin yaklaşık %21'ini ($R^2 = .213$) açıklamaktadır. Sorun çözümenin intihar olasılığını anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediği görülmektedir ($\beta = -.59$, %95 GA [-.66, -.51], $t = -15.851$, $p < .01$).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün ise intihar olasılığı üzerinde anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir etkisinin olduğu görülmektedir ($\beta = .20$, %95 GA [.12, .27], $t = 5.324$, $p < .01$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ve sorun çözmenin, intihar olasılığındaki değişimin %49'unu ($R^2 = .488$) açıklamaktadır.

Sorun çözmenin olmadığı durumda, belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmektedir ($\beta = .47$, %95 GA [.39, .55], $t = 11.553$, $p < .01$). Bu analiz sonuçları doğrultusunda, sorun çözmenin belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmektedir ($\beta = .27$, %95 GA [.21, .33]). Ayrıca, belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar arasındaki ilişkinin sorun çözmenin varlığında azaldığı görülmektedir. Dolayısıyla sorun çözmenin kısmı aracılık rolünün olduğu görülmektedir. Aracı modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.1'de sunulmaktadır.



(Not: Doğrudan etki (c'): .20, $p < .01$; Dolaylı etki: .27, %95 GA [.21, .33]).

Şekil 3.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı ilişkisinde sorun çözmenin aracı rolü

3.5. Durumsal Aracılık (Moderated Mediation) Modelleri

Çalışmada sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başaııkmanın düzenleyici olduğu durumsal aracılık (moderated mediation) modeli ile hipotezler test edilmiştir (Bkz. Şekil 2.2). Bu hipotezler doğrultusunda belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi etkileyerek intihar olasılığını etkilediği aracı modelde sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başaııkmanın düzenleyici etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla Hayes'in (2013) Process makrosu ile Model 65 kullanılarak %95 güven aralığı ve 5000 yeniden örnekleme (resample) yöntemi (Hayes,) yürütülen analizlerden elde edilen bulgular açıklanmış ve

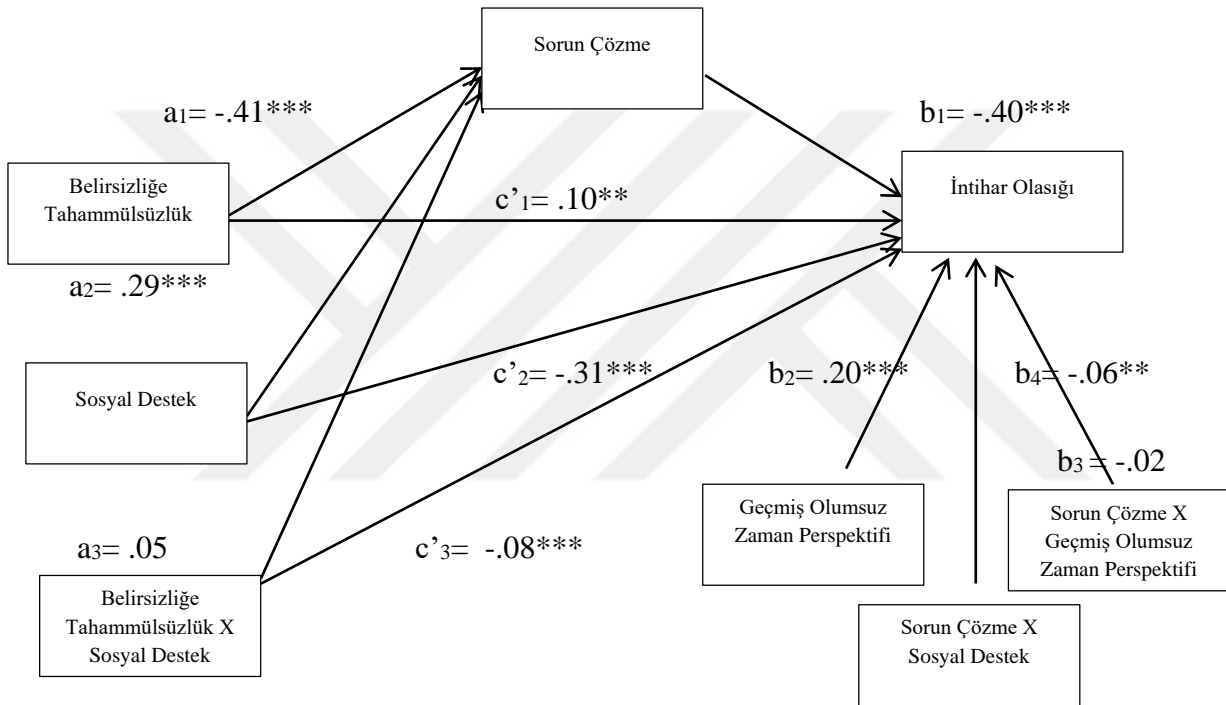
durumsal aracı modellerin grafiksel gösterimi Şekil 3.2, Şekil 3.3, Şekil 3.4, Şekil 3.5, Şekil 3.6, Şekil 3.7, Şekil 3.8’de sunulmuştur. Durumsal aracılığın anlamlı olup olmadığı durumsal aracılık indeksine göre belirlenmiş (Hayes) ve düzenleyici değişkenin farklı seviyeleri için (düşük-orta-yüksek) güven aralıklarının (bias corrected and accelerated confidence intervals) sıfır değerini içermiyor olması, bu modellerdeki durumsal aracılığın anlamlı olduğunu göstermiştir.

3.5.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi

Durumsal aracılık analiz sonuçları incelendiğinde; ilk olarak modelde tahmin değişkeni olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün (X) aracı değişken olan sorun çözmeye (a₁ yolu) etkisinin olduğu görülmüştür. Buna göre, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediği bulunmuştur ($\beta = -.41$, 95% GA [-.49, -.34], $p < .01$). Düzenleyici değişken olarak modelde yer alan sosyal desteğin (W) sorun çözmeye (a₂ yolu) üzerindeki etkisinin de anlamlı düzeyde ve pozitif yönde olduğu görülmüştür ($\beta = .29$, 95% GA [.21, .36], $p < .01$). Ancak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin (interaction, XW) sorun çözmeye (a₃ yolu) üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = .05$, 95% GA [-.02, .13], $p = .14$).

Sonrasında, tahmin değişkeni belirsizliğe tahammülsüzlüğün (X), aracı değişken sorun çözmenin (M) ve düzenleyici değişkenler olan sosyal destek (W), zaman perspektifi (V) ve bu değişkenlerin etkileşimlerinin (interaction, XW, MW, MV) modelde sonuç değişken olan intihar olasılığı (Y) üzerindeki etkileri incelenmiştir. Sorun çözmenin intihar olasılığı üzerinde (b₁ yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisi bulunmuştur ($\beta = -.40$, 95% GA [-.47, -.33], $p < .01$). Geçmiş olumsuz zaman perspektifinin intihar olasılığı üzerinde (b₂ yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = .20$, 95% GA [.13, .28], $p < .01$). Bununla birlikte, sorun çözmeye ile geçmiş olumsuz zaman perspektifinin etkileşiminin (b₄ yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı düzeyde ve ters yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir ($\beta = -.06$, 95% GA [-.12, -.01], $p < .05$). Ancak, sorun çözmeye ile sosyal desteğin etkileşiminin (b₃ yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = -.02$, 95% GA [-.09, .04], $p = .44$).

Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde ($c'1$ yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = .10$, 95% GA [.02, .17], $p < .05$). Sosyal desteğin intihar olasılığı üzerinde ($c'2$ yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde etkisi görülmüştür ($\beta = -.31$, 95% GA [-.37, -.25], $p < .01$). Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde ($c'3$ yolu) etkisinin anlamlı ve ters yönde olduğu bulunmuştur ($\beta = -.08$, 95% GA [-.14, .01], $p < .02$). Modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.2'de sunulmuştur.



Şekil 3.2. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve geçmiş olumsuz zaman perspektifinin düzenleyici etkisi

Düzenleyici değişkenler açısından durumsal aracılık indeksi (index of moderated mediation) incelendiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğin durumsal doğrudan etkisinde (conditional direct effects) sosyal destek düşükten ($\beta = .18$, standart hata = .05, 95% GA [.08, .29]) orta ($\beta = .10$, standart hata = .04, 95% GA [.02, .17]) düzeye gittikçe belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin azaldığı, yüksek sosyal desteğin ($\beta = .02$, standart hata = .05, 95% GA [-.08, .11]) ise anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Sorun çözenin aracılık ettiği belirsizliğe tahammülsüzlük

ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal destek ve geçmiş olumsuz zaman perspektifinin durumsal dolaylı etkisinde (conditinal indirect effects) ise sosyal desteğin düşük, orta ve yüksek olduğu durumda olumsuz geçmiş zaman perspektifi (düşük-orta-yüksek) arttıkça intihar olasılığı artmıştır (Tablo 3.10). Son olarak, tüm modelin anlamlı olduğu ($R^2 = .62$, $F(7,472) = 112.49$, $p < .001$) bulunmuştur. Ayrıca, yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi modelde düzenleyici etkisi olabilecek örneklem özellikleri kontrol edildiğinde de durumsal aracılık ilişkisinin devam ettiği görülmüştür.

Tablo 3.12. Aracılık ilişkisinde sosyal destek ve geçmiş olumsuz zaman perspektifinin düzenleyici etkilerine ilişkin değerler

	β	Standart Hata	Güven Aralığı
Düşük Sosyal Destek–Düşük Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.14	.04	[.07, .22]
Düşük Sosyal Destek–Orta Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.17	.03	[.11, .24]
Düşük Sosyal Destek–Yüksek Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.20	.04	[.14, .28]
Orta Sosyal Destek–Düşük Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.14	.02	[.09, .19]
Orta Sosyal Destek–Orta Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.16	.02	[.12, .21]
Orta Sosyal Destek–Yüksek Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.19	.02	[.14, .24]
Yüksek Sosyal Destek–Düşük Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.13	.03	[.08, .18]
Yüksek Sosyal Destek–Orta Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.15	.03	[.10, .21]
Yüksek Sosyal Destek–Yüksek Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifi	.17	.03	[.12, .24]

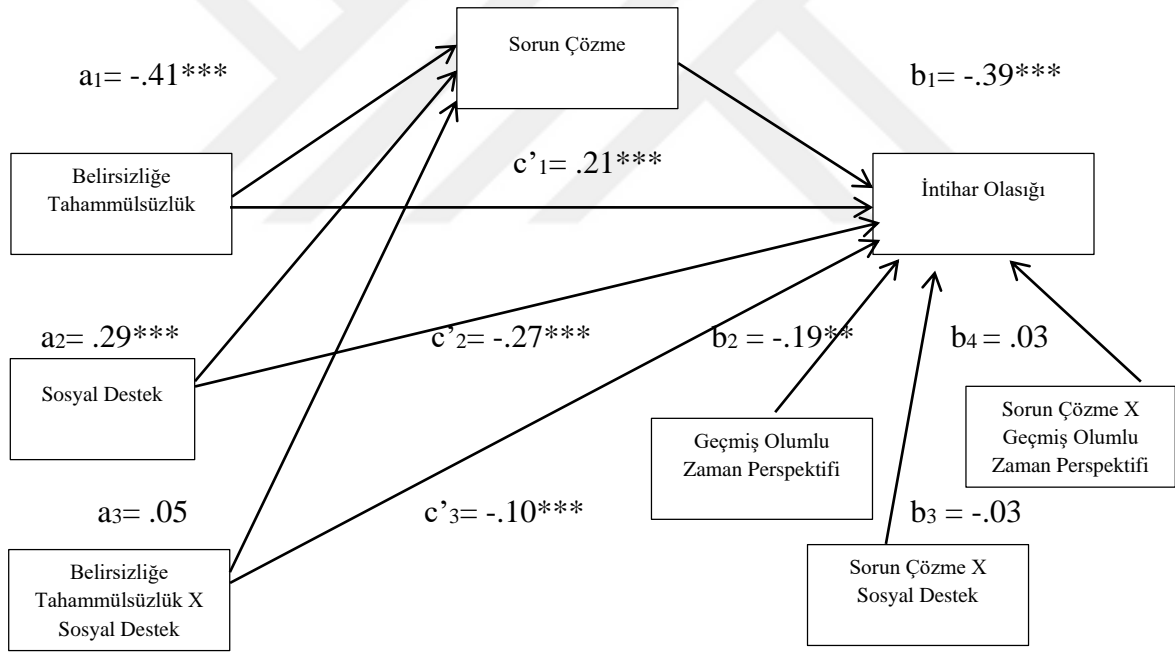
3.5.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi

Analiz sonuçları, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi (a_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta = -.41$, 95% GA [-.49, -.34], $p < .01$). Sosyal desteğin sorun çözme (a_2 yolu) üzerindeki etkisinin de anlamlı düzeyde ve pozitif yönde olduğu görülmüştür ($\beta = .29$, 95% GA [.21, .36], $p < .01$). Ancak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin sorun çözme (a_3 yolu) üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = .05$, 95% GA [-.02, .13], $p = .14$).

Sorun çözmenin intihar olasılığı üzerinde (b_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisi bulunmuştur ($\beta = -.39$, 95% GA [-.46, -.32], $p < .01$). Geçmiş olumlu zaman perspektifinin intihar olasılığı üzerinde (b_2 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin

olduğu görülmüştür ($\beta = -.19$, 95% GA $[-.25, -.12]$, $p < .01$). Sorun çözme ile geçmiş olumlu zaman perspektifinin etkileşiminin (b_4 yolu) de intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($\beta = .03$, 95% GA $[-.02, .09]$, $p = .23$). Benzer şekilde, sorun çözme ile sosyal desteğin etkileşiminin (b_3 yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = -.03$, 95% GA $[-.10, .04]$, $p = .39$).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde (c'_1 yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = .21$, 95% GA $[.15, .28]$, $p < .01$). Sosyal desteğin ise intihar olasılığı üzerinde (c'_2 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = -.27$, 95% GA $[-.33, -.20]$, $p < .01$). Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde (c'_3 yolu) etkisinin anlamlı düzeyde ve ters yönde olduğu bulunmuştur ($\beta = -.10$, 95% GA $[-.16, -.04]$, $p < .01$). Modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.3'te sunulmuştur.



Şekil 3.3. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve geçmiş olumlu zaman perspektifinin düzenleyici etkisi

Düzenleyici değişkenler açısından durumsal aracılık indeksine (index of moderated mediation) göre, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğin durumsal doğrudan etkisinde (conditional direct effects) sosyal destek arttıkça ($\beta = .31$, standart hata = .05, 95%

GA [.22, .41]; $\beta = .21$, standart hata= .03, 95% GA [.15, .28]; $\beta = .11$, standart hata= .04, 95% GA [.03, .20]) belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin azaldığı görülmüştür. Sorun çözenin aracılık ettiği belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal destek ve geçmiş olumlu zaman perspektifinin durumsal dolaylı etkisinde (conditinal indirect effects) anlamlı sonuçlar bulunmamıştır. Son olarak, tüm modelin anlamlı olduğu ($R^2 = .63$, $F(7,472) = 113.54$, $p < .001$) bulunmuştur. Aynı zamanda, yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun modelde düzenleyici etkisi olabileceğinden hareketle bu değişkenlerin etkisi kontrol edilse de durumsal aracılık ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

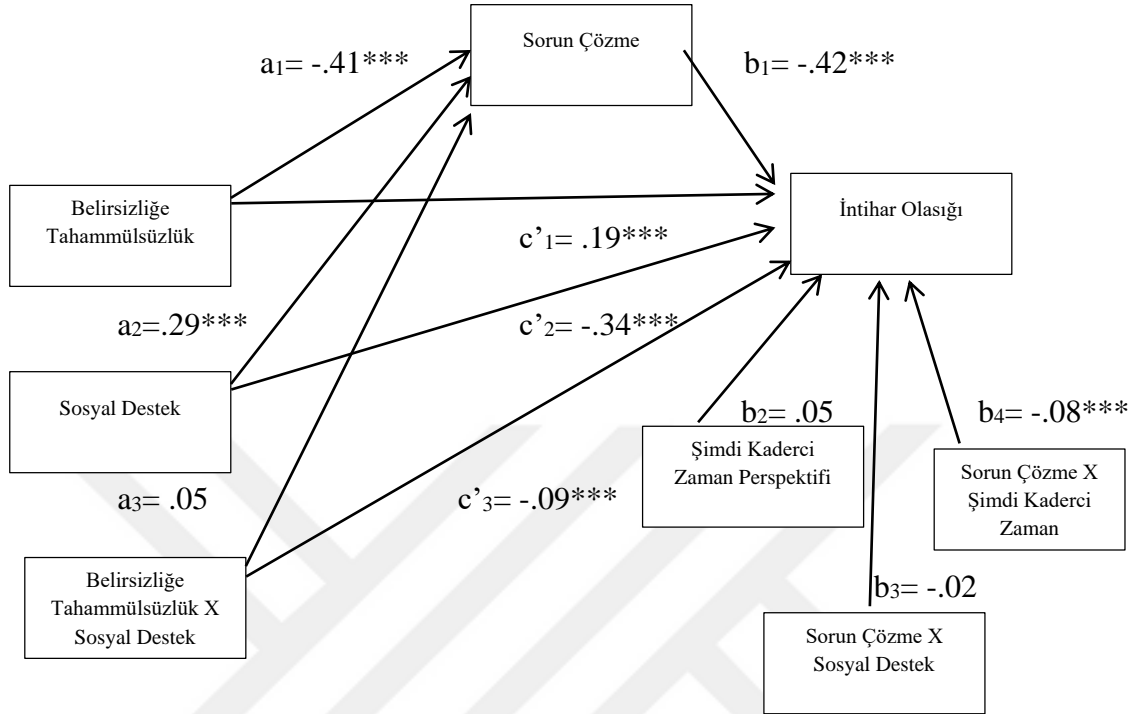
3.5.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Şimdi Kaderci Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi (a_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta = -.41$, 95% GA [-.49, -.34], $p < .01$). Sosyal desteğin sorun çözme (a_2 yolu) üzerindeki etkisinin de anlamlı düzeyde ve pozitif yönde olduğu görülmüştür ($\beta = .29$, 95% GA [.21, .36], $p < .01$). Ancak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin sorun çözme (a_3 yolu) üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = .05$, 95% GA [-.02, .13], $p = .14$).

Sorun çözenin intihar olasılığı üzerinde (b_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisi bulunmuştur ($\beta = -.42$, 95% GA [-.49, -.35], $p < .01$). Şimdi kaderci zaman perspektifinin intihar olasılığı üzerinde (b_2 yolu) anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($\beta = .05$, 95% GA [-.02, .11], $p = .15$). Sorun çözme ile şimdi kaderci zaman perspektifinin etkileşiminin (b_4 yolu) de intihar olasılığı üzerinde anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = -.08$, 95% GA [-.14, -.03], $p < .01$). Ancak, sorun çözme ile sosyal desteğin etkileşiminin (b_3 yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = -.02$, 95% GA [-.08, .05], $p = .60$).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde (c'_1 yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = .19$, 95% GA [.13, .26], $p < .01$). Sosyal desteğin ise intihar olasılığı üzerinde (c'_2 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = -.34$, 95% GA [-.40, -.35], $p < .01$). Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde (c'_3 yolu)

anlamli düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($\beta = -.09$, 95% GA [-.15, -.02], $p < .01$). Modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.4'te sunulmuştur.



Şekil 3.4. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve şimdi kaderci zaman perspektifinin düzenleyici etkisi

Düzenleyici değişkenler açısından durumsal aracılık indeksi (index of moderated mediation) incelendiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğin durumsal doğrudan etkisinde (conditional direct effects) sosyal destek arttıkça ($\beta = .28$, standart hata = .05, 95% GA [.18, .38]; $\beta = .19$, standart hata = .03, 95% GA [.13, .26]; $\beta = .10$, standart hata = .04, 95% GA [.01, .19]) belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin azaldığı görülmüştür. Sorun çözenin aracılık ettiği belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal destek ve şimdi kaderci zaman perspektifinin durumsal dolaylı etkisinde (conditinal indirect effects) ise sosyal desteğin düşük, orta ve yüksek olduğu durumda şimdi kaderci zaman perspektifi arttıkça intihar olasılığı artmıştır. Son olarak, tüm modelin anlamlı olduğu ($R^2 = .61$, $F_{(7,472)} = 105.33$, $p < .001$) bulunmuştur. Ek olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi modelde düzenleyici etkisi olabilecek örneklem özellikleri kontrol edildiğinde de durumsal aracılık ilişkisinin devam ettiği görülmüştür.

Tablo 3.13. Aracılık ilişkisinde sosyal destek ve şimdi kaderci zaman perspektifinin düzenleyici etkilerine ilişkin değerler

	β	Standart Hata	Güven Aralığı
Düşük Sosyal Destek–Düşük Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.15	.03	[.08, .22]
Düşük Sosyal Destek–Orta Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.19	.03	[.12, .26]
Düşük Sosyal Destek–Yüksek Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.23	.04	[.16, .32]
Orta Sosyal Destek–Düşük Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.14	.02	[.09, .19]
Orta Sosyal Destek–Orta Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.17	.02	[.13, .22]
Orta Sosyal Destek–Yüksek Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.21	.03	[.16, .27]
Yüksek Sosyal Destek–Düşük Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.13	.03	[.07, .18]
Yüksek Sosyal Destek–Orta Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.16	.03	[.10, .22]
Yüksek Sosyal Destek–Yüksek Şimdi Kaderci Zaman Perspektifi	.19	.03	[.13, .26]

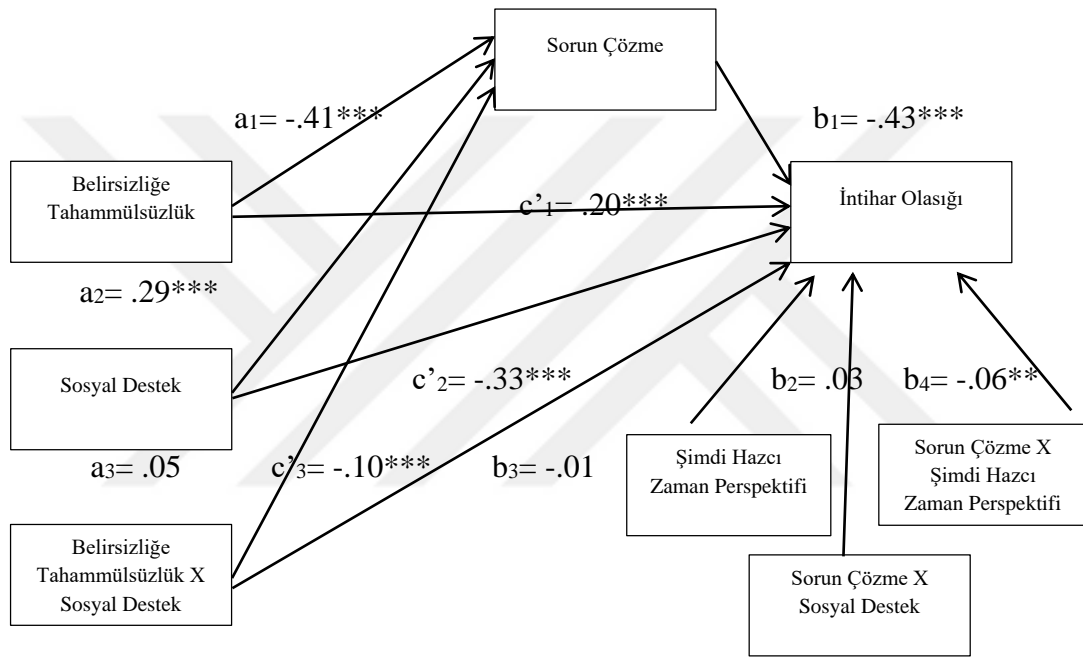
3.5.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Şimdi Hazcı Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi (a₁ yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta = -.41$, 95% GA [-.49, -.34], $p < .01$). Sosyal desteğin sorun çözme (a₂ yolu) üzerindeki etkisinin de anlamlı düzeyde ve olumlu yönde olduğu görülmüştür ($\beta = .29$, 95% GA [.21, .36], $p < .01$). Ancak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin sorun çözme (a₃ yolu) üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = .05$, 95% GA [-.02, .13], $p = .14$).

Sorun çözmenin intihar olasılığı üzerinde (b₁ yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisi bulunmuştur ($\beta = -.43$, 95% GA [-.50, -.37], $p < .01$). Şimdi hazcı zaman perspektifinin intihar olasılığı üzerinde (b₂ yolu) anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($\beta = .03$, 95% GA [-.02, .09], $p = .27$). Sorun çözme ile şimdi hazcı zaman perspektifinin etkileşiminin (b₄ yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = -.06$, 95% GA [-.12, -.01], $p < .05$). Sorun çözme ile sosyal desteğin etkileşiminin (b₃ yolu) ise intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına

ulaşmıştır ($\beta = -.01$, 95% GA [-.06, .06], $p = .98$).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde (c'_1 yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = .20$, 95% GA [.14, .27], $p < .01$). Sosyal desteğin ise intihar olasılığı üzerinde (c'_2 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = -.33$, 95% GA [-.40, -.27], $p < .01$). Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde (c'_3 yolu) etkisinin anlamlı düzeyde ve ters yönde olduğu bulunmuştur ($\beta = -.10$, 95% GA [-.16, -.03], $p < .01$). Modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.5'te sunulmuştur.



Şekil 3.5. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve şimdi hazcı zaman perspektifinin düzenleyici etkisi

Düzenleyici değişkenler açısından durumsal aracılık indeksine (index of moderated mediation) göre, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğin durumsal doğrudan etkisinde (conditional direct effects) sosyal destek arttıkça ($\beta = .30$, standart hata= .05, 95% GA [.20, .39]; $\beta = .20$, standart hata= .03, 95% GA [.14, .27]; $\beta = .10$, standart hata= .04, 95% GA [.01, .19]) belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin azaldığı görülmüştür. Sorun çözenin aracılık ettiği belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal destek ve şimdi hazcı zaman perspektifinin durumsal dolaylı etkisinde (conditional indirect effects) ise sosyal desteğin

düşük, orta ve yüksek olduğu durumda şimdi hazcı zaman perspektifi arttıkça intihar olasılığı artmıştır. Son olarak, tüm modelin anlamlı olduğu ($R^2 = .60$, $F_{(7,472)} = 103.59$, $p < .001$) bulunmuştur. Bununla birlikte yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumu gibi modelde düzenleyici etkisi olabilecek örneklem özellikleri kontrol edildiğinde de durumsal aracılık ilişkisinin devam ettiği görülmüştür.

Tablo 3.14. Aracılık ilişkisinde sosyal destek ve şimdi hazcı zaman perspektifinin düzenleyici etkilerine ilişkin değerler

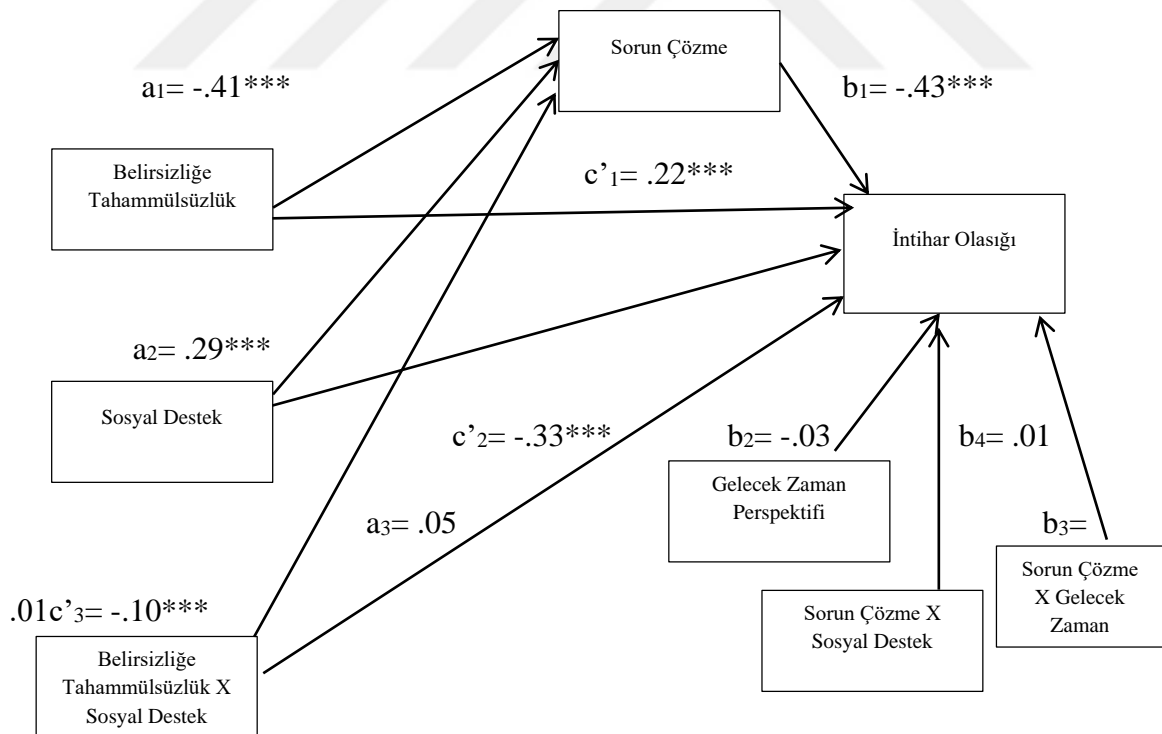
	β	Standart Hata	Güven Aralığı
Düşük Sosyal Destek–Düşük Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.17	.04	[.11, .25]
Düşük Sosyal Destek–Orta Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.20	.03	[.13, .27]
Düşük Sosyal Destek–Yüksek Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.23	.04	[.16, .32]
Orta Sosyal Destek–Düşük Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.15	.03	[.10, .21]
Orta Sosyal Destek–Orta Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.18	.02	[.14, .23]
Orta Sosyal Destek–Yüksek Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.21	.02	[.16, .26]
Yüksek Sosyal Destek–Düşük Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.13	.03	[.08, .20]
Yüksek Sosyal Destek–Orta Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.16	.03	[.10, .21]
Yüksek Sosyal Destek–Yüksek Şimdi Hazcı Zaman Perspektifi	.18	.03	[.12, .24]

3.5.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Gelecek Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi (a_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta = -.41$, 95% GA [-.49, -.34], $p < .01$). Sosyal desteğin sorun çözme (a_2 yolu) üzerindeki etkisinin de anlamlı düzeyde ve pozitif yönde olduğu görülmüştür ($\beta = .29$, 95% GA [.21, .36], $p < .01$). Ancak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin sorun çözme (a_3 yolu) üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = .05$, 95% GA [-.02, .13], $p = .14$).

Sorun çözenin intihar olasılığı üzerinde (b_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisi bulunmuştur ($\beta = -.43$, 95% GA $[-.51, -.35]$, $p < .01$). Gelecek zaman perspektifinin intihar olasılığı üzerinde (b_2 yolu) anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($\beta = -.03$, 95% GA $[-.10, .04]$, $p = .43$). Sorun çözme ile gelecek zaman perspektifinin etkileşiminin (b_4 yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($\beta = .01$, 95% GA $[-.04, .05]$, $p = .84$). Sorun çözme ile sosyal desteğin etkileşiminin (b_3 yolu) ise intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = -.01$, 95% GA $[-.08, .05]$, $p = .68$).

Dolaylı yollar incelendiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde (c'_1 yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = .22$, 95% GA $[.15, .29]$, $p < .01$). Sosyal desteğin ise intihar olasılığı üzerinde (c'_2 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = -.33$, 95% GA $[-.39, -.26]$, $p < .01$). Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde (c'_3 yolu) etkisinin anlamlı düzeyde ve ters yönde olduğu bulunmuştur ($\beta = -.10$, 95% GA $[-.17, -.04]$, $p < .01$). Modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.6'da sunulmuştur.



Şekil 3.6. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve gelecek zaman perspektifinin düzenleyici etkisi

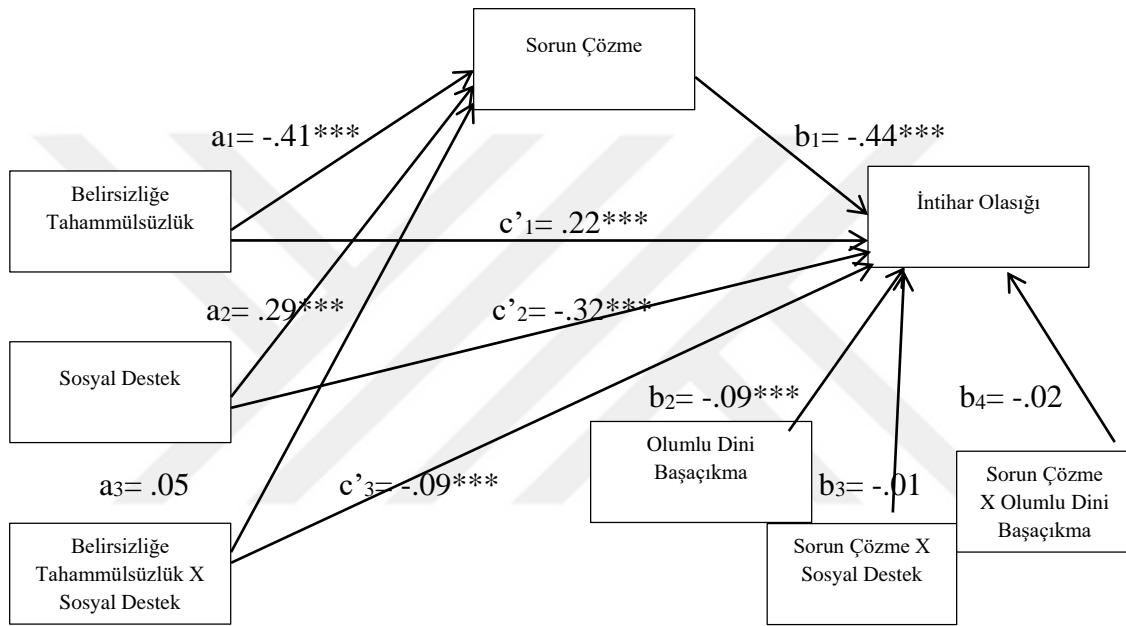
Düzenleyici değişkenler açısından durumsal aracılık indeksi (index of moderated mediation) incelendiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğin durumsal doğrudan etkisinde (conditional direct effects) sosyal destek arttıkça ($\beta = .32$, standart hata = .05, 95% GA [.22, .43]; $\beta = .22$, standart hata = .04, 95% GA [.15, .29]; $\beta = .11$, standart hata = .05, 95% GA [.02, .21]) belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin azaldığı görülmüştür. Sorun çözmenin aracılık ettiği belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal destek ve gelecek zaman perspektifinin durumsal dolaylı etkisinde (conditional indirect effects) anlamlı sonuçlar bulunmamıştır. Son olarak, tüm modelin anlamlı olduğu ($R^2 = .60$, $F_{(7,472)} = 101.63$, $p < .001$) bulunmuştur. Ek olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun modelde düzenleyici etkisi olabileceğinden hareketle bu değişkenlerin etkisi kontrol edilse de durumsal aracılık ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

3.5.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Olumlu Dini Başarılarının Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme (a₁ yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta = -.41$, 95% GA [-.49, -.34], $p < .01$). Sosyal desteğin sorun çözme (a₂ yolu) üzerindeki etkisinin de anlamlı düzeyde ve pozitif yönde olduğu görülmüştür ($\beta = .29$, 95% GA [.21, .36], $p < .01$). Ancak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin sorun çözme (a₃ yolu) üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = .05$, 95% GA [-.02, .13], $p = .14$).

Sorun çözmenin intihar olasılığı üzerinde (b₁ yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisi bulunmuştur ($\beta = -.44$, 95% GA [-.51, -.37], $p < .01$). Olumlu dini başarılarının intihar olasılığı üzerinde (b₂ yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = -.09$, 95% GA [-.15, -.03], $p < .01$). Sorun çözme ile olumlu dini başarılarının etkileşiminin (b₄ yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($\beta = -.02$, 95% GA [-.07, .03], $p = .47$). Sorun çözme ile sosyal desteğin etkileşiminin (b₃ yolu) ise intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = -.01$, 95% GA [-.07, .06], $p = .87$).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde (c'_1 yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = .22$, 95% GA [.15, .28], $p < .01$). Sosyal desteğin ise intihar olasılığı üzerinde (c'_2 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = -.32$, 95% GA [-.38, -.26], $p < .01$). Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde (c'_3 yolu) etkisinin anlamlı düzeyde ve ters yönde olduğu bulunmuştur ($\beta = -.09$, 95% GA [-.16, -.03], $p < .01$). Modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.7'de sunulmuştur.



Şekil 3.7. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve olumlu dini başaçıkmanın düzenleyici etkisi

Düzenleyici değişkenler açısından durumsal aracılık indeksine (index of moderated mediation) göre, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğin durumsal doğrudan etkisinde (conditional direct effects) sosyal destek arttıkça ($\beta = .31$, standart hata= .05, 95% GA [.21, .41]; $\beta = .22$, standart hata= .03, 95% GA [.15, .28]; $\beta = .13$, standart hata= .04, 95% GA [.04, .21]) belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin azaldığı görülmüştür. Sorun çözenin aracılık ettiği belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal destek ve olumlu dini başaçıkmanın durumsal dolaylı etkisinde (conditional indirect effects) anlamlı sonuçlar

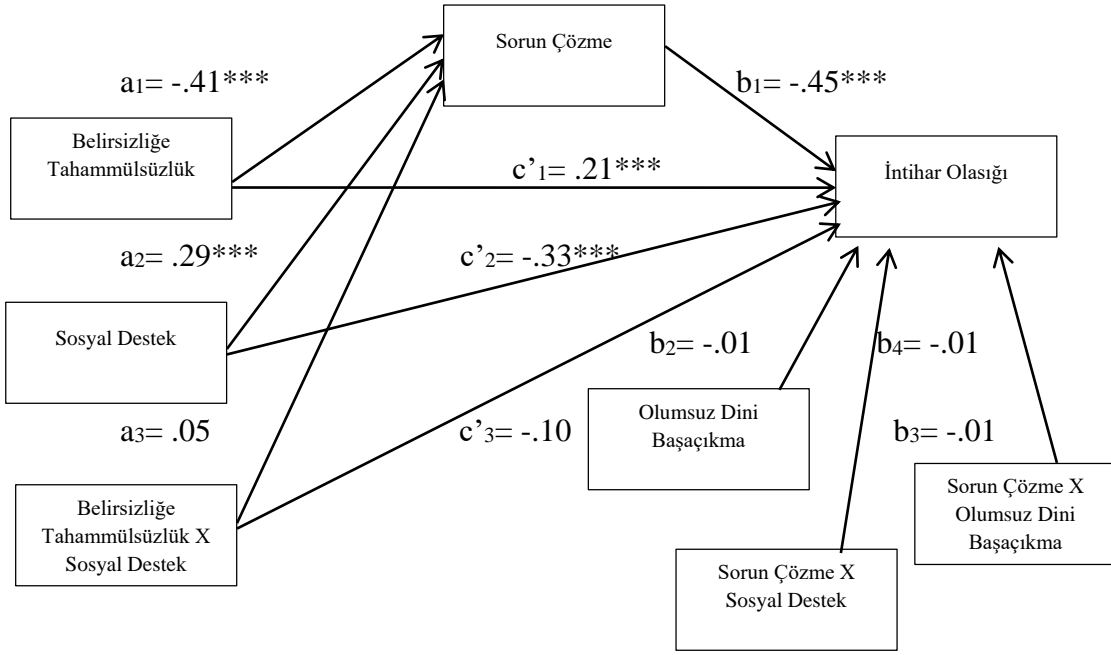
bulunmamıştır. Son olarak, tüm modelin anlamlı olduğu ($R^2 = .61$, $F_{(7,472)} = 104.77$, $p < .001$) bulunmuştur. Ayrıca yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun modelde düzenleyici etkisi olabileceğinden hareketle bu değişkenlerin etkisi kontrol edilse de durumsal aracılık ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

3.5.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişkide Sorun Çözmenin Aracılık Etkisinde Sosyal Destek ve Olumsuz Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık Etkisi

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi (a_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde etkilediğini göstermiştir ($\beta = -.41$, 95% GA $[-.49, -.34]$, $p < .01$). Sosyal desteğin sorun çözme (a_2 yolu) üzerindeki etkisinin de anlamlı düzeyde ve pozitif yönde olduğu görülmüştür ($\beta = .29$, 95% GA $[.21, .36]$, $p < .01$). Ancak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin sorun çözme (a_3 yolu) üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = .05$, 95% GA $[-.02, .13]$, $p = .14$).

Sorun çözmenin intihar olasılığı üzerinde (b_1 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisi bulunmuştur ($\beta = -.45$, 95% GA $[-.52, -.38]$, $p < .01$). Olumsuz dini başaçıkmanın intihar olasılığı üzerinde (b_2 yolu) anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($\beta = -.01$, 95% GA $[-.08, .05]$, $p = .67$). Sorun çözme ile olumsuz dini başaçıkmanın etkileşiminin (b_4 yolu) intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($\beta = -.01$, 95% GA $[-.05, -.05]$, $p = .98$). Sorun çözme ile sosyal desteğin etkileşiminin (b_3 yolu) ise intihar olasılığı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığına ulaşılmıştır ($\beta = -.01$, 95% GA $[-.07, .05]$, $p = .75$).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığı üzerinde (c'_1 yolu) anlamlı düzeyde ve pozitif yönde etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = .21$, 95% GA $[.14, .28]$, $p < .01$). Sosyal desteğin ise intihar olasılığı üzerinde (c'_2 yolu) anlamlı düzeyde ve ters yönde bir etkisinin olduğu görülmüştür ($\beta = -.33$, 95% GA $[-.39, -.26]$, $p < .01$). Son olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sosyal desteğin etkileşiminin intihar olasılığı üzerinde (c'_3 yolu) etkisinin anlamlı düzeyde ve ters yönde olduğu bulunmuştur ($\beta = -.10$, 95% GA $[-.17, -.03]$, $p < .01$). Modelin grafiksel gösterimi Şekil 3.8'de sunulmuştur.



Şekil 3.8. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek ve olumsuz dini başaçıkmanın düzenleyici etkisi

Düzenleyici değişkenler açısından durumsal aracılık indeksi (index of moderated mediation) incelendiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyal desteğin durumsal doğrudan etkisinde (conditional direct effects) sosyal destek arttıkça ($\beta = .31$, standart hata= .05, 95% GA [.21, .41]; $\beta = .21$, standart hata= .03, 95% GA [.14, .28]; $\beta = .11$, standart hata= .05, 95% GA [.02, .20]) belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin azaldığı görülmüştür. Sorun çözenin aracılık ettiği belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sosyala destek ve olumsuz dini başaçıkmanın durumsal dolaylı etkisinde (conditinal indirect effects) anlamlı sonuçlar bulunmamıştır. Son olarak, tüm modelin anlamlı olduğu ($R^2 = .60$, $F(7,472) = 101.48$, $p < .001$) bulunmuştur. Aynı zamanda yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun modelde düzenleyici etkisi olabileceğinden hareketle bu değişkenlerin etkisi kontrol edilse de durumsal aracılık ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, intihar açısından risk grubunda yer alan çeşitli hasta grupları (onkoloji, gastroenteroloji, psikiyatri) ile kontrol grubunu oluşturan bireylerin intihar olasılıklarına ve intihar davranışlarına ilişkin sürecin incelenmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte, intihar üzerinde rol oynayan çeşitli değişkenlerce (belirsizliğe tahammülsüzlük, sorun çözme, sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkma) intihar olasılığına ilişkin sürecin ele alınması amaçlanmış ve alanyazın doğrultusunda oluşturulan model değerlendirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda, intihar olasılığı ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracı rolü, söz konusu bu aracı ilişkide sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkmanın düzenleyici rolü durumsal aracılık ile araştırılmıştır.

Bu kısımda çalışmanın amaçları doğrultusunda elde edilen bulgular alanyazın ışığında tartışılacaktır. İlk olarak, her bir grubun intihar davranışlarındaki farklılaşmaya ilişkin sonuçları ele alınacaktır. Ardından çalışma değişkenleri grup, cinsiyet ana etkisi ve grup*cinsiyet etkileşimi açısından elde edilen sonuçlar değerlendirilecektir. Peşine belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracı rolü tartışılacaktır. Daha sonrasında, bu aracılıkta sosyal destek ile zaman perspektifinin ve sosyal destek ile dini başa çıkmanın düzenleyici rolü durumsal aracılık sonuçlarının tartışılmasına yer verilecektir. Son olarak bulguların değerlendirilmesinin ardından çalışmanın sonuçlarına, sınırlılıklarına, klinik doğurgulara ve gelecek çalışmalar için önerilere dair bilgiler aktarılacaktır.

4.1. Grupların İntihar Davranışları Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan grupların intihar riskini değerlendirmek amacıyla intihar davranışları ele alınmış ve bu kapsamda “İntihar Davranış Soru Formu” ile 5 soru yöneltilmiştir.

Sorulardan ilki olan “Hayatınızda hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?” sorusuna evet yanıt oranları incelendiğinde, gruptaki dağılımın psikiyatri (% 38,3), gastroenteroloji (% 20,8), onkoloji (% 11,7) ve kontrol (% 6,7) şeklinde olduğu görülmüştür. Her ne kadar psikiyatri hastalarında oranın biraz daha fazla olması beklense de bu oranların alanyazındaki çalışmalardan elde edilen bulgularla yakın olduğu söylenebilir. Örneğin, gastroenterolojik bir rahatsızlığı olan hastalarının intihar düşüncesini

değerlendiren bir çalışmada, intiharı düşünme oranlarının % 4 ile % 38 arasında olduğu bulunmuştur (Miller ve ark., 2004). Majör depresyon hastalarında, hastaların % 58' i intihar düşüncesine sahip olduğu (Sokero, ve ark., 2003) belirtilmiştir.

Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?” sorusuna evet yanıtı oranları yüksekten düşüğe psikiyatri (% 16,7), gastroenteroloji (% 5,8), kontrol (% 3,3) ve onkoloji (% 1,7) olarak sıralanmıştır. Bu noktada en yüksek oranın psikiyatri grubunda olması beklenen bir sonuçtur. Çünkü alanyazın psikiyatri hastalarında kendini öldürme ile ilgili düşüncelerinin olmasının sık rastlanan bir durum olduğunu belirtir (Bentley ve ark., 2016; Kanwar ve ark., 2013; Sokero, ve ark., 2003). Yüksek oranlar onkoloji hastaları içinde beklenmiştir. Ancak diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür. Onkoloji grubu için bu durum hastaların kanser tanısı alma süresiyle ilişkilendirilebilir, alanyazın tanı süresi ve intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi açıklamada çeşitlilik gösterse de çalışmaların çoğu intihar riskinin, kanser teşhisini takiben ilk 6 ayda daha yüksek olduğu (Calati ve ark., 2018; Henson ve ark., 2019; Kaceniene ve ark., 2017) belirtmektedir. Bu çalışmada da onkoloji grubundaki hastaların tanı sürelerinin daha çok 6 aydan daha fazla bir süreyi içerdiği görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcılar için ise sonuçlar incelendiğinde, son iki ayda kendini öldürme fikrinin onkoloji gibi risk grubuna göre daha fazla olması intiharın çeşitli faktörlerin etkileşimiyle zaman içerisinde değişiklik gösterebileceği böylece intiharın kimlerde görülebileceğini etkilemesiyle bağlantılandırılabilir. Yani pandemi her ne kadar tüm gruplar üzerinde etkili olsa da kontrol grubundaki kişilerin normal yaşamlarında önemli değişimler oluşturmuş olabileceğinden dolayı bu kişilerin stresli yaşam olayı karşısında stres yaşamalarına, uyum sağlamakta zorluk yaşamalarına yol açmış olabileceği, aynı zamanda onkoloji grubundan daha az sosyal destek algısı ve sorun çözme becerilerine sahip oldukları için intihar düşünceleri artmış olabilir.

“Hayatınızda hiç kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?” sorusuna evet yanıtı oranları yüksekten düşüğe sırasıyla psikiyatri (% 20), gastroenteroloji (% 9,2), onkoloji (% 3,3) ve kontrol (% 0,8) grubu şeklinde görülmüştür. Alanyazın kanser hastalarının intihar girişimine eğilimli olduklarını (Calati ve ark., 2018); depresyon ve anksiyete tanısının intihar girişimi için risk olduğunu (Nepon ve ark., 2010; Sokero, ve ark., 2003); kronik pankreatit gibi gastroenterolojik rahatsızlığa sahip olmanın intihar girişimi için risk oluşturduğunu (Chen ve ark., 2018) göstermektedir. Her ne kadar alanyazında bu

grupların intihar girişimi açısından karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmasa da beklediği gibi risk gruplarının kontrol grubuna nazaran daha fazla risk gösterdikleri söylenebilir.

“Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?” sorusuna evet yanıt oranları ise sırasıyla, psikiyatri (% 5,8), kontrol (% 1,7) ve gastroenteroloji (% 0,8), onkolojiler (% 0,8). Yine alanyazından hareketle en yüksek oranının psikiyatri grubunda olması beklenen bir bulgudur. Son iki ay içerisinde kendini öldürme düşüncesinde olduğu gibi kontrol grubunun son iki ay içerisinde kendini öldürme girişiminin psikiyatri grubunu takip etmesi pandeminin ortaya çıkardığı çeşitli sorunlara uyum sağlamakta zorluk yaşamış olmaları ve bu stres karşısında intihar girişimde bulunmalarına neden olmuş olabileceği düşünülebilir. Çünkü bu çalışmada kontrol grubundaki kişilerin onkoloji grubuna kıyasla daha yetersiz sorun çözme ve daha düşük sosyal destek algısına sahip olduğu görülmektedir. Bundan hareketle, pandemi gibi stresli bir yaşam deneyimi karşısında sorun çözme ve sosyal desteklerinin az olmasının son iki ay içerisinde intihar girişiminde bulunmalarını arttırmış olabilir.

Son olarak “Şu an kendinizi öldürme düşünceniz var mı?” sorusu sorulmuş ve evet yanıt oranları yüksekten düşüğe sırasıyla psikiyatri (% 2,5), gastroenteroloji (% 1,7) ve kontrol (% 0,8), onkoloji (% 0,8) şeklinde sıralansa da gruplar arasında bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu sonuçların gözlenmesi çalışmanın verilerinin tüm dünyayı ve her bireyi olumsuz etkileyen pandemi döneminde toplanmasıyla ilişkilendirilebilir.

İntihar düşüncesi ve girişimi ile ilgili sorulara en yüksek evet yanıtını veren Psikiyatri grubunu Gastroenteroloji grubunun takip ettiği görülmüştür. Çeşitli gastroenterolojik rahatsızlıklara sahip olmak kişilerin yaşamdaki işlevselliklerini ciddi düzeyde olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir (Miller ve ark., 2004). İşlevsellikleri bozulan bu kişilerin yaşam kalitesi ve yaşam doyumları da olumsuz etkilenir (Strine ve ark., 2008). Ayrıca bu kişiler hastalığın oluşturduğu işlevsellikteki bozulmadan ötürü stres ve psikolojik sıkıntılar yaşayabilirler (Durak Batıgün, Hisli Şahin ve Karslı Demirel, 2011; Kunzman ve ark., 2009) dolayısıyla bu durumlara bağlı olarak intihar davranışları göstermeleri mümkün olabilir.

Sonuç olarak, tüm grupların intihar davranışları açısından farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır. Alanyazında bu grupların bir arada olduğu ve intihar açısından değerlendirildiği bir çalışmanın bulunmaması bu çalışmadan elde edilen bulguları

karşılaştırabilme imkânı doğuramamıştır. Bu nedenle risk gruplarının intihar davranışlarını karşılaştıran çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

4.2. Çalışmadaki Ana Değişkenlerin Grup, Cinsiyet ve Grup*Cinsiyet Etkileşimi Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmadaki tüm değişkenlere grup ve cinsiyetin tek tek ana etkileriyle birlikte grup ve cinsiyetin etkileşim etkileri incelenmiştir.

Çalışmada grubun ana etkisinin intihar olasılığı, belirsizliğe tahammülsüzlük, sorun çözme, sosyal destek, geçmiş olumlu zaman perspektifi, geçmiş olumsuz zaman perspektifi, şimdi hazcı zaman perspektifi ve olumlu dini başa çıkma değişkenleri üzerinde anlamlı farklılıklar gösterdiğine rastlanmıştır.

İntihar olasılığı açısından grup farklılıkları değerlendirildiğinde, çalışmada yer alan grupların her biri intihar açısından risk grubunda yer almaktadır (DSÖ, 2019). Çünkü alanyazın kanser tanısına sahip olmanın (Calati ve ark., 2018; Osazuwa-Peters ve ark., 2018; Zaorsky ve ark., 2019; Saad ve ark., 2019); gastroenterolojik bir rahatsızlığa sahip olmanın (Bahmanyar ve ark., 2009); psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmanın (Cyranowski ve ark., 2012; Oude Voshaar ve ark., 2016; Placidi ve ark., 2000; Sobowale ve ark., 2014; Zhang ve ark., 2013) gerek intihar düşüncesi gerekse intihar girişimi gösterme konusunda risk oluşturduğunu açıklanmaktadır. Dolayısıyla bu grupların çalışmadan elde edilen sonuçlarca da anlaşılacağı üzere intihar olasılığına sahip olmaları beklenen bir bulgu olmuştur. Sonuçlar bu grupların intihar olasılığı açısından farklılaştığını göstermiştir. Alanyazın bu grupları intihar açısından karşılaştıran çalışma bulundurmasa da her bir grubun kendi başına intihar riskini değerlendirildiği çalışmalar yer almaktadır (Chen ve ark., 2018; Miller ve ark., 2004; Sokero, ve ark., 2003). Bu nedenle doğrudan bir çıkarsama yapmak zor olsada dolaylı olarak bu çalışmalarda psikiyatri hastalarının intihar risklerinin onkoloji ve gastroenteroloji grubuna kıyasla daha yüksek olduğu belirtilebilir. Ayrıca çalışmanın diğer bulgularını dikkate alacak olursak, psikiyatri grubunun intihar davranışları (intiharı düşünme ve intihar girişiminde bulunma) sergilemelerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, daha belirsizliğe tahammülsüz olduğu, geçmişine daha fazla olumsuz yaklaştığı, sorun çözmede daha yetersiz olduğu ve sosyal desteği daha düşük algıladığı görülmüştür. Alanyazın yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğün (Ciarrochi, Said ve Deane, 2005), geçmişte olumsuz zaman perspektine sahip olmanın (Laghi ve ark., 2009), yetersiz

sorun çözüme becerilerinin (Pollock ve William, 2004) ve algılanan sosyal desteğin az olmasının (Paladino ve Minton, 2008) intihar için risk oluşturduğunun altını çizmektedir. Tüm bunların intihar olasılığı açısından psikiyatri grubunun en yüksek olan grup olmasını ortaya çıkarmış olabilir.

Bir diğer nokta, kontrol grubun intihar açısından risk grubunda yer alan onkoloji grubundan daha yüksek intihar olasılığı göstermesi olmuştur. Bu bulgu öncelikle intihar düşüncesi, niyeti ve benzeri intihar ile ilişkili durumların her kesim bireyde gözlemlenebilir olabileceğini göstermiştir. Ancak çoğu zaman hasta kişilerin daha ulaşılabilir olmasından dolayı intihar riski açısından değerlendirilmesine daha fazla rastlanılmaktadır. Sağlıklı kişilere ise böyle değerlendirmelerde yer verilmemesinden kaynaklı intihar riski açısından değerlendirmelerine daha az rastlanır olabilir. Bu da aslında sağlıklı kişilerin gerçek intihar değerlendirmelerini yansıtmayabilir. Yani sağlıklı diye nitelendirdiğimiz kişilerde hasta kişiler kadar intihar riski gösterebilir. Bunun dışında, verilerin tüm dünyayı her açıdan olumsuz etkileyen pandemi zamanında toplanması dikkate alınacak olursa salgın süreci boyunca evde kalmak, işi evden yürütmek gibi yeni bir yaşam düzenine adapte olmak, hastalığa yakalanma riski gibi stres durumların bu sağlıklı kişileri intihar açısından riskli hale getirmiş olabilir. Çünkü stresli yaşam olaylarının intiharı yordadığı bilinen bir gerçektir (Eskin, 2014, 2018). Böylece, sağlıklı bireylerin değişen yaşam şartlarına uyum problemi yaşamalarıyla intihar olasılığında bir artışın ortaya çıkmış olabileceği söylenebilir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük açısından elde edilen bulgular incelendiğinde, psikiyatri grubunun diğer gruplara kıyasla daha fazla belirsizliğe tahammülsüz oldukları görülmüştür. Alanyazın belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal bozukluklarla yakından ilişkili olduğunu belirtir. Özellikle doğası gereği kişileri kaygıya sürüklediği belirtilmektedir (Dugas, Schwartz ve Francis, 2004; Sarı ve Dağ, 2009). Öyle ki yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğün depresyon (Carleton ve ark., 2012); sosyal anksiyete (Allan ve ark., 2018); panik bozukluk (Carleton ve ark., 2014) üzerinde etkisinin olduğundan bahsedilmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada psikiyatri grubunun belirsizliğe karşı tahammülsüzlüklerinin yüksek olmasının beklenen ve alanyazınla tutarlı bir bulgu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, belirsizliğe tahammülsüzlük açısından onkoloji grubunun da psikiyatri grubuna benzer sonuçlar gösterebileceği düşünülmüştür. Çünkü onkoloji alanyazınından hareketle, kanser hastalığının tanı ve tedavi sürecinin belirsizlik içermesinden (Aydın, Deveci ve Esen-Danacı, 2012; Atmaca ve Durat, 2015) ötürü bu

çalışmada onkoloji grubunun da sağlıklı ve gastroenteroloji grubuna nazaran daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olabilecekleri beklenmiştir. Ancak belirsizliğe tahammülsüzlük konusunda diğer gruplara göre daha fazla üstesinden gelebildikleri görülmüştür. Bu durum çalışmanın diğer bulgularına atfedilebilir. Çünkü onkoloji grubunun sorun çözme, sosyal destek, olumlu dini başaçıkmanda diğer gruplara kıyasla daha iyi durumda olduğu; bunun da belirsizlikle daha iyi başaçıkabilmelerini sağlamış olabileceği düşünülmüştür.

Sorun çözme bağlamında grup farklılıkları değerlendirildiğinde, çalışmada yer alan gruplar arasında psikiyatri grubunun sorun çözme becerileri açısından daha yetersiz olduğu bulunmuştur. Pollock ve William'ın (2004) psikiyatrik hastalarla yürüttüğü çalışmasında bu hastaların zayıf sorun çözme becerileri sergilediklerini belirtmektedir. Bu nedenle, psikiyatri grubunun sorun çözmelerinin diğerlerinden daha az olması beklenebilir bir sonuç olduğu söylenebilir. Ayrıca, Eskin (2014), psikiyatri hastalarının bilişsel esneklik açısından yetersiz olduklarını bunun da sorun çözme sürecini olumsuz etkileyebileceğini ifade etmektedir. Bundan kaynaklı olarak çalışmadaki psikiyatri grubunun sorun çözme açısından daha yetersiz olmaları bilişsel esneklikle ilişkilendirilebilir. Bundan dolayı gelecekteki çalışmaların bilişsel esneklik açısından değerlendirilmelerinin yararlı olabileceği söylenebilir. Aynı zaman hem alanyazın (Fergus, Bardeen ve Wu, 2013) hem de bu çalışma bulguları belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme arasında ters yönde bir ilişkiden söz etmektedir. Gruplar arasında en belirsizliğe tahammülsüz grubun psikiyatri grubu olduğu bulgusundan hareketle belirsizliğe tahammülsüz olmaları sorun çözmelerini olumsuz etkilemiş olabilir.

Bunun yansıra dikkat çeken bulgunun onkoloji grubunun daha fazla sorun çözme becerisi gösterdiği ve sorun çözme becerilerinin diğer gruplardan yüksek olduğudur. Onkoloji alanyazını kanser hastalığının fiziksel ve ruhsal sıkıntılarının (distress) kişinin başetme mekanizmalarını olumsuz etkileyebileceği hatta sorun çözme yolu olarak işlevsel olmayan yollar hatta intiharı düşünebildiklerini söylemektedir (Öztürk ve Hiçdurmaz, 2020). Çalışma sonuçlarının bu doğrultuda olması beklenmiş ancak tersi yönde bir sonuca rastlanmıştır. Bu durum onkoloji grubundaki hastaların gruplar arasında en yüksek sosyal destek algılayan grup olmasına bağlanabilir. Alanyazın sosyal desteğin varlığının sorun çözme becerilerini olumlu yönde etkileyebileceğinden bahsetmektedir (Ayyılız ve ark., 2018; Yavuzer ve ark., 2018). Sonuç olarak onkoloji grubunun yüksek algılanan sosyal desteğin yardımıyla sorun çözme becerilerini işlevsel olacak şekilde ayakta tutmuş

olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte kanser tanısı kişilerin ölüm ve ölümsüzlüğün farkına varmalarına, kalan ömürlerini daha anlamlı yaşamak amacıyla hastalıkla mücadele etmeye, savaşmaya ve doğrudan sorunu çözmeye ilişkin girişimlerde bulunmalarını da sağlamış olabilir.

Gruplarındaki farklılığın sosyal destek açısından da yaşandığı bulunmuştur. Onkoloji grubu sosyal desteği daha fazla algılayan, psikiyatri grubu en az algılayan grup olmuştur. Bu sonuçların beklenen yönde olduğu söylenebilir. Çünkü kanser tanısı almış bir kişinin tanı ve hastalık süreci boyunca yaşadığı stres ve aynı zamanda yaşamdaki çeşitli rol ve sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirememesi, kendi işini yapamama, çevreden moral alma gibi çeşitli nedenlerle sosyal ağlara ve desteğe ihtiyacı olabileceği bilinmektedir (Aydın, Deveci ve Esen-Danacı, 2012; Atmaca ve Durat, 2015; Henson, ve ark., 2019). Dolayısıyla yakın çevrenin tüm süreç boyunca yanında yer alması ihtiyacı olduğunda yanında birilerinin olabileceğini hissetmesine böylece bu kişilerin sosyal destek algılarının da artabileceği düşünülmüştür. Psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmanın çevrede yüksek duyguyu dışavurma ve ruminasyon eğilimleri gibi durumlar doğurabileceği buna bağlı olarak da diğerlerinden çok az destek alabildiklerini göstermektedir (Lio ve Wei, 2011). Ayrıca belirsizliğe tahammülsüzlüğün sosyal destek aramayı azalttığı da ifade edilmektedir (Lio ve Wei, 2011). Psikiyatri grubunun en belirsizliğe tahammülsüz grup olduğu dikkate alındığında; bu çalışmada psikiyatri grubunun daha az sosyal destek algılamaları da bunlarla ilişkilendirilebilir. Ek olarak, Psikiyatri grubundaki bireylerin depresyon, anksiyeteye sahip bireylerden oluştuğu, bu kişilerin de değersizlik hislerinin olabileceği bilinmektedir. Dolayısıyla bu kişiler sosyal desteğe sahip olmuş olsalar bile değersizlik inancından dolayı da sosyal desteği düşük algılamış olabilirler. Çünkü sosyal destek aynı zamanda kişi için kendine değer verildiği algısı da oluşturur (Cohen ve Wills, 1985).

Geçmiş olumlu ve olumsuz zaman perspektifi açısından, onkoloji grubunun geçmişini daha olumlu değerlendirdikleri; psikiyatri grubunun da geçmişini daha olumsuz değerlendirdikleri bulunmuştur. Zimbardo ve Boyd (1999), geçmiş olumsuz zaman perspektifinin geçmişe karşı karamsar ve kötümser olmayı, geçmişte olumsuz yaşantılara takılı kalmayı ifade ettiğini belirtirken; geçmiş olumlu zaman perspektifinin de tam tersi geçmişte deneyimlenen olumlu hatıralara odaklı kalmayı ifade ettiğini açıklamaktadır. Bu açıklamadan hareketle, çalışmadan elde edilen bulguların alanyazınla örtüştüğü söylenebilir.

Şöyleki, onkoloji grubunda yer alan katılımcıların hastalığın sürecinde morallerini yüksek tutmak amacıyla geçmişteki olumlu yaşantılarına daha fazla odaklanmış olabilecekleri ve psikiyatri grubunda yer alan katılımcıların da depresyon ve anksiyetenin temel taşlarından biri olan ruminatif düşünceleri çerçevesinde geçmiş olumsuz yaşantılarına daha fazla odaklanmış olabilecekleri düşünülmüştür.

Hazcı zaman perspektifinin gruplararasıdaki farklılığı ele alındığında, onkoloji grubunun daha fazla şimdi hazcı olduğu tespit edilmiştir. Şimdi hazcı zaman perspektifinin anlık heyecan, yenilik ve zevk arayışıyla ilişkili tüm motivasyonları içerdiğini (Metcalf ve Zimbardo, 2016; Zimbardo ve Boyd, 1999, 2018) göz önünde bulundurduğumuzda, onkoloji grubunun yüksek puanlar göstermiş olması beklenebilir. Çünkü bu grupta yer alan kişiler hastalığın doğası gereği her an ölümle yüzyüze olabilmektedir. Hayatlarının her an sonlanabileceği ihtimaline karşı kişiler yaşamlarında daha anlık zevk ve heyecanlara odaklanmış olabilir, bu da şimdide daha hazcı bir eğilim göstermelerini sağlamış olabilir.

Gruplararasıdaki farklılıklar olumlu dini başa çıkma açısından ele alındığında, onkoloji grubunun daha fazla olumlu dini başa çıkma sergiledikleri; psikiyatri grubunun ise daha düşük olumlu dini başa çıkma sergiledikleri görülmüştür. Lazarus ve Folkman (1984), tehlike karşısında bireylerin hayatta kalmalarını sağlayan şeylerin başa çıkma mekanizmaları olduğunu; Pargament (1997) de dinin bu mekanizmalardan biri olduğu vurgular. Pargament, Koenig ve Perez, (2000) olumlu dini başa çıkmanın kutsal olanla daha sıkı bağ kurmasını içerdiğini açıklamaktadır. Bu bilgiler, çalışmada onkoloji grubunun neden daha fazla olumlu dini başa çıkmaya, psikiyatrinin de neden daha az olumlu dini başa çıkmaya eğildiklerini göstermektedir. Çalışmadaki onkoloji grubunun belirsizliklerle dolu bir hastalık sürecinden kaynaklı oluşan stresle baş etmek amacıyla kutsal bir güce daha fazla sığınmalarını sağlamış olabilir. Psikiyatri grubunda ise depresyon ve anksiyetenin doğası gereği bu bozukluğa sahip olan kişilerin aşırı uyarılmışlık, olumsuz olanı rümine etme döngüsünden çıkamama, yine bilişsel çarpıtmalar yapma gibi durumlar yaşayabilir dolayısıyla olumlu dini başa çıkmadan ziyade olumsuz dini başa çıkmaya karşılık gelen “kutsal güç tarafından cezalandırıldım, terk edildim” gibi düşüncelere sahip olabilecekleri düşünülebilir.

Kaderci ve gelecek zaman perspektiflerinin ve olumsuz dini başa çıkmanın gruplar arasında farklılaşmadığı görülmüştür. Çalışmanın sonuçlarında, onkoloji grubunun geleceğe yöneliminin daha az olabileceği, yine onkoloji ve psikiyatri grubunun daha fazla şimdi kaderci zaman perspektifi sergileyebilecekleri beklenmiştir. Çünkü alanyazın gelecek zaman

perspektifini ileriki hedefler, amaçlar ve planlarla bağlantılı olduğunu (Metcalf ve Zimbardo, 2016) söylemektedir. Bundan dolayı bu çalışmada onkoloji grubunda yer alan katılımcıların kanser hastalığının ortaya çıkardığı belirsizliğin, ileride hastalığın ölümle sonuçlanabileceği fikrinin var olmasının bu kişileri diğerlerinden geleceğe yönelme konusunda daha az güdüleyebileceğini düşündürmüştür. Yine çaresizlik, geleceğe ve hayata karşı umutsuzlukla ilişkilendirilen (Metcalf ve Zimbardo, 2016) şimdi kaderci zaman perspektifinin onkoloji ve psikiyatri hastalarında daha belirgin olabileceği akla gelmiştir. Ancak gruplararası bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu durum pandemiyle ilişkilendirilebilir. Çünkü herkesin pandeminin doğurduğu belirsizlikle karşı karşıya kalması hem gelecek zaman perspektifi hem de şimdi kaderci zaman perspektifi açısından birbirinden farklılaşmamasına neden olmuş olabilir. Olumsuz dini başa çıkmanın gruplararası farklılaşmaması da benzer şekilde pandemiyle açıklanabilir, salgın felaketiyle karşı karşıya kalmak kişileri benzer başa çıkma tarzlarına sürüklemiş olabilir.

Cinsiyetin ana etkisinin belirsizliğe tahammülsüzlük, şimdi kaderci zaman perspektifi ve olumlu dini başa çıkma üzerinde anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Kadınların erkeklerden daha fazla belirsizliğe tahammülsüz olduğu; daha fazla olumlu dini başa çıkmayı kullandığı; erkeklerin kadınlardan daha şimdi kaderci oldukları bulunmuştur.

Çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla belirsizliğe tahammülsüz oldukları bulunmuştur. Bu açıdan hem alanyazında hem de bu çalışmada da intihar için önemli bir risk faktörü olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün kadınlarda intihar eylemlerinde dikkate alınması gereken bir nokta olabileceğini gösterebilir. Alanyazında belirsizliğe tahammülsüzlük ile cinsiyet arasındaki ilişkinin çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Cinsiyetin belirsizliğe tahammülsüzlüğü etkilemediğini gösteren çalışmaların yanısıra cinsiyetin etkisi olduğunu gösteren çalışmalarla da bulunmaktadır (Ciarrochi, Said ve Deane, 2005; Gümüş ve Sezgin, 2016; Wu ve ark., 2020). Yürütülen çalışmaların çoğunda kadın katılımcıların çoğunlukta olmasından hareketle daha dengeli bir dağılımla cinsiyetin belirsizliğe tahammülsüzlük üzerindeki etkisinin aydınlatılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Olumlu dini başa çıkmanın cinsiyete göre farklılaştığı kadınların erkeklerden daha fazla olumlu dini başa çıkma sergiledikleri görülmüştür. Alanyazın da kadınların Tanrı algısının erkeklerden daha olumlu olduğunu belirtmektedir (Güler-Aydın, 2011). Dolayısıyla bu bilgi ve bu çalışmadan elde edilen sonuçtan hareketle, kadınların daha

olumlu Tanrı algılarına sahip olmalarının onları daha fazla olumlu dini başaııkmaya sevk ettiğini düşündürmüştür. Alanyazın çalışmalarının olumlu dini başaııkmanda cinsiyet farklılıklarını değerlendirmede sınırlı kaldığı görölmektedir. Olumlu dini başaııkmanın intiharla ters yöndeki ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda ve cinsiyet açısından erkeklerin kadınlardan daha fazla intihar riski göstermelerinden (Calati ve ark., 2018; Hawton ve ark., 2013; Kaceniene ve ark., 2017; Pargament ve ark., 2013) hareketle, intihar için bir koruyucu faktör olarak olumlu dini başaııkmanın varlığının kritik olabileceği söylenebilir.

Çalışmada cinsiyete göre farklılaşmanın görüldüğü bir diğer nokta şimdi hazcı zaman perspektifi sonuçlarında görölmüştür. Erkeklerin kadınlardan daha şimdide hazcı olduklarına ulaşılmıştır. Alanyazın cinsiyete göre, şimdi hazcı zaman perpektifinin farklılaşp farklışmadığına değinmemiştir (Laghi ve ark., 2009; Shahnaz ve ark., 2019). şimdi hazcı zaman perspektifinin anlık zevk ve hazlara odaklanmayı ve dürtüsel bir eğilim çizmeyi içerdiği, bireysel farklılıklar açısından erkeklerin kadınlara nazaran daha dürtüsel olabildiklerinden hareketle bu çalışmada da erkeklerin şimdide daha hazcı bir zaman perspektifi göstermelerinin beklendik bir durum olabileceği söylenebilir. Dolayısıyla, şimdi hazcı zaman perspektifinin intiharla pozitif bir ilişki göstermesi (Laghi ve ark., 2009; Shahnaz ve ark., 2019) bilgisi ışığında, alanyazın çalışmalarında saptanan kadınlara göre daha fazla intihar riski gösteren erkeklerin daha şimdi hazcı olması intihar açısından bu kişileri daha riskli hale getirebilir.

4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun özmenin Aracı Rolünün Değerlendirilmesi

Çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracı bir rol oynayıp oynamadığı araştırılmıştır. Tartışmanın bu kısmında bu aracılık ilişkine dair bulgular tartışılacaktır. Çalışmanın bulguları belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiye sorun çözmenin aracılık ettiğini ortaya koymuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi düşürerek intihar olasılığını arttırdığı görölmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlük, sosyal sorun çözmeyi etkileyen etkin bir mekanizma olarak görölmektedir (Sternheim, Danner, vanElburg ve Harrison, 2020). Çünkü sorun çözmenin sorunu tanıma, formüle etme, alternatifler oluşturma, karar verme ve doğrulama gibi çeşitli süreçleri barındırdığı (Nezu, 2004), belirsizliğe tahammülsüzlüğün doğası gereği oluşturduğu kaygı ve tehdit algısının bu sorun

çözme aşamalarının işlevsel bir şekilde gerçekleşmesine engel olabileceği ve sorun çözme becerilerini olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Liao ve Wei, 2011). Kişilerde belirsizliğe tahammülsüzlük arttıkça tehdit algısı ve kaygı artacak bu da kişileri sorunla başa çıkamayacaklarına ve sorunun çözümsüz olduğuna dair bilişsel hatalar oluşturmalarına yol açacak dolayısıyla da kişileri olumsuz sorun yönelimine sevk edecek, kaçınan sorun çözme tarzını kullanmalarına neden olabilecektir. Yahut kişiler belirsizliğin ortaya çıkardığı tehdit ve kaygıyı bir an önce ortadan kaldırmak adına dürtüsel sorun çözme tarzını benimseyebilecektir. Yetersiz sorun çözme becerileri, olumsuz sorun yönelimi, işlevsel olmayan sorun çözme tarzları (kaçınan ve dürtüsel) intihar ile yakından ilişkilidir ve alanyazınca intihar için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Eskin, 2014, 2018; Korkmaz ve ark., 2020; Pollock ve William, 2004; Saini, 2015). Bu kapsamda belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözmeyi olumsuz etkilemesi neticesinde kişilerin intihara sürüklenmesinin olası olacağı düşünülmektedir. Çünkü belirsizliğe tahammülsüzlük kişilerin sorunu doğru bir şekilde tanımalarına engel olabilir, böylece sorunun formülasyonu yanlış ya da eksik yapılabilir, sorunu çözme konusunda üretilecek seçenekleri sınırlandırabilir veya yanlış seçeneklerin üretilmesine yol açabilir, yanlış çözüm seçeneğinin seçilmesine bu da sorunun çözülmemesine ya da var olan sorunun daha fazla büyümesine neden olabilir. Tüm bunlar yetersiz ve işlevsiz sorun çözme becerileriyle ilişkilidir ve alanyazın sorun çözmenin yetersiz olmasının veya soruna olumsuz yönelmenin ya da sorunu çözme tarzlarının işlevsel olmamasının intihar düşüncesi ve girişimini arttığına işaret etmektedir (Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006; Eskin ve ark., 2007; Eskin, 2014; Gibbs ve ark., 2009; Khurana ve Romer, 2012; Scott ve Clum, 1982, 1987; Speckens ve Hawton, 2005).

Sonuç olarak, çalışmadan elde edilen bulguların alanyazındaki bilgilerle benzerlik gösterdiği görülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün artmasının intihar olasılığını arttırdığı (Ciarrochi, Said ve Deane, 2005; Öztürk, 2013; Wu ve ark., 2020) ve bunu da sorun çözme becerilerini aksatmasıyla gerçekleştirdiği bulgusu intiharı anlama ve önlemede çalışmanın önemli bir bilgi sunduğu düşünülmüştür. Ayrıca intihara müdahale ederken sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin bir kez daha ne kadar önemli olduğu ve bunu yaparken de sorun çözme terapisinden faydalanılabileceği ifade edilebilir. Ek olarak, belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracı rolünün alanyazında incelenmemiş olduğu görülmüş olup elde edilen bulguları karşılaştırmanın imkânı sınırlı kalmıştır. Bu nedenle bu tarz çalışmalara ihtiyacın olduğu görülmüş, çalışmanın sonraki çalışmalara öncü olabileceği düşünülmüştür.

4.4. Durumsal Aracılık Bulgularının Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın bir diğer amacı, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığı ile ilişkisinde kişilerin sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başačkma düzeylerinin düzenleyici rolü olup olmadığını yani durumsal aracılık etkisini incelemektir. Aşğıda sırasıyla bu modellere ilişkin bulguların tartışılması sunulacaktır.

Durumsal aracılık modelleri ile ilgili bulgular ayrıntılı tartışılmadan önce özetlenecek olursa, belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerinden intihar olasılığına dolaylı ilişkinin sosyal destek ve geçmiş olumsuz zaman perspektifi; yine sosyal destek ve şimdi kaderci zaman perspektifi; son olarak sosyal destek ve şimdi hızcı zaman perspektifi düzeylerine göre değişiklik göstermekte olduğu; ancak sosyal destek ve geçmiş olumlu zaman perspektifi; sosyal destek ve gelecek zaman perspektifi; sosyal destek ve olumlu dini başačkma; sosyal destek ve olumsuz dini başačkmanın düzenleyici rolü olmadığı görölmektedir.

4.4.1. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumsuz Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde, sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici olup olmadığı aynı zamanda sorun çözme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici etkisi bundan sonraki tüm modellerde de araştırıldığı ve bulguların benzer yönde ilişkiler göstermesi bakımından diğer başlıklarda tekrara düşmemek amacıyla yer verilmeyecektir.

Bulgular, sosyal desteğin düzeyi arttıkça belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme ve intihar olasılığı üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ve azaldığını göstermektedir. Burada sosyal destekteki artışın belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme üzerindeki olumsuz etkilerini, yine intihar riskini tamponlamış olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca sosyal desteğin en önemli koruyucu faktörler arasında yer aldığı bilgisinden hareketle, yüksek belirsizliğe tahammülsüzlüğün intiharın artmasına neden olabileceği olasılığına karşılık sosyal desteğin önemli bir koruyucu faktör olduğunun bir kez

daha kanıtlandığı söylenebilir. Özellikle örneklemin intihar risk gruplarından oluştuğu göz önüne alındığında, bulgular sosyal desteğin önemli bir koruyucu faktör olduğuna işaret etmektedir.

Alanyazın özellikle hastalık durumunda sosyal desteğin, belirsizliği azalttığını böylece kişilerin belirsizliğe gösterecekleri tahammüller üzerinde etkisinin olduğunu belirtmektedir (Mishel, 1988). Bu çalışmada da sosyal desteğin varlığının ve düzeyinin artmasının kişilerin belirsizliği tolere edebilmelerini sağlamış olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda belirsizliğe daha iyi tahammül göstermeleri de sorun çözme becerilerinin olumsuz etkilenmesinin önüne geçmiş olabilir. Çünkü belirsizliğe tahammülsüzlüğün azalması daha işlevsel tepkilerin ve daha etkili sorun çözme stratejileri uygulamaların ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır (Lally ve Cantillon, 2014; Freeston ve ark., 1994).

Alanyazın sosyal desteğin zayıf olmasının kişileri umutsuzluğa sürükleyerek intiharı düşünmelerine ve intihar davranışında bulunmalarına yol açabileceği belirtilmektedir (Paladino ve Minton, 2008; Tan ve Karabulutlu, 2005). Bu çalışmada da kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin yükselmesi kişileri umutsuzluğa sürüklenmekten kurtararak intihar olasılığının azalmasını sağladığı düşünülmüştür. Ayrıca sosyal desteğin artmasının fiziksel ve ruh sağlığını iyileştirdiği böylece hem intiharı önlemede hem de müdahalede etkili olabileceği ifade edilmektedir (Cohen ve Wills, 1985; Harandi ve ark., 2017; Tang ve ark., 2016; Zang vd., 2018). Dolayısıyla, bu çalışmada kişilerin sosyal desteğindeki artışın fiziksel ve ruh sağlığına katkıda bulunarak intihar olasılığının azalmasında rol oynadığı söylenebilir.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde bir diğer nokta, sosyal destek ile geçmiş olumsuz zaman perspektifinin düzeylerinin bir arada bu dolaylı ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

Bulgular, dolaylı (aracı) ilişkide sosyal destek ile geçmiş olumsuz zaman perspektifi düzeylerinin düzenleyici rolünün olduğunu göstermiştir. Sosyal destek düzeylerinin artması intihar olasılığını azaltsa da bu düzeyler ne olursa olsun, geçmiş olumsuz zaman perspektifi düzeyi arttıkça intihar olasılığına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve intihar olasılığının arttığı görülmektedir. Alanyazın geçmiş olumsuz zaman perspektifini geçmişte yaşanmış olan olaylara karşı olumsuz değerlendirme yapmayı, sıklıkla geçmişte yaşanan olumsuzlukları düşünmeyi, geçmişle ilgili karamsar bir tutum sergilemeyi içerdiğini

açıklamaktadır (Metcalf ve Zimbardo, 2016; Zimbardo ve Boyd, 1999, 2018). Dolayısıyla kişinin böyle bir profil sergilemesinin ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. Öyleki çalışmalar geçmiş olumsuz zaman perspektifinin agresyon, depresyon, anksiyete, intihar gibi pekçok patolojik durumla ilişkili olduğunu göstermektedir (Anagnostopoulos ve Griva, 2012; Shahnaz ve ark., 2019; Zimbardo ve Boyd, 2018). Bu çalışmada da, geçmiş olumsuz zaman perspektifinin düzeyinin artmasının kişilerin geçmişleriyle ilgili daha fazla olumsuzluklara odaklanmasına böylece intihar olasılığının daha da artmasına neden olduğu düşünülmüştür. Çünkü kişiler geçmişteki olumsuz yaşantılarına takılı kalarak, daha karamsar olabilir ve geçmiş travmatik deneyimlerini tekrar tekrar akla getirerek olumsuz duygulanım yaşayabilir, bu da kişileri intihara sürükleyebilir. Alanyazın bu konuda intihar düşüncesi olan kişiler ile olmayan kişiler arasında geçmiş olumsuz zaman perspektifi açısından farklılaştığının altını çizmektedir (Shahnaz ve ark., 2018). Dolayısıyla, geçmiş olumsuz zaman perspektifinin var olmasının intihar açısından kritik bir risk faktörü olarak karşımıza çıkabileceğine işaret edebilir. Öyleki, çalışmada en önemli koruyucu faktörler arasında yer alan sosyal desteğin yüksek algılandığı durumda bile geçmiş olumsuz zaman perspektifinin artmasının intihar olasılığını arttırdığı görülmektedir.

Geçmiş olumsuz zaman perspektifi genelde zarar verici olan zaman perspektifleri arasında kabul edilmektedir. Aynı zamanda zaman perspektiflerinden birinin baskın olmasının bu zaman perspektifine ilişkin olumlu yanları keserek olumsuz yanları ve buna bağlı olarak olumsuz sonuçları doğurabileceği belirtilmektedir (Zimbardo ve Boyd, 2018). Dolayısıyla kişide geçmiş olumsuz zaman perspektifinin baskın olması zarar verici olabilen bu perspektifin olumsuz sonuçlar yaşatmasına zemin hazırlar. Bu çalışmada da kişilerde geçmiş zaman perspektifi daha baskın hale geldikçe intihar olasılıkları artmıştır. Bu bakımdan Zimbardo ve Boyd'un (1999, 2018) kişilerdeki baskın zaman perspektifinden ziyade dengeli zaman perspektifinin önemine vurgu yapmaktadır, o halde geçmişteki olumsuz yaşantılara takılı kalmayla ilişkilendirebileceğimiz geçmiş olumsuz zaman perspektifinin yüksek/baskın olmamasının kritik olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada geçmiş olumsuz zaman perspektifi bir risk oluştursa da intihar üzerinde en etkin koruyucu faktörlerden olan sosyal desteğin yüksek olmasının intihar olasılığı üzerinde tampon etki gösterebileceği düşünülmüştür. Ancak bu yönde bulguya rastlanmaması tüm dünyayı etkisi altına alan pandemiyle ilişkilendirilebilir. Sosyal kaynaklara ulaşmanın sınırlı olduğu bir dönemden geçmiş olmak kişilerin sosyal

kaynaklarını doğru değerlendirememesine neden olmuş olabilir. Sosyal destek düzeyi yüksek görünse de yeterli algılanmamış olabilir. Ayrıca geçmiş olumsuz zaman perspektifinin sosyal destek ağlarının kullanımını olumsuz etkileyebileceği (Holman ve Zimbardo, 2009) bilgisinden hareketle kişilerin sosyal destek algılarının yeterli bir koruyucu faktör olmasının önüne geçmiş olabilir.

4.4.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Geçmiş Olumlu Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde, sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici olup olmadığı, aynı zamanda sorun çözme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici etkisine yukarıda yer verilmiştir. (Bknz. Sayfa, 99-100).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde bir diğer nokta, sosyal destek ile geçmiş olumlu zaman perspektifinin düzeylerinin bir arada bu dolaylı ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığını incelemektir.

Bulgular, dolaylı (aracı) ilişkide sosyal destek ile geçmiş olumlu zaman perspektifi düzeylerinin düzenleyici rolünün olmadığını göstermiştir. Alanyazın geçmiş olumlu zaman perspektifini, geçmişini iyi ve olumlu yönleriyle hatırlamayı, geçmişte yaşadıkları olayları olumlu algılayarak bunlara yaklaşmayı, geçmişine olumlu yönde bir özlem duymayı içerdiğine değinmektedir (Metcalf ve Zimbardo, 2016; Zimbardo ve Boyd, 1999, 2018). Bu ifadeyle, geçmiş olumlu zaman perspektifinin öznel mutluluk, psikolojik iyi oluş, benlik saygısı gibi ruh sağlığını olumlu yönde besleyen kavramlarla pozitif yönde ilişki gösterdiği; bununla birlikte depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozukluklar açısından da ters yönde ilişki gösterdiği belirtilmektedir (Drake ve ark., 2008). İntiharla ilişkisine bakıldığında, geçmişteki olumlu deneyimlere odaklanmanın intihar olasılığını azaltabileceğinin belirtildiği görülmüştür (Shahnaz ve ark., 2019). Bu çalışmada da kişilerin geçmiş olumlu bir zaman yönelimi göstermelerinin özellikle de sosyal destek gibi koruyucu bir faktörle bir arada olduğu durumda intihar olasılığını azaltabileceği ve tıpkı sosyal destek gibi koruyucu bir faktör olabileceği düşünülmüştür. Çünkü intihar düşüncesi olan ve olmayan kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, intihar düşüncesi olmayan kişilerin geçmişini iyi

hatırladıklarını bildirdikleri görülmüştür (Laghi ve ark., 2009). Ancak hem sosyal desteğin hem de geçmiş olumlu zaman perspektifinin böyle bir düzenleyici etkisine rastlanmamıştır. Bu durumu yine pandemiyle ilişkilendirmek mümkün olabilir. Pandeminin doğurduğu koşullar sosyal destek kaynaklarının doğru değerlendirilmesini ve kişilerin geçmişlerine olumlu yönelim gösterme eğilimlerini etkilemiş olabilir. Bunun yanı sıra zaman perspektifi kuramı, zarar verici zaman perspektiflerinin baskın olmasının diğer zaman perspektifleri açısından dengeli bir zaman algısının oluşmasına engel olmaktadır. Bu açıdan çalışmada geçmiş olumsuz zaman perspektifinin, şimdi kaderci zaman perspektiflerinin baskın olması geçmiş olumlu zaman perspektifinin etkisini baskılamış olabilir. Ek olarak, çalışmada fazla değişken ve yolun bulunması birbiriyle ilişkili olabilecek faktörleri etkilemiş olabilir (Klein, 2005).

4.4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Şimdi Kaderci Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde, sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici olup olmadığı, aynı zamanda sorun çözme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici etkisine yukarıda yer verilmiştir. (Bknz. Sayfa, 99-100).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde bir diğer nokta, sosyal destek ile şimdi kaderci zaman perspektifinin düzeylerinin bir arada bu dolaylı ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

Bulgular, dolaylı (aracı) ilişkide sosyal destek ile şimdi kaderci zaman perspektifi düzeylerinin düzenleyici rolünün olduğunu göstermiştir. Sosyal destek düzeylerinin artması intihar olasılığını azaltsa da bu düzeyler ne olursa olsun, şimdi kaderci zaman perspektifi düzeyi arttıkça intihar olasılığına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve intihar olasılığının arttığı görülmektedir. Alanyazın şimdi kaderci zaman perspektifinden, geleceğe ve hayata karşı umutsuzluk ve çaresizlik olarak bahsetmektedir (Metcalf ve Zimbardo, 2016; Zimbardo ve Boyd, 1999, 2018). Bu profile sahip kişilerin genel kaderci tutumları, durum ve olayları kontrol altına almamalarına, geleceği değiştiremediklerine ve bunun için kontrole sahip olmadıklarına inanmalarına dolayısıyla da karar almanın anlamsız olacağına

neden olabilmektedir (D'Alessio ve ark., 2003). Kendilerine çizdikleri bu umutsuz tablonun kişileri intihara hazır hale getirmesine zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Çünkü intiharı anlamada en önemli kuramlardan birinin umutsuzluk kuramı olduğu alanyazınca ispatlanmış durumdadır (Eskin, 2014). Bu çalışmada da kişilerin şimdi kaderci zaman perspektifi düzeyinde yaşadıkları artışın daha fazla umutsuzluk hissetmelerine neden olduğu ve intihar olasılıklarının bu nedenle artış gösterdiği söylenebilir. Dolayısıyla kişilerin şimdi kaderci zaman perspektifinin intihar üzerinde kritik bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalar da, şimdi kaderci zaman perspektifinin intihar düşüncesi olanlarla olmayanları birbirinden ayırdığını, intihar düşüncesi riskinin şimdide kaderci olmayla yakından bağlantılı olduğunu göstermektedir (Laghi ve ark., 2008; van Beek ve ark., 2011).

Sosyal desteğin tampon etkisinden hareketle, özellikle yüksek sosyal destek düzeyinde kişilerin şimdi kaderci zaman perspektifinin olumsuz etkisini yatıştırabileceği ve intihar olasılığını azaltabileceği düşünülmüştür. Ancak şimdi kaderci zaman perspektifinin olumsuz etkisinin sosyal destek yüksek olsa da sürdüğü ve intihar olasılığını arttırdığı görülmektedir. Burada yine pandeminin sosyal kaynaklara ulaşmayı olumsuz etkilemesinin rolü olabileceği söylenebilir. Bununla birlikte, zarar verici olarak kabul edilen bir diğer zaman perspektifinin de şimdi kaderci zaman perspektifi olduğu belirtilmektedir (Zimbardo ve Boyd, 2018). Dolayısıyla bu zaman perspektifinin baskın olması sosyal desteğin etkisini engellemiş olabilir.

4.4.4. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Şimdi Hazcı Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde, sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici olup olmadığı, aynı zamanda sorun çözme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici etkisine yukarıda yer verilmiştir. (Bknz. Sayfa, 99-100).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde bir diğer nokta, sosyal destek ile şimdi hazcı zaman perspektifinin düzeylerinin bir arada bu dolaylı ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığını incelemektir.

Bulgular, dolaylı (aracı) ilişkide sosyal destek ile şimdi hazır zaman perspektifi düzeylerinin düzenleyici rolünün olduğunu göstermiştir. Sosyal destek düzeylerinin artması intihar olasılığını azaltsa da bu düzeyler ne olursa olsun, şimdi hazır zaman perspektifi düzeyi arttıkça intihar olasılığına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve intihar olasılığının arttığı görülmektedir. Şimdi hazır zaman perspektifi alanyazında, anlık heyecan, yenilik ve zevk aramaya ilişkili tüm motivasyonları içeren dürtüsel bir eğilim olarak belirtilmektedir (Metcalf ve Zimbardo, 2016; Zimbardo ve Boyd, 1999, 2018). Alanyazın bu zaman perspektifini zayıf ego bunun dışında alkol, madde kullanımı, düşük güvenli seks, riskli sürüş davranışları gibi dürtüsel bozuklarla ilişkilendirmektedir (Chavarría ve ark., 2015; Keogh ve ark., 1999; Zimbardo ve Boyd, 2018). Bu zaman perspektifinin intiharla arasındaki ilişkiyi inceleyen pek fazla çalışmaya rastlanmasa da çizdiği profilin zayıf ego, dürtüsel davranışlar göstermeleri bilgisinden hareketle, intihara da bir risk oluşturabileceği düşünülmüştür. Kişiler zayıf egoları nedeniyle karşılaştıkları durumlara sağlıklı yaklaşamayacaktır, ayrıca dürtüsel eğilimleri de kişileri hatalı yollara sevk edecektir. Böylece bu kişilerin intihar düşüncesi ve girişimine hazır hale gelebileceği düşünülmüştür.

4.4.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Gelecek Zaman Perspektifinin Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde, sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici olup olmadığı, aynı zamanda sorun çözme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici etkisine yukarıda yer verilmiştir. (Bknz. Sayfa, 99-100).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde bir diğer nokta, sosyal destek ile gelecek zaman perspektifinin düzeylerinin bir arada bu dolaylı ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

Bulgular, dolaylı (aracı) ilişkide sosyal destek ile gelecek zaman perspektifi düzeylerinin düzenleyici rolünün olmadığını göstermiştir. Alanyazın gelecek zaman perspektifini, geleceğe dair planlamalar yapmaya, hedefler belirleyip bu hedefe yönelmeye, belirlenen hedefe odaklanmaya karşılık geldiğini dile getirmektedir (Metcalf ve Zimbardo, 2016; Zimbardo ve Boyd, 1999, 2018). Çalışmalar gelecek zaman perspektifinin başarı,

yaşam doyumu, fiziksel sağlık gibi ruh sağlığına yararlı olan kavramlarla pozitif yönde ilişki gösterirken madde kullanımı, depresyon, anksiyete ile ters yönde ilişki gösterdiğini açıklamaktadır (Kooji ve ark., 2018). Dolayısıyla gelecek zaman perspektifinin intihar üzerinde önemli bir etkisinin olabileceği söylenebilir.

Gelecek zaman perspektifinin intihar ile ilişkisini gösteren çalışma bulguları, en az ve en düşük düzeyde intihar niyetine eğilim göstermenin olumlu bir gelecek zaman yönelim göstermeye karşılık geldiğini belirtmektedir (Hirsch ve ark., 2006). Buradaki kritik nokta aslında umutsuzluk kavramıyla ilişkilendirilebilir. Çünkü olumlu bir gelecek algısı kişileri daha az umutsuzluk yaşamaya yönlendirecektir. Bu kapsamda çalışmalar, olumlu bir gelecek beklentisinin eksikliğinde intihar düşüncesi ve davranışlarına yol açtığını göstermektedir (MacLeod ve ark., 1998; van Beek ve ark., 2009). Hatta bu değişkenin intihar girişimi olan ile olmayan kişileri birbirinden ayırdığı belirtilmektedir (MacLeod ve ark., 1998). Tüm bunlardan hareketle, bu çalışmada da kişilerin gelecek zaman perspektifinin düzeyleri arttıkça özellikle sosyal desteğinde yüksek düzeyde olduğu durumda intihar olasılığının azalması beklenmiştir. Böylece, gelecek zaman perspektifinin intihar üzerinde koruyucu bir rolünün olabileceği düşünülmüştür. Bu bulguya ulaşılmamasında verilerin pandemi döneminde toplanmasıyla ilişkilendirebilmek mümkün olabilir. Tüm dünyanın içinde bulunduğu durum, ilerisini öngörememe kişilerin gelecekle ilgili değerlendirmelerini sağlıklı bir şekilde yapmalarına engel olmuş olabilir.

4.4.6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun Çözmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Olumlu Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde, sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun çözme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici olup olmadığı, aynı zamanda sorun çözme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici etkisine yukarıda yer verilmiştir. (Bknz. Sayfa, 99-100).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde bir diğer nokta, sosyal destek ile olumlu dini başaçıkma düzeylerinin bir arada bu dolaylı ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığını incelemektir.

Bulgular, dolaylı (aracı) ilişkide sosyal destek ile olumlu dini başaçıkma düzeylerinin düzenleyici rolünün olmadığını göstermiştir. Alanyazında olumlu dini başaçıkmanın intihar riskini azalttığı yani koruyucu bir niteliğe sahip olduğu vurgulanmıştır (Carroll ve ark., 2020; Currier ve ark., 2017; Kopacz ve ark., 2017). Bu çalışmada da bu yönde bir sonuç beklenmiş ancak bulunmamıştır. Kişilerin sosyal destekle birlikte olumlu dini başaçıkma göstermelerinin intihar olasılığını azaltabileceği düşünülmüştür. nk hem sosyal destek hem de dini başaçıkmanın intihar üzerinde tampon görevi görebileceğini belirtmektedir (Cohen ve Wills, 1985; Dervic ve ark., 2004; Eskin ve ark., 2020; Greening ve Stoppelbein, 2002; Mosqueiro ve ark., 2021). Beklenen bulgulara ulaşılmaması aracılık ilişkisiyle açıklanabilir. nk belirsizliğe tahammülsüzlük kişilerin sorun zmelerini olumsuz etkilemekte ve olumsuz etkilenen sorun zme becerileri de intihar olasılığını arttırmaktadır. Bu açıdan kişilerin sorun zme becerilerinin olumsuz etkilenmiş olması, olumlu dini başaıkmasını etkilemiş olabilir. Bu ihtimalin değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. nk sorun zmenin bir başaçıkma mekanizması olduğu (Eskin, 2018) düşünülürse, bu başaçıkma da yaşanan bir sorunun diğer bir başaçıkma mekanizmasını etkilemesinin olası olabileceği düşünülebilir. Dolayısıyla kişilerin sorun zmede yaşadıkları sorunun olumlu dini başaıkmayı işlevsel kullanamamış olmalarına neden olmuş olabileceği ihtimalinin aydınlatılmaya ihtiyaı vardır.

İntiharın kişinin yaşamına son vermesine karşılık geldiği düşünüldüğünde, Aydın (2015) olumlu dini başaçıkma ile yaşamı sürdürme arasında olumlu yönde bir ilişkiden ve bireylerin yaşamlarını sonlandırmaları açısından olumlu dini başaçıkma ya sahip olmalarının koruyucu olduğundan bahsetmektedir. Bu çalışmada da olumlu dini başaçıkmanın böyle bir görev üstlenebileceği beklenmiştir. Özellikle de diğer bir önemli koruyucu faktör olan sosyal destekle birarada olmasının intihar olasılığını düşürme konusunda kritik bir rol oynayabileceği düşünülmüştür.

4.4.7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve İntihar Olasılığı İlişkisinde Sorun zmenin Aracı Olduğu Modelde Sosyal Destek ve Olumsuz Dini Başaçıkmanın Düzenleyici Rolü: Durumsal Aracılık

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun zme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde, sosyal destek düzeyinin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sorun zme ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici olup olmadığı, aynı zamanda sorun zme ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide düzenleyici

etkisine yukarıda yer verilmiştir. (Bknz. Sayfa, 99-100).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığını yordadığı modelde bir diğer nokta, sosyal destek ile olumsuz dini başaçıkmanın düzeylerinin bir arada bu dolaylı ilişkide düzenleyici etkisi olup olmadığını araştırmaktır.

Bulgular, dolaylı (aracı) ilişkide sosyal destek ile olumsuz dini başaçıkma düzeylerinin düzenleyici rolünün olmadığını göstermiştir. Olumsuz dini başaçıkma, kutsal olanın sevgisini sorgulama, cezalandırdığı hissine kapılma, terk ettiğini düşünme ile bağlantılandırılmaktadır (Pargament ve ark., 2000). Böyle bir durum kişileri intihara sürükleyebilir. Alanyazın da olumsuz dini başaçıkmayı intihar davranışı riskini artırabilecek ek bir yük kaynağı olarak ifade etmektedir (Pargament ve ark., 2013). Bu açıdan çalışmanın bulgularında olumsuz dini başaçıkmanın intihar olasılığını arttırabilecek bir düzenleyici rolüne sahip olabileceği beklenmiştir. Çünkü, olumsuz dini başaçıkma ile intihar arasında pozitif yönde ilişkiye sahip olduğu çeşitli çalışmalarca ispatlanmıştır (Currier ve ark., 2015; De Berardis ve ark., 2020; Exline ve ark., 2000; Kopacz ve ark., 2017).

Olumsuz dini başaçıkmanın intihar için bir risk faktörü olabileceği alanyazında söylense de, bu çalışmada sosyal desteğin yüksek olduğu düzeyde olumsuz dini başaçıkmanın risk etkisini tamponlaması beklenmiştir. Ancak bu yönde bir sonuca rastlanmamıştır. Kişiler yüksek sosyal destek algıladıklarını ifade etse de beklenen yönde bir sonuca ulaşılmamasında pandeminin karıştırıcı bir rol oynamış olabileceği düşünülebilir. Yine birden fazla parametrenin etkisi beklenen ilişkilerin ortaya çıkmamasında rol oynamış olabilir (Klein, 2005).

Genel olarak tüm modellerde sosyal desteğin rolünün olmaması şöyle de açıklanabilir. Kişiler sosyal destek aldıklarında ya da bu desteği algıladıklarında bunun kim tarafından sağlandığı da önemlidir. Örneğin aileden alınan sosyal destek ile arkadaşan alınan sosyal destek bazen aynı karşılığa sahip olamayabilir (Cheng ve Chan, 2007). Dolayısıyla bu çalışmada kişilerin kimlerden sosyal destek algıladıkları da sosyal desteğin rolünü etkilemiş olabilir.

4.5. Araştırmanın Sonuçları

Bu çalışmanın araştırma soruları doğrultusunda elde edilen sonuçlar aşağıda listelenmiştir:

1. İntihar davranışları açısından gruplar arasında farklılıklar olduğu bulunmuştur. Hayatının herhangi bir döneminde ve yine son iki ay içerisinde kendini öldürmeyi en fazla düşünen grubun psikiyatri grubu olduğu; benzer şekilde hayatının herhangi bir döneminde ve son iki ay içerisinde kendini öldürme girişiminin en fazla olduğu grubun da psikiyatri olduğu saptanmıştır.

2. Çalışmada yer alan değişkenler grup ve cinsiyet açısından farklılık gösterirken grup*cinsiyet etkileşiminde farklılıklara rastlanmamıştır. Gruplara göre, psikiyatri grubunun daha fazla intihar olasılığı gösterdikleri ve belirsizliğe tahammülsüz oldukları, geçmiş olumsuz zaman perspektifine sahip oldukları; onkoloji grubunun sorun çözme becerilerinde daha iyi oldukları, daha fazla sosyal destek algıladıkları, geçmişini daha olumlu değerlendirdikleri, şimdide daha hazcı oldukları, daha olumlu dini başa çıkma gösterdikleri tespit edilmiştir. Cinsiyete göre, kadınların erkeklerden daha fazla belirsizliğe tahammülsüz oldukları ve daha fazla olumlu dini başa çıkma gösterdikleri; erkeklerin kadınlardan daha fazla şimdi hazcı zaman perspektifine sahip olduğu görülmüştür.

3. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracılık ettiği görülmüştür. Bu aracılık etkisinin tüm katılımcıların dâhil edildiği analizde kısmi aracılık rolü olduğu bulunmuştur. Her bir grup için ayrı ayrı analiz edildiğinde ise onkoloji grubundan tam aracı, diğer gruplarda kısmi aracı rolü olduğu tespit edilmiştir.

4. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün sorun çözme aracılığıyla intihar olasılığına dolaylı etkisinde sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkmanın düzenleyici etkisinde; sosyal destek ve geçmiş olumsuz zaman perspektifinin, benzer şekilde sosyal destek ve şimdi kaderci zaman perspektifinin son olarak sosyal destek ve şimdi hazcı zaman perspektifinin bir arada düzenleyici bir etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Her durumda da sosyal desteğin düzeyi ne olursa olsun geçmiş olumsuz, şimdi kaderci ve şimdi hazcı zaman perspektiflerinin düzeyinde yaşanan artışın intihar olasılığını arttırdığı görülmüştür.

4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın intihar risk gruplarının intihar davranışlarını ve intiharı anlamak adına oluşturulan durumsal aracılık modeli kapsamında elde edilen bulguların alanyazına katkı sağlamasının yanında birtakım sınırlılıkları da bulunmaktadır.

İlk olarak araştırma belli bir zaman diliminde elde edilen verilerle yürütülen kesitsel bir araştırmadır. Bu nedenle değişkenler arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak ve neden sonuç ilişkisini değerlendirmek amacıyla boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte araştırmadaki değişkenlerin ilişkisini bir nebze daha iyi anlamak amacıyla model analizi yapılmış olsa da araştırma neden sonuç ilişkisini açıklamak adına yetersiz kalacaktır. Ayrıca araştırmanın klinik örneklerle yürütülmüş olması ve katılımcıların bir hastalığa sahip olması dikkate alındığında, bir hastalığa sahip olmanın önemli ve zaman içinde değişebilen bir süreç olabileceği dolayısıyla boylamsal çalışılmamış olması sınırlılık olarak düşünülmektedir.

İkinci olarak araştırmada yer alan onkoloji, gastroenteroloji, psikiyatri ve sağlıklı gruplarında yer alan katılımcılara ön bir değerlendirmenin yapılmaması bir sınırlılık oluşturabilir. Örneğin, kanser hastaları beraberinde depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlarla eştanı halinde olabilmektedir. Bu çalışmada böyle bir ön değerlendirme yapılmamıştır. Aynı zamanda psikiyatri grubundaki katılımcıların ise ne şiddette depresyon ya da anksiyete belirtileri gösterdikleri değerlendirilmemiştir. Yine diğer hasta grubundaki katılımcıların da hastalık şiddeti ölçülmemiştir.

Üçüncü olarak araştırmada veriler öz bildirime dayalı ölçekler aracılığıyla toplanmıştır. Bu durum katılımcıların sosyal beğenirlik ya da kendini daha kötü gösterme gibi etmenler nedeniyle yanlı yanıtlar vermiş olabileceğini ve sonuçların bunlardan etkilenmiş olabileceğini düşündürmüştür.

Dördüncü olarak araştırmanın yürütüldüğü zaman diliminde tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını nedeniyle katılımcılara ulaşma zorluğu yaşanmıştır; bu nedenden ötürü her bir grupta yer alan katılımcılar yaş, cinsiyet gibi özellikler açısından birbirleriyle eşlenememiştir. Eşlenen katılımcılar gruplar arasında yapılan karşılaştırma sonuçlarını daha açık bir şekilde vereceği için bu araştırmada bunun yapılamamış olması bir sınırlılık olarak sayılabilir. Aynı zamanda verilerin toplanması pandeminin seyri nedeniyle kesintiye uğramış ve dolayısıyla pandeminin seyri her katılımcıyı benzer şartlarda

etkilememiş bunun da karıştırıcı bir faktör olmasına yol açmış olabileceğini düşündürmüştür. Böylece pandeminin karıştırıcı etkisinin kontrol edilememesi de bir sınırlılık oluşturabilir.

Beşinci olarak, araştırmanın modelinde hem çok fazla değişkenin hem de yolların (path) bulunmasının olması gereken ilişkilerin ortaya çıkmasını engellemiş olabileceğini düşündürmüştür. Çünkü alanyazın gözlenen değişken ve yolların sayısının artmasının sonuçları kötüleştirebileceğini belirtmektedir (Klein, 2005). Dolayısıyla bu çalışmanın değişken ve yol sayılarının fazla olması beklenen sonuçların ortaya çıkmamasını engellemiş olabileceğinden ötürü bir sınırlılık oluşturmuş olabilir.

Son olarak, araştırma intiharı anlamak adına ilgili değişkenlerin nasıl bir ilişki gösterdiği inceleyen bir yapısal eşitlik modeli olsa da çalışmada yer alan intihar açısından risk grubunda yer alan katılımcıları intihara sürükleyen noktaları daha derinlemesine ele almak için nitel görüşmelerin yapılması ek bir veri kaynağı olabilir.

4.7. Klinik Doğurgular

Bu çalışmada, intihar açısından risk grubunda yer alan çeşitli hasta grupların ve kontrol grubu olarak kontrol grubunun intihar davranışları ve intihar üzerinde rol oynayan çeşitli faktörler açısından nasıl farklılaştığı değerlendirilmiş ve intiharın sağaltımında yol gösterici olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar olasılığını arttıran bir role sahip olduğu ve intihar riski oluşturduğu, bu ilişkinin sorun çözme aracılığıyla da gerçekleştiğinin görülmüş olmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Böylece müdahale sürecinde bireylerin sorun çözme becerilerini arttırmanın intiharı önlemede faydalı olacağı görülmektedir. Bu nedenle sorun çözme terapisinin etkili bir yöntem olacağı söylenebilir.

Bu çalışmada sosyal destek, zaman perspektifi ve dini başa çıkma gibi intihar üzerinde rol oynayan değişkenlerin düzenleyici bir etkilerinin olup olmadığına bakılmasından hareketle, bu değişkenlerin düzeylerinin intiharı olasılığını etkilediği görülmüştür. Bu açıdan algılanan sosyal desteğin orta ya da yüksek düzeyde olmasının koruyucu olabildiği bundan ötürü intiharı önleme girişim sürecine sosyal desteğin dahil edilmesinin intihar riskini tamponlama adına işlevsel olabilir. Yine geçmiş olumsuz, şimdi kadenci ve şimdi hazzı zaman perspektifi düzeylerinin artması ise intihar olasılığını

arttırmıştır. Dolayısıyla bu faktörlerin intihar riskinin artmasına katkı sunduğunu göstermektedir. Bu sebeple bu faktörlerin dikkate alınmasının önemli olacağı söylenebilir. İntihar riskini azaltmak adına psikoterapilerde -örneğin, aşırı geçmişini olumsuz değerlendiren bir kişi için- zaman algısının da dahil edildiği kişinin ihtiyacına yönelik terapi revizyonlarının yapılmasının faydalı olabileceği öngörülmüştür.

4.8. Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler

Bu çalışmada yer alan katılımcıların hasta örneklemelerinden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda hastalığın bir süreç olduğu akla gelmektedir. Bu çalışma kesitsel bir çalışma olarak yürütüldüğü için hastalığın süreci dâhil edilmeden ölçümler alınmıştır. Dolayısıyla gelecekteki çalışmalarda hastalığın tanı (öncesi-esnası-sonrası) ve tedavisinin (öncesi-esnası-sonrası) de işin içine dâhil edilerek intihar riskinin değerlendirilmesinin önemli olacağı sonucuna varılmıştır. Çünkü özellikle bu çalışmada örneklemde yer alan kanser hastası gibi bir hasta grubu için zamansal ilişkilerin kritik olabileceği aşikardır.

Bu çalışmada yer alan onkoloji ve gastroenteroloji gruplarındaki hastaların spesifik bir hastalığı kapsamayacak (örneğin, sadece meme kanseri ya da ülser) şekilde ele alınmıştır. Gelecekte bu çalışma örneğin, meme kanseri, akciğer kanseri, huzursuz bağırsak sendromu, ülser gibi daha spesifik tanımlarla tekrarlanabilir. Çünkü her bir hastalığın kendine has doğasının olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca onkoloji grubuna özel, hastalığın evrelerinin değerlendirilmesinin de yapıldığı bir çalışma ileride yürütülebilir. Tüm bunların dikkate alınarak ileride yürütülecek çalışmaların intihar risk grubundaki bu bireylerin sağaltım çalışmalarına fayda sağlayabileceği öngörülmüştür.

Bu çalışma kapsamında sınırlılıklarda da belirtildiği gibi, hasta gruplarında ön değerlendirme yapılmamıştır. Örneğin, psikiyatri grubunda yer alan katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyleri ölçülenmemiş veya eştanı durumu sorgulanmamış ya da onkoloji, gastroenteroloji grubunda yer alan katılımcıların depresyon anksiyete belirtilerine yönelik bir değerlendirme yapılmamıştır. Bu açıdan böyle bir değerlendirmeye yer vererek yürütülecek ileriki çalışmaların da sağaltım açısından önemli bilgiler sunacağı söylenebilir.

Çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracı rolüne ulaşılmış olup alanyazında bu ilişkiyi açıklayan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla intiharı değerlendirmede ve intihara yapılacak müdahale ya da önleme programı hazırlamada bu bulguların katkısı olmakla birlikte gelecek çalışmalara

ihtiyaç olduğu açıktır. Örneğin, ister onkoloji hastaları olsun ister psikiyatri ya da gastroenteroloji hastaları tedavi süreçlerine eklenecek bir sorun çözme beceri eğitimi ya da sorun çözme terapisi, bu hastaların intihar riskine ne kadar katkısı olduğunun değerlendirildiği çalışmalar yürütülebilir.

Son yıllarda hangi hastaya hangi tedavinin ne koşullarda verilmesi halinde daha yararlı olacağına dair ön plana çıkan söylemlerden hareketle, bu çalışmadan elde edilen sorun çözmenin kritik rolünün zaman perspektifi gibi başka faktörlerin rol oynadığı koşullarda intihara etkisi değerlendirilmiştir. Bu açıdan başka koşullara bağlı olarak belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar olasılığı arasındaki ilişkide sorun çözmenin aracılık rolü yeniden değerlendirilebilir.

Bu çalışmada çeşitli zaman perspektiflerinin intihar olasılığı üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür. Zaman perspektifinin doğuştan gelmediği ve öğrenildiği, aynı zamanda yeniden öğrenilebildiği belirtilmektedir (Zimbardo ve Boyd, 2018). Dolayısıyla intiharı önlemede uygulanan müdahale programlarına intihara risk oluşturan zaman perspektifinin yeniden yapılandırılmasını içeren çalışmaların yapılmasının yararlı olabileceği düşünülebilir.

Çalışmanın pandemi döneminde toplanmasının sosyal destek gibi önemli ve etkili koruyucu faktörün etkisini kısıtlamış olabileceği düşünülmektedir. Çünkü herkesin evlere kapandığını, sosyal çevre ile yakın ilişkinin kesildiğini düşünecek olursak, kişilerin sosyal destek kaynaklarını değerlendirirken bu içinde bulunduğu olağandışı durumdan etkilenmiş olabilir. Dolayısıyla bunu netleştirmek amacıyla mevcut çalışmanın ileriki çalışmalar tarafında tekrarlanarak sonuçların yeniden değerlendirilmesi önemli olabilir.

Kişilerin sahip olduğu zaman perspektifi yargılarının kişisel deneyimlerden, kültürel etkilerden, yaşanan coğrafyadan etkileşimler yoluyla öğrenildiği bilinmektedir (Zimbardo ve Boyd, 2018). Benzer şekilde kişilerin intihar niyeti ve girişimlerinin bireysel ve toplumsal atıf, tutum ve inançlarla bağlantılı olduğu gösterilmektedir (Eskin, 2014). Bu bilgiler ışığında, çalışmadan elde edilen sonuçların gelecekte çalışmalarda kültürlerarası zeminde yeniden ele alınmasına öncülük edebileceği beklenmektedir.

5. KAYNAKLAR

- Aboussalam, N., Naudé, L., Lens, W., & Esterhuyse, K. (2016). The relationship between future time perspective, self-efficacy and risky sexual behaviour in the Black youth of central South Africa. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *25*(2), 176–183. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1078884>
- Aguilar-Vafaie, M. E., & Abiari, M. (2007). Coping Response Inventory: Assessing coping among Iranian college students and introductory development of an adapted Iranian Coping Response Inventory (CRI). *Mental Health, Religion & Culture*, *10*(5), 489–513. <https://doi.org/10.1080/13674670600996639>
- Ahn, M. H., Park, S., Lee, H. B., Ramsey, C. M., Na, R., Kim, S. O., Kim, J. E., Yoon, S., & Hong, J. P. (2015). Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psycho-oncology*, *24*(5), 601–607. <https://doi.org/10.1002/pon.3705>
- Akca, S. O., Yuncu, O., & Aydin, Z. (2018). Mental status and suicide probability of young people: A cross-sectional study. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, *64*(1), 32–40. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.01.32>
- Akirmak, U. (2019). The validity and reliability of the Zimbardo time perspective inventory in a Turkish sample. *Current Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0153-3>
- Allan, N. P., Cooper, D., Oglesby, M. E., Short, N. A., Saulnier, K. G., & Schmidt, N. B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of anxiety disorders*, *53*, 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.08.002>
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Cancer Diagnosis and Suicide Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, *24*(sup2), S94–S112. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1596182>

- Anagnostopoulos, F., & Griva, F. (2012). Exploring time perspective in Greek young adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and relationships with mental health indicators. *Social Indicators Research*, 106(1), 41–59. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9792-y>
- Anderson, C., Park, E.M., Rosenstein, D.L., Nichols, H.B. (2018). Suicide rates among patients with cancers of the digestive system. *Psycho-Oncology*. 27: 2274– 2280. <https://doi.org/10.1002/pon.4827>
- Anguiano, L., Mayer, D. K., Piven, M. L., & Rosenstein, D. (2012). A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer nursing*, 35(4), E14–E26. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822fc7>
- Arsel C. O, Batıgün A. D (2011). İntihar ve cinsiyet: Cinsiyet rolleri, iletişim becerileri, sosyal destek ve umutsuzluk açısından bir değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26(68), 1 - 13.
- Arslan, Y. (2009). *Lise Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Sosyal Problem Çözme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Asellus, P., Nordström, P., Jokinen, J. (2010). Cholesterol and CSF 5-HIAA in attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*, 1–3, 388-392.
- Atlı, Z., Eskin, M., Dereboy, Ç., (2009) İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) Klinik Örnekleme Geçerliliği ve Güvenirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12, 111-124.
- Atmaca, G.D., & Durat, G. (2015). Kanser Hastalarında İntihar Riski. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 127-132. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/johr/issue/10028/123746>
- Aydın, O., Deveci, A., & Esen-Danacı, A. (2012). Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir?. *Üroonkoloji bülteni*, 11(4), 311-315.
- Ayyıldız, T. K., Altıntaş, H. K., & Veren, F. (2018). Evaluation of the Problem Solving Skills and Social Support Levels of Secondary School Students. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 96-104.

- Baechler, J. (1980). A strategic theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(2), 70–99. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1980.tb00768.x>
- Baetz, M., & Bowen, R. (2011). Suicidal ideation, affective lability, and religion in depressed adults. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(7), 633-641. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.504202>
- Bahmanyar, S., Sparen, P., Rutz, E. M., & Hultman, C. M. (2009). Risk of suicide among operated and non-operated patients hospitalised for peptic ulcers. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(12), 1016-1021. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.086348>
- Balcı Şengül, M. C., Kaya, V., Şen, C. A., & Kaya, K. (2014). Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 20, 329–336. <https://doi.org/10.12659/MSM.889989>
- Baumeister R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bay, P.S., Beckman, D., Trippi, J. *et al.* The Effect of Pastoral Care Services on Anxiety, Depression, Hope, Religious Coping, and Religious Problem Solving Styles: A Randomized Controlled Study. *J Relig Health* 47, 57–69 (2008). <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9131-4>
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of anxiety disorders*, 23(8), 1011–1023. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>

- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 43*, 30–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
- Berlyne, D.E. (1962), Uncertainty and epistemic curiosity. *British Journal of Psychology, 53*: 27-34. doi:10.1111/j.2044-8295.1962.tb00811.x
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: a review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical psychology review, 31*(7), 1198–1208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
- Boden, J., Fergusson, D., & John Horwood, L. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine, 37*(3), 431-440. doi:10.1017/S0033291706009147
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. G. (2004). Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 165–180). Hoboken: Wiley
- Boniwell, I., Osin, E., Alex Linley, P., & Ivanchenko, G. V. (2010). A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples. *The Journal of Positive Psychology, 5*(1), 24-40. <https://doi.org/10.1080/17439760903271181>
- Buhr, K., & Dugas, M.J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy, 40*(8), 931–946. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
- Calati, R., Fang, F., Mostofsky, E., Shen, Q., Di Mattei, V. E., Garcia-Foncillas, J., Baca-Garcia, E., Cipriani, A., & Courtet, P. (2018). Cancer and suicidal ideation and behaviours: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open, 8*(8), e020463. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020463>
- Carleton R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert review of neurotherapeutics, 12*(8), 937–947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>

- Carleton R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all?. *Journal of anxiety disorders*, *41*, 5–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>
- Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). “But it might be a heart attack”: intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders*, *28*(5), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.04.006>
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, *26*(3), 468-479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Carleton, R. N., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears?. *Behaviour research and therapy*, *45*(10), 2307–2316. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>
- Carroll, T. D., McCormick, W. H., Smith, P. N., Isaak, S. L., & Currier, J. M. (2020). PTSD, religious coping, and interpersonal antecedents of suicidal desire among military veterans: An initial examination of moderation models. *Psychology of Religion and Spirituality*, *12*(3), 304–310. <https://doi.org/10.1037/rel0000270>
- Chang, B. P., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2016). Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. *Translational psychiatry*, *6*(9), e887. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.165>
- Chavarria, J., Allan, N. P., Moltisanti, A., & Taylor, J. (2015). The effects of Present Hedonistic Time Perspective and Past Negative Time Perspective on substance use consequences. *Drug and alcohol dependence*, *152*, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.027>
- Chen, C. H., Lin, C. L., Hsu, C. Y., & Kao, C. H. (2018). A Retrospective Administrative Database Analysis of Suicide Attempts and Completed Suicide in Patients With Chronic Pancreatitis. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 147. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00147>

- Cheng, S. T., & Chan, A. C. (2007). Multiple pathways from stress to suicidality and the protective effect of social support in Hong Kong adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(2), 187-196.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis, 28*(2), 67–73. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.2.67>
- Chu, C., Walker, K. L., Stanley, I. H., Hirsch, J. K., Greenberg, J. H., Rudd, M. D., & Joiner, T. E. (2018). Perceived problem-solving deficits and suicidal ideation: Evidence for the explanatory roles of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in five samples. *Journal of personality and social psychology, 115*(1), 137–160. <https://doi.org/10.1037/pspp0000152>
- Chua, B. L., Tan, O. S., & Liu, W. C. (2016). Journey into the problem-solving process: cognitive functions in a PBL environment. *Innovations in Education and Teaching International, 53*(2), 191-202. <https://doi.org/10.1080/14703297.2014.961502>
- Chua, L.W., Milfont, T.L. & Jose, P.E. Coping Skills Help Explain How Future-Oriented Adolescents Accrue Greater Well-Being Over Time. *J Youth Adolescence 44*, 2028–2041 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0230-8>
- Ciarrochi, J., Said, T., & Deane, F. P. (2005). When simplifying life is not so bad: The link between rigidity, stressful life events, and mental health in an undergraduate population. *British Journal of Guidance & Counselling, 33*(2), 185–197. <https://doi.org/10.1080/03069880500132540>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357
- Currier, J. M., Smith, P. N., & Kuhlman, S. (2017). Assessing the unique role of religious coping in suicidal behavior among U.S. Iraq and Afghanistan veterans. *Psychology of Religion and Spirituality, 9*(1), 118–123. <https://doi.org/10.1037/rel0000055>

- Cyranowski, J. M., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Brown, C., Thurston, R. C., Joffe, H., Matthews, K. A., & Bromberger, J. T. (2012). Psychosocial features associated with lifetime comorbidity of major depression and anxiety disorders among a community sample of mid-life women: the SWAN mental health study. *Depression and anxiety*, 29(12), 1050–1057. <https://doi.org/10.1002/da.21990>
- D'Alessio, M., Guarino, A., De Pascalis, V., & Zimbardo, P. G. (2003). Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (STPI) - Short Form. *Time & Society*, 12(2–3), 333–347. <https://doi.org/10.1177/0961463X030122010>
- Daniels, K., Beesley, N., Wimalasiri, V., & Cheyne, A. (2013). Problem solving and well-being: Exploring the instrumental role of job control and social support. *Journal of Management*, 39(4), 1016–1043. <https://doi.org/10.1177/0149206311430262>
- De Berardis D, Olivieri L, Rapini G, Serroni N, Fornaro M, Valchera A, Carano A, Vellante F, Bustini M, Serafini G, Pompili M, Ventriglio A, Perna G, Fraticelli S, Martinotti G, Di Giannantonio M. Religious Coping, Hopelessness, and Suicide Ideation in Subjects with First-Episode Major Depression: An Exploratory Study in the Real World Clinical Practice. *Brain Sciences*. 2020; 10(12):912. <https://doi.org/10.3390/brainsci10120912>
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., and Mann, J.J. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161:12, 2303-2308 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2303>
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 38(1), 51–56. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.1.51>
- Dong, M., Wang, S. B., Li, Y., Xu, D. D., Ungvari, G. S., Ng, C. H., ... & Xiang, Y. T. (2018). Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: a comprehensive meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 225, 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.043>

- Drake, L., Duncan, E., Sutherland, F., Abernethy, C., & Henry, C. (2008). Time Perspective and Correlates of Wellbeing. *Time & Society*, 17(1), 47–61. <https://doi.org/10.1177/0961463X07086304>
- Du, L., Shi, H. Y., Yu, H. R., Liu, X. M., Jin, X. H., Yan-Qian, Fu, X. L., Song, Y. P., Cai, J. Y., & Chen, H. L. (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 276, 711–719. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.082>
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). *The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance*. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (p. 143–163). Guilford Press.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of Uncertainty, Worry, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835–842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>
- Dugas, M.J., Freeston, M.H. & Ladouceur, R. Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research* 21, 593–606 (1997). <https://doi.org/10.1023/A:1021890322153>
- Dunkel, C. S., & Weber, J. L. (2010). Using three levels of personality to predict time perspective. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 29(2), 95–103. <https://doi.org/10.1007/s12144-010-9074-x>
- Durak Batıgün, A., Hisli Şahin, N., & Karlı Demirel, E. (2011). Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres, Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve Öfke İlişkisi [Stress, self-perception and interpersonal style in patients with physical illnesses]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 245–254.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- DZurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1982). *Social problem solving in adults*. New York: Academic Press

- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (2004). *Social Problem Solving: Theory and Assessment*. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (p. 11–27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-001>
- D'Zurilla, T.J., Chang, E.C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Reserach*, 19, 547–562 <https://doi.org/10.1007/BF02230513>
- Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Endo, G., Tachikawa, H., Fukuoka, Y., Aiba, M., Nemoto, K., Shiratori, Y., Matsui, Y., Doi, N., & Asada, T. (2014). How perceived social support relates to suicidal ideation: a Japanese social resident survey. *The International journal of social psychiatry*, 60(3), 290–298. <https://doi.org/10.1177/0020764013486777>
- Eshuis, E. J., Magnin, K. M. M. Y., Stokkers, P. C. F., Bemelman, W. A., & Bartelsman, J. (2010). Suicide attempt in ulcerative colitis patient after 4 months of infliximab therapy—a case report. *Journal of Crohn's and Colitis*, 4(5), 591-593. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2010.04.001>
- Eskin M,Akoğlu A,Uygur B (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266 - 275.
- Eskin, M. (2000). Adolescent psychological problems and their relationships with suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3(4):228
- Eskin, M. (2012). *İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Eskin, M. (2014). *İntihar: Anlama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme (Suicide: Understanding, Assessment, Treatment and Prevention, in Turkish)*. Ankara: Turkish Psychological Association.

- Eskin, M. ve Aycan, Z. (2009). Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin Türkçe'ye (Tr-SSÇE-G) Uyarlanması Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12 (23), 1-10.
- Eskin, M., Baydar, N., El-Nayal, M., Asad, N., Noor, I. M., Rezaeian, M., et al. (2020). Associations of religiosity, attitudes towards suicide and religious coping with suicidal ideation and suicide attempts in 11 muslim countries. *Social Science & Medicine*, 265, 113390. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113390>.
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., & Demirkiran, F. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis*, 28(3), 131–139. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.131>
- Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., De Leo, D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 9(3), 722–745. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>
- Fergus, T. A., Bardeen, J. R., & Wu, K. D. (2013). Intolerance of uncertainty and uncertainty-related attentional biases: Evidence of facilitated engagement or disengagement difficulty? *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 735–741. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9509-9>
- Fetzner, M.G., Horswill, S.C., Boelen, P.A. et al. Intolerance of Uncertainty and PTSD Symptoms: Exploring the Construct Relationship in a Community Sample with a Heterogeneous Trauma History. *Cogn Ther Res* 37, 725–734 (2013). <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9531-6>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage
- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual review of psychology*, *55*, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*(6), 791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, *31*(6), 923–933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>
- Gibbs, L.M., Dombrowski, A.Y., Morse, J., Siegle, G.J., Houck, P.R. and Szanto, K. (2009), When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *Int. J. Geriat. Psychiatry*, *24*: 1396-1404. <https://doi.org/10.1002/gps.2276>
- Ginley, M. K., & Bagge, C. L. (2017). Psychiatric heterogeneity of recent suicide attempters: A latent class analysis. *Psychiatry research*, *251*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.004>
- Granek, L., Nakash, O., Ariad, S., Shapira, S., & Ben-David, M. (2019). Cancer patients' mental health distress and suicidality: Impact on oncology healthcare workers and coping strategies. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *40*(6), 429–436. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000591>
- Greco, V., & Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: The construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*, *31*(4), 519–534. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00156-2)
- Greco, V., & Roger, D. (2003). Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences*, *34*(6), 1057–1068. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00091-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00091-0)
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and white adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, *32*(4), 404–417. <https://doi.org/10.1521/suli.32.4.404.22333>

- Gudykunst, W.B., & Nishida, T. (2001). Anxiety, uncertainty, and perceived effectiveness of communication across relationships and cultures. *Journal of Intercultural Relations*, 25(1), 55–71. [https://doi:10.1016/S0147-1767\(00\)00042-0](https://doi:10.1016/S0147-1767(00)00042-0)
- Guo, C, Zheng, W, Zhu, W, et al. Risk factors associated with suicide among kidney cancer patients: A Surveillance, Epidemiology, and End Results analysis. *Cancer Med*. 2019; 8: 5386– 5396. <https://doi.org/10.1002/cam4.2400>
- Güler Aydın, Ö. (2015). Yaşami Sürdürmede Ve İntihari Önlemede Dindarlık İle İlgili Değişkenlerin Rolü. *Journal of International Social Research*, 8(40), 466–475. <https://doi.org/10.17719/jisr.20154013919>
- Gümüş, K., & Sezgin, S. (2016). Multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(47), 475-486
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212–5222. <https://doi.org/10.19082/5212>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. M. (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73(6), 281-296. DOI: 10.1097/00005792-199411000-00001
- Harrison, K., Dombrowski, A., Morse, J., Houck, P., Schlernitzauer, M., Reynolds, C., & Szanto, K. (2010). Alone? Percieved social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 445-454. doi:10.1017/S1041610209991463
- Harrison, M. O., Koenig, H. G., Hays, J. C., Eme-Akwari, A. G., & Pargament, K. I. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 86–93. <https://doi.org/10.1080/09540260124356>
- Hashash JG, Vachon A, Ramos Rivers C, et al. (2019). Predictors of suicidal ideation among IBD outpatients. *Journal of Clinical Gastroenterology* 53,1 41-45. doi:10.1097/MCG.0000000000001094.

- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). *Suicide. The Lancet*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi:10.1016/s0140-6736\(09\)60372-x](https://doi:10.1016/s0140-6736(09)60372-x)
- Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi:10.1016/s0140-6736\(12\)60322-5](https://doi:10.1016/s0140-6736(12)60322-5)
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Heikkinen, M., Aro, HM ve Lönnqvist, JK (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 343–358.
- Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):51–60. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>
- Hill, E. M., & Hamm, A. (2019). Intolerance of uncertainty, social support, and loneliness in relation to anxiety and depressive symptoms among women diagnosed with ovarian cancer. *Psycho-oncology*, 28(3), 553–560. <https://doi.org/10.1002/pon.4975>
- Hirsch, J. K., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Heisel, M. J., Beckman, A., Franus, N., & Conwell, Y. (2006). Future orientation and suicide ideation and attempts in depressed adults ages 50 and over. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(9), 752–757. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000209219.06017.62>
- Hocaoğlu, Ç. (2006). Kanserli hastalarda intihar girişimi. *Göztepe Tıp Dergisi* 21(3):158-160.
- Hock, M., & Krohne, H. W. (2004). Coping With Threat and Memory for Ambiguous Information: Testing the Repressive Discontinuity Hypothesis. *Emotion*, 4(1), 65–86. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.1.65>

- Hollingsworth, D. W., Slish, M. L., Wingate, L. R., Davidson, C. L., Rasmussen, K. A., O'Keefe, V. M., Tucker, R. P., & Grant, D. M. (2018). The indirect effect of perceived burdensomeness on the relationship between indices of social support and suicide ideation in college students. *Journal of American college health: J of ACH*, 66(1), 9–16. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1363764>
- Holman, E. A., & Zimbardo, P. G. (2009). The social language of time: The time perspective–social network connection. *Basic and Applied Social Psychology*, 31(2), 136–147. <https://doi.org/10.1080/01973530902880415>
- House, S. J. (1987). Social Support and Social Structure. *Sociological Forum*, 2 (1).
- Humphreys P., Berkeley D. (1985) *Handling Uncertainty*. In: Wright G. (eds) Behavioral Decision Making. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2391-4_12
- Jacobson, J. A., Weary, G., & Lin, Y. S. (2008). Causal uncertainty and metacognitive inferences about goal attainment. *Cognition and Emotion*, 22(7), 1276–1305. <https://doi.org/10.1080/02699930701739849>
- Jonassen, D.H. (2004). Learning to Solve Problem. An instructional Design Guide. San Fransisco: John Wiley & Son, Inc.
- Kaceniene, A., Krilaviciute, A., Kazlauskiene, J., Bulotiene, G., & Smailyte, G. (2017). Increasing suicide risk among cancer patients in Lithuania from 1993 to 2012: A cancer registry-based study. *European Journal of Cancer Prevention, 26 Joining forces for better cancer registration in Europe*, S197-S203. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000375>
- Kagan, J. (1972). Motives and development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22(1), 51–66. <https://doi.org/10.1037/h0032356>
- Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L. J., Sim, L. A., Feldstein, D., Wang, Z., & Murad, M. H. (2013). The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 30(10), 917–929. <https://doi.org/10.1002/da.22074>

- Karadaş, N. (2015). Zaman Kavramına Kuramsal Yaklaşımlar ve İnternet'te Şimdiki Zaman Olgusu. *Folklor/Edebiyat*, 21 (83) , 325-341.
- Karasouli, E., Latchford, G., & Owens, D. (2014). The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration. *Health psychology and behavioral medicine*, 2(1), 899–908. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.940954>
- Kaur, J., & Kaur, D. (2017). Psycho-social problems of adolescents in relation to life skills and social support. *International Journal of Psychology Research*, 12(2), 109-119.
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 149 –164. <http://doi.org/10.1207/S15324834BA210207>
- Khurana, A., & Romer, D. (2012). Modeling the distinct pathways of influence of coping strategies on youth suicidal ideation: a national longitudinal study. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 13(6), 644–654. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0292-3>
- Klaassen, Z., Wallis, C., Chandrasekar, T., Goldberg, H., Sayyid, R. K., Williams, S. B., Moses, K. A., Terris, M. K., Nam, R. K., Urbach, D., Austin, P. C., Kurdyak, P., & Kulkarni, G. S. (2019). Cancer diagnosis and risk of suicide after accounting for prediagnosis psychiatric care: A matched-cohort study of patients with incident solid-organ malignancies. *Cancer*, 125(16), 2886–2895. <https://doi.org/10.1002/cncr.32146>
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*, 150(2), 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
- Kleiman, E. M., & Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model. *Crisis*, 34(1), 42–49. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000159>

- Kleiman, E. M., Riskind, J. H., & Schaefer, K. E. (2014). Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, *18*(2), 144–155. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826155>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Klingemann, H. (2001). The time game: Temporal perspectives of patients and staff in alcohol and drug treatment. *Time & Society*, *10*(2-3), 303–328. <https://doi.org/10.1177/0961463X01010002008>
- Knobloch, L. K., & Solomon, D. H. (1999). Measuring the sources and content of relational uncertainty. *Communication Studies*, *50*(4), 261–278. <https://doi.org/10.1080/10510979909388499>
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(5), 283–291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Koenig, H. G. (2018). *Religion and mental health: Research and clinical applications*. Elsevier Academic Press.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: The Role of Intolerance of Uncertainty. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (p. 201–216). Wiley Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch12>
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(5), 619–638. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2>
- Konturek, P. C., Brzozowski, T., & Konturek, S. J. (2011). Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *Journal of physiology and pharmacology: an official journal of the Polish Physiological Society*, *62*(6), 591–599.

- Kopacz, M. S., Crean, H. F., L Park, C., & Hoff, R. A. (2017). Religious Coping and Suicide Risk in a Sample of Recently Returned Veterans. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(4), 615–627. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1390513>
- Korkmaz, S., Danacı Keleş, D., Kazgan, A., Baykara, S., Gürkan Gürok, M., Feyzi Demir, C., & Atmaca, M. (2020). Emotional intelligence and problem solving skills in individuals who attempted suicide. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 74, 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.02.023>
- Kunzmann, U., Schilling, O., Wrosch, C., Siebert, J. S., Katzorreck, M., Wahl, H.-W., & Gerstorf, D. (2019). Negative emotions and chronic physical illness: A lifespan developmental perspective. *Health Psychology*, 38(11), 949–959. <https://doi.org/10.1037/hea0000767>
- Küçükkömürler, S. (2017). Belirsizliğin psikolojik etkileri. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 5(10), 329-344.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139–152. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00002-4](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00002-4)
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour research and therapy*, 38(9), 933–941. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00133-3)
- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21(3), 355–371. <https://doi.org/10.1177/01454455970213006>
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., & Gurrieri, G. (2009). Suicidal ideation and time perspective in high school students. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.08.006>

- Lahey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29–52). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Lally, J., & Cantillon, P. (2014). Uncertainty and ambiguity and their association with psychological distress in medical students. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 38(3), 339–344. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0100-4>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lennings, C. J. (1994). An Investigation of the Effects of Agency and Time Perspective Variables on Career Maturity, *The Journal of Psychology*, 128:3, 243-253, DOI: 10.1080/00223980.1994.9712727
- Lento RM, Boland H. Suicide in Anxiety Disorders. In: Bui E, Charney ME, Baker AW, editors. *Clinical Handbook of Anxiety Disorders*. Totowa, New Jersey, United States: Humana, Cham; 2020. doi:10.1007/978-3-030-30687-8_11
- Li, M. H. (2015). Influence of Stress, Social Support-Seeking, and Trait Resilience on Problem Solving and Avoidance: A Cross-Country Study. *Journal of the American Counseling Association*, 10(1).
- Li, M.-h., & Yang, Y. (2009). Determinants of problem solving, social support seeking, and avoidance: A path analytic model. *International Journal of Stress Management*, 16(3), 155–176. <https://doi.org/10.1037/a0016844>
- Liao, K. Y.-H., & Wei, M. (2011). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: The moderating and mediating roles of rumination. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1220–1239. <https://doi.org/10.1002/jclp.20846>
- Lieberman, Z., Solomon, Z., & Ginzburg, K. (2005). Suicidal ideation among young adults: Effects of perceived social support, self-esteem, and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 163-181. <https://doi.org/10.1080/15325020590908867>

- MacLeod, A. K., Rose, G. S., & Williams, J. M. (1993). Components of hopelessness about the future in parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 17(5), 441–455. <https://doi.org/10.1007/BF01173056>
- MacLeod, A. K., Tata, P., Evans, K., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., Thornton, S., & Catalan, J. (1998). Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomized controlled trial. *The British journal of clinical psychology*, 37(4), 371–379. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01394.x>
- Mahoney, A. E., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive behaviour therapy*, 41(3), 212–222. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience*, 4:819–828.
- Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. J. (1995). A factor analysis of the Social Problem-Solving Inventory using polychoric correlations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 98-107.
- Maydeu-Olivares, A., & D’Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 112–122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2012). To be sure, to be sure: intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior therapy*, 43(3), 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review*. (Social Research). Scottish Government.

- Metcalf, B.R., Zimbardo, P.G. (2016). The SAGE Encyclopedia of Theory in Psychology: Time Perspective Theory. SAGE Publications, Inc. 1-4. <http://dx.doi.org/10.4135/9781483346274.n320>
- Miller, V., Hopkins, L., & Whorwell, P. J. (2004). Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2(12), 1064-1068. [https://doi.org/10.1016/S1542-3565\(04\)00545-2](https://doi.org/10.1016/S1542-3565(04)00545-2)
- Mishel M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image--the journal of nursing scholarship*, 20(4), 225–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Monat, A., Averill, J. R., & Lazarus, R. S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(2), 237–253. <https://doi.org/10.1037/h0033297>
- Mondesir, F. L., Carson, A. P., Durant, R. W., Lewis, M. W., Safford, M. M., & Levitan, E. B. (2018). Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *PloS one*, 13(6), e0198578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198578>
- Mosqueiro, B. P., Caldieraro, M. A., Messinger, M., da Costa, F. B. P., Peteet, J. R. ve P Fleck, M. (2021). Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients. *Journal of Affective Disorders*, 279, 434–442. <https://doi:10.1016/j.jad.2020.10.028>
- Mostafaie, M., Mirzaian, B., & Zakariaiei, Z. (2015). Comparison Intolerance Uncertainty, Worry and Rumination in Suicide Attempts and Normal. *European Psychiatry*, 30, 960. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(15\)30756-2](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(15)30756-2)
- Nelson (2009). *Psychology, Religion, and Spirituality*.
- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety*, 27(9), 791–798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>

- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80002-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80002-9)
- Noroozi, R., Omrani, M.D., Ayatollahi, S.A., Sayad, A., Ata, A., Fallah, H., Taheri, M., Ghafouri-Fard, S. (2018) Interleukin (IL)-8 polymorphisms contribute in suicide behavior. *Cytokine 111*:28–32. DOI: 10.1016/j.cyto.2018.07.036
- Nurasikin, M. S., Khatijah, L. A., Aini, A., Ramli, M., Aida, S. A., Zainal, N. Z., & Ng, C. G. (2013). Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *The International journal of social psychiatry*, 59(4), 332–338. <https://doi.org/10.1177/0020764012437127>
- Okan Ibiloglu, A., Atli, A., Demir, S., Gunes, M., Kaya, M. C., Bulut, M., & Sir, A. (2016). The investigation of factors related to suicide attempts in Southeastern Turkey. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 407–416. <https://doi.org/10.2147/NDT.S97471>
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 98 - 105.
- Osazuwa-Peters, N., Simpson, M. C., Zhao, L., Boakye, E. A., Olomukoro, S. I., Deshields, T., Loux, T. M., Varvares, M. A., & Schootman, M. (2018). Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer*, 124(20), 4072–4079. <https://doi.org/10.1002/cncr.31675>
- Oude Voshaar, R. C., van der Veen, D. C., Hunt, I., & Kapur, N. (2016). Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(2), 146–152. <https://doi.org/10.1002/gps.4304>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 4(5), 35–40.
- Özaslan A, Akyıldız EÜ, Çelik S, Koç S, Tuğlu H. (2010). Kanser hastalarında intihar riski. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 7:42-47.

- Özer Ü, Yildirim EA, Erkoç ŞN. Relationship of Suicidal Ideation and Behavior to Attachment Style in Patients with Major Depression. *Noro Psikiyatı Ars.* 2015;52(3):283-288. doi:10.5152/npa.2015.7459
- Özgüven, H. D., Soykan, Ç., Haran, S., & Gençöz, T. (2003). İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi [Importance of Problem Solving Skills, Perceived Social Support, and Depression and Anxiety Symptoms on Suicide Attempts]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(52), 1–11.
- Öztürk, Ö. (2013). *İntihar olasılığı ve aile işlevselliği arasındaki ilişkide bilişsel esneklik ve belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenlerinin aracı rolü* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2020). A Neglected Field in Cancer Care: Identification and Management of Suicide Risk. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 12(2), 243-257.
- Palabıyıkoglu, R., Şendağ, M.,A. (2008). İntihar davranışını değerlendirmede kullanılan psikolojik testler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 1(3): 58-66.
- Paladino, D. ve Minton, C. A. B. (2008). Comprehensive college student suicide assessment: Application of the basic ID. *Journal of American College Health*, 56(6), 643-650DOI: 10.3200/JACH.56.6.643-650
- Papastamatelou, J., Unger, A., Giotakos, O., & Athanasiadou, F. (2015). Is Time Perspective a Predictor of Anxiety and Perceived Stress? Some Preliminary Results from Greece. *Psychological Studies*, 60, 468-477. <https://doi.org/10.1007/s12646-015-0342-6>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519–543. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1)

- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). "Patterns Of Positive And Negative Religious Coping With Major Life Stressors." *Journal For The Scientific Study Of Religion*, 37, pp. 710-724.
- Patrick, Melissa, "Intolerance of Uncertainty, Worry, and Problem-Solving: Implications for Generalized Anxiety Disorder" (2016). *Electronic Theses & Dissertations*. 220. <https://digitalcommons.pittstate.edu/etd/220>
- Placidi, G. P., Oquendo, M. A., Malone, K. M., Brodsky, B., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2000). Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1614–1618. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1614>
- Pokorny, A. D. (1964). Suicide rates in various psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139(6), 499–506. <https://doi.org/10.1097/00005053-196412000-00001>
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological medicine*, 34(1), 163–167. <https://doi.org/10.1017/s0033291703008092>
- Pollock, L.R. and Williams, J.M.G. (1998), Problem Solving and Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28: 375-387. doi:10.1111/j.1943-278X.1998.tb00973.x
- Poudel-Tandukar, K., Nanri, A., Mizoue, T., Matsushita, Y., Takahashi, Y., Noda, M., ... Tsugane, S. (2011). Social support and suicide in Japanese men and women - The Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(12), 1545–1550. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.07.009>
- Primananda, M., & Keliat, B. A. (2019). Risk and Protective Factors of Suicidal Ideation in Adolescents. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 42(sup1), 179–188. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578439>.

- Reuman, L., Jacoby, R. J., Fabricant, L. E., Herring, B., & Abramowitz, J. S. (2015). Uncertainty as an anxiety cue at high and low levels of threat. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 47, 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.12.002>
- Rothspan, S., & Read, S. J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 15(2), 131–134. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.15.2.131>
- Saad, A. M., Gad, M. M., Al-Husseini, M. J., AlKhayat, M. A., Rachid, A., Alfaar, A. S., & Hamoda, H. M. (2019). Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer*, 125(6), 972–979. <https://doi.org/10.1002/cncr.31876>
- Sabancıoğulları, Selma & Avcı, Dilek & Selma, Dogan & Kelleci, Meral & Ata, Elvan. (2015). Suicide probability and affecting factors in psychiatric inpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 164-172. DOI:10.5455/apd.1402480271
- Saini, P. (2015). *Suicide Prevention in mental health patients: the role of primary care*. (Doktora tezi). https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/54570482/FULL_TEXT.PDF
- Sammarco A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 24(3), 212–219.
- Sarı, S., & Dağ, D. (2009). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği, endişe ile ilgili olumlu inançlar ölçeği ve endişenin sonuçları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 261-270.
- Sarzetto, A., Delmonte, D., Seghi, F., Brioschi, S., Locatelli, C., Barbini, B., & Colombo, C. (2017). Suicide in depressed patients: Identifying a clinical risk profile. *European Psychiatry*, 41, 891-892. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1813>
- Scourfield, J., & Evans, R. (2015). Why Might Men Be More at Risk of Suicide After a Relationship Breakdown? Sociological Insights. *American journal of men's health*, 9(5), 380–384. <https://doi.org/10.1177/1557988314546395>

- Sedikides, C., De Cremer, D., Hart, C. M., & Brebels, L. (2010). *Procedural fairness responses in the context of self-uncertainty*. In R. M. Arkin, K. C. Oleson, & P. J. Carroll (Eds.), *Handbook of the uncertain self* (p. 142–159). Psychology Press.
- Shahnaz, A., Saffer, B.Y., Klonsky, E.D. (2019). Examining Time Perspective Orientation in Suicide Ideation and Suicide Attempts. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38 (8), 627-646. <https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.7.627>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual review of psychology*, 58, 119–144. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Sobowale, K., Zhou, N., Fan, J., Liu, N., & Sherer, R. (2014). Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *International journal of medical education*, 5, 31–36. <https://doi.org/10.5116/ijme.52e3.a465>
- Sokero, T., Melartin, T., Rytälä, H., Leskelä, U., Lestelä-Mielonen, P., & Isometsä, E. (2005). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM–IV major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186(4), 314-318. [doi:10.1192/bjp.186.4.314](https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.314)
- Speckens, A. E. M., & Hawton, K. (2005). Social Problem Solving in Adolescents with Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 365–387. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.365>
- Sternheim, L., Danner, U., van Elburg, A., & Harrison, A. (2020). Do anxiety, depression, and intolerance of uncertainty contribute to social problem solving in adult women with anorexia nervosa?. *Brain and behavior*, 10(6), e01588. <https://doi.org/10.1002/brb3.1588>
- Stolarski, M., Matthews, G., Postek, S., Zimbardo, P. G., & Bitner, J. (2014). How we feel is a matter of time: Relationships between time perspectives and mood. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 15(4), 809–827. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9450-y>.

- Storch, E.A., Kay, B., Wu, M.S., Nadeau, J.M., & Riemann, B.C. (2017). Suicidal and death ideation among adults with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive intervention. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 29 1, 46-53.
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of community health*, 33(1), 40–50. <https://doi.org/10.1007/s10900-007-9066-4>
- Sueki H. (2020). Relationship between Beck Hopelessness Scale and suicidal ideation: A short-term longitudinal study. *Death studies*, 1–6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.17408>
- Sun, Y., Li, L., Xie, R., Wang, B., Jiang, K., & Cao, H. (2019). Stress Triggers Flare of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adults. *Frontiers in pediatrics*, 7, 432. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00432>
- Şireli, Ö., Çolak, M., Oruk, Y. Ve Sakınc, N. (2015). Ergenlerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Depresyon ve İntihar Olasılığı İle İlişkisi. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 22(2), 97-106.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S., (2007). *Using multivariate statistics* (5. baskı). USA: Pearson.
- Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer nursing*, 28(3), 236–240. <https://doi.org/10.1097/00002820-200505000-00013>
- Tang, G. X., Yan, P. P., Yan, C. L., Fu, B., Zhu, S. J., Zhou, L. Q., Huang, X., Wang, Y., and Lei, J. (2016) Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25: 97– 103. doi: 10.1002/pon.3880.
- Tanji, F., Tomata, Y., Zhang, S., Otsuka, T., & Tsuji, I. (2018). Psychological distress and completed suicide in Japan: A comparison of the impact of moderate and severe psychological distress. *Preventive medicine*, 116, 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.007>

- Trevino, K. M., Balboni, M., Zollfrank, A., Balboni, T., & Prigerson, H. G. (2014). Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology*, 23(8), 936–945. doi:10.1002/pon.3505.
- Ünüvar, A. (2003). *Çok Yönlü Algılanan Sosyal Desteğin 15-18 Yaş Arası Lise Öğrencilerinin Problem Çözme Becerisine ve Benlik Saygısına Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya, Selçuk Üniversitesi.
- van Beek, W., Berghuis, H., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time & Society*, 20(3), 364–374. <https://doi.org/10.1177/0961463X10373960>
- van Beek, W., Kerkhof, A. & Beekman, A. Future oriented group training for suicidal patients: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry* 9, 65 (2009). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-65>
- van den Bos, K. (2009). Making sense of life: The existential self trying to deal with personal uncertainty. *Psychological Inquiry*, 20(4), 197–217. <https://doi.org/10.1080/10478400903333411>
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & mental health*, 9(6), 517–525. <https://doi.org/10.1080/13607860500193062>
- Viskum, K. (1975). Ulcer, attempted suicide and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 51(4), 221–227. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1975.tb11088.x>
- Vyssoki, B., Gleiss, A., Rockett, I. R., Hackl, M., Leitner, B., Sonneck, G., & Kapusta, N. D. (2015). Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk?. *Journal of affective disorders*, 175, 287–291. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.028>
- Wang, J.-Y., Chu, J., Sun, S.-H., Zhang, J., Guo, X.-L., & Jia, C.-X. (2017). Social Psychological Factors and Suicidal Intent Among Suicide Attempters in Rural China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(1), 48–53. <https://doi:10.1097/nmd.0000000000000628>

- Wang, P., Xiong, Z., & Yang, H. (2018). Relationship of Mental Health, Social Support, and Coping Styles among Graduate Students: Evidence from Chinese Universities. *Iranian journal of public health*, 47(5), 689–697.
- Wassarman, H.-S. (2002) The role of expectancies and time perspectives in gambling behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B—the Sciences and Engineering*, 62 (8-B), 3818.
- Webb, R. T., Kontopantelis, E., Doran, T., Qin, P., Creed, F., & Kapur, N. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 256-264. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.1561
- Wittmann M. (2009). The inner experience of time. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 364(1525), 1955–1967. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0003>
- Wu, D., Yu, L., Yang, T., Cottrell, R., Peng, S., Guo, W., & Jiang, S. (2020). The Impacts of Uncertainty Stress on Mental Disorders of Chinese College Students: Evidence From a Nationwide Study. *Frontiers in psychology*, 11, 243. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00243>
- Wu, W. C., & Bond, M. H. (2006). National differences in predictors of suicide among young and elderly citizens: Linking societal predictors to psychological factors. *Archives of Suicide Research*, 10, 45-60. doi:10.1080/13811110500318430.
- Yavuzer, Y., Albayrak, G., & Keldal, G. (2018). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(1), 242-255.
- Yılmaz, N. , Kugu, N. , Kavakçı, O. & Dogan, O. (2018). Psychopathology and sociodemographic characteristics in suicide attempters: a single center study. *Cumhuriyet Medical Journal*, 40 (3) , 215-225 . DOI: 10.7197/223.vi.419971

- Yook, K., Kim, K.-H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 623–628. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.003>
- Yoshimoto, S., Ghorbani, S., Baer, J., Cheng, K., Banthia, R., Malcarne, V., Sadler, G., KO, C., Greenbergs, H. and Varni, J. (2006), Religious coping and problem-solving by couples faced with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 15:481-488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00700.x>
- Yufit, R.I. and Benzies, B. (1973), Assessing Suicidal Potential by Time Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 3: 270-282. doi:10.1111/j.1943-278X.1973.tb00122.x
- Zadravec Šedivy, N., Podlogar, T., Kerr, D. C. R., & De Leo, D. (2017). Community social support as a protective factor against suicide: A gender-specific ecological study of 75 regions of 23 European countries. *Health & Place*, 48, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.004>
- Zambianchi, M. (2018). Time perspective, coping styles, perceived efficacy in affect regulation, and creative problem solving in adolescence and youth. *Psicologia Educativa*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.5093/psed2018a1>
- Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature communications*, 10(1), 207. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>
- Zerach, G. and Levi-Belz, Y. (2019), Intolerance of Uncertainty Moderates the Association Between Potentially Morally Injurious Events and Suicide Ideation and Behavior Among Combat Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 32: 424-436. doi:10.1002/jts.22366
- Zhang, C., Byrne, G., Lee, T., Singer, J., Giustini, D., & Bressler, B. (2018). Incidence of suicide in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 1(3), 107-114. <https://doi.org/10.1093/jcag/gwy025>

- Zhang, D., Yang, Y., Wu, M., Zhao, X., Sun, Y., Xie, H., Li, H., Li, Y., Wang, K., Zhang, J., Jia, J. and Su, Y. (2018), The moderating effect of social support on the relationship between physical health and suicidal thoughts among Chinese rural elderly: A nursing home sample. *Int J Mental Health Nurs*, 27: 1371-1382. <https://doi.org/10.1111/inm.12436>
- Zhang, J. W., Howell, R. T., & Bowerman, T. (2013). Validating a brief measure of the Zimbardo Time Perspective Inventory. *Time & Society*, 22(3), 391–409. <https://doi.org/10.1177/0961463X12441174>
- Zhang, J., & Li, Z. (2013). The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for. *Comprehensive psychiatry*, 54(7), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.004>
- Zhang, J., Liu, X., & Fang, L. (2019). Combined effects of depression and anxiety on suicide: A case-control psychological autopsy study in rural China. *Psychiatry research*, 271, 370–373. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.010>
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1271>
- Zimbardo, P., & Boyd, J. (2018). *The time paradox: The new psychology of time that will change your life*. Free Press.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 610–617. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>
- Zlomke, K. R., & Jeter, K. M. (2014). Stress and worry: Examining intolerance of uncertainty's moderating effect. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 27(2), 202–215. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.835400>

EKLER

Ek 1. Bilgilendirme Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, problem çözme ile intihar arasında ilişkiyi zaman perspektifi, belirsizliğe tahammülsüzlük, sosyal destek ve dini başa çıkma değişkenleriyle açıklamayı amaçlamaktadır. **Çalışmaya katılım tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır.** Arzu etmediğiniz takdirde soruları yanıtlamak zorunda değilsiniz. **Soruların doğru ya da yanlış cevapları bulunmamaktadır** bu nedenle soruları yanıtlarken; **duygu ve düşüncelerinizi yansıtacak şekilde dürüstçe doldurmanız ve hiçbir maddeyi boş bırakmamanız son derece önemlidir.** Çalışmanın sağlıklı sonuç vermesi için cevaplarınızın içten ve samimi olması büyük önem taşımaktadır. Sorulara verilen yanıt süreleri kişiden kişiye farklılık göstermekte olup, cevaplama süresi 30-40 dakika sürecektir. Çalışmada, bireysel herhangi bir değerlendirme yapılmayacak, **kişisel bilgileriniz gizlilik esasına dayanacak şekilde saklı tutulacaktır.**

Bu anketle ilgili sorularınız olursa araştırmacılar Prof. Dr. Mehmet ESKİN (meskin48@gmail.com) ve Arş. Gör. Feyza KARSLI (feyzakarsli.24@gmail.com ; Tel: 0544 726 07 40) ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılımlarınız için çok teşekkür ederiz.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Psikoloji Bölümü

Klinik Psikoloji

Ek 2. Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

3. Eğitim durumunuz:

() İlkokul () Ortaokul () Lise () 2 Yıllık Üniversite

() 4 Yıllık Üniversite () Yüksek Lisans () Doktora

4. Çalışıyor musunuz:

() Evet () Hayır

Cevabınız evetse mesleğiniz:.....

5. Gelir düzeyiniz (Kendinizi hangi sosyo-ekonomik düzeyde görüyorsunuz?):

() Gelirim-giderimi karşılamıyor

() Gelirim-giderimi karşılıyor

() Gelirim-giderimden fazla

6. Medeni durumunuz:

() Evli () Bekar () Boşanmış () Dul

7. Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yerleşim yeriniz:

() Köy-Kasaba () İlçe () İl () Metropol (Büyükşehir) () Yurtdışı

8.....bölümüne gelmenize neden olan tanıya ne kadar süredir sahipsiniz?.....

9.....bölümünde ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?.....

Ek 3. İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin. Sizi Tanımlama Derecesi % 0 % 30 %70 %100	Kesinlikle Katılmıyorum%0	Katılmıyorum%30	Katılmıyorum%70	Tamamen Katılmıyorum%100
1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Çok fazla sorumluluğum var.				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.				
11. Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.				
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.				
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.				
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				

28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.				
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.				
34. Kızınca bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.				



Ek 4. İntihar Davranışı Formu

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatlice okuyarak Evet ya da Hayır alanını işaretleyiniz.	Evet	Hayır
1.Hayatınızda hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?		
2.Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?		
3.Hayatınızda hiç kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?		
4.Geçtiğimiz son iki ay içerisinde kendinizi öldürme girişiminde buldunuz mu?		
5.Şu an kendinizi öldürme düşünceniz var mı?		

Ek 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

<p>Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.</p>	
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

Ek 6. Sorun Çözme Envanteri

<p>Aşağıda, insanların günlük yaşamda sorunlarla karşılaştıkları zaman gösterebilecekleri bazı düşünce, duyu ve davranış biçimleri verilmektedir. Bu ankette geçen, “sorun” kelimesi ile yaşamınızda önemli bulduğunuz ve sizi çok rahatsız eden ama nasıl düzelteceğinizi bilmediğiniz durumlar kastedilmektedir. Sorun, sizin kendinizle (düşünceleriniz, duygularınız, davranışınız, sağlığınız veya görünümünüz ve benzeri), diğer insanlarla olan ilişkilerinizle (aile, arkadaş, öğretmen veya patron ve benzeri) veya çevreniz ve sahip olduklarınızla (ev, araba, mülk, veya para ve benzeri) ilgili olabilir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve o ifadenin sizin için ne derece geçerli olduğuna karar veriniz. Burada verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Sorunlarla karşılaştığımızda nasıl düşündüğünüzü, hissettiğinizi ve davrandığınızı hayal ediniz. Sizin için en geçerli cevabı yansıtan kutunun içine şu şekilde (X) bir çarpı işareti koyunuz. Her bir soruyu cevaplamaya çalışınız.</p>	Benim için hiç doğru değil	Benim için doğru değil	Benim için kısmen doğru	Benim için doğru	Benim için tamamen Doğru
1.Çözmem gereken önemli bir sorunum olduğunda, kendimi tehdit edilmiş ve korkmuş hissedirim.					
2. Karar verirken, bütün seçenekleri yeterince dikkatli bir şekilde değerlendirmem.					
3. Önemli bir karar almam gerektiği zaman kendimi gergin hissedirim ve kendimden emin olamam.					
4. Bir sorunu çözmek için ilk baştaki çabalarım başarısız olduğunda, vazgeçmeyip kolayca pes etmezsem sonunda iyi bir çözüm bulacağımın farkındayım.					
5. Bir sorunum olduğunda, çözülebileceğine inanırım.					
6. Kendim çözmeye çalışmadan önce, bir sorunun kendiliğinden çözülüp çözülmeyeceğini görmek için beklerim.					
7. Bir sorunu çözmeye ilk çabalarım başarısız olduğu zaman çok fazla hayal kırıklığı yaşarım.					
8. Zor bir sorunla karşılaştığımda, ne kadar çok çalışırsam çalışayım kendi başıma çözebileceğimden şüphe ederim.					
9. Hayatımda bir sorun ortaya çıktığında, çözmeye çalışmayı olabildiğince ertelerim.					
10. Sorunlarla uğraşmaktan kaçınmak için hayatımın akışını değiştiririm.					
11. Zor sorunlar beni üzer ve telaşlandırır.					
12. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin olumlu ve olumsuz sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.					
13. Hayatımda sorunlar ortaya çıktığında, mümkün olan en kısa süre					

İçerisinde onları çözmek isterim.					
14. Bir sorunu çözmeye çalıştığım da, aklıma gelen ilk iyi fikirle hareket ederim.					
15. Zor bir sorunla karşılaştığı mda, yeterince gayretli çalışırsam onu tek başı ma çözebileceğ ime inanırım.					
16. Çözmem gereken bir sorun olduğ unda, ilk yaptığım iş lerden birisi sorun hakkında olabildiğ ince fazla bilgi toplamaktır.					
17. Hayatı mdaki sorunları çözmeyi, bıçak kemiğ e dayanıncaya kadar ertelerim.					
18. Sorunlardan kaçmaya onları çözmekten daha fazla zaman harcıyorum.					
19. Bir sorunu çözmeye çalışmadan önce, tam olarak neye ulaşmak istediğ imi bilebilmek için kendime bir hedef belirlerim.					
20. Bir karar vermem gerektiğ i zaman, her bir seçeneğ in olumlu ve olumsuz yönlerini düşünmek için zaman harcamam.					
21. Bir sorunu çözdüğ ümde, sorunla ilgili durumun olumlu yönde ne kadar değ iştiğ ini olabildiğ ince dikkatli bir biçimde değ erlendirmeye çalışırım.					
22. Bir sorunum olduğ unda, sorunu olumlu yönde faydalanılabilecek bir fırsat olarak görmeye çalışırım.					
23. Bir sorunu çözmeye çalıştığım da, olabildiğ ince fazla çözüm seçeneğ i düşünmeye çalışırım; ta ki aklı ma baş ka bir düşünce gelmeyinceye kadar.					
24. Karar alırken, her seçeneğ in sonuçlarını düşünmeden iç imden gelen duygularla hareket ederim.					
25. Karar vermem söz konusu olduğ unda çok fazla düşünmeden hareket ederim.					

Ek 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Lütfen aşağıda yer alan her ifadeleri dikkatlice okuyarak cevap kağıdındaki ilgili alanda 1=benim için hiç doğru değil ile 5=benim için tamamen doğru arasında kodlayarak belirtiniz.	Benim için hiç doğru değil	Benim için doğru değil	Kararsızım	Benim için doğru	Benim için tamamen doğru
1. Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor.					
2. Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir.					
3. Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor.					
4. Yaşamda bir güvencenin olmaması adaletsiz bir durumdur.					
5. Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz.					
6. Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor.					
7. Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor.					
8. İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor.					
9. Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor.					
10. Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır.					
11. Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacık bir durum her şeyi bozabilir.					
12. Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor.					
13. Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösterir.					
14. Emin olmadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum.					
15. Emin olmadığım zaman çok iyi iş çıkartamıyorum.					

16. Benim aksime, diğer insanlar ne yapacaklarından emin gözükyorlar.					
17. Belirsizlik beni kırılğan, mutsuz ya da hüzünlü kılyor.					
18. Geleceğın benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim.					
19. Beklenmedik olaylara katlanamıyorum.					
20. En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor.					
21. Herşeyi önceden organize edebilmeliyim /düzenleyebilmeliyim.					
22. Emin olamamam, güvensiz olduğum anlamına gelir.					
23. Başkalarının kendi geleceklerinden eminmiş gibi görünmeleri adaletsizliktir.					
24. Belirsizlik derin uyumamı engelliyor.					
25. Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım.					
26. Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor.					
27. Geleceğimle ilgili kararsız olmaya katlanamıyorum.					

Ek 8. Dini Başa Çıkma Ölçeği-Kısa Formu

Bu bölümde başınıza KÖTÜ ŞEYLER geldiğinde ne düşündüğünüzü ve ne hissettiğinizi soruyoruz. Özellikle hayatın zorlukları ya da sorunları ile karşı karşıya kaldığınızdaki dini düşüncelerinizi ve hislerinizi soruyoruz. Lütfen sizin için uygun olan seçeneğe çarpı (X) koyunuz.	Benim için hiç doğru değil	Benim için çok az doğru	Benim için orta düzeyde doğru	Benim için oldukça doğru	Benim için son derece doğru
1.Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrı/Allah ile daha güçlü bir bağ ararım.					
2.Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrının/Allahın sevgisini ve şefkatini ararım.					
3.Başıma kötü şeyler geldiğinde, öfkemden kurtulmama Tanrının/Allahın yardım etmesini isterim.					
4.Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrının/Allahın bu durumda beni nasıl daha güçlü kılmaya çalıştığını anlamaya çalışırım.					
5.Başıma kötü şeyler geldiğinde, günahlarımın bağışlanmasını dilerim.					
6.Başıma kötü şeyler geldiğinde, kendi sorunlarıma endişelenmeyi bırakmak için dine yoğunlaşıyorum.					
7.Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrının/Allahın benden vazgeçip vazgeçmediğini merak ederim.					
8.Başıma kötü şeyler geldiğinde, imansızlığımdan dolayı Tanrının/Allahın beni cezalandırdığı hissine kapılırım.					
9.Başıma kötü şeyler geldiğinde, ne yaptım da Tanrı/Allah beni cezalandırdı diye merak ederim.					
10.Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrının/Allahın bana karşı sevgisini sorgularım.					
11.Başıma kötü şeyler geldiğinde, bunu şeytanın yaptığına hükmederim.					
12.Başıma kötü şeyler geldiğinde, Tanrının/Allahın gücünü sorgularım.					

Ek 9. Zaman Perspektifi Envanteri

Lütfen aşağıdaki her bir maddeyi okuyunuz ve “ bu benim için ne kadar geçerli? ” sorusunu, ölçek üzerinde uygun kutucuğu işaretleyerek yanıtlayınız. Lütfen hiçbir maddeyi atlamayarak maddelerin tümünü işaretleyiniz. (1)Benim için hiç doğru değil (2)Benim için doğru değil (3)Kararsızım (4)Benim için Doğru (5)Benim için çok doğru	Benim için hiç doğru değil	Benim için doğru değil	Kararsızım	Benim için doğru	Benim için çok doğru
1. Kişinin, arkadaşlarıyla eğlenmek üzere bir araya gelmesinin, yaşamdaki en keyifli olaylardan birisi olduğuna inanıyorum.					
2. Tanıdık çocukluk manzaraları, sesleri ve kokuları bir sürü harika anıyı geri getirir.					
3. Kader, yaşamımdaki pek çok şeyi belirler.					
4. Yaşamda neleri farklı yapmalıydım diye sık sık düşünürüm.					
5. Kararlarım, çoğunlukla etrafımdaki insanlardan ve olaylardan etkilenir.					
6. Bir günün, o günün sabahında planlanması gerektiğine inanırım.					
7. Geçmişim hakkında düşünmek beni mutlu eder.					
8. İçimden geldiği gibi davranırım.					
9. Eğer işler zamanında hallolmazsa, bunu dert etmem.					
10. Bir şeyi başarmak istediğim zaman, hedefler koyar ve o hedeflere ulaşmanın yollarını belirlerim.					
11. Geçmişime baktığımda hatırlanacak iyi şeylerin kötü şeylerden daha fazla olduğunu görüyorum.					
12. Sevdiğim bir müziği dinlerken zamanın farkına varmam.					
13. Yarına hazır olması gereken işleri ve gerekli diğer şeyleri yapmak, bu gece eğlenmekten önce gelir.					
14. Her şey olacağına varacağı için benim ne yaptığım pek de önemli değildir.					
15. Eskiden yaşamın nasıl olduğuna ilişkin öykülere bayılırım.					
16. Eski acı deneyimler kafamda durmadan tekrarlanır durur.					
17. Yaşamımı olabildiğince dolu dolu ve günü gününe yaşamaya çalışırım.					
18. Randevularıma geç kalmaktan rahatsız olurum.					

19. Mmkn olsaydı her günümü sanki son gnmmş gibi yaşırdım.					
20. Geçirdiğim iyi zamanların mutlu anıları hemen aklıma gelir.					
21. Dostlarıma ve yetkililere karşı olan sorumluluklarımı zamanında yerine getiririm.					
22. Geçmişte, reddedilmeye ve kullanılmaya ilişkin payıma düşeni aldım.					
23. Kararlarımı, o an kafama estiği gibi alırım.					
24. Planlamaktansa, her günü olduğu gibi yaşıyorum.					
25. Geçmişim, düşünmek istemediğim hoş olmayan hatıralarla dolu.					
26. Yaşamıma heyecan katmak çok önemlidir.					
27. Geçmişte, bugün silebilmeyi istediğim hatalar yaptım.					
28. Yaptığın iştenden keyif almanın, iştin zamanında bitirilmesinden daha önemli olduğunu düşünüyorum.					
29. ocukluğuma zlem duyarım.					
30. Bir karar vermeden önce, artılarla eksileri tartarım.					
31. Risk almak yaşamımı sıkıcı olmaktan kurtarır.					
32. Yaşamın nereye gittiğine odaklanmaktansa, yaşam yolculuğunun kendisinin tadını çıkarmak benim için daha önemlidir.					
33. Olaylar nadiren beklediğim gibi gerçekleşir.					
34. Gençliğimin tatsız görüntülerini unutmak, benim için çok zordur.					
35. Eğer amaçlara, sonuçlara ya da ürünlere odaklanmak zorunda kalırsam, yaptığım iştin sürecinden ve akıştından keyif alamam.					
36. Bugnmden keyif alırken bile, kendimi benzer geçmiş deneyimlerimle karşılaştırmalar yaparken bulurum.					
37. Her şey o kadar çok değiştiyor ki, gelecek için gerçekten bir plan yapılamaz.					
38. Yaşamım, benim dıştımdaki şeyler tarafından kontrol ediliyor.					
39. Nasıl olsa elimden bir şey gelmeyeceği için, gelecek hakkında kaygılanmanın lemi yok.					
40. İstikrarlı şekilde ilerleyerek, iştleri zamanında bitiririm.					
41. Aile yeleri eskiden yaşamın nasıl olduğundan bahsettiklerinde sıkılırım.					

42. Yaşamıma heyecan katmak için risk alırım.					
43. Yapılacak işler listesi hazırlarım.					
44. Aklımın sesinden çok, kalbimin sesini dinlerim.					
45. Yapılması gereken işler varsa, beni yolumdan ayıracak şeylere karşı koyabilirim.					
46. Anın heyecanı ile sürüklenir giderim.					
47. Yaşam bugün çok karmaşık; geçmişin basit yaşamını tercih ederim.					
48. Davranışlarını tahmin edebildiğim arkadaşlardan çok, anlık ve içten geldiği gibi davranan arkadaşları tercih ederim.					
49. Aile geleneklerini ve düzenli olarak tekrarlanan aile toplantılarını severim.					
50. Geçmişte başıma gelen kötü şeyler hakkında düşünürüm.					
51. Eğer ilerlememe yardım edecekse, zor ve ilgimi çekmeyen işleri yapmaya devam ederim.					
52. Kazandığımı, yarının güvenliği için saklamaktansa bugünün keyfi için harcamak daha iyidir.					
53. Genellikle şans, sıkı çalışmaktan daha çok kazandırır.					
54. Yaşamımda hep kaçırdığım güzellikleri düşünürüm.					
55. Yakın ilişkilerimin tutkulu olmasını isterim.					
56. Her zaman çalışmalarımı tamamlamaya yetecek zamanım olacaktır.					