

T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN İNTİHARA İLİŞKİN
BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE İNTİHAR EDEN KİŞİLERE
YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayfer ÖZTÜRK

DOKTORA TEZİ



İSTANBUL, 2016

T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN İNTİHARA İLİŞKİN
BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE İNTİHAR EDEN KİŞİLERE
YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayfer ÖZTÜRK

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Semiha AKIN

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL, 2016

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ayfer ÖZTÜRK

İmza

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. İNTİHARIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	7
4.2. İNTİHAR DAVRANIŞININ SINIFLANDIRILMASI	9
4.2.1. Durkheim'in İntihar Sınıflaması	9
4.2.2. Schneidman'in İntihar Sınıflaması	10
4.2.3. Beachler'in İntihar Sınıflaması	10
4.2.4. Meninger'in İntihar Sınıflaması	11
4.2.5. Beck Komitesi İntihar Sınıflaması	11
4.2.6. Maris İntihar Sınıflaması	12
4.3. İNTİHAR İLE İLGİLİ KURAMSAL YAKLAŞIMLAR	12
4.3.1. Psikodinamik Yaklaşım	12
4.3.2. Toplum Bilimsel Yaklaşımlar	13
4.3.3. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı	13
4.3.4. Davranışçı Bilişsel Yaklaşımlar	14
4.3.5. Biyolojik Yaklaşımlar	15
4.3.6. Aile-Sistem Yaklaşımı	16
4.4. TÜRKİYE VE DÜNYADA İNTİHAR EPİDEMİYOLOJİSİ	16
4.5. İNTİHAR İLE İLİŞKİLİ SOSYODEMOGRAFİK VE ÇEVRESEL FAKTÖRLER	18
4.5.1. İntihar ve Cinsiyet	18
4.5.2. İntihar ve Yaş	19
4.5.3. İntihar ve Medeni Durum	20
4.5.4. İntihar ve Eğitim Düzeyi	21
4.5.5. İntihar ve Sosyoekonomik Durum	21

4.5.6. İntihar ve Meslek	22
4.5.7. İntihar ve Din	22
4.5.8. İntihar ve Coğrafi Etkenler	23
4.6. İNTİHARIN RİSK FAKTÖRLERİ	23
4.7. DAMGALAMA (STİGMATİZASYON)	26
4.7.1. Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi	26
4.7.2. Damgalamanın Bireyler Üzerindeki Etkileri	27
4.8. İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA	28
4.8.1. İntihar Eden Kişilere Yönelik Toplumun Damgalayıcı Tutumları ve Etkileri	28
4.8.2. İntihar Hakkında Bilinen Yanlış ve Gerçekler ile İntiharın Uyarı Sinyalleri	31
4.8.3. İntihara Yönelik Damgalama ve Tutum Ölçekleri	34
4.9. İNTİHARI ÖNLEMeye YÖNELİK STRATEJİLER	35
4.9.1. İntiharı Önleme Düzeyleri ve İntiharın Önlenmesine Yönelik Stratejiler	36
4.9.2. İntiharı Önlemede Hemşirenin Rolü	42
5. MATERYAL VE YÖNTEM	52
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	52
5.2. ARAŞTIRMADA YANITI ARANAN SORULAR	52
5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ	53
5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	53
5.4.1. Araştırmanın Evreni	53
5.4.2. Araştırmanın Örneklemi	54
5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	57
5.2.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	57
5.2.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	57
5.6. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER	58
5.7. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	59
5.7.1. Verilerin Toplanması	59

5.7.2. Veri Toplama Araçları	60
5.8. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA KULLANILAN ÖLÇEKLERİN ÖN HAZIRLIK VE PİLOT UYGULAMA AŞAMALARI	65
5.8.1. Ölçeklerin Türk Diline Uyarlanması	67
5.8.2. Ölçeklerin Kapsam Geçerliğinin Sağlanması	72
5.8.3. Dilsel Eşdeğerlilik ve Kapsam Geçerliği Çalışmaları Sonrasında Ölçek Maddelerinde Uygun Görülen Değişiklikler	73
5.8.4. Ölçeklerin Uygulanabilirlik ve Anlaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi için Pilot Uygulamanın Gerçekleştirilmesi	74
5.9. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	75
5.9.1. Sosyo-demografik Veri Formu (SDVF)'na Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi İçin Kullanılan İstatistiksel Analizler	78
5.9.2. Ölçeklerin Geçerlik Güvenirlik Analizleri İçin Kullanılan Yöntemler	78
5.9.2.1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Güvenirliği İçin Kullanılan İstatistiksel Analizler	81
5.9.2.2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Geçerliği İçin Kullanılan İstatistiksel Analizler	85
5.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	92
6. BULGULAR	93
6.1. ÖĞRENCİLERİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	94
6.2. ÖĞRENCİLERİN PSİKİYATRİST/PSİKOLOG DESTEĞİ ÖYKÜSÜ VE İNTİHAR ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR	95
6.3. İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (İBDÖ)'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	101

6.3.1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular	101
6.3.2.İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular	133
6.4. İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (İYDÖ)'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	138
6.4.1. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular	138
6.4.2.İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular	163
6.5. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER	171
6.6. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER	183
6.7. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ VE İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	191
7.TARTIŞMA	194
7.1.ÖĞRENCİLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	195
7.2.ÖĞRENCİLERİN PSİKİYATRİST/PSİKOLOG DESTEĞİ ÖYKÜSÜ VE İNTİHAR ÖYKÜSÜN İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	195
7.2.1. İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	196

7.2.2. Öğrencilerin İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	200
7.3. ÖLÇEKLERİN (İBDÖ, İYDÖ) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	202
7.3.1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	202
7.3.2. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	206
7.4.ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI	208
7.5. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI	213
7.7. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ İLE İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI	219
8. SONUÇ	222
9. TEŞEKKÜR	231
10.KAYNAKLAR	232
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index (Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi)
ATSP	: Attitudes Toward Suicide Prevention (İntiharı Önlemeye Yönelik Tutumlar)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
IFI	: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
İBDÖ	: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (Literacy of Suicide Scale LOSS)
İDKÖ	: İntihar Davranışına Karşı Tutumlar Ölçeği (Attitudes Towards Attempted Suicide-ATAS)
İTÖ	: İntihar Tutum Ölçeği (Suicide Attitude Questionnaire-SUIATT)
İYDÖ	: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (Stigma of Suicide Scale-SOSS)
İYTÖ	: İntihara Yönelik Tutumlar Ölçeği (Attitudes Toward Suicide Questionnaire-ATTS)
İGSF	: İntihar Görüşleri Soru Formu (Suicide Opinion Questionnaire-SOQ)
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
K-R 20 Katsayısı:	Kuder-Richardson 20 Katsayısı
KTK	: Klasik Test Kuramı
MTK	: Madde Tepki Kuramı
NFI	: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
NNFI	: Non- Normed Fit Index (Normlaştırılmamış Uyum İndeksi)
RFI	: Relative Fit Index (Görelî Uyum İndeksi)
RMR	: Root Mean Square Residuals (Ortalama Hataların Karekökü)
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SAAS	: Suicide Attitude and Attribution Scale (İntihar Tutum Ölçeği)
SAVE-A	: Suicide Attitude Vignette Experiences

SRMR	: Standardized Root-mean-Square Residual (Standartlaştırılmış ortalama hataların karakökü)
SDVF	: Sosyo-demografik Veri Formu
STOSA	: Stigma of Suicide Attempt (İntihar Girişimini Damgalama Ölçeği)
STOSASS	: Stigma of Suicide and Suicide Survivor Scale (İntihar Girişiminde Bulunup Hayatta Kalan Kişilere Yönelik Damgalama Ölçeği)
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USP	: Understanding of Suicide Attempt Patient Scale (İntihar Girişiminde Bulunmuş Hastayı Anlama Ölçeği)

Araştırma Proje Numarası: HEM/DR/1602013

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır.

Karar No: 24.03.2015/29-240

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 4.4.1	Kaba İntihar Hızının En Yüksek ve En Düşük Olduğu 10 İl	18
Tablo 4.9.1.	İntiharı Önlemeye Yönelik Stratejiler ve Faaliyetler	49
Tablo 5.4.1	Fakülte/Yüksekokullardaki Öğrencilerin Sayıları ve Cinsiyete Göre Dağılımı (n= 7731)	54
Tablo 5.4.2	Fakülte/Yüksekokullardan Araştırmaya Alınacak Öğrenci Sayılarının Dağılımları (n=1000)	56
Tablo 5.4.3	Fakülte/Yüksekokullardan Araştırmaya Alınacak Öğrenci Sayıları ve Cinsiyete Göre Dağılımları (n= 1000)	57
Tablo 5.7.1	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Alt Boyutları ve Boyutlarda Yer Alan Maddeler (27 Madde)	62
Tablo 5.7.2	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Özellikleri	62
Tablo 5.7.3	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Alt Boyutları ve Boyutlarında Yer Alan Maddeler (58 Madde)	64
Tablo 5.7.4	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Özellikleri	65
Tablo 5.8.1	Araştırmanın Çalışma Planı ve Adımları	65
Tablo 5.9.1	Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler	76
Tablo 5.9.2	İntihara Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Geçerlik Güvenirlik Çalışmalarının İlişkin Adımları	79
Tablo 5.9.3	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Geçerlik Güvenirlik Çalışmalarının Adımları	80
Tablo 5.9.4	Pearson Korelasyon Katsayısı (r) Değerlendirme Yorumu	84
Tablo 5.9.5	Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri	90
Tablo 5.9.6	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Ölçütü Değerleri	91
Tablo 6.1.1	Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=1100)	95

Tablo 6.2.1	Öğrencilerin Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsü ve İntihar Öyküsüne İlişkin Dağılımları (N= 1100)	97
Tablo 6.2.2	Öğrencilerde İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Sosyo-demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (n=1100)	98
Tablo 6.2.3	Öğrencilerin İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (n= 1100)	100
Tablo 6.3.1	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçek Maddelerinin Dağılımı (n= 35)	102
Tablo 6.3.2	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçek Maddeleri Arasındaki Cohen Kappa Uyum Düzeyleri (n=35)	105
Tablo 6.3.3	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçeği Maddeleri Arasındaki Spearman Momentler Çarpımı Korelasyonu Katsayısının Değerlendirilmesi (n=35)	107
Tablo 6.3.4	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (n=35)	109
Tablo 6.3.5	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddeleri İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi	111
Tablo 6.3.6	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Uzman Görüşüne Göre Hesaplanan Madde Kapsam Geçerlik İndeksleri (KGİ) (n=14)	113
Tablo 6.3.7	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri için Hesaplanan Frekans ve Uyum İndeks Değerleri (n= 30)	114
Tablo 6.3.8	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri İçin Hesaplanan Intraclass (Sınıf içi) Korelasyon Katsayısı (n=30)	115

Tablo 6.3.9	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Toplam Puana Dayalı Tanımlayıcı İstatistikleri (27 Madde)	116
Tablo 6.3.10	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Alt Boyut Madde ve Puan Bilgileri	116
Tablo 6.3.11	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Madde Tepki Kuramı'na Göre Model-Veri Uyumu $-2\log \chi$ Değerleri	121
Tablo 6.3.12	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Madde-Model Uyumu Değerleri	122
Tablo 6.3.13	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Maddelerinin Madde Tepki Kuramı'na Dayalı Madde Ayırt Ediciliği (a) ve Madde Güçlüğü (b) Değerleri (n=1100)	124
Tablo 6.3.14	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Madde Tepki Kuramı'na Dayalı Parametreleri ile Doğru Cevap Sayısı ve Yüzdelерinin Dağılımı (n=1100)	127
Tablo 6.3.15	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Ölçek Alt Boyut Test-Tekrar Test Sonuçları (Spearman Korelasyon Katsayısı) (n=100)	134
Tablo 6.3.16	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Ölçek Alt Boyut Test Tekrar Test Sonuçları (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) (n=100)	135
Tablo 6.3.17	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Madde, Ortalama Bilgi, Standart Hata ve Güvenirlilik Değerleri	137
Tablo 6.3.18	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Alt Boyut Madde ve K-R 20 Bilgileri	138
Tablo 6.4.1	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) İçin Normal Dağılım Sınaması Test Sonuçları	139
Tablo 6.4.2	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Alt Boyutlarına İlişkin Dilsel Eşdeğerlik Sonuçları (n= 35)	140
Tablo 6.4.3	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Dilsel Eşdeğerlik Çalışması İçin Eşleştirilmiş İki Grup t Testi (Paired Samples t Test) Sonuçları (n=35)	141

Tablo 6.4.4	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Dilsel Eşdeğerliliğini Belirlemek İçin Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Sonuçları (n=35)	145
Tablo 6.4.5	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Kapsam Geçerliği için Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi (n=14)	147
Tablo 6.4.6	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Uzman Görüşüne Göre Hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri (KGİ) (n=14)	149
Tablo 6.4.7	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri İçin Hesaplanan Frekans ve Uyum İndeks Değerleri (n= 30)	151
Tablo 6.4.8	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri İçin Hesaplanan Intraclass Korelasyon Katsayısı (n= 30)	152
Tablo 6.4.9	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi (BKT) Sonuçları (58 Madde İçin)	153
Tablo 6.4.10	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) İçin Eigenvalue (Özdeğer) Değerleri ve Toplam Varyans Sonuçlarının Dağılımı (58 Madde İçin)	153
Tablo 6.4.11	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Açıklayıcı Faktör Analizi Matrisi (55 madde İçin)	156
Tablo 6.4.12	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi (BKT) Sonuçları (55 Madde İçin)	158
Tablo 6.4.13	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) İçin Eigenvalue (Özdeğer) Değerleri ve Toplam Varyans Sonuçlarının Dağılımı (55 Madde İçin)	159

Tablo 6.4.14	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Alt Boyut Maddelerine İlişkin Standartlaştırılmış Yükler	160
Tablo 6.4.15	Doğrulamalı Faktör Analizine Ait Uyum Ölçüleri	162
Tablo 6.4.16	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları (Pearson Korelasyon Katsayısı) (n= 100)	163
Tablo 6.4.17	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) (n=100)	164
Tablo 6.4.18	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Alt Boyutlarının İç Tutarlılık (Cronbach α) Değerleri (n=1100)	165
Tablo 6.4.19	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Faktörü Oluşturan Maddelerinin Güvenirliğe Etkileri (n=1100)	166
Tablo 6.4.20	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Alt Boyutları Arasındaki İlişki	168
Tablo 6.4.21	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Madde Toplam Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değerleri (n=1100)	169
Tablo 6.5.1	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Doğru Cevaplanma Yüzdelерinin Dağılımı	172
Tablo 6.5.2	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Alt Boyutlarının Doğru Cevaplanma Yüzdelерinin Dağılımı	174
Tablo 6.5.3	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Sosyo-demografik Verilerine Göre Karşılaştırılması (n=1100)	176
Tablo 6.5.4	Öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nden Aldıkları Puanların Öğrenim Gördükleri Okullara Göre Karşılaştırılması (n=1100)	179
Tablo 6.5.5	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İYDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsü ve İntihar Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (n=1100)	180

Tablo 6.6.1	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Onaylanma (Kesinlikle Katılıyorum/Katılıyorum) Yüzdeleri ve Standart Sapma Düzeyleri	184
Tablo 6.6.2	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=1100)	186
Tablo 6.6.3	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsü ve İntihar Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (n=1100)	187
Tablo 6.6.4	Öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nden Aldıkları Puanların Öğrenim Gördükleri Okullara Göre Karşılaştırılması (n=1100)	189
Tablo 6.7.1	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Puan Ortalamaları ile İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	193

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 6.3.1	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli	119
Şekil 6.3.2	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nde Yer Alan Madde 3'e Ait Madde Karakteristik Eğrisi	128
Şekil 6.3.3	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nde Yer Alan Madde 6'ya Ait Madde Karakteristik Eğrisi	129
Şekil 6.3.4	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nde Yer Alan Madde 23'e Ait Madde Karakteristik Eğrisi	129
Şekil 6.3.5	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'deki Madde 3, 6 ve 23 Haricindeki Maddelere Ait Madde Karakteristik Eğrileri	130
Şekil 6.3.6	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Geneline Ait Madde Karakteristik Eğrisi	131
Şekil 6.3.7	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerine Ait Madde Bilgi Fonksiyonları	131
Şekil 6.3.8	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerine Ait Test Bilgi Fonksiyonu ve Standart Hata Değerleri	132
Şekil 6.4.1	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi	161

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik No	Grafik Adı	Sayfa No
Grafik 6.3.1	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Doğru Yanıt Yüzdelerinin Dağılımı	117
Grafik 6.4.1	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Scree Plot Grafiği (58 Madde İçin)	154
Grafik 6.4.2	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Scree Plot Grafiği (55 Madde İçin)	158

1. ÖZET

Bu çalışma İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması, üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerini ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış metodolojik ve tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırma, bir devlet üniversitesinde öğrenim gören öğrenciler (n=1100) ile gerçekleştirildi. Öncelikle ölçeklerin dilsel eşdeğerliği ve kapsam geçerliği sağlandıktan sonra geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirildi. İYDÖ'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,90 bulundu. İBDÖ maddelerinin Madde Tepki Kuramı'nın tek boyutluluk varsayımını karşıladığı ve 2 Parametrelili Lojistik Modele (2PLM) uyum sağladığı belirlendi. İBDÖ'nin en çok bilgi verdiği yetenek düzeyi Teta (Θ)=1,5 için ölçeğin güvenirliği 0,72 olarak hesaplandı. Öğrencilerin İBDÖ'nden aldıkları toplam puan ortalamalarının $9,96 \pm 3,48$ olduğu, ölçek maddelerini toplam ölçek üzerinden %36,88 oranında doğru yanıtladıkları saptandı. Öğrenciler tarafından İYDÖ'nin "Damgalama" alt boyutu maddelerinin onaylanma oranı oldukça düşük olmakla birlikte (%11,5-49,2), İzolasyon/Depresyon" alt boyutu maddelerinin onaylanma oranları diğer alt boyutlara oranla daha yüksek bulundu (%51-86). Sonuç olarak, bu çalışmada ölçeklerin Türkçe formları üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerini ve intihara yönelik damgalama tutumlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi. Öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin ve intihara yönelik damgalama alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu, intiharı daha çok izolasyon ve depresyon ile ilişkilendirdikleri saptandı. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar girişiminin önlenmesi amacıyla intihara yönelik damgalayıcı tutumları azaltıcı ve intihar bilgisini arttırmaya yönelik mesajlar içeren psiko-eğitim çalışmalarının planlanması, eğitim çalışmalarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla eğitim öncesi ve sonrası bu ölçeklerden yararlanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, damgalama, tutum, bilgi düzeyi, geçerlik, güvenirlik

2. SUMMARY

EVALUATION OF UNIVERSITY STUDENTS' KNOWLEDGE OF SUICIDE AND THEIR STIGMATISING ATTITUDES TOWARDS PEOPLE WHO COMMITTED SUICIDE

This research is a methodological and descriptive research which was planned with the aim of adapting "Stigma of Suicide Scale" (SOSS) and "Literacy of Suicide Scale" (LOSS) to Turkish, to performing their validity and reliability study and of evaluating the suicidal knowledge levels of university students and their stigma attitudes towards people committing suicide. The research was conducted on university students at a state university (N=1100). After the linguistic equivalence and content validity of scales were provided, validity and reliability analyses were conducted. The Cronbach's alpha reliability coefficient of SOSS was found to be 0.90. LOSS articles were determined to have fulfilled the single subscale assumption of Item Response Theory and that they are compliant with 2 Parametric Logistic Model (2PLM) Reliability for the skill level Teta (Θ)=1.5 about which LOSS provided most information was calculated as 0.72. It was determined that the average of total points that students got from LOSS was 9.96 ± 3.48 and that they correctly responded the 36.88% of the total scale items. As well as the approval ratio of the "Stigma" subscale of SOSS by students is extremely low (11.5-49.2%), approval ratios of Isolation/Depression items were found to be higher compared to other subscale (51-86%). As a result, in this research it was determined that the Turkish forms scales were reliable and valid measurement tools for evaluating suicidal knowledge levels and their attitudes related with suicidal stigma of university students. It was determined that suicidal knowledge levels and suicidal stigma subscale point averages are low and that they generally correlate suicide with isolation and depression. For prevention of suicide attempts which is an important public health problem it is suggested that these scales should be used with the aim of psycho-education studies containing messages that decrease suicidal induce attitudes and increase suicidal information level, and of evaluation of education studies.

Key Words: Suicide, stigma, attitude, knowledge level, scale, validity, reliability

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin kompleks bir etkileşimi sonucu meydana gelen, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle, intihar stres yaratan yaşam koşullarına karşı tepki veren normal kişilerden, aşırı ruhsal rahatsızlıkları olan hastalara kadar geniş bir kitlede görülebilmektedir (1).

Türkiye’de 1974 yılında yüz binde 1,48 olan intihar oranı 2011 yılında yüz binde 3,62’ye, 2012’de ise yüz binde 4,29’a yükselmiştir (2,3). Yine TÜİK verilerine göre, son 10 yılda ülkemizde yaklaşık 29000 kişi, yalnız 2013 yılında ise 3189 kişi intihar sonucu hayatını yitirmiştir (4). TÜİK (2014) verilerine göre ise, kaba intihar hızı yüz binde 3,97 olarak bildirilmiştir (5).

Türkiye Psikiyatri Derneği (2014), Dünya İntiharı Önleme Günü basın açıklamasında 2013 yılında Türkiye’de her 2 saat 40 dakikada bir kişinin intihar ederek yaşamını sonlandırdığını ve bu intiharların daha çok 15-29 yaş grubunda gerçekleştiğini bildirmiştir (6). Yine TÜİK (2013) intihar verilerine göre, toplam intihar sayısının en çok 15-24 yaş grubunda gerçekleştiği saptanmıştır (4). Ülkemizde ölüm oranları düşük olsa da intihar düşünce ve girişimlerinin gençler arasında yaygın olduğu ve intihar girişiminde bulunan ya da intihar düşüncesi olan bireylerin çoğunluğunun ise 15-24 yaş grubunda olduğu bildirilmektedir (7-11).

İntihar ile ilgili yapılan çalışmalar bulundukları yaş itibari ile üniversite öğrencilerinin intihar açısından risk grubunda olduklarını göstermektedir. Ülkemizde ve yurt dışında üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmalar da bunu desteklemektedir (12-15).

İntiharlar, kültürel ve sosyal farklılıkları açısından, gerek görülme sıklığı ve şekli, gerekse de bu olgunun toplumda oluşturduğu tepki ve yargı açısından da büyük değişkenlikler gösteren çok bileşenli, değişkenli bir niteliğe sahip, aynı zamanda sosyal etkileri olan bir fenomendir (16). İntiharın sadece bireyi değil, ailesini, arkadaş çevresini ve yaşadığı toplumu da içine alan önemli etkileri bulunmaktadır (1). Ruhsal hastalıklarda olduğu gibi intihar girişiminde bulunan kişiler de toplumun olumsuz tutumlarına maruz kalmakta ve toplum tarafından damgalanmaktadırlar. Hem intihar girişiminde bulunanlar hem de onların aileleri utanç duygusu hissettiklerini ifade etmektedirler (17). Toplumun

gerek ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik gerekse intihara yönelik olumsuz tutumları, bu kişilerin yardım arama davranışlarını da engellemektedir (18).

İntihar eden kişilerin büyük bölümü intihar etmek konusunda bir süre kararsızlık yaşarlar, yaşamla ölüm düşünceleri arasında gidiş gelişler sırasında intihar edeceklerini çeşitli vesilelerle ima ederler. Ancak, bunu açık bir şekilde ifade edemezler ve anlaşılmayacaklarına, olumsuz bir şekilde damgalanacaklarına inandıkları için yardım almaktan çekinirler (19).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 Eylül 2012'deki intiharla ilgili küresel bilinçlendirme teması '*olumsuz etiketleme*'dir. Ruhsal hastalığı, intihar düşüncesi ya da davranışı olan bireyler hakkında olumsuz tutumlar birçok toplumda hala yaygındır. Etiketlenme veya damgalanma endişesi ile intihar düşünceleri kişiler tarafından gizlenmekte ve sonuçta tedavi başvuruları sınırlı kalmaktadır. Toplumun intihar davranışı konusunda bilgilendirilmesi, tabu olmaktan çıkarılması için gerekli çalışmaların yapılması önceliklidir (19).

İntihara yönelik damgalama tutumu yaygın olup intihar girişiminde bulunanları, ölen kişinin yakınlarını ve hatta intihar düşüncesi veya arzusunda olanları da etkilemektedir (20). Bir intihar girişimi, buna kalkışan kişinin yardıma ihtiyacı olduğunun açık bir işareti olarak görülmelidir. Ne yazık ki, bir intihar girişiminin ardından hayatta kalanlar sıklıkla çok ciddi bir damgalamaya maruz kalıp örneğin, "*dikkat çekmek istiyor*" şeklinde damgalanabilmektedirler (21). İntihar ederek ölen bir kişinin ailesindekiler de, yas tutan diğer yakınlarına kıyasla önemli ölçüde daha fazla damgalama, utanç ve reddedilmeye maruz kalmaktadırlar. Dahası intihar hakkında çeşitli yanlış anlamalar sebebiyle, intiharı düşünen veya intihar arzusunda olan kişiler tedavi olma konusunda da isteksiz olabilmekteler. Bu isteksizlik de kişinin kendi kişisel güvenliğini ve ruh sağlığını tehlikeye atabilmektedir. Son yıllarda intihara yönelik yaygın damgalamayı azaltıp, intiharı önlemek amacıyla kamu sağlığı ve eğitimi kampanyalarına başlanmıştır (22,23).

İntihara yönelik damgalamanın çeşitli nedenleri olmakla birlikte bunlardan biri, intiharın sebebine ilişkin yanlış anlamalardır. Örneğin, yanlış bir şekilde birçok kişi intihar ederek ölen insanların bencil veya zayıf olduğunu düşünmektedir. İntihar hakkında bu gibi ve başka yanlış anlamalar sebebiyle birçok kişi intihar ile ilişkili kişi ve konulara mesafeli durmaya çalışmaktadır (22).

İntihar eden kişilerin %45'inin intihardan önceki bir ayda sağlık uzmanıyla iletişime girdiklerini, ancak sadece %32'sinin intihardan önceki bir sene içinde ruh sağlığı hizmetlerine gittiği bildirilmiştir (24). Günümüzde hala, intihar riski taşıyanların neden yardım istemedikleri hususunda ise kesin bir bilgi bulunmamaktadır (25). Ancak, toplumun intiharla ilgili sahip oldukları bilginin yetersiz olduğu ve bunun da yardım isteme davranışının düşük seviyelerde olmasına neden olduğu söylenebilir. İntihar riskinin nedenleri ve intiharın belirtileri konusundaki düşük farkındalık düzeyi, intihar riski olan bireylerin profesyonel yardım almanın öneminin farkında olmadıkları anlamına gelebilir. Aile ve arkadaşlar intihar riskinin ciddiyetinin kavrayamayabilirler. İntihar hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmak, intihar riski taşıyan kişinin yardım araması için önemli bir nokta olmakla birlikte toplumun intiharla ilgili bilgileri yetersizdir (26,27).

Yurt dışında intihara yönelik tutumları ve damgalamayı değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiş ve bu ölçeklerle farklı kültürlerde çalışmalar yapılmıştır (18,28-33). Damgalamayı ölçen ölçme araçları incelendiğinde oluşturulmuş ölçeklerin çoğunluğunun ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı ölçmek üzere oluşturulduğu dikkat çekmektedir. Ancak damgalama birçok boyutta yaşanan ve çeşitli kesimden bireyin ya da grubun yaşadığı bir durumdur. İntihar olgusu da bu durumlardan biridir. İntihar damgalaması önemli bir konu olmasına rağmen ülkemizde bu alanda çalışma yok denecek kadar azdır ve intihar damgalamasına yönelik bir ölçek olmadığı dikkat çekmektedir. Ülkemizdeki çalışmalar incelendiğinde, intihar olgusuna yönelik toplumun tutumunu belirleyebilecek bir ölçeğe rastlanmamıştır. Er ve arkadaşlarının (2013) intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik acil sağlık çalışanlarının tutumlarını değerlendiren bir ölçeğe (İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği-İGYTÖ) rastlanmıştır (34). Ancak bu ölçek sadece acil çalışanlarına yönelik spesifik bir ölçek olduğu için toplumun geneline uygulanması mümkün değildir.

Araştırmanın amaçları, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği- İYDÖ (The Stigma of Suicide Scale-SOSS) ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği- İBDÖ (Literacy of Suicide Scale-LOSS)'nin Türk diline kazandırılması ve üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesi; bunun yanında intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Bu amaçlar doğrultusunda, sonraki çalışmalarda İBDÖ ve İYDÖ kullanılarak toplumun intihara ilişkin bilgi dőzeyleri ve intihar olgusuna yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilebileceği, intihara ilişkin bilgi dőzeyini artırmaya, intihara yönelik damgalama tutumlarını azaltmaya yönelik mesajlar içeren psiko-eğitim çalışmalarının öncesinde ve sonrasında eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla bu őleklerden yararlanılabileceği dőřőnőlmektedir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. İNTİHARIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Batı dillerinde kullanılan "suicide" kelimesine karşılık, Tanzimatla beraber Türkçe'ye çevrilen eserlerde "kendini katletme" nin yerine "intihar" kelimesi kullanılmaya başlanmış, Arapça kökenli bir kelimedir. Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde intihar, "bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesidir" şeklinde tanımlanmıştır (35).

İntihar davranışını inceleyen bilime ise, "*suicidology*" adı verilir. İntihar (suicide) kelimesi Latince kelime olan "suicidere" kelimesinden dönüşmüştür. Latince "sui" ben; "cedere" öldürmek anlamına gelmektedir (36). Geniş içerikli bir terim olarak kullanılan intihar, bireyin kendi yaşamını kendisinin sonlandırmasını, bu yöndeki düşüncelerini ve de sonlandırma girişimlerini kapsamaktadır (37). Bu geniş intihar davranışı kavramı içerisindeki intihar düşüncesi, kişinin kendi öldürme yönündeki düşünceleri ile bu doğrultudaki planlarını, intihar girişimi kişinin kendini öldürme doğrultusunda bulunduğu davranışları, tamamlanmış intihar ise ölümle sonuçlanmış olayı ifade etmektedir (38).

İntihar davranışının tam tanımını yapmanın güçlüğü intihar tanımının geçmişten günümüze ruhsal iradesizlik, ruhsal bozukluk, zayıflık, suç, günah, korku, kahramanlık, onur gibi farklı davranışlarla karşılanmış olmasıdır (39,40). İntiharın değişik türleri, intihar olgusunun karmaşıklığı ve çoğul etmenli nedenlerin bulunması tüm intiharlarda geçerli genel bir tanımlamanın yapılmasına engel olmaktadır (41).

Demirel Özsoy ve Eşel'in makalesinde belirtildiği üzere Shneidman intiharı, "dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir" şeklinde tanımlarken (42), Fransız sosyolog Emile Durkheim "*İntihar*" isimli eserinde intihar ve intihar girişimini şöyle tanımlamaktadır: "Ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir. İntihar girişimi ise, bu biçimde tanımlanan ama ölüm sonucu doğurmadan durdurulan edime denir." (43).

İntihar davranışı, oldukça genel bir kavram olup Eskin'e göre (2003) üç ana davranışı içermektedir. Bunlar; tamamlanmış intiharlar, intihar girişimleri ve intihar düşünceleridir (44). Tamamlanmış intiharda, birey içindeki saldırganlık içgüdülerinin etkisi ile ölümü aramaktadır. Bu tür intiharlarda daha çok mazohistik bir yan vardır ve intihar ölümle sonuçlanmaktadır. İntihar girişiminde yaşamı tehdit edici olan ve bireyin kendisine yönelen her hareketi kapsayan intihar girişimleri vardır ve bu girişimler ölümle sonuçlanmamaktadır. İntihar düşüncesinde ise, birey yaşamına son vermek için, çeşitli girişimlerde bulunacağına dair ipuçları vermektedir (38,44). İntihar denilince akla yalnız ölümle sonuçlanmış olaylar gelirken, intihar davranışı intihar düşüncesi ile başlayan ölümle sonuçlanan bir davranış örüntüsü ve süreci anlaşılmaktadır (44).

Dünya Sağlık Örgütü intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırmaktadır. Gerçek intiharlar, ölümle sonuçlanan intihar eylemleridir. İntihar girişimleri ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek ve zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimlerdir (11,45,46).

Bir kişinin intiharla ilgili fikirler belirtmesi o kişinin intiharla ilgili düşünceler barındırdığını gösterir. Kendisine zarar veren, kendisine öldürücü veya öldürücü olmayan davranışlarda bulunması ise intihar girişiminde bulunduğunu gösterir. Bir intihar girişimi ölümle sonuçlanıyor ise bu intihar tamamlanmış intihardır (47).

İntihar davranışı önce intihar düşüncesinden doğar ve ölümle sonuçlanır. Bu süreç de içinde intihar düşüncesini, girişimini ve sonucunu barındırır. Sonucunda intihar davranışı tamamlanabilir veya tamamlanmayabilir (44). İntihar girişiminin sonucu ölümle sonuçlanabilir veya ölümle sonuçlanmayabilir. Nasıl sonuçlanırsa sonuçlansın, intihar girişiminde hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, yöntemler ölümcül olsun veya olmasın sonuç olarak ölüm hedefleniyorsa bu yoldaki her türlü davranış intihardır (48).

İntihar girişiminde bir kişi daha çok çevresine mesajlar gönderir. Bu mesajlar ile çevreden yardım bekler ve çevreyi etkilemeye çalışır. Kişinin kendi hayatına son vermesi ise kesin kararlılığını gösterir. Bu yüzden intihar davranışında kişiler çevreden uzaklaşırlar ancak intihar girişiminde çevreye yönelirler (44).

İntihar davranışı günlük yaşam stresine karşı tepki veren kişilerden, yoğun ruhsal sıkıntıları olan hastalara kadar oldukça geniş bir popülasyonda görülebilir (49). İntihar kişilerin yaşadığı sorunlu dönemleri temsil eden bir davranıştır. Depresyon, umutsuz olma, yalnız kalma, yalnız hissetme gibi etkenler kişilerdeki intihar riskini arttırmaktadır (50).

Başka bir deyişle, intihar davranışı kişiler arasındaki iletişimsizlik, kişilerin aldığı kararlarla ilgili davranışlarının sonuçlarının istenildiği gibi olmaması, olumsuz olması, çözüm arayışlarına girilmesi ve bir sonuç bulunamadığının düşünülmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (51).

İntihar davranışının altında ruhsal bozuklular, şiddet eğilimleri, cinsiyet, düşük sosyo-ekonomik düzey, göçler, ebeveynlerin geçinememesi gibi pek çok neden yatmaktadır (52). Bu nedenle intihar psikolojik, sosyolojik, biyolojik, kültürel ve çevresel bileşenleri olduğu için çok yönlü araştırılması gereken karmaşık bir olgudur (16,53,54).

4.2. İNTİHAR DAVRANIŞININ SINIFLANDIRILMASI

4.2.1. Durkheim'in Sınıflaması

Emile Durkheim (1897) çok uzun zaman önce yayınladığı eserinde intiharı üç şekilde sınıflandırmıştır. Bu sınıflamayı yaparken toplumdaki sosyal değişimleri ve toplumda gerçekleşen sosyal bütünleşme düzeylerini de göz önünde bulundurmuştur. Durkheim'in sınıflandırması şu şekildedir (55):

Bencil İntihar: Bu intihar davranışında birey kendini yalnız hissetmektedir. Çünkü bireyin içinde yaşadığı toplumda toplumsal bağlar oldukça zayıftır. Birey sosyal çevresiyle bütünleşme eksikliği yaşar ve bu eksiklik kişiyi intihar davranışına sevk etmektedir.

Elcil İntihar: Kişi bu intihar biçiminde sosyal çevresiyle çok fazla bütünleştiği için toplumdaki görevi gereği, toplumun kişiye yüklediği aşırı isteklerden kaçamadığı için intihar etmektedir. Toplumun bireye yönelik bu talepleri adetler, gelenekler, görenekler, kurallar doğrultusunda gerçekleşmektedir. Bu normlar siyasi ve dinsel nitelikli olabilmektedir.

Anatomik İntihar: Bu intihar biçimine toplumsal değişimler neden olmaktadır. Toplumda meydana gelen değişikliklerle kişilerin hayatı, maddi koşulları ve manevi değerleri de değişmektedir. Bu durum da kişilerde manevi kargaşaya ve alışkın oldukları değerlerin alt üst olmasına neden olmaktadır.

4.2.2. Schneidman'in Sınıflaması

İntiharla ilgili önemli çalışmaları ve katkıları olan bir diğer isim ise Schneidman'dır. Schneidman (1985)'a göre intihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırmış,

bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir (41). Schneidman'a göre ölümle sonuçlanan intiharlar üç ana gruba ayrılır (44,56).

Bencil İntihar: Bu biçimdeki intihar türü psikolojik kaynaklıdır. Kişilerin ruhsal durumları etkilidir. Kişilerdeki depresyon hali, kendi sıkıntılarına fazlaca yoğunlaşma, sadece kendisi mutsuzmuş gibi düşünme, sabit bir bakış açısı gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Çiftli İntihar: Bu intihar davranışı biçiminde bireyin çevresiyle olan ilişkilerinde hayal kırıklığı yaşaması, çevresi tarafından engellenmesi, istekleri ve ihtiyaçlarının doyurulmaması, öfkelenmesi, mutsuz edilmesi gibi nedenler yüzünden canına kıydığı belirtilmektedir.

Soyutlanma İntiharları: Soyutlanma intiharları bir anlamda yalnızlık intiharlarıdır. Bireyler çevresindekilerden, arkadaşlarından, akrabalarından, bütün soyundan hatta tüm insanlardan kendisini dışlarlar ve yalnız kalmak isterler.

4.2.3. Beachler'in Sınıflaması

Baechler intiharı dört gruba ayırmıştır (44):

Kaçma İntiharları: Bu tür intiharlarda kişiler sorunlarının veya içinde bulundukları durumlarının bir çözümü olmadığını düşünürler. Bu doğrultuda intihar davranışı ile kaçma davranışı gerçekleştirilmeye çalışılır. Kaçma intiharları kendi içinde üç gruba ayrılır (44). Bunlar;

Kaçış intiharı; kişinin artık dayanamadığı durumlardan kaçmak için başvurulur

Yas intiharı; kişinin hayatındaki bir kaybı sonucu gerçekleştirilir

Ceza intiharı; Kişinin yaptığı bir hata yüzünden başvurduğu intihardır.

Saldırganlık İntiharları: Bu tür intiharlar kişilerin diğer kişilere olan duyguları nedeniyle başvurduğu intihar davranışıdır. Saldırganlık intiharları da kendi içinde dört gruba ayrılır (44). Bunlar;

İntikam intiharı; kişinin bir başkasından intikam almak için yaptığı intihar davranışıdır.

Cinayet intiharı; kişinin kendisi ve bir başkasını öldürdüğü intihar biçimidir.

Şantaj intiharı; bu tür intihar bir başkasını etkilemek için yapılan intihardır.

Yardım İntiharı; bu tür intihar kişilerin çevresinden yardım talep etmek için başvurduğu intihar davranışıdır.

Adanma İntiharları: Bu tür intiharlar kişilerin toplumla çok fazla bütünleştiği için başvurduğu intihar türüdür. Aldanma intiharları da kendi içinde iki gruba ayrılır (44). Bunlar;

Kurban intiharı; kişinin toplum içinde kendi değerini arttırmak için başvurduğu intihardır.

Yüceleştirme intiharı; kişinin toplum için değeri olduğu bir norm uğruna kendisini adadığı intihar biçimidir örneğin şehitlik gibi.

Oyun İntiharları: Bu tür intiharlarda kişilerin risk aldıkları için, hayattan zevk alırken meydana gelen intihar olayıdır. Oyun intiharları da kendi içinde iki alt gruba ayrılır (44). Bunlar:

Dayanıklılık denemesi intiharı; bu intihar türünde kişiler kendi dayanıklılığını göstermek isterken gerçekleşir.

Oyun intiharı; bu intihar türünde kişiler hayatlarını riske sokan davranışlarda bulunurlar. Bunu da hayattan daha fazla heyecan duymak, daha fazla mutlu olmak gibi duyguları yaşamak için yapmaktadırlar.

4.2.4. Meninger'in Sınıflaması

Meninger intihar davranışının açıklamasını psikoanalitik teorilere dayandırarak yapmıştır. İntihar ölüm ve yaşam arasındadır ve bu iki olgu arasında var olan bir çeşit savaş ve dram olarak yer almaktadır. İnsanlardaki ölüm korkusu çok karmaşık bir duygudur. Bu durumda intihar duygusunun öldürme isteği, öldürülme isteği, ölme isteği üç ayrı bileşeni vardır (57).

4.2.5. Beck Komitesi Sınıflaması

Beck komitesine göre üç tür intihar davranışı bulunmaktadır. Bunların birincisi tamamlanmış intihar, ikincisi intihar girişimi ve üçüncüsü de intihar düşünceleridir (44).

Tamamlanmış İntihar: Sonu ölümle biten intihar davranışdır.

İntihar Girişimi: Sonuçlanmamış veya sonu ölümle bitmeyen intihar davranışdır. Kişilerin ölüme karşı zafiyeti, hesapta olmayan bir görgü tanığının müdahalesi veya hesaplanamayan bir unsur nedeniyle intihar davranışı bir sonuca varmayabilir ve yarıda kalabilir.

İntihar Düşünceleri: Kişilerin intihar etme ile davranışı ile alakalı akıllarında yer etmiş ve kişilerin intihar davranışını gerçekleştirmeye yönelik bütün düşünceleridir.

4.2.6. Maris Sınıflaması

Maris intihar davranışını sınıflarken daha önceden ortaya konan sınıflamaları birleştiren, toplayan bir sınıflama yaklaşımı ortaya koymuştur. Maris'e göre intiharlar beş grupta toplanmaktadır (44):

1. Tamamlanmış intiharlar,
2. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimi,
3. İntihar düşüncesi,
4. Karar verilemeyen intihar davranışı,
5. Dolaylı ve kişinin kendine zarar verdiği davranışlar.

Maris bu sınıflamayı yaparken intihar davranışını sebepleri doğrultusunda değerlendirmiş ve sınıflandırmıştır. Sınıflandırdığı davranışları ölümcüllük, yaşı, cinsiyeti, medeni hali, ırkı, mesleği, yöntemi, niyeti, ölümcüllüğü ve şartlarını belirleyerek ayrıntılarıyla durumunu ortaya koymuştur (44).

4.3. İNTİHAR İLE İLGİLİ KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

İntihar davranışı içinde birçok unsur bulunan, açıklanırken sosyolojik, psikolojik, kültürel ve biyolojik gibi birçok boyutu göz önünde bulundurulması gerekmektedir (57). İntiharların etiyojisine ilişkin olarak; Psikodinamik Kuram, intiharda “*bilinçaltı öfkenin*” etkisi; Bilişsel Kuram “*kendine, dünyaya ve geleceğe negatif bir bakış*”; Toplum Bilimsel Kuram “*toplumsal bir olgu*”; Sosyal Öğrenme Kuramı “*stres verici olaylara karşı öğrenilmiş bir tepki*” ve Biyolojik Kuram ise intiharı “*genetik ve biyokimyasal*” nedenlerle açıklamaktadır. İntihar olgusunun kişiden kişiye değişmesi, farklı türlerinin ve farklı nedenlerinin olması farklı kuramların ortaya çıkmasına neden olmuştur (58).

4.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik yaklaşımda intihar davranışı Freud'a göre yas ve depresyon ilişkisi üzerinden ele alınmıştır. Yas bir nesnenin kaybı ile yaşanır. Sevilen gerçek nesnenin kaybı ise depresyon sürecini başlatır. Depresyon sürecinde yaşanan olumsuz duygular dışa vurulmaz. Kişi kendi içinde id, ego ve süperegö arasında çatışma yaşar, kişinin benliği üstbenlik tarafından kurban edilir (44).

Sevilen ve istenen gerçek nesnenin kaybindan sonra kişilerde hayal kırıklığı başlamaktadır. Bunu takiben yaşanan çökkünlük ve yaralanma hissi kişilerde özsaygının da yitirilmesine neden olmaktadır. Normalde sevilen nesne yitirildikten sonra kişiler başka bir nesneye odaklanmaktadır. Ancak ruhsal bunalım durumlarında bu işleyiş değişmektedir. Bu duygu durumlarında kişiler yitirilmiş sevilen nesne ile özdeşim kurmaktadır. Kurulan bu özdeşimden sonra yitirilen sevgi nesnesine karşı kişi düşmanca duygular beslemektedirler. Yıkıcı ve düşmanca olan bu duygulardan sonra kişiler benliğine dönmekte ve kendini öldürmek istemektedir. Kişi kendini öldürerek sevgi nesnesinden kurtulmak istemektedir (48).

4.3.2. Toplum Bilimsel Yaklaşımlar

Toplum bilimsel yaklaşıma göre intihar davranışı toplumsal bir olgudur. Toplumda toplumsal intihar oranı kavramı vardır. Toplumda olağan dışı bir durum, toplumsal bir devinim olmadığı sürece de toplumsal intihar oranı kolay kolay değişmemektedir. Toplum bilimsel yaklaşım iki boyutta incelenir. Bir boyutta kişinin toplumu ile bütünleşmesi vardır. Kişiler toplum içinde ne kadar yer alırsa, kendisini toplumun ne kadar bir parçası olarak görürse kişiler toplum içinde o kadar birbirine bağlı ve topluma bağlı olmaktadır (44). Bir diğer boyutta ise toplumu düzenleyen kurallar, normlar, değerler ve düzenlemeler ile kişilerin normların dışına çıkan istek ve arzularıdır. Toplum bilimsel yaklaşıma göre intihar davranışını toplumsal etkenler belirler. Bunlara örnek olarak dini bağlılık, aile, evlilik, siyasi bağlar ve ulusal bağları gösterebiliriz. Bu durumda intihar davranışı biyolojik ve psikolojik kuramlar gibi içsel etmenlere değil, bireyin toplumla olan ilişkisi doğrultusunda incelenmelidir. Bu yaklaşıma göre toplumla veya herhangi bir grupta bağdaşamamış, evlenememiş, evlenmiş ayrılmış, belirli bir dine mensup olmayan kişilerde intihar oranı daha yüksek olmaktadır. Ayrıca savaşlar, iç gerilimler, ekonomik krizler gibi toplum içinde meydana gelen değişimler de intihar oranını etkilemektedir (44).

4.3.3. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı

Sosyal Öğrenme Kuramı'nda bireysel ve kişiler arası unsurlar beraber ele alınmıştır. Lester, sosyal öğrenme kuramını intihara uyarlamıştır. Bu yaklaşımın temel hareket noktası ise 'intiharın en azından bir bölümüyle stres verici yaşam olaylarına karşı öğrenilmiş bir cevap' olduğudur. Kişiler intihar davranışına da zorlu yaşam şartlarına karşı bir tepki

olarak başvurmaktadır. Kişi benzer bir durum karşısında intihar davranışını gösterebilir. Sosyal öğrenme kuramına göre bütün davranışlar model alarak öğrenilir (59).

Sosyal Öğrenme Kuramı, suicidal ergenin diğer aile üyelerinin veya arkadaşlarının davranışlarını taklit ettiklerini öne sürmektedir. Bu kurama göre kişiler yaşadıkları olumsuz durumlarda çevresini, ailesini, arkadaşlarını, etrafını gözlemler. Gözlemler doğrultusunda onları model alır, benzer olaylarla karşılaştığında onların davranışlarını sonucuna göre taklit eder. Dolayısıyla sosyal öğrenme kuramına göre kişinin ailesinin geçmişinde intihar davranışının gösterilmiş olması kişi için bir risktir. Sosyal Öğrenme Kuramı'nın da zayıf noktası aynı durumla karşılaşan her kişinin intihar davranışını göstermemesidir (44,60,61). Ergen intiharları bazen epidemik olabilir, çünkü ergenler bu yaşlarda arkadaşlarının ne yaptıkları ile yakından ilgilidirler. Eğer ergenin intihar girişimi olduğu zaman yakın çevresindeki arkadaşlarında intihar görüldüyse intihar girişiminin ciddiyetinin yüksek olduğu düşünülebilir. Abartılı olarak duygusallaştırılmış, kurgulu tarzda ve ünlülerin intiharları ile ilgili medya yayınlarının da yatkınlığı olan ergenlerde intiharı arttırabileceği bildirilmiştir (61).

4.3.4. Davranışçı Bilişsel Yaklaşımlar

Davranışçı bilişsel yaklaşıma göre kişilerin duygularının ve davranışlarının ne olacağını, nasıl olacağını olaylar hakkındaki düşünceler ve yorumlar belirler. Davranışçı bilişsel yaklaşıma göre insanların psikolojik sorunlarının altında düşünce hataları yer almaktadır. Davranışçı bilişsel yaklaşımda ruhsal problemlerin kaynağı kişilerin düşünce biçimindeki hataları, yanlışlıkları ve işlevsel olmayan tutum ve davranışlarıdır (62). Davranışçı bilişsel yaklaşım intihar davranışını açıklarken katı düşünme tarzının üstünde durmuştur. Düşüncelerinde bilişsel katılık olan ve ona göre davranan kişiler sorunlarına çözüm ararken de olması gereken esneklikte davranamazlar. Bu tutum onların çözüm üretmesini engeller. Çözüm üretememek kişileri umutsuzluğa sürükler. Bu nedenle bu kişilerde intihar olasılığı daha fazladır (63).

Davranışçı bilişsel yaklaşımın bilinen başka önemli bir unsuru da bilişsel üçlü denilen unsurdur. Ruhsal sorunu bulunan hastaların kendilerine, diğerlerine ve geleceklerine yönelik olumsuz tutumlarından oluşan düşünce yapısına bilişsel üçlü denilir (64). Geleceğe yönelik olumsuz tutumlar bileşeni bilişsel üçlünün bir yapısıdır ve temelinde umutsuzluk vardır. Kişiler yaşadıkları karşısında bir çıkış yolu, bir çözüm

bulamazlarsa umutsuzluk yaşarlar ve intihar davranışı onlar için bir çözüm yolu, bir kurtuluş yoludur. Umutsuzluk ve beraberindeki depresyon intihar davranışının bir nevi habercisi gibidir (44).

4.3.5. Biyolojik Yaklaşımlar

Biyolojik yaklaşımlar intihar davranışını iki farklı şekilde açıklamaktadır. Bu yaklaşımlardan biri beyin ile vücut kimyasında oluşan değişimler ile intihar davranışı arasında ilişki kurmaktadır. En çok üzerinde durulan intihar ile ilişkisi araştırılan madde seratonindir (42). Beyindeki seratonin gibi bazı kimyasalların eksik olması kişileri intihar davranışına itmektedir. (65, 66). Bu doğrultuda yapılan araştırmalarda, seratoninin yıkım ürünü olan 5 hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin intihar girişiminde bulunan kişilerde bulunmayanlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (67,68,69).

İntihar davranışının sergilenmesinde sadece seratonin ile ilgili değil, seratonin yanında dopamin, norepinefrin gibi başka nörotransmitter maddelerinin oranı ile ilgili de çalışmalar yapılmıştır (42,70). Çalışmalar intihar eden kişilerde dopaminin ve norepinefrinin yıkımında oluşan maddelerin miktarının intihar etmeyen bireylerdekine göre daha düşük çıktığını göstermektedir (70,71).

İntihar davranışına ilişkin biyokimyasal çalışmalar da hormonlar üzerinde de durulmuştur. Atlı'nın (2007) çalışmasında belirtildiği üzere Van Praag (1986) biyolojik intihar araştırmalarını gözden geçirdiği çalışmasında depresif hastalarda kortizol düzeyinin yüksek bulunduğunu ancak bunun intihar davranışı ile ilişkisini destekleyecek kanıtların yetersiz olduğunu belirtmektedir. Bir başka açıdan depresif hastalardaki kortizol düzeyinin yüksek olması stresle de açıklanabilir. Çünkü stres insanlardaki kortizol düzeyinin artmasına neden olmaktadır (72).

İntiharı açıklamaya çalışan ikinci biyolojik yaklaşım ise intihar davranışı ile kalıtım arasındaki ilişkidir. İntihar davranışının kalıtımla ilişkisini incelemek için yapılan çalışmalarda aile, ikiz, evlat edinilme gibi konuların üzerinde durulmuştur. İntihar davranışını gösteren bireylerin, akrabalarında da intihar davranışının görülme olasılığı neredeyse beş kat fazla çıkmıştır (73). Ayrıca ikiz kardeşler üzerinde intihar davranışı incelenmiş ve tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre veya akrabalarına göre intihar davranışını sergileme riski daha fazla bulunmuştur (73,74).

4.3.6. Aile-Sistem Yaklaşımı

İntihar davranışı konusunda kişinin içinde bulunduğu aile sisteminin değerlendirilmesi, çoğunlukla gençlerin intihar davranışlarını açıklamak için ortaya konmuştur. Bu yaklaşımda aile işleyişinin anlaşılması uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Aile bireyleri ailenin ihtiyacını karşılamak için bir araya gelmişlerdir. Aynı zamanda üyelerinin ortak bir geçmişi de vardır. Bu ihtiyaçlar bireysel olabileceği gibi ailenin bütününe ait de olabilir. Ancak ailelerin bu ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirdiği kendine has farklı yöntemleri de vardır. Bu doğrultuda aileyi oluşturan bütün parçalar ayrı ayrı ancak sistemin içinde sistemle bir bütün olarak ele alınmalıdır. Aile sistem yaklaşımı ailelerin yapısal karmaşıklığını ve aile içi etkileşimleri yönlendirir, aynı zamanda da etkileşimsel örüntülerin açıklamaya yardımcı olan bir yaklaşımdır (44).

İntihar davranışı ile aile ilişkileri arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman, işlevsel ve işlevsel olmayan aile özelliklerinin tanımlanması önem kazanmaktadır. Bulut'a göre; işlevsel aile, sorunlarını çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı ve dolaysız bir iletişim biçimini benimseyen ailelerdir (16). İşlevsel olmayan aileler ise iletişimi bozuk, üyeler arası ilişkilerin kopuk ve kurallara bağlı olduğu, belirli rollerin kişilerin üzerine zorla yüklendiği aileler olarak tanımlamaktadır (61).

İntihar davranışı gösteren bireylerle ilgili aile ve işlevlerinin konu alındığı birçok çalışmada, genel olarak mutsuz, dengesiz ve çatışmalı ev ortamlarından bahsedilmektedir. Ayrıca intihar davranışı olan gençlerin, anne babalarının da sert, sevgisiz, olumsuz eleştirilerde bulunan ve reddedici olarak algıladıkları da bildirilmektedir (61).

4.4. TÜRKİYE VE DÜNYADA İNTİHAR EPİDEMİYOLOJİSİ

Gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının önde gelen on nedeninden biri intihardır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdekütüm olguların en önde gelen on nedeninden biri olan intihar, kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diyabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Tüm ölümlerin yaklaşık yüzde 0,9'unun intihar sonucu olduğu, dünyada yaklaşık her gün 1000 kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir (75,76).

Bu konuda daha güvenilir epidemiyolojik verilerin sağlanabilmesi için DSÖ'nün desteği ile Avrupa'da 1989 yılından beri intihar girişimlerinin epidemiyolojisine yönelik çok merkezli bir çalışma yürütülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları Avrupa'daki intihar girişimleri ile ilgili ayrıntılı bilgiler sağlamıştır. 1989-1992 yılları arasında Avrupa'daki çalışmada yer alan merkezlerdeki ortalama intihar girişimi hızı erkeklerde 100.000'de 167, kadınlarda 100.000'de 222'dir. Dünya genelinde genel nüfusun yıllık intihar oranı 100.000'de 16 olmakla birlikte bunun son 45 yılda %60 oranında arttığı rapor edilmiştir. 2000 yılında dünyada yaklaşık bir milyon insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu ise dünyada 100.000 kişide ortalama 16 kişinin intihar ettiğini, dolayısıyla her 40 saniyede bir kişinin intihar sonucu öldüğünü göstermektedir (11,45,77,78). İntihar girişimleri oranı ise bu oranın 10-20 katı olarak ifade edilmektedir (70).

OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı) verilerine baktığımızda ise, intihar pek çok OECD ülkesinde ciddi bir ölüm nedenidir. OECD'ye üye ülkelerde (bugün OECD'ye üye ülke sayısı 34'tür), 2009 yılında intihar nedeniyle ölenlerin sayısı toplam 150.000'dir. İntiharlar, en az Güney Avrupa ülkelerinde (Yunanistan, İtalya ve İspanya) ve Meksika ve İsrail'de 100.000 kişide 6 veya daha az sayıda gerçekleşmişken, en fazla Kore, Rusya, Macaristan ve Japonya'da 100.000'de 19 kişide görülmüştür. İntihar oranının en düşük olduğu Yunanistan ile en yüksek olduğu Kore arasında on misli fark vardır (78,79).

Ülkemizde ise intiharlar 1962'den beri Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından tüm yerleşim yerlerinde derlenmektedir. 1974'ten beri yılda bir yayımlanan bir kitapçıkta ayrı bir yayın olarak basılmaktadır. Türkiye'de 1989 yılında 1172, 2000 yılında 1802 kişinin intihar ederek yaşamına son verdiği bildirilmektedir (80). Ülkemizde 1974-1998 yılları arasında intihar hızı %100 artmış, giderek büyümekte olan bir sorun haline gelmiştir (81). Türkiye'de, 1974 yılında 100.000'de 1,48 olan intihar oranı 2011 yılında 100.000'de 3,62'ye yükselmiştir (54).

Türkiye'de tamamlanmış intiharların ve intihar girişimlerinin sıklığı diğer Avrupa ülkelerine ve ABD'ye göre daha düşüktür. İntihar oranları yıllara ve bölgelere göre farklılık göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2012 verilerine göre kaba intihar hızı 100.000'de 4,29'dur. Ölümle sonuçlanan intihar sayısı, 2012 yılında 3225'tir. İntihar edenlerin %72'sini erkekler, %28'ini kadınlar oluşturmaktadır (3). Kaba intihar hızı illere göre incelendiğinde, 2012 yılında kaba intihar hızının en yüksek olduğu il 100.000'de 8,5 oranı ile Uşak'tır. Uşak ilini 100.000'de 8,06 ile Kastamonu, 100.000'de

7,38 ile Iğdır ve 100.000’de 7,28 ile Aydın izlemektedir. Kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise 100.000’de 1,6 ile Bartın’dır (3,76) (Tablo 4.4.1).

Türkiye intihar hızının düşük olduğu ülkeler arasında yer almakla birlikte son yıllarda intihar hızı giderek artmaktadır (11). İntihar oranının giderek yükselmesi, psikoloji, psikolojik danışmanlık ve diğer ilgili alanlarda çalışan meslek elemanlarının yapması gereken önleyici çalışmaların önemini artırmaktadır (54).

Tablo 4.4.1: Kaba İntihar Hızının En Yüksek ve En Düşük Olduğu İl

Kaba İntihar Hızı (Yüzbinde)		Kaba İntihar Hızı (Yüzbinde)	
En yüksek iller		En Düşük İller	
Uşak	8.50	Bartın	1.60
Kastamonu	8.06	Batman	1.70
Iğdır	7.38	Van	2.22
Aydın	7.28	Gümüşhane	2.24
Muş	7.25	Düzce	2.32
Edirne	7.01	Adıyaman	2.35
Ardahan	6.54	Karaman	2.56
Isparta	6.52	Sakarya	2.57
Bingöl	6.48	Erzurum	2.69
Çorum	6.39	Samsun	2.72

TUİK (2012) İntihar İstatistik Verileri

4.5. İNTİHAR İLE İLİŞKİLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE ÇEVRESEL FAKTÖRLER

İntiharla ilgili cinsiyet, yaş, ırk, medeni durum, ailesel etkenler, eğitim, meslek ve ekonomik durum, sosyal sınıf, çevresel koşullar ve yaşam olayları gibi çok çeşitli risk etkenleri ele alınmıştır.

4.5.1. İntihar ve Cinsiyet

Cinsiyet yönünden intihar olguları ele alındığında, tamamlanmamış intihar oranının erkeklerde, intihar girişimlerinin ise kadınlarda daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (8,82-85). Başarılı intihar girişimleri ergen erkeklerde kızlara oranla beş kat daha fazladır (86). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kızların erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır (87). Ancak, erkeklerde ölümle sonuçlanan

girişimler kadınlara göre daha fazladır. Buna karşılık ölümle sonuçlanmayan girişimler açısından değerlendirildiğinde, girişim sayısının kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir (11). Her iki cinsten de ergenlik ve genç erişkinlik döneminde bir artış olmaktadır. Yetişkinlik döneminde erkeklerde 45, kadınlarda ise 50-55 yaşlarında bu oran artmaktadır (11).

4.5.2. İntihar ve Yaş

İntihar girişimleri hayatın erken çocukluk döneminden yaşlılığın son dönemine kadar görülebilmekle birlikte bazı yaş gruplarında intihar oranları dikkate değer bir biçimde farklılaşmaktadır (88).

İntihar oranı yaşla birlikte artmaktadır. Erkeklerde intihar 45 yaşından sonra artmakta iken, kadınlarda ise tamamlanmış intiharların çoğunluğu 55 yaşından sonra görülmektedir. İntiharlar yaşlılarda daha sık görülürken, intihar girişimleri genç yaşlarda daha sık görülmektedir. Yaşlılar toplam popülasyonun %10'unu oluşturmalarına karşın, intiharların %25'i bu yaş grubunda daha fazla görülmektedir. Yetmiş beş yaşın üzerinde intihar oranı üç kat artmaktadır (42).

İntiharlar yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde, yaş grupları arasındaki cinsiyet farkının belirgin olduğu görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki farklılığın en yüksek olduğu yaş grubu "55-59", en az olduğu yaş grubu ise "15-19"dur. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu yaş grubu erkeklerde 100.000'de 15,22 ile "75+" yaş grubu iken kadınlarda 100.000'de 5,58 ile "15-19" yaş grubudur (3).

Türkiye'de tamamlanmış intiharlar, Avrupa ülkelerinden farklı olarak 15-24 yaşları arasında en yüksek orandadır. Son yıllarda adolesan intiharlarında belirgin artış izlenmektedir ve bu oran son otuz yılda üç kat artmıştır. Gençlerde intiharların intihar girişimlerine oranı 1/200 iken, yaşlılarda bu oran 1/4'tür (42).

TÜİK (2011) verilerine göre, intihar sonucu ölüm sayısının 2677 olduğu, bu ölümlerin ise en büyük kısmını 15-19 yaş grubundaki gençlerin oluşturduğu bildirilmiştir (2). Yine TÜİK'in 2013 yılında İzmir'de gerçekleştirdiği bir araştırmada, intihar girişimlerinin büyük çoğunluğunun 15-24 yaş grubundaki gençlerde gerçekleştiği bildirilmiştir (89). TÜİK (2013) intihar verilerine göre, toplam intihar sayısının en çok 15-24 yaş grubunda gerçekleştiği saptanmıştır (4).

Ülkemizde ölüm oranları düşük olsa da intihar düşünce ve girişimlerinin gençler arasında yaygın olduğu, intihar girişiminde bulunan ya da intihar düşüncesi olan bireylerin çoğunluğunun ise 15-24 yaş grubunda olduğu bildirilmektedir (7-11).

Tüm dünyada ve Türkiye’de intiharın her yaş grubunda görüldüğü ancak son yıllarda 15-24 yaş grubu arasında diğer yaş gruplarına göre intihar oranının daha çok arttığı gözlenmektedir (79). Genel olarak bakıldığında kadınlarda ve gençlerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi daha sık görülürken, tamamlanmış intihar için bekar, yaşlı ve erkek olmanın risk faktörü olduğu söylenebilir (90).

4.5.3. İntihar ve Medeni Durum

İntihar davranışları ve medeni durum arasında ilişki bulunduğu ve intihar davranışlarının bekâr ve dullar arasında daha yaygın olduğu bildirilmektedir (42,91). Bunun nedeninin, bu kişilerin toplumsal bütünleşmişlik düzeylerinin düşük olması ve dolayısıyla sosyal destek sistemlerinden yeterince yararlanamamaları ile açıklanmaktadır (44,92). İntiharın evlilere oranla bekârlarda iki kat, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda dört-beş kat daha sık görüldüğü bildirilmektedir (76). Erkeklerde bu fark daha yüksektir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğu bekâr ya da duldur ve bunların yaklaşık %30’u yalnız yaşamaktadır. Kadınların %6’sı, erkeklerin ise %9’u düzenli ev koşullarından düzensiz ev koşullarına bir geçiş yaşadktan sonra intihar girişiminde bulunmuşlardır (93,94). 2012 yılında intihar edenlerin %50’si “evli”, %36,7’si “hiç evlenmemiş”, %5,9’u ise “boşanmış” kişilerdir. İntihar edenlerin medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkeklerde en fazla “evli” olanların intihar ettiği görülürken, kadınlarda “evli” olanların yanında “hiç evlenmemiş” kadın intiharlarının da yüksek olduğu görülmektedir (3).

İntihar oranı evlilerde 100.000’de 11 iken, hiç evlenmemiş kişilerde neredeyse iki katıdır. Dullarda intihar oranı 100.000’de 24 iken boşanmış kişilerde bu oran 100.000’de 40’dır. Boşanmış erkeklerde oran 100.000’de 69 iken, boşanmış kadınlarda ise çok daha düşük, (100.000’de 18)’tir (95,96).

Sayıl ve arkadaşlarının (2000) Ankara ilinde yaptığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların %30’unun evli, %65’inin bekâr olduğu bulunmuştur (97). Evliliğin koruyucu etkisi sosyal uyumu artırmasına bağlanabilir. Bunun aksine boşanma veya dul olmakla psikolojik kayıp deneyimi ve sosyal uyumun azalması intiharı artırır.

Evlilikle sosyoekonomik durum ve madde kullanım değişikliği de etken olabilmektedir (42,94).

4.5.4. İntihar ve Eğitim Düzeyi

Eğitim durumuna göre intihar oranları incelendiğinde ise intihar oranı eğitimle ters orantılı olarak değişmekte; eğitim oranı arttıkça intihar görülme sıklığı azalmakta, eğitim düzeyi düştükçe intihar oranı artmaktadır (98). Avrupa'daki istatistiklere göre intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunu düşük eğitim düzeyine sahip kişiler olduğu görülmektedir (42). Türkiye'deki istatistiklere bakıldığında ise, tamamlanmış intiharların eğitim düzeyine bakıldığında en çok ilkokul mezunlarının, daha sonrada lise mezunlarının intihar ettiği görülmektedir (99).

Avrupa'da intihar girişimlerinin çoğu eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmiş olup, intihar girişiminde bulunan kadınların ve erkeklerin yarıdan fazlası yalnız ilköğretim düzeyinde eğitim görmüşlerdir (79). Sayıl ve arkadaşları (2000) intihar girişiminde bulunanların %93'ünün eğitim seviyelerinin lise ve altında olduğunu, ilkokul ve lise eğitimi olan kişilerde intihar eğilimlerinin farklılık gösterdiğini saptamışlardır (97). 2012 yılında intihar eden kişilerin eğitim düzeyleri sırasıyla %31,7'si "ilkokul mezunu, %20,6 "ilköğretim", %16,4 "lise ve dengi okul" ve %7,7 ile "yüksek öğretim" mezunlarıdır (3).

İntihar edenlerin eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, "ilkokul", "orta ve dengi okul", "lise ve dengi okul" ile "yükseköğretim" mezunlarında erkeklerin oranının kadınlardan daha yüksek olduğu, "okuma ve yazma bilmeyen", "bir okul bitirmeyen" ve "ilköğretim" mezunlarında ise kadınların oranının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir (3).

4.5.5. İntihar ve Sosyoekonomik Durum

Literatürde işsizlik ve intiharın birbiriyle ilişkili olduğu, intiharların düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olabileceği bildirilmektedir (44). İşsizlerde intihar oranı daha yüksektir (42,100,101), düzenli bir işte çalışmanın intihardan koruyucu bir etken olduğu, işsizlik ile birlikte özellikle erkeklerde intihar ve intihar girişimlerinde artış gözlemlendiği bildirilmiştir (102).

Literatürde Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kadınların %12’si, erkeklerin ise %20’sinin işsiz olduğu belirtilmiştir (42). Türkiye’de yapılan çalışmalarda bunu destekleyen bulgular elde edilmiştir (83,103-105). Özellikle intihar girişimi olanlarda öğrenci, ev kadını ve işsiz gibi ekonomik olarak bağımlı kişilerin çoğunlukta olduğu görülmüştür (81,103,106). İşsizlerde gözlenen intihar oranının, bir işi olan gruba göre daha yüksek olduğu, ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar sıklığının da artmakta olduğu, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında ise intihar oranının azalmakta olduğu bildirilmektedir (42).

4.5.6. İntihar ve Meslek

Kişilerarası ilişkilerin az olduğu meslek gruplarında intihar riski düşük, kişiler arası ilişkilerin fazla olduğu gruplarda intihar riski yüksektir. İntihar için özellikle riskli meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlar arasında psikiyatristlerde sık karşılaşılmakta, onları göz doktorları ve anesteziistler izlemektedir (107).

Çalışmalar, intihar girişiminde bulunan doktorların başta depresyon ve madde bağımlılığı olmak üzere çoğunlukla bir ruhsal bozukluğu olduğunu, sıklıkla işiyle ya da ailesiyle ilgili bir takım güçlükler yaşadığını göstermektedir. Ölümcül yöntemlere ulaşma durumu da (sağlık çalışanları, bilim adamları ya da tarım işçileri gibi) intihar oranlarını etkilemektedir (42,94,108).

4.5.7. İntihar ve Din

Din ve intihar arasındaki ilişki daha çok intihar eyleminin yasaklanmasıyla ilişkili olup çok eskiye dayanmaktadır. Din olgusunun intihar oranlarına önemli bir etkisi vardır. Birçok dinde yaşam, Tanrının insanlara sunduğu bir armağan olarak değerlendirilmiş ve kişinin kendi yaşamına son vermesi de Tanrıya karşı gelmek olarak kabul edilmiştir. Bu bakış açısı, yaşamın kutsal olduğu inancı, intihar kavramının ahlak dışı, suç olarak yorumlanmasına neden olmuştur (109). İntihar davranışında kültürel etkenlerin ve dini inançların rolü ile ilgili yapılan bir araştırmada, dini inançları güçlü olan toplumların travmalarla başa çıkabilme yetilerinin daha güçlü olduğu bildirilmiş, intihar davranışında dinin koruyucu bir faktör olabileceği öngörülmüştür (110). Bununla birlikte başka bir

çalışmada dinin baskın kültürel değerler ile birlikte belirgin bir stres kaynağı oluşturabileceği öne sürülmüştür (111).

İslâm dini, insanın kendi hayatı hakkında her hangi bir seçim yapmaya sahip olmadığını, çünkü onun sahibinin Tanrı olduğunu belirtmiş ve bu nedenle de Müslüman toplumlarda da intihar yasaklanmıştır. Bu yüzden intihar edenin cenaze namazının kılınması yasaklanmıştır. İntihar eden kişinin de ölümden sonra cehennemle cezalandırılacağı yönünde yaptırımlar öne sürülmektedir (112).

4.5.8. İntihar ve Coğrafi Etkenler

Türkiye’de de intihar sonucu oluşan ölümlerin coğrafi bölgeler arası farklılıklar gösterdiği bilinmektedir. Alptekin’inin de (2002) çalışmasında belirttiği gibi, en yüksek intihar oranları Ege, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde kaydedilirken en düşük oranlar Karadeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir (113). Türkiye’nin batısından doğuya doğru gidildikçe kadın intihar hızlarının artışı görülmektedir. Güneydoğudaki kadınlarda intihar sayısı daha fazladır. Bölgedeki tamamlanmış intiharlar sınırlı sayıda da olsa intihar girişimleri üzerine yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlarda yine kadınların ön planda olduğunu görülmektedir. Ülkeler arasında Doğu Avrupa’da en çok Latin Amerika’da, Müslüman ülkelerinde ve bir kaç Asya ülkesinde en az intihar hızı vardır (44,114). Türkiye’de sosyal dayanışma, geleneksel ve kültürel değerleri koruma, tarım ve hayvancılık gibi faaliyetlerde bulunarak üretime katkıda bulunma gibi nedenlerden dolayı, kırsal bölgelerde intihar oranları kentlere göre daha düşüktür. Kentlerde sosyal izolasyonla birlikte bireylerin yalnızlaşması intihar riskini arttıran en büyük etkidir. Ülkemizde intihar hızı en yüksek bölge Marmara iken, en düşük bölge Güneydoğu Anadolu’dur (46).

4.6. İNTİHARIN RİSK FAKTÖRLERİ

İntihar, çok nedenli bir davranıştır. Bu çok nedenli davranış sürecinde kişiyi kendini öldürmeye götüren nedenlerin karmaşıklığı, intihar bilimiyle uğraşan hemen herkes tarafından kabul edilmektedir (115). Risk faktörleri bilişsel, davranışsal, duyuşsal olarak gruplandırılabilir. İntihar sürecinin karmaşıklığı içinde bu gruplandırmada yer alan faktörlerin tek başlarına insanları intihar davranışına yöneltmeyeceği açıktır. Risk

faktörleri çok nedenli bir süreç olan intiharda, diğer etmenlerle birleştğinde öldürücü olabilir (44).

İntihar riski açısından değerlendirildiğinde, ruhsal hastalıkların önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bildirilmektedir (42). Birçok çalışmada intiharlarda en sık görülen ruhsal hastalık olarak de Presyon tanımlanmıştır (115). Depresif bozukluğun DSM IV TR'ye göre tanı kriterlerinden biri de kişinin intihar düşüncelerinin olmasıdır ve genellikle depresif bozukluğun intihar düşünceleri ile birlikte seyrettiği görülmüştür. Kendisini öldüren insanların %90'ının depresyon hastası olduğu bildirilmektedir. İntihar girişiminde bulunmuş olan depresif hastaların yaklaşık %40'ının daha önceden girişimde bulunduğunu bildirilmiştir (116). İntihar ile bağlantılı görülen diğer psikiyatrik bozukluklar ise, alkol bağımlılığı, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarıdır. Daha önce ölümcül olmayan kendine zarar verme davranışında bulunma, suç işleme eğilimi ve kronik fiziksel hastalıklarla intihar arasında da güçlü bir ilişki vardır (117).

İntihar davranışını inceleyen çalışmaların büyük bir bölümü kişilik bozukluklarından borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu üzerine odaklanmıştır. Tutuklularda intihar oranı toplumun üç katıdır. Cezaevlerinde gerçekleşen intiharların üçte birinden fazlası daha önce psikiyatrik tedavi görmüş kişilerdir ve bunların yarısının, son altı ay içinde olmak üzere daha önce bir intihar tehdidi ya da girişimi olmuştur (76).

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde sonraki girişimlerin tekrarı daha yüksektir. Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta, girişimlerin %10'u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile sonlanmaktadır. Bir intihar girişiminden sonraki 3-6 ay intihar riskinin en yüksek olduğu dönemdir (42,81). Bunun yanında intihar düşüncelerini dile getiren kişilerin %20'si intihar girişiminde bulunmakta, intihar eden kişilerin de %80'i bu düşüncelerini önceden dile getirmiş olmaktadır. Bu kişilerin önemli bir bölümü girişimden önce profesyonel yardım aramaktadırlar (42).

Alptekin ve Duyan'ın (2014) kitabında Halley'in (2004) intihara neden olan risk faktörlerini hazırlayıcı faktörler ve potansiyel faktörler olarak iki grup altında topladığı bildirilmiştir. Haley'in sınıflamasında depresyon, umutsuzluk, madde kötüye kullanımı ve genetik yapı "hazırlayıcı risk faktörleri" olarak; ailedeki bir intihar, önemli bir yaralanma veya hastalık, sosyal yalıtılmışlık, intihar yöntemlerine (örneğin ateşli silahlara) kolay

ulaşabilme, düşük benlik saygısı, geçmiş yaşamdaki bir istismar, stresle başa çıkmada yetersizlik, ailevi problemler, düşük toplumsal statü, cinsiyet, cinsel yönelim, ilerleyen yaş, biyolojik yapı, sosyal ve çevresel stres kaynakları ise “potansiyel risk faktörleri” olarak yer almaktadır (115).

Berman ve Jobes (1997) ise intiharlardaki risk faktörlerine yönelik ortak temaları şu şekilde sıralamaktadır (118):

1. Özgeçmişte; ailede intihar eden birinin varlığı, narsistik yaralanmalar, kişiler arası ve sosyal ilişki kurmada yetersizlikler gibi negatif öğelerin bulunması,
2. Psikopatoloji ve önemli olumsuz kişilik özellikleri (örneğin madde kötüye kullanımı, saldırganlık, dürtüsel davranış),
3. Stres ve savunma düzeneklerinin çökmesi, duygu ve davranışlarda düzensizlik
4. Sosyal olarak yalıtılmışlık,
5. Kendilik değerinin düşük olması ve umutsuzluk,
6. İntihar yöntemini elde edebilme, yöntemle ulaşabilme, yöntem hakkında bilgi sahibi olma.

Günümüzde intihar riski 20 yaşından sonra artmaktadır. Yaşın artması ile birlikte intihar riski de artmaktadır. Ancak intihar riski için en çarpıcı dönem ileri yaşlılık dönemidir. Çocukluk döneminde çok az olmakla birlikte ergenlikle birlikte intiharların sayısında bir artma meydana gelmektedir (119).

ABD’de Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı (1999) genç nüfusta; daha önceden intihar girişiminde bulunmuş olmayı, depresyonu, ümitsizlik duygularını, dürtüsel ve saldırgan davranışları, sosyal yalıtılmışlığı, alkol ve madde kullanımını önemli risk faktörleri olarak belirtmektedir (120).

Genel olarak intihar girişimlerinde risk faktörleri için öne çıkan özelliklerin şunlar olduğu bildirilmiştir (115):

1. Kadın olmak,
2. 15-24 yaş grubunda olmak,
3. Yakın bir zamanda gerçek ya da sembolik anlam taşıyan kayıplar yaşamak,
4. Yakın çevre ile iletişim sorunları yaşamak,
5. Başta depresyon olmak üzere bir ruhsal bir hastalığı bulunmak.

Beautrais (1998) ciddi intihar girişiminde bulunan gençlerde risk faktörlerini araştırmış ve elde ettiği bulgular doğrultusunda intihar girişime doğrudan veya dolaylı olarak neden olan risk faktörlerini şu şekilde sınıflandırmıştır (121):

1. Sosyodemografik faktörler (formal nitelikli eğitim eksikliği ve düşük sosyo-ekonomik düzey),
2. Çocukluk dönemi ve aile faktörleri (cinsel istismara maruz kalma, zayıf aile ve evlilik ilişkileri, aile üyelerinin alkol ile ilgili sorunları, ailede psikiyatrik bir rahatsızlığın olması),
3. Kişilik özellikleri (yüksek umutsuzluk düzeyi ve nörotizm),
4. Yaşam olayları ve psikiyatrik bozukluklar (kişilerarası çatışmalar, kayıplar ve yasal sorunlar, halen yaşanmakta olan duygu durum ve madde kötüye kullanımı bozuklukları).

İntihar eğilimini artıran risk faktörlerinin çokluğuna karşın, umutlu olmamızı sağlayacak korucu faktörler de vardır. Bunlar arasında güçlü aile bağı ve yakın ilişkiler, sosyal destek kaynakları, dini inanışların güçlü olması, özsaygı, duygusal iyilik hali, sorun çözme becerileri, yeterli sosyal beceriler, eğitilmiş olma ve iyi bir beden sağlığı kişileri intihardan koruyacak faktörler arasındadır (115).

4.7. DAMGALAMA (STİGMATİZASYON)

4.7.1. Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi

Damga (Stigma) eski Yunanca bir sözcük olup, “yara, iz, işaret” anlamına gelmektedir. Türk Dil Kurumu’nda pek çok tanımı olmakla birlikte, işaret ve bir kimsenin adını kötüye çıkartan yüz kızartıcı durum olarak tanımlanmaktadır (122). Damga (stigma) bireyi toplumda normal insanlardan ayıran ve kabul edilemez olarak işaretleyen sıfat, özellik ya da bozukluk olarak da tanımlanmaktadır (123,124). Ayrıca stigma, diğerleri tarafından reddedilme veya çekinilmenin utanç veya kara leke olarak görülmenin veya diğerlerince beğenilmemenin bir izi, işareti ya da damgası anlamına gelmektedir (125).

Damgalama (stigmatization) ise kişinin içinde yaşadığı toplumun ‘normal’ saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır. Damgalanan kişiye damgalanma nedeniyle, gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkaran utanç verici bir özellik yüklenmektedir (126).

Diğer bir ifade ile damgalama, bir kişinin ya da grubun, ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (127).

Günümüzde kullanılan şekliyle ise damgalama, utanç veya rezillik işareti, kişinin itibarının lekeli ya da kınanmış olması olarak tanımlanmaktadır. Damgalanmış birey, kişisel ve sosyal kimliğinde küçümsenen ve değersiz görülen öz nitelikler taşır (128). Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle damgalanmış kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir (127).

Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman (1963), damgaya ilişkin bir tipoloji kurmuştur. Bu tipolojide damgalama üç türde karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki, “Bedensel tiksinti/iğrenme”, ikincisi, “bireysel karakterin kusurları” ve üçüncüsü ise, “kabilesel damga”dır. Bunlardan birincisi fiziksel görünüme yönelik olumsuz yüklemelere işaret etmekte; ikincisi, kişisel karaktere yönelik olumsuz yüklemeleri; üçüncüsü ise belirli ırksal, dinsel özelliklere sahip bir topluluğa yönelik olumsuz yüklemeleri içermektedir. Kısaca Goffman’a göre damga, belirli bir sosyal etkileşim içinde itibarı sarsıcı yüklemelere işaret etmektedir (129).

4.7.2. Damgalamanın Bireyler Üzerindeki Etkileri

Damgalamayı ve insanlar üzerindeki etkilerini anlamak için öncelikle, insanların tecrübelerinin anlaşılması gerekli olmasına rağmen, damgalamaya pek çok faktör yol açabilir ki bu faktörlerin arasında düşük eğitim düzeyi, kültürel nedenler ve bireysel yaklaşımlar yer almaktadır. Öte yandan, günümüzde teknolojik gelişmelerin üzerine her gün bir yenisinin eklenmesi, iletişim ağlarıyla örülü dünyamızda birey olarak her an yeni bir sinyal ve imajla karşılaşılmasına yol açmaktadır. Birçok iletişim kaynaklarından gelen verilerden kaynaklanan anksiyete bireyleri her zamankinden daha fazla kategorize etmeye ve ayrımcı davranmaya itmektedir (130).

İnsanlar damgalayıcı tutumlardan dolayı yanlış anlaşılmış, kendilerini farklı ya da utanmış hissedebilirler. Damgalama eninde sonunda olası damgalayanlarla sosyal etkileşimlerde zorlanmalara yol açar ve kişiyi rahatsız eder. Bu süreç yaşam kalitesinden ödün verme, düşük benlik saygısı, depresif semptomlar, işsizlik ve gelir kaybı, sosyal çevreden kendini soyutlama ile sonuçlanır (131). Bunun yanında, damgalanma duygusu yaşayan kişilerin kendilik saygısı azalmaktadır. Kendilik saygısı ve damgalanma duygusu

birbirlerini karşılıklı olarak etkileyen değişkenlerdir. Kendilik saygısının azalmasının yanı sıra hastalarda sıklıkla moral bozukluğu, sosyal uyumda bozulma, suçluluk ve utanç duygularında artışa da neden olmaktadır (132).

Toplumun damgalayıcı tutumunun birey tarafından içselleştirilmesi ise bireylerin ciddi şekilde örselenmesine yol açmaktadır. Bu süreçte kişi, somut bir kanıt olmaksızın kendisi için bazı olumsuz değerlendirme ve yargılarda bulunmaya başlayarak toplumun da kendisini değersizleştirdiği ve dışladığı duygusunu yaşamaya başlamaktadır (128). Damgalama etiketlenmiş bireyler için utanç dolu bir durumu ifade etmektedir ve sosyal izolasyon, yaşam fırsatlarını sınırlandırma ve yardım arayışından kaçınmaya neden olmaktadır. Dahası toplumdan gelen olumsuz tutumlar, damgalama ve ayırım yaygın ve sosyal entegrasyonun önünde önemli bir engel olarak tanımlanır, çünkü damgalama ve damgalanma algısı, ruhsal hastalıkların sağaltımında her aşamada (sağaltıma başlama ya da karar aşamasından, rehabilitasyona kadar) önemli bir engel oluşturmaktadır. Damgalama, hastaların özgürlüklerini ya da kısıtlamalarını belirlemektedir (133).

Damgalama kişinin benliğine ilişkin diğer insanların olumsuz algılamalarını içerdiği için zamanla kişiye yönelik kalıp yargı ve etiketleme oluşmakta, oluşturulan bu damgalamaya ilişkin kişide farkındalık oluşmasına ve benliğin yeniden yapılandırılmasına yol açmakta, daha sonra “biz” ve “o/onlar” ayrımı yaratmaktadır. Bu ayrım, davranışsal düzeyde kişiye yönelik kalıp yargılara uygun duygusal tepkiler gösterilmesine (farklılıklar ve diğerine ilişkin kızgınlık, rahatsızlık, kaygı, acıma ve korku vb.) ve daha sonra bu kalıp yargılara uygun davranışlara yol açmaktadır. Bu tür davranışlar kişinin içselleştirmesine, benliğini yapılandırarak kendini diğer insanların algıladığı gibi algılamasına yol açmaktadır (134).

4.8. İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA

4.8.1. İntihar Eden Kişilere Yönelik Toplumun Damgalayıcı Tutumları

İntiharı çevreleyen damgalama (stigma) oldukça karmaşıktır ve bu durum kısmen de olsa intiharın din ve yasalar açısından algılanışından kaynaklanmaktadır. Yüzyıllardır Katolik Kilisesi intiharı ölümcül bir günah olarak kabul etmiştir. Tarihsel olarak bakıldığında intihar ederek ölenlere cenaze töreni düzenlenmesi reddedilmiş ve intihara teşebbüs edip hayatta kalanlar ise aforoz edilmiştir (21). Geçmişte intihar eden kişilerin

cesetlerinin tahrip edilmesi (kötü ruhların serbest bırakılmasını önlemek için), kilise mezarlıklarının dışında defin, intihar eden kişinin ailesinin mal varlığına el konulması ve bu ailelerin toplumdan aforoz edilmesi gibi gelenekler intihar damgalamalarını teşvik etmiştir (17,22,135).

Günümüzde birçok din hala intiharı günahkâr bir eylem olarak değerlendirmektedir ve din adamları intihara doktorlardan, toplum çalışanlarından veya psikologlardan daha fazla karşı çıkmaktadırlar. 17 ve 18. yüzyıllarda ise intihar çok daha kötü algılanmaktaydı. Ayrıca yine bu dönemde, ölümle sonuçlanan intiharların cezaları arasında mal kaybı, ölünün bedeninin ihlali ve defni konusunda ağır kısıtlamalar bulunmaktaydı. Sadece intihar ederek hayatını kaybeden kişi değil aynı zamanda aileleri de cezalandırılmaktaydı. Söz konusu bu ağır cezalar artık Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılmıyor olmasına rağmen, 20. yüzyıla kadar her ülkede intihar eylemi yasallaştırılmamıştır (21).

Normal ölüm ile intihar sonucu ölüm karşılaştırıldığında ortaya çıkan fark hayatta kalanların yaşadığı damgalanmadır. Ölümle sonuçlanan intiharlar doğal kayıplardan farklıdır. Bu nedenle intihar aile, arkadaşlar ve dostlar için ani bir kayıp olduğundan çok büyük bir etkisi vardır. İntihar eden kişiye yakın olan bu bireyler yaşadıkları bu durumun ardında çeşitli tepkiler gösterir ve bu durumla başa çıkma mekanizmaları oluşturmaya çalışırlar. Böylesi zor bir kayıp için her birey kendine özgü tepkiler vermektedir. İntiharın ardından gelen kayıp kurbanı yakın olanlar üzerindeki karışık psikolojik etkilere neden olmaktadır. Ayrıca intihar eylemi bazı duygusal sorunlar ile başa çıkmak için mağdur ve ailesi tarafından bir başarısızlık olduğu toplumsal algısı ile daha da karmaşık bir hal alır ve sonuçta toplum suçu kurtulanlara atar. Yaşanan bu bireysel ve toplumsal damgalanma kişinin tedavi sürecini de olumsuz etkiler (22).

İntihara yönelik damgalamanın kollektif düşünce ve yargılarımızda çok derin kökleri vardır. İntihar Yunanlılar ve Romalılar tarafından hoşgörülümüştür (136). Fakat Aristo intiharın ekonomiyi zayıflattığını ve tanrıları kızdığını ileri sürmüştür ve bu tutumuyla da intihar eyleminin damgalanmasının önünü açmıştır. Yahudi-Hristiyan geleneğinde ise intihara karşı damgalanma 4. yüzyıla kadar yaygın değildir; İncil intiharı kınamamaktadır (137). Fakat intihara yönelik damgalanma Avrupa'da gitgide yaygınlaşmış ve büyük bir günah, ayıp ve suç haline gelmiştir. William Shakespeare'in de içinde bulunduğu çok sayıda filozof ve yazar intihar eden kişilere daha anlayışlı ve şefkatli bir algının oluşmasını teşvik etmeye çalışmışlardır. Fakat Durkheim'in çalışmaları intiharın

ahlaki kökenlerinden çok sosyal kökenlerini açıklığa kavuşturana kadar bu hareket çok küçük bir etki yaratmıştır (138).

İntiharı çevreleyen damgalama, insanları intihar hakkındaki düşüncelerinden bahsetmekten vazgeçirecek kadar büyük bir etkiye sahiptir. Bu yönden damgalanma insanların yardım almasının önündeki başlıca engellerden bir tanesi olabilir, çünkü bu durum kişinin sorunları ile ilgili açıkça ve özgürce konuşmasını ve neler yapabileceğini tartışmasına engel olabilir (22). Bazı insanlar eğer intihar düşüncelerini açıklasalar onların zayıf, inançsız, kötü ailelerden gelen veya gerçekten ‘deli’ olarak etiketlenebileceklerini düşünmektedirler. Bu durum onların intihar düşüncelerinden bahsetmelerine, intiharın erken belirtilerini tespit etmeye veya umutsuzluk içindeki kişilere yardım etmeye engel oluşturmaktadır (139).

Toplum tarafından intihar eden ya da intihar girişiminde bulunan kişiler suçlanmakta ve bu kişilere yönelik damgalama genellikle üstü kapalı gerçekleşmektedir. Damgalanma güçlü bir dışlanma olarak ortaya çıkabilir ve ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin ve ailelerinin hayatlarını olumsuz şekilde etkileyebilir (17,140,141). Söz konusu damgalanma intihar eğilimi olan ya da bir yakınına intihar sonucu kaybeden kişiler için süreci daha da zor hale getirmektedir (139).

Ortaya çıkan intihar düşüncesi ve girişiminin en doğru şekilde belirlenmesi ve tedavi edilmesinin önündeki en büyük engel ruhsal bozuklukları ve bunların tedavisini çevreleyen damgalayıcı tutumlardır. Bu nedenle intihar riski söz konusu olduğunda damgalanmanın yıkıcı bir etkisi olabilmektedir (142).

Geçmişten günümüze intihar girişiminde bulunmuş kişiler beraberinde damgalanmaya da maruz kalmışlardır (143). İntihar girişiminde bulunmuş ve intihar eğilimi içinde olan kişilerde sıklıkla utanç duyguları bildirilmiştir (144,145).

Literatürde intihar edip kurtulanların yaşadığı damgalanmayı araştıran az sayıda çalışma vardır (146-148).

Şimdiye kadar intihar girişiminde bulunanlara yönelik damgalanma genellikle sosyal mesafe açısından incelenmiştir, ancak sosyal mesafe damgalanmanın tek bir boyutunu oluşturmaktadır. Damgalama çok yönlü bir yapıdır ve bilgisizliği, önyargıyı, ayrımcılığı ve olumsuz yaftalamayı içermektedir (140,141).

Damgalanmanın davranışsal ve duygusal tepkileri şekillendirdiği ve intihar sonrasındaki süreçte psikolojik iyi hali etkilediği göz önünde bulundurulduğunda

damgalanma seviyesini ölçen bir ölçek faydalı bir araç olacaktır (22). Damgalamanın niteliksel ölçümü bireysel düzeyde hedeflenmiş, destekleyici müdahalelerin sağlanmasına ve nüfus düzeyinde damgalama karşıtı bir kampanyanın ardından genel nüfusun inanç ve tutum değişikliklerinin ölçülmesine yardımcı olabilir (149).

İntihar girişiminde bulunan kişilere yönelik damgalayıcı tutumların çok ciddi sonuçları olabileceği için damgalanmayı belirlemek çok büyük önem taşımaktadır. İntihar girişimlerinin sonrasında ortaya çıkan utanma tepkisi bazı araştırmacılar tarafından niteliksel çalışmalarda belirtilmektedir. Bu araştırmalara göre utanç duygusu intihar girişimiyle bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır ve kişide hastaneyi terk etme dürtüsü veya yardım arama korkusu gibi kaçma ya da saklanma isteğini berbaberinde getirmektedir (17,143).

Damgalanma intihar ile bağlantılıdır. İntihara yönelik damgalama kişilerin kendilerini çevreden soyutlamalarına neden olmakta duygularını ifade etmelerini zorlaştırmaktadır. Kişiyi hayattan, arkadaşları ve ailesiyle olan yakın ilişkisinden ve toplumdan koparır (150).

Grad ve Zavasnik (1998) intihar girişiminin ardından hayatta kalanların en çok belirttiği iki duygunun utanç ve suçluluk olduğunu belirtmişlerdir. Nitekim bu duygularla sıklıkla kendini suçlama, depresyon, aşağılanma, reddedilme, terkedilme, kayıp, değersizlik, başarısızlık, utanç, sevilmemelik ve diğerleri gibi ifade edilen çok farklı şekillerde karşılaşılmaktadır (151).

4.8.2. İntihar Hakkında Bilinen Yanlışlar ve Gerçekler ile İntiharın Uyarı Sinyalleri

Kendini öldürmeyi düşünen ve girişimde bulunan birçok insan, intiharı baş edemeyeceğini hissettiği duygulara karşı tek çözüm olduğunu düşünür ve duygularının yoğunluğu çözümleri görmesini engeller. Bu düşünce genellikle geçicidir. Baş edilemez duygu ve acıları hafifletmenin ya da baş etme yöntemlerini arttırmanın yolları vardır. Bu süreci tek başına atlatmak zor olabilir. Çevreden yardım almak ilk ve en önemli adımdır. İntihar hakkında doğru bilinen yanlışları ve doğrularını aşağıdaki gibi açıklanabilir (152,153):

İntihar Hakkında Bilinen Yanlışlar ve Gerçekler

Yanlış: İntihardan bahseden kişi gerçekten intihar etmez, o sadece dikkat çekmeye çalışıyordur.

Doğru: Kendini öldürmeyi deneyen ya da öldüren insanların neredeyse hepsi öncesinde intihar edeceğine yönelik sinyaller vermiştir, bu yüzden kendini öldürmekten bahseden herkes ciddiye alınmalı ve hemen harekete geçilmelidir. Kendi hayatına son veren kişilerin yaklaşık %80'i daha önceden çevresindeki kişilere muhtemelen bir yardım çağrısı olarak intihar niyetlerinden bahsetmişlerdir. İntihardan bahseden kişi genellikle acı içinde, umudunu yitirmiş ve ne yapacağını bilememektedir. Bir kişi intihar hakkında konuştuğunda **mutlaka** ciddiye alınmalıdır.

Yanlış: Kendini öldürmeye çalışan birisi delidir (zihinsel ya da ruhsal rahatsızlığı vardır).

Doğru: Kendini öldürmeye çalışan kişilerin çok azının (%10) gerçekte bağlantısı kopuktur. Akli başında olan insanlarda zor zamanlar yaşar ve kendini öldürmeyi düşünür. Akıl hastalığı olsun olmasın herkes intihar edebilir. İnsanların büyük bir kısmı hayatlarının bir döneminde intiharı düşünmektedir.

Yanlış: İntihar girişiminde bulunan kişiler açıkça ölmek istiyorlardır. Eğer bir insan kendini öldürmeye karar vermişse hiç birşey onu durduramaz.

Doğru: Kendini öldürmeyi düşünen birçok insan aslında ölmek istemez. Bu istek çok güçlü olsa da geçicidir. Bu insanın yaşıyor olması hala onu tutan bazı şeylerin olduğu anlamına gelir ve biriyle bunu paylaşıyorsa yardım istediği anlamına gelmektedir ve hala bir şeyler yapılabilir. İntihar eden insanlar çoğunlukla ölmeyi değil, sahip oldukları hayatı yaşamak istememektedirler. Amaç yaşadıkları derin acıya son vermektir. *İntiharların çoğu kriz dönemlerinde ortaya çıkmaktadır.* Yine birçoğu depresyon, bipolar bozukluk ya da madde bağımlılığından dolayı acı çeker. Eğer bu rahatsızlıkları tedavi edilirse ve etkili bir krize müdahale yapılırsa intihar önlenabilir.

Yanlış: İntihar hakkında konuşmak kişinin aklına bu fikri sokabilir. Özellikle duygusal olarak kötü durumdaki birine intihar düşünceleri olup olmadığını sormak onun aklına intiharı sokacaktır ve intihar etmesine neden olacaktır.

Doğru: İntihar hakkında açık açık konuşmak bu fikri kişinin aklına sokmaz aksine, bu sizin onu önemseydiğiniz ve rahatça acısını sizinle paylaşabileceği anlamına gelir. Duygusal olarak kötü durumda olan bir kişinin intihar düşünceleri hakkında özellikle soru

sormak ve bu konuda konuşmasını sağlamak, onun yardım istemesine ve bu duygularını konuşarak duygusal yükünü boşaltmasına yardımcı olur. *İntihar fikirlerini birisiyle konuşma fırsatı bulan kişi intiharın kısır döngüsünden kurtulmuş ve rahatlamış olur.*

Yanlış: Bir kişi bir kere intiharı denerse tekrar yapma olasılığı çok düşüktür.

Doğru: Tam tersi bir kere deneyen kişi tekrar deneme olasılığı daha yüksektir. Kişinin önceki intihar girişimleri sonraki intihar girişimlerini tetikleyebilir.

Yanlış: Depresyondaki bir kişinin duygusal durumunda düzelme olursa intihar riski azalır.

Doğru: Çoğunlukla depresif hastalar canlılıkları artmaya ve enerji düzeyleri gelişmeye başladıktan sonra intihar ederler. Kendilerini iyi hissettiklerinde intihar etmek için güç bulurlar. İntihara kesin karar vermiş olduklarında da dışarıdan daha sakin ve iyi görünebilirler.

Yanlış: Havanın kapalı, güneşsiz olduğu kış aylarında intiharlar artar.

Doğru: İntiharın iklim şartları ve mevsimle kesin bir ilişkisi gösterilmemiştir. İstatistiklere bakıldığında intiharların kış aylarından çok ilkbahar ve yaz aylarında özellikle mevsim geçişlerinde olduğu görülmektedir.

İntiharın Uyarı Sinyalleri

Genellikle intiharı düşünen kişilerin belirgin davranışları vardır (154). Eğer kişi:

1. Açık ya da kapalı kendini öldürmekten bahsediyorsa (“Hayat yaşamaya değmez”, “ölsem de kurtulsam”),
2. Bir yakını ya da kendisi sarsıcı, travmatik bir olay yaşadıysa,
3. Yeme ve uyku düzeni bozursa,
4. Arkadaş ve sosyal çevreden uzaklaşıyorsa (hobi, okul veya işine ilgisi azaldıysa),
5. Veda veya vasiyet yazma gibi şeyler yapıyorsa; önemli eşyalarını çevresindekilere veriyorsa,
6. Geçmişte intihar denemesi varsa,
7. Gereksiz şekilde riskler alıyorsa,
8. Sıkıntılı veya bitkinse, hiçbir şeye konsantre olamıyorsa
9. Sebepsiz yere çok kötü hissederken rahatlamış gözüküyorsa, risk altındadır ve intihar etmeyi düşünüyor olabilir.

4.8.3. İntihara Yönelik Damgalama ve Tutum Ölçekleri

Yurt dışında intihara yönelik tutumları ve damgalamayı değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiş ve bu ölçeklerle farklı kültürlerde çalışmalar yapılmıştır. Bu ölçeklerden en yaygın olarak kullanılan ve kültürlerarası çalışmalarda da yararlanılan yöntemlerden biri Domino ve arkadaşları tarafından geliştirilen “İntihar Görüşleri Soru Formu- IGSF (Suicide Opinion Questionnaire-SOQ)’dir (155).

Literatür incelemesi sonucu intihara yönelik tutumları değerlendiren bir çok ölçek bulunmakla birlikte bunlardan en popüler olanları yukarıda bahsedilen SOQ ölçeği ile, İntihara Yönelik Tutumlar Ölçeği- İYTÖ (The Attitudes Toward Suicide Questionnaire- ATTS) ve İntihar Tutum Ölçeği-İTÖ (Suicide Attitude Questionnaire -SUIATT) ölçekleridir (31). ATTS ilk olarak 2003 yılında Renberg ve Jacobson tarafından intihara yönelik toplumun tutumlarını ölçmek için İsviçre’de geliştirilmiş ve daha sonra farklı kültürlerde kullanılmıştır (28).

Diekstra ve Kerkhof tarafından 1989 yılında geliştirilen İntihar Tutum Ölçeği- Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT) 63 maddeden oluşmaktadır ve çeşitli ülkelerdeki intihara yönelik tutumları karşılaştıran çalışmalarda kullanılmıştır (156).

İntihara yönelik tutumları inceleyen bir diğer ölçek, 2009 yılında Yunanistan’da sağlık çalışanlarının intihar olgularına karşı tutumlarını ölçmek için geliştirilen “İntihar Davranışına Karşı Tutumlar Ölçeği-İDKTÖ (Attitudes Towards Attempted Suicide)” dir. Bu ölçek hemşire ve doktorların intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik tutumlarını inceleyen 80 maddelik bir ölçektir (30).

Bunların haricinde, Suicide Attitude Vignette Experiences (SAVE-A), Understanding of Suicide Attempt Patient Scale (USP), Attitudes Toward Suicide Prevention (ASP), Suicide Attitude and Attribution and Attribution Scale (SAAS) gibi tutum ölçekleri ile örnekler çoğaltılabilir (31,157,158).

Ülkemizde intihar davranışını değerlendirmede kullanılan bir takım ölçekler mevcuttur. Bunlardan birisi; ilk olarak Cull ve Gill tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Türkiye’ye uyarlanmış olan İntihar Olasılığı Ölçeği - İÖÖ (Suicide Probability Scale)’dir (49,159). Bir diğer ölçek ise; Beck, Schuyler ve Herman tarafından geliştirilmiş ve ülkemize uyarlaması yapılmış olan İntihar Niyeti Ölçeği (Suicidal Intent Scale)’dir (160).

Orijinal olarak Linehan ve Nielsen tarafından geliştirilen ve Türk toplumuna uyarlaması yapılan İntihar Fikirleri Ölçeği –İFÖ (Suicidal Behavior Questionnaire) ve

Beck, Kovacs ve Weissman tarafından psikiyatrik hastalarda intihar niyetinin derecesini kantatif olarak belirlemek üzere hazırlanmış olan İntihar Düşüncesi Ölçeği – İYDÖ (Scale for Suicide Ideation) intihar davranışına yönelik geliştirilmiş diğer ölçeklerdir (161).

Bu ölçeklerin yanında Haran ve Berksun 1995 yılında PKUAM İntihar Düşüncesi Ölçeği'ni geliştirmişlerdir (162). Bütün bu ölçekler, kişilerin intihar niyetlerini ve düşüncelerini ölçen ölçekler olup, intihar eden kişilere yönelik tutumları konu alan ölçekler değildir.

Ülkemizdeki çalışmalar incelendiğinde, intihar olgusuna yönelik toplumun damgalayıcı tutumunu belirleyebilecek bir ölçeğe rastlanmamıştır. Er ve arkadaşlarının (2013) intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik acil sağlık çalışanlarının tutumlarını değerlendiren bir ölçeğe (İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği-İGYTÖ) rastlanmış olup (34), ölçek sadece acil çalışanlarına yönelik spesifik bir ölçek olduğu için toplumun geneline uygulamak mümkün değildir.

4.9. İNTİHARI ÖNLEMENE YÖNELİK STRATEJİLER

İntihar zamanında fark edilip önlenebilecek toplumsal ve çok boyutlu bir sorundur (46,163). İntihar davranışında biyolojik, psikolojik, sosyolojik, kişilerarası, kültürel ve felsefi öğeler yer almaktadır. Bu nedenle intihar ve intihar davranışları tek bir faktör ile önlenemez. İntihar davranışının altında yatan nedenlerin kompleks olması, çözüm sürecinde kompleks olmasını gerektirmektedir (164). İntiharın birçok nedeni olmakla birlikte en sık nedeni depresyondur ve doğru tanı konularak tedavi edilirse intihar riski azalır. Depresyon hastalarının büyük bir kısmı tedavi görmemekte ve ayaktan kendi başına hastalığı atlatma çabasına girmektedir. Depresyon hastalarını psikolojik veya psikiyatrik yardım almaya yönlendirilmesi ailenin, arkadaşlarının ve yakın çevrenin görevidir (58).

İntihar davranışı bir anda ortaya çıkan spontan bir davranış değildir. İntihar davranışında bulunan kişiler öncesinde mutlaka uyarı sinyalleri vermektedir (165). İntihar mesajları veren kişileri uzmanlara yönlendirmek yakınlarının yapabileceği en büyük yardımdır. İntihar riskini yok saymak veya bunu bir tabu olarak kabul etmek, intihar girişiminin gerçekleşmesini engellemeyecektir. İntihar girişiminde bulunup hayatta kalan

kişilerin de en kısa zamanda değerlendirilmeleri, bir uzamana yönlendirilip bir tedavi planının çizilmesi ve yakından izlemi önem taşımaktadır (58).

Ergen intiharlarında da, ergen birçok davranışları ve ifadeleri ile çevrelerinde bulunan kişilere yardım çağrısında bulunmaktadır. Dolayısıyla aileler, öğretmenler, okullardaki psikolojik danışmanları ve okul yöneticileri ergenlerdeki intihar potansiyelini daha önceden fark edebilirler (163).

Bir toplumda intihar davranışının önlenmesi isteniyorsa, intihar işaretleri konusunda bilginin temel konu olduğu belirtilmektedir ve bu durum ise çok boyutlu bir çalışmayı gerektirmektedir. Bu bağlamda aile öğretmen gibi kişilerin bu konudaki bilgilerinin artırılması için öncelikle buna yönelik politikaların düzenlenmesi, kitle iletişim araçlarının bu çerçevede etkili bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra bu tür çalışmaların okul temelli olarak düzenlenmesi bu kapsamda aile ve öğretmenlerin bilgilendirilmesi ve okul-aile işbirliğinin artırılması önemlidir (166).

4.9.1. İntiharı Önleme Düzeyleri ve İntiharın Önlenmesine Yönelik Stratejiler

Alptekin ve Duyan (2012) intihar ve intiharı önleme isimli kitabında belirtildiği üzere, Satcher (1998) halk sağlığı alanında önleme çalışmalarındaki yaklaşımı intihar konusuna uygulayarak, bu yaklaşımın intiharın önlenmesinde kullanılabileceğini belirtmiştir. Bu önleme çalışmaları birincil önleme, ikincil önleme ve üçüncül önleme olarak isimlendirilmektedir (119). Eskin ise (2003) halk sağlığı alanında yapılandırılan önleme çalışmalarının düzeyinin intihar alanına yansımalarını şu şekilde değerlendirmektedir :

“İntiharın birincil önlenmesi, insanları kendi canlarına kıymaya iten durum ve koşulların ortadan kaldırılması veya önlenmesi olarak anlaşılmalıdır. İntiharların ikincil önlenmesin de ise kendini öldürecek kimselerin intihar etmeden önceki bir takım belirtilerini (bilişsel, duygusal, davranışsal, kişilerarası) fark etmek gerekecektir. Bu tür belirtilerin önceden bilinmesiyle, kişinin kendi canına kıymasını önleyici tedbirlerin alınması hedeflenmektedir. İntiharın ikincil önlenmesindeki en önemli hedef, risk etmenlerinin belirlenerek bunların intihara yol açmadan önüne geçilmesi veya etkilerinin azaltılarak kişinin baş edebileceği sınırlar içine çekilmesidir. İntiharda üçüncül önleme, kendisini öldürmek için herhangi bir girişimde bulunan kişilere yöneliktir. İntihar

girişiminde bulunan kişilerin aynı girişimleri tekrarlamalarının önlenmesi, intiharın üçüncül önlenmesinin esasını oluşturmaktadır” (44).

Bronisch’in (2004) düzeylerine göre intiharı önleme stratejileri ise şu şekilde özetlenebilir:

“İntiharın birincil düzeyde önlenmesinde temel odağı toplum içerisindeki intihara eğilimleri azaltmaktır. İntihar davranışı ile ilgisi olabilecek sosyo-ekonomik ve özellikle psikiyatrik bozuklukların tedavisi ile ilgili koşulların iyileştirilmesi birincil önlemin kapsamına girmektedir. Bu kapsamda intiharlarda sık sık kullanılan yöntemlere (örneğin ateşli silahlar) bir sınırlama getirilmesi birincil önlemin amacına ulaşmasında yararlı olabilir. Birincil önleme çalışmaları aynı zamanda bireyleri intihar eğilimine karşı güçlendirici çalışmalardır. Profesyonel olsun veya olmasın intihara eğilimli bireylere yakın olan ve onların tedavisi ile ilgilenen herkesin eğitimi, intiharın birincil (temel) düzeyde önlenmesinde en etkili stratejidir. İkincil ve üçüncül önleme vatandaşlarca veya profesyonellerce gerçekleştirilebilir. İkincil ve üçüncül düzeydeki önleme çalışmalarının odağı intihar davranışındaki tekrarları engellemek veya intihar eğilimindeki kişiyi rehabilite etmektir” (167).

Siyez (2005) intihar davranışının 15-24 yaş arasındaki ergenlerde en önemli ölüm nedenlerinden biri olduğunun üzerinde durarak, ergenlerin intihar girişimlerinin ve tamamlanmış intihar oranlarının çok yüksek olması ve intihar ile ilişkili çok sayıda değişkenin olması nedeniyle intiharı önleme programlarının geliştirilmesinin gerekli olduğuna vurgu yapmıştır (168).

Ergen intiharlarını önlemeye yönelik yapılan çalışmalar, okul, toplumsal alan ve sağlık sistemi olmak üzere üç alanı kapsamaktadır. Ancak ergenlerin zamanlarının üçte birini okulda geçirmesi nedeniyle (169), okullarda yapılan önleyici rehberlik çalışmalarına daha fazla önem verilmiştir (170). Okul temelli önleme çalışmaları incelendiğinde ise önleme çalışmalarının birincil önleme, ikincil önleme ve üçüncül önleme olmak üzere üç basamakta gerçekleştiği görülmektedir.

Birincil Önleme: Buradaki amaç, öğrencilerin problemlerle başa çıkma becerilerini geliştirerek intiharın uyarı sinyalleri ve konu ile ilgili risk faktörleri açısından öğrencileri bilgi sahibi yapmak ve öğrencilerin okul ve aile bağlarını güçlendirerek öğrencilerin intihar düşüncelerinin önüne geçmektir. Buna yönelik olarak, öğrencilere depresyonla başa çıkabilme, öfke kontrolü, kişilerarası problemlerini çözebilme, yardım arama, yalnızlığı

azaltma, kritik durumlarda başa çıkma becerilerinin öğretilmesi ve kişisel yeteneklerinin artırılması hedeflenmektedir (171).

Depresyonla başa çıkmada, davranışçı ve bilişsel davranışçı tekniklere vurgu yapılırken, aynı zamanda atılganlık ve kendini güçlendirme becerileri öğretilmektedir. Öfke kontrolü için öfke kontrol teknikleri üzerinde çalışılmaktadır. Yalnızlığı azaltmak için bilişsel ve davranışsal olarak kişinin yalnızlığını besleyen faktörlere odaklanılmaktadır. Kişisel problemleri çözebilme becerilerinin kazandırılmasında dürtüsel davranışlarla baş etme, düşünme ve bilişsel problem çözebilme becerileri öğretilirken, kişisel yeterliliğin artırılmasında kendini yönetebilme ve karar verme, anksiyetenin kontrolü ve sosyal becerilerin öğretilmesi hedeflenmektedir (168).

Kritik durumlarla başa çıkmada ise, kitle iletişim araçlarında özellikle de televizyonda yer alan şiddet olaylarının farkına varabilme ve çatışmaların yeniden çözümlenmesi ile stresle başa çıkabilme yolları öğretilmektedir. Yardım arama becerilerinde ise ilgili kuruluşlara başvurabilmeleri için gençleri cesaretlendirme ve yardım arama becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir (172).

Ailede ruhsal rahatsızlıkların olması ve aile işlevlerinin bozuk olmasının intihar eden ergenlerin yaşamında önemli bir rol oynamasından dolayı, bu durumdaki ailelerin belirlenmesi, ailedeki patolojik davranışların erken dönemde tespiti ve etkili bir tedavi programının oluşturulması gerekmektedir (172). Bu bağlamda da aile danışmanlarının ergenlerde intihar eğilimlerinin çözülmesinde önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir. Türkiye gibi ülkelerde ailelerin aile danışmanlarına ulaşabilmesi, bu konularda toplumun bilinçlendirilmesi de oldukça önemlidir (163). Ayrıca anne babanın olmadığı ya da ihmalkar davrandığı, toplum temelli besleyici ve destekleyici rol modellerinin oluşturulması önem taşımaktadır (172).

İkincil Önleme: Bu düzeydeki çalışmalar, intihar davranışının veya fikrinin oluşmasının hemen ardından gerçekleştirilmektedir. Buradaki amaç bu tür eğilimleri en aza indirmektir (173). Bunun için de öncelikli olarak risk taşıyan grubun özelliklerinin bilinmesi ve zamanında etkili bir şekilde müdahale edilmesi gerekmektedir. Bu basamakta yapılması gereken çalışmalar arasında, okullarda yapılacak tarama çalışmaları ile birlikte okul personeline intiharla ilgili riskli davranışları tanımlayabilecekleri becerilerin kazandırılması yer almaktadır (58). Tarama çalışmalarında intihar eğilimi olan bireylerin farkına varılabilmesi için kendini anlatma ve bireysel görüşme tekniği kullanılmaktadır.

Okulda yapılan geniş çaplı taramalarda depresyon, alkol ya da madde kullanımı problemi olan, yakın dönemde sık sık intihar düşüncelerinden bahseden ve geçmişte intihar girişimi olan ergenler öncelikli olarak dikkate alınmaktadır (174).

Tarama çalışmalarının ardından yapılması gereken bir diğer etkinlik ise, okul danışmanları ve öğretmenlere intiharla ilgili riskli davranışları tanımlayabilecekleri becerilerin kazandırılmasıdır. Aynı zamanda danışmanların, öğrencilere yardım edebilmek ve intihar girişiminin ardından aile ve bu durumdan etkilenen diğer insanlarla görüşebilmek için kişilerarası becerilerinin gelişmiş olması, kriz durumlarında yardım alabileceği kaynaklar hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (168).

Öğretmenlere ve danışmanlara yönelik bilgilendirici çalışmalar yapılmasının en önemli nedeni konu ile ilgili bu kişilerin bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (175,176). Crespi (1990)'nin çalışmasında öğrencilerin intihar etmeden veya girişimde bulunmadan kısa bir süre önce öğretmen, doktor ya da diğer profesyoneller ile iletişime geçtiklerine dikkat çekilmiştir (177).

Gençlerin intihar kavramıyla ilgili olarak bilgilendirilmesi de oldukça önemlidir. Bunun en önemli amacı gençlerin intihar davranışına yönelik farkındalıklarını arttırarak gerekli durumlarda yetişkinlerden ve profesyonellerden yardım isteme sorumluluğunu üstlenebilmelerini sağlamaktır. Diğer bir amacı ise kişinin kendisini açmasını kolaylaştırmaktır (172).

Amerika'da Akıl Sağlığı Merkezi tarafından geliştirilmiş olan “İntiharla İlgili Uyarı Sinyalleri” (Signs of Suicide-SOS) programı ikincil önlemeye yönelik hazırlanmıştır ve ergenlik dönemindeki intihar düşüncelerinin ve davranışlarının görülme sıklığının azalmasını hedeflemektedir (178).

Kalafat ve Elias (1994) çalışmalarında ergenlerin, arkadaşlarının intihar düşüncelerini ve eğilimlerini fark edebilecek ilk kişiler arasında yer almalarından yola çıkarak, öğrencilerin intihar eğilimi olan arkadaşlarını tanıyabilmeleri ve üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirebilmelerini sağlamak amacıyla bir eğitim programı hazırlamışlardır. Araştırma sonucunda çalışma grubu kontrol grubu ile kıyaslandığında, çalışma grubunda yer alan öğrencilerin intihar düşüncelerinin içeriği ile ilgili önemli bilgiler kazandığı ve yardım arayışında oldukça pozitif tutum sergiledikleri bulunmuştur (179).

İkincil önlemeye yönelik özellikle psikolojik ve rehberlik danışmanlık alanında yapılacak olan önleme çalışmalarında aile, okul ve bunların birbiri ile olan etkileşimi, okul politikaları ve genel politikaların dikkate alınması önerilmektedir. Örneğin, ergen intiharlarının önlenmesine yönelik Milli Eğitim Bakanlığı tarafından politikalar oluşturulabilir, bunların paralelinde okul temelli önleme çalışmaları planlanıp uygulanabilir (168). Benzer şekilde, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliğiyle de okul temelli intiharı önlemeye yönelik politikalar hazırlanıp uygulanabilir.

Üçüncül Önleme: İntihar girişimlerinin ve tamamlanmış intiharların ardından yapılması gereken çalışmaları kapsamaktadır (58). Üçüncül önlemede, bir yandan intihar girişimde bulunmuş bireyle çalışılması gerekirken, diğer yandan da intihar eden ya da girişimde bulunan gencin, ailesinin ve yakın arkadaşlarının yaşadığı travma etkilerinin azaltılması ve gençler arasında intihar denemelerinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Buna ilişkin olarak okullarda intihar girişiminin ardından yapılması gerekenlerle ilgili olarak bir planın bulunması gerekmektedir. Bu süreçte de okul içerisindeki iş birliği oldukça önemlidir (172, 180).

Ayrıca okullarda daha önceden hazırlanmış krize müdahale programlarının olması önerilmektedir (168). İntihar girişiminin ardından ergenin çeşitli alanlarda psikososyal problemleri devam etmektedir (181). Bu nedenle üzerinde durulması gereken en önemli konu bu kişinin gelecekte intihar girişiminde bulunma riskinin değerlendirilmesi ve aynı zamanda öğrencinin okulda gözetim altında tutulmasıdır (182).

İntihar girişiminde bulunan gence uzun süreli terapi yapılması da önem taşımaktadır. Bu terapilerde terk edilme veya reddedilme ile ilgili düşüncelerin değiştirilmesi, benlik saygısının arttırılması, sağlıklı özdeşimin sağlanması, hayal kırıklığına karşı öfke tepkilerinin değiştirilmesi, depresyon ve ümitsizliğin azaltılması ele alınmalıdır (183). İntihar düşünceleri ile ilgili semptomların ortadan kalkması ve intihar girişimlerinin tekrarlanmasını önleme açısından tedavi yöntemlerinin etkinliği karşılaştırıldığında özellikle bilişsel davranışçı terapilerin en başarılı ve etkili yöntem olduğu bulunmuştur (190).

Üçüncül önleme kapsamında; toplumsal kuruluşlarda görev yapan personelin eğitimi, kriz merkezleri ve telefon yardım hatlarının oluşturulması, kitle iletişim araçlarında intihar ile ilgili haberlerin belirli kriterlere göre sunulması da yer almaktadır (168). Okul dışında olan fakat gençlerle daha sık iletişim kurabilen din adamları, polis gibi çalışanların,

intihara yönelik olarak uyarı sinyalleri konusunda bilgilendirilmesi ve yardım becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır (172). Yurt dışında hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve din adamlarına yönelik olarak intiharı önleme ile ilgili kurslar düzenlenmektedir (185).

Toplumsal alanda yapılması gereken bir diğer çalışma ise kitle iletişim araçlarında yer alan bilgilerde düzenleme yapılmasıdır. Bunun için de özellikle gazetelerdeki haber başlıklarının, haber bültenlerinin ve dramatize edilmiş görüntülerin intihar girişimlerinde bir etmen olabileceği düşünülmektedir (174). İntihar olaylarının insanlar üzerindeki olumsuz etkisini azaltabilmek için de medyanın gücünden yararlanılması gerektiği belirtilmektedir (172).

Sağlık alanında önleme çalışmaları intiharın önlenmesi açısından yüksek risk taşıyan bireylerin zamanında belirlenmesi oldukça önemlidir. İntihar eden gençlerin %50'sinden fazlasının intihar etmeden önceki bir ay içerisinde, %80'nin ise önceki altı ay içerisinde çeşitli yakınmalarla doktora gitmiş olması ve doktorların da bu olguların çoğunun intihar girişim öncesindeki davranışlarının farkında olmaması dikkat çekicidir (176).

Yurt dışında intihara yönelik geniş taramalar yapılarak bu taramalar sonucunda öğretmenlere ve okul danışmanlarına yönelik hazırlanan programların oldukça başarılı bir şekilde sonuçlandığı görülürken (178,179) ülkemizde ergen intiharlarıyla ilgili yapılan kapsamlı çalışmaların sayısı oldukça azdır (168).

Okullarımızda yapılandırılmış önleme programlarının olmaması ve okullarda görev yapan uzmanların ve öğretmenlerin eksik ya da yanlış bilgi sahibi olmaları, bu nedenle de gereken durumlarda öğrencinin doğru yerlere yönlendirilememesi önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde yaygın bir inanç olan “intihar edeceğim diyen kişi intihar etmez” düşüncesinin değiştirilmesi ve intiharla ilgili uyarı sinyalleri hakkında doğru bilgilerin verilmesi için kitle iletişim araçlarının doğru bir şekilde devreye sokulmasının oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (168).

Okullarda görev yapan psikolojik danışmanların, öğretmenlerin ve üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde çalışan hemşirelerin bu konuda hizmet içi eğitime tabi tutulmaları, psikolojik rehber ve danışmanların üniversitedeki eğitimlerinde intiharı önlemeye yönelik rehber hazırlama eğitimlerinin verilmesinin konuya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4.9.2. İntiharı Önlemede Hemşirenin Rolü

İntihar, birçok faktörün birbirini etkilediğini gösteren kompleks bir davranıştır. Ruhsal bozukluklar, madde kötüye kullanımı, çocukluk ve yetişkinlik dönemine ait travmalar, sosyal yalıtılmışlık, ekonomik güçlükler, ilişki kayıpları, umutsuzluk, dürtüsellik gibi faktörler intihar riskini artırmaktadır. Risk faktörlerinin çok sayıda ve çeşitli olması nedeniyle yalnızca bir disiplin veya mesleğin intihar davranışının üzerinde tüm yönleriyle çalışabilmesi mümkün değildir (117).

Sayıl (2000) intiharın önlenmesinde multidisipliner bir yaklaşımın önemini vurgulamış, olayın geniş ve toplumsal bir açıdan incelenmesi ve değerlendirilmesi gereğine dikkat çekmiştir. Bunun yanında uygulamaların devletin koordinasyonunda aile, okul, iş yeri ve ilgili kuruluşlar düzeyinde planlı bir şekilde yürütülmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır (98).

Alptekin ve Duyan'ın (2014) kitabında birçok disipline mensup profesyonellerin intiharı önleme ve azaltma çalışmalarında güç ve iş birliği yapılmasının gereğinden bahsedilmektedir (115). Ruh sağlığı hemşiresi de görev tanımında da yer aldığı üzere, intiharların önlenmesi çalışmalarındaki multidisipliner yaklaşımın içinde yer alan bir meslek grubu üyesidir.

Amerikan Hemşireler Birliği-ANA'nın [American Nurses Association] (2000) yaptığı tanımlamaya göre; psikiyatri hemşiresi genel psikiyatri, geropsikiyatri, çocuk psikiyatrisi, konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve toplum ruh sağlığı alanlarında çalışmaktadır. Tanımlanan bu alanlarda bakım, danışmanlık, eğitim, hasta hakları savunuculuğu, terapötik girişimler, psikobiyolojik uygulamalar, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamalar, konsültasyon, terapi ve araştırma gibi birçok rol ve işlevi bulunmaktadır (186).

Amerikan Hemşireler Birliği'nin 2007 yılında yaptığı tanımlamaya göre; "Psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği sanat olarak kendiliğın amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik teorilerin, araştırma bulgularının ve hemşireliğin geniş çeşitlilikteki rollerinin kullanımında hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir" (187).

Yine ANA'ya göre, psikiyatri hemşireleri psikiyatri hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, genel hastaneler, yarı yol evleri, gündüz hastaneleri, ayaktan tedavi üniteleri, hapisane ve okul gibi bir çok alanda sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalık durumunda tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlamak üzere görev alırlar (188).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği bilgiyi, deneyimi, hemşirelik becerisini, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, kendi benliğini terapotik kullanma sanatını birleştiren bir disiplindir. Ruh sağlığı ve psikiyatri terimi hemşireliğin iki alanını icerir. Psikiyatri hemşireliği emosyonel bozuklukların bakım ve tedavisine, ruh sağlığı hemşireliği ise riskli gruplara, kriz durumunda ruhsal bozuklukların oluşumunu önlemeye yönelik girişimlere odaklanır (195).

Türkiye’de 19 Nisan 2011’de Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği içerisinde; Psikiyatri Klinik Hemşiresi, Çocuk ve Adölesan Psikiyatrisi Hemşiresi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşiresi ve Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi Hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları sıralanmıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları ise Halk Sağlığı Hemşireliği içerisinde yer almıştır (189).

Sağlık Bakanlığı’nın 19 Nisan 2011 tarihinde yayınladığı, hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmeliğe göre (190) hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra psikiyatri hemşirelerinin görev tanımlarında:

1. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan, göçle gelmiş, madde bağımlılığı açısından riskli, çocuk, ergen, kadın, yaşlı, işsiz ve engelli gibi ruh sağlığı bozulma riski taşıyan tüm grupların ruh sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde görev alır ve destekleyici programlar oluşturur.
2. Gelişimsel dönem özelliklerini bilir ve bu özellikler doğrultusunda çocuğun, ergenin biyo-psiko-sosyal gelişimini izler.
3. Ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek riskli davranışlar (sigara, alkol ve madde bağımlılığı, intihar, şiddet davranışı, riskli cinsel davranışlar vb.) konusunda koruyucu müdahaleleri gerçekteştirir. Bu doğrultuda ergene, aileye ve topluma danışmanlık yapar.
4. Orta yaşlılık ve yaşlılık dönemindeki bireylere bu dönem özellikleri hakkında bilgi verir. Bu dönemde ortaya çıkabilecek fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerle başetme yöntemleri hakkında destek olur ve danışmanlık yapar.
5. Ruhsal bozuklukların, fiziksel hastalık sürecinin erken belirtisi ya da hastalığın etkeni olabileceğini bilir ve hastaların ve sağlıklı bireylerin genel sağlık düzeyini değerlendirir ve risk faktörü analizi yapar.

6. Gebelik ve doğum süreci ile ilgili gelişebilecek ruhsal durumlara yönelik annelere eğitim yapar.
7. Birey ve aileye yardım için toplumsal destek sistemlerini örgütler.
8. Toplumdaki bireylerin, kullandığı ilaçlar, bitkiler, alternatif tedaviler, vitaminler veya besinsel destekleri gibi alternatif tıp uygulamalarını değerlendirir.
9. Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır ve risk düzeyini değerlendirir. Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar, gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hemşirelik bakımını planlar ve uygular.
10. Gelişimsel, durumsal ve sosyal krizler için bireysel ya da grup danışmanlığı yapar, destek grupları oluşturur, psikososyal destek sunar.
11. Hastanın, tıbbi tedavisine uyumunu, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini takip eder, yan etkilerle başa çıkmada yardımcı olur.
12. Ruhsal sorun yaşandığında uygun destek hizmetlerinin birey tarafından kullanımını sağlar.
13. Psikiyatrik hastalığın yeniden alevlenmesine neden olabilecek durumları (bilgi eksikliği, tedaviye uyumsuzluk, stres vb) saptar ve alevlenmeleri önlemede aile ile işbirliği sağlar.
14. Kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerin taburculuk sonrası toplum içinde uyumlarını sağlamalarına yardımcı olur.
15. Psikiyatrik tedavi gören hastanın taburculuk sonrası hazırlanan ev programının uygulanmasında görev alır, hastanın toplumsal uyumunu sağlamaya yönelik girişimlerde bulunur ve rehabilitasyon ekibi ile işbirliği sağlar.
16. İyileşme ve yeni duruma uyum sürecinde aileye ve bireye destek olur.
17. Ruhsal bozukluğu olan bireyleri, toplumsal destek kaynaklarını kullanması için yönlendirir, destekler.
18. Psikiyatrik tedavi gören hastaların topluma yeniden kazandırılması ve üretkenliklerini sağlamak için işverenler ve kuruluşlar ile ortak çalışmalarda bulunur.
19. Ruhsal bozukluğu olan hastaların topluma yeniden kazanımında rol alan dernekler ile işbirliği yapar ve hastaları yönlendirir.

20. Ruh sağlığı ile ilgili yasaları takip eder ve hasta ve aileyi yasalar hakkında bilgilendirir.
21. Koruyucu ruh sağlığına yönelik eğitim hizmetleri için, ilk ve orta dereceli okullarda, çeşitli sivil toplum örgütlerinde, basın ve medya aracılığıyla topluma bilgi aktarır.
22. Birey, aile ve gruplarda olumlu sağlık davranışları geliştirmek için toplumdaki liderlerle işbirliği yapar ve onları harekete geçirir.
23. Uygun aile ortamı sağlamaya yönelik programlarda görev alır.
24. Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır.
25. Stres ile başa çıkma, öfke kontrolü, kriz yönetimi, evlilik eğitimi gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri verir, maddeleri yer almaktadır.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresi'nin eğitim ve danışmanlık ile ilişkili görev tanımları ise (190) aşağıdaki gibidir:

1. Tedaviyle ilgili gözlemleri doğrultusunda ekibe tıbbi tedaviye ilişkin gerekli önerilerde bulunur.
2. Ruh sağlığı ekibinin önemli bir yesi olarak grup terapisi görüşmelerine katılabilir.
3. Ruh sağlığı hizmetinin etkinliği için gerekirse başka birimlerden ya da disiplinlerden danışmanlık alır, danışmanlık alması için bireyi/aileyi yönlendirir.
4. Yararlı ve kullanabileceği destek sistemlerini ve toplum kaynaklarını değerlendirir, bireyi/aileyi yönlendirir.
5. Hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilenme ihtiyaı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlar.
6. Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, stigmatizasyon (damgalama), kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarını planlar ve uygular.
7. Hasta ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir.
8. Klinikte alışan destek hizmet personeline hasta ve yakınlarıyla iletişim ve yaklaşımlar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlar.

9. Çocuk/ergen ve ailesinin eğitim ve danışmanlık gereksinimlerini belirler ve yerine getirilmesini sağlar.
10. Sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme konusunda hasta ve aileye eğitim, yönlendirme yapar.
11. Çocuk/ergenin yakınlarının da yaşadığı endişe, üzüntü, öfke, suçluluk, çaresizlik ile sağlıklı baş etmeleri için terapötik iletişim kurar ve danışmanlık sağlar.
12. Çocuk/ergen ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular ve eğitimin etkinliğini değerlendirir.
13. Çocuk/ergen ve ailesine yönelik taburculuk sonrası eğitimi planlar ve uygular.
14. Diğer klinik hemşiresi ve çalışanlarına çocuk ve ergen ruh sağlığı ve psikiyatri vakaları konusunda eğitim ve danışmanlık sağlar.
15. Toplumu bilgilendirme aktivitelerinde rol alır, ruhsal sağlığını koruma ve geliştirme konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verir.

Yukarıdaki görev tanımlarından da anlaşılabilceği üzere, ruh sağlığı hemşiresinin intiharın birincil, ikincil ve üçüncül önleme düzeyleri kapsamında yer alan görev ve sorumlulukları bulunmaktadır.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır, çünkü hemşire bütüncül yaklaşımı zengin deneyimi ve hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olması nedeni ile gereksinimleri erken dönemde saptayıp karşılayabilecek donanımdadır (1). Hemşire hastadaki intihar riskini değerlendirirken hastanın psikiyatrik öyküsünü, daha önce veya şu anda kendini öldürme düşüncesinin/planının olup olmadığını, varsa planın içeriğini, depresif duygu ve davranışların varlığını, stres faktörlerini, yaşam ve gelecek hakkındaki hislerinin ne olduğunu sorgulamalıdır (168,191).

Bir hastada intihar riskinin ne kadar yüksek olduğu konusunda bir değerlendirme yapmak oldukça zor ve sorumluluk isteyen bir iştir. Bu nedenle her türlü intihar düşünce ve girişimi ciddiye alınmalı, hastaların sözel, davranışsal, duygusal ve somatik içerikli ipuçları değerlendirilmeli, kapalı ve gizli duyguların da farkında olunmalıdır (192).

Hemşireler intiharların önlenmesinde sadece hastane bünyesinde değil, toplumsal alanda da hizmet sunmaktadır (1). Birçok ülkede intiharı önlemek için kapsamlı projeler uygulamaya konulmuştur. Eğitimin ön planda olduğu ve öncelikle okulları temel alan bu programlarda intihar riski taraması, yüksek risk taşıyan birey ve grupların tedaviye

yönlendirilmesi, düzenli takip edilmesi ve rehabilitasyonunda hemşireler aktif olarak çalışmaktadırlar (1). ABD’de Akıl Sağlığı Merkezi tarafından yürütülen ‘Signs of Suicide-SOS’ (168) ve Kanada’da Gençlik Ruh Sağlığı Merkezi tarafından uygulanan ‘Applied Suicide Intervention Skills Training-ASIST’ (193) bu programlardan bazılarıdır.

Ruh sağlığı hemşiresi, okulda sosyal destek danışmanlığı yaparak da öğrencilere yardımcı olabilmektedir. Sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin içinde bulunduğu zorlukları belirler ve daha sonra bu zorluklarla baş etmede öğrenciye yol gösterici görev alır. Bununla birlikte, öğrencilerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilecek faktörler karşısında yaşadıkları duygu ve düşüncelerini uygun ifade etmelerine yardımcı olacak problem çözme, baş etme yöntemlerini kapsayan eğitim programlarının planlanması ve uygulanmasını yürütür. Okuldaki riskli grupların belirlenmesi ve buna yönelik çalışmaların geliştirilmesi için çalışmalar yapar. Bunun yanı sıra bireyin yaşamının diğer yönlerinin farkına varmasına yardımcı olur (194).

Türk Psikiyatri Derneği (TPD) İntiharı Önleme ve Krize Müdahale Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü Prof. Dr. Tarık Yılmaz, ‘Dünya İntiharı Önleme Günü’ nedeniyle yaptığı açıklamada, Dünya Sağlık Örgütü’nün ilk ‘Küresel İntiharı Önleme Raporu’nu yayınladığını bildirmiştir. DSÖ, yayınladığı raporda, ruhsal hastalıklar için kullanılan toplumsal etiketlerin insanların tıbbi yardım almasına engel olduğuna ve intihar oranlarını artırdığına dikkati çekerek toplumsal bilinçlendirme kampanyalarının önemine dikkat çekmiştir (195).

Dünya Sağlık Örgütü, 10 Eylül Dünya İntiharı Önleme Günü’nde intiharların altında yatan nedenleri göstermek ve her ülkede uygulanabilecek eylem planları geliştirmek için bir çerçeve metni hazırlamıştır. Bu metinde dört ana stratejiden bahsetmiştir (76) (Tablo 4.9.1). Bunlar:

1. İntihar girişimine yönelik ateşli silahlar ve toksik maddeler gibi araçlara ulaşımın sınırlandırılması,
2. Ruhsal bozukluk ve madde kötü kullanımından muzdarip kişilerin belirlenmesi ve tedavi edilmesi,
3. Sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşımın sağlanması,
4. Medya tarafından intiharın sunulma sorumluluğunun sağlanmasıdır.

Bu stratejiler kapsamında özellikle yakını intihar etmiş ya da geçmişte intihara teşebbüs etmiş kişilerin toplumda yaşadıkları damgalamayı engelleyecek çalışmalar yapılması ve farkındalığın artırılması üzerinde durulmuştur (78).

Bu bağlamda, Ruh Sağlığı hemşiresi, eğitim ve danışmanlık görev tanımı kapsamında toplumun intihar davranışı ile ilgili bilgi düzeyini artırmak ve intihar eden kişilere yönelik damgalayıcı tutumları azaltma konularında psiko-eğitim programlarını planlayarak ve uygulayarak, bu stratejilerin uygulanmasında aktif rol alabileceği düşünülmektedir.



Tablo 4.9.1. İntiharı Önlemeye Yönelik Stratejiler ve Faaliyetler

STRATEJİLER	
1- İntiharın önlenmesi konusunda farkındalık yaratılması	
Faaliyetler	1. Riskli gruplarla karşılaşma ihtimali yüksek sağlık personelinin intiharı tanıma ve izlenecek yollar konusundaki bilgilerinin artırılması için eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi 2. Öğretmenler, kolluk kuvvetleri çalışanları, mahkumlarla çalışanlar, yaşlılara hizmet verenler, din adamları gibi meslek gruplarının intiharla ilgili erken belirtiler konusunda eğitilmesi 3. İntihar riskinin yüksek olduğu bilinen grupların yakın çevresinin farkındalığının artırılması 4. Aile içi şiddetin azaltılmasına yönelik okullar aracılığıyla ailelere eğitim verilmesi 5. Genç yaş, ileri yaş ve kadınlar gibi risk gruplarında depresyon taraması yapılarak olası olguların yardım alması ve izleminin sağlanması
2- Geride kalanlara yönelik girişimlerde bulunulması	
Faaliyetler	1. İntihar olgularının aile ve yakın çevrelerine destek vermeye yönelik sağlık programlarının geliştirilmesi ve uygulanması
3- Medyanın intihar konusunda haber yapma tutumuyla ilgili çalışmalar yapılması	
Faaliyetler	1. İntihar haberlerinin medyada yer alma şekliyle ilgili çalıştay düzenlenmesi 2. Medya ile toplantılara devam edilmesi 3. Medya aracılığıyla intiharda damgalama ile mücadele edilmesi
4- İntihar girişiminde kullanılan araçlara ulaşımın azaltılması	
Faaliyetler	1. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile tarım ilaçlarının satışıyla ilgili düzenlemeler konusunda çalışılması 2. Silah satışının kontrolü ve evde silah bulundurmanın kısıtlanması konusunda bilgilendirme ve savunuculuk çalışmaları yapılması 3. Terapötik sınırı düşük olan ilaçların reçete edilmesi ve satışı konusunda uyarı ve düzenlemeler yapılması

Atasoy N, Saraçlı Ö, Sankır H. Zonguldak il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı, sosyodemografik, klinik ve ailesel risk etkenleri. *Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları*. 2014, 2(2): 85 çalışmasından uyarlanmıştır (78).

Ülkemizde intihar girişimlerini önleme ve müdahale kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale” çalışmaları başlatılmıştır (196). Sağlık Bakanlığı’nın Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından geliştirilen ve bir yıl sonra 32 pilot ilde uygulamasına geçilen bu program intiharları önleme çalışmaları için önemli bir adımdır. Daha çok intiharın üçüncül düzeyde önlenmesine yönelik olan bu programın intihar girişimlerini acil servislerde kayıt altına almak ve bir veri bankası oluşturmak, intihar girişimleri ve diğer kriz durumlarında bu kişilere ve ailelerine uygun zamanda, gerekli psikososyal desteğin verilmesi planlanmaktadır (197). Bu program ile intihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile karşılaşan kişilere ve ailelerine uygun zamanda, gerekli psikososyal desteğin verilmesi amaçlanmıştır (198). Bu program kapsamına:

1. Acil servis çalışanları (hekim, hemşire, sağlık memuru, psikolog, sosyal çalışmacı ve hasta bakıcılar), yedek seçilen kriz odası birim sorumlusu, 112 hızır acil çalışanları (hekim, hemşire, sağlık memuru) ile birinci basamak hekim, hemşire ve ebeler ile,
2. Diğer meslek mensupları; rehber öğretmenler, polisler, jandarma görevlileri, hapishane çalışanları, din görevlileri, yerel medya mensupları ve itfaiyeciler dahil edilmiştir.

Öncelikle bu program dahilinde pilot illerde pilot hastaneler belirlenerek, bu hastanelerin acil servislerinde kriz odası birim sorumlusu asil ve yedekleri tespit edilmiştir (tercihen pratisyen hekim, psikolog, psikiyatri alanında yüksek lisans sahibi hemşire ve psikiyatrik klinik bilgiye sahip hemşire). Sonrasında intihar ve intihar girişimleri konusunda sağlık çalışanlarını bilinçlendirmek amacıyla “İntiharı Önleme Eğitici Eğitimleri“ planlanmış ve ilk eğitim 21-24 Eylül 2004 tarihleri arasında Yalova ilinde gerçekleştirilmiştir (198).

Yine ülkemizde Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı Ruh Sağlığı Programları Birimlerinin görevleri arasında intiharı azaltmak ve intiharı önleme konusunda farkındalık oluşturulması için çalışmalar yürütmek, damgalama ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütülmesi konusunda çalışmaların yapılması yer almaktadır. Bu birimlerde intihar teşebbüsünde bulunan kişilerin takipleri de yapılmaktadır (199).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011-2023) intiharı önlemeye yönelik hedef ve stratejiler belirlenmiştir (200). Bu stratejiler sırasıyla:

1. İntiharı önleme konusunda farkındalık yaratılması
2. Geride kalanlara yönelik girişimlerde bulunulması
3. Medyanın intihar konusunda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması
4. İntihar girişiminde kullanılan araçlara ulaşımın azaltılmasıdır.

Ayrıca Ruh Sağlığı Eylem Planı kapsamında, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine vurgu yapılmış ve Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programının Aile Hekimliği Sistemine entegrasyonun sağlanması öngörülmüş; 2011-2016 yılları arasında bu entegrasyon hedefler, stratejiler ve eylem planı içinde yer almıştır (199).

Ülkemizde intiharı önleme ve damgalamayı azaltmaya yönelik olarak başlatılmış ve hali hazırda devam eden bütün bu çalışmalar kapsamında, hemşirelere aktif rol ve sorumluluklar verildiği görülmektedir.

5. MATERİYAL VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırmanın amaçları, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği- İYDÖ (The Stigma of Suicide Scale-SOSS) ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği- İBDÖ (Literacy of Suicide Scale-LOSS)'nin Türk diline kazandırılması ve üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesidir. Bunun yanında, intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Bu amaçlar doğrultusunda, sonraki çalışmalarda İBDÖ ve İYDÖ kullanılarak toplumun intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar olgusuna yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilebileceği, intihara ilişkin bilgi düzeyini artırmaya, intihara yönelik damgalama tutumlarını azaltmaya yönelik mesajlar içeren psikoeğitim çalışmalarının öncesinde ve sonrasında eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmede bu ölçeklerden yararlanılabileceği düşünülmektedir.

5.2. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR

Yapılan değerlendirmeler sonucunda araştırma kapsamında beş soruya cevap arandı. Bunlar;

1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) [Literacy of Suicide Scale (LOSS)]'nin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
2. İntihar Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) [Stigma of Suicide Scale (SOSS)]'nin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
3. Öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeyleri nasıldır ve intihara ilişkin bilgi düzeyleri ile ilişkili sosyo-demografik değişkenler nelerdir?
4. Öğrencilerin intihara yönelik damgalama tutumları nasıldır ve intihara yönelik damgalama tutumları ile ilişkili sosyo-demografik değişkenler nelerdir?

5. Öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) puan ortalamaları ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) puan ortalamaları arasında bir ilişki var mıdır?

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, Kastamonu’da bir devlet üniversitesinde lisans düzeyinde eğitim veren 10 Fakülte/Yüksekokul’da (Eğitim Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Orman Fakültesi, İletişim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İlahiyat Fakültesi, Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi, Turizm Fakültesi, Beden Eğitimi Yüksekokulu, Sağlık Yüksekokulu) öğrenim gören lisans düzeyindeki öğrencileri ile Eylül 2014 - Şubat 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

5.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın çalışma evrenini 2014-2015 eğitim ve öğretim yılı Kastamonu merkez ilçe sınırları içindeki bir devlet üniversitesine bağlı Fen Edebiyat Fakültesi, Orman Fakültesi, İletişim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İlahiyat Fakültesi, Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Turizm Fakültesi, Beden Eğitimi Yüksekokulu ve Sağlık Yüksekokulu’nda öğrenim gören üniversite öğrencileri oluşturdu.

Bu fakültelerde toplam 7731 (4.270 Kadın, 2.616 Erkek) lisans öğrencisinin bulunduğu belirlendi ve örneklem olasılıklı örnekleme yöntemlerinden birisi olan tabakalı örnekleme yöntemi (orantılı tabakalama) kullanılarak hesaplandı (Tablo 5.4.1).

Tablo 5.4.1: Fakülte/Yüksekokullardaki Öğrencilerin Sayıları ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı (n=7731)

Fakülteler/Yüksekokullar	Erkek	Kadın	Toplam
Fen Edebiyat Fakültesi	272	547	819
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	425	495	920
Eğitim Fakültesi	927	2.089	3.016
İlahiyat Fakültesi	200	292	492
İletişim Fakültesi	280	189	469
Orman Fakültesi	289	108	397
Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi	83	95	178
Sağlık Yüksekokulu	140	455	595
Turizm Fakültesi	237	123	360
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	307	178	485
Toplam	3160	4571	7731

5.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemini Kastamonu’da bir devlet niversitesinde lisans düzeyinde eğitim gören öğrenciler oluşturdu.

Örnekleme alınma kriterleri

- 18-65 yaş arasında olan,
- Lisans düzeyinde eğitimine devam eden
- Görüşmeyi engelleyecek herhangi bir sağlık problemi olmayan ve
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan üniversite öğrencileri araştırmaya davet edildi.

Örnekleme alınmama kriterleri

- 18 yaş altında olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan ve yabancı uyruklu olup Türkçeyi anlama, okuma ve yazmada zorluk çeken öğrenciler araştırma kapsamı dışında bırakıldı.

Örneklem büyüklüğü

Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem hacminin ölçek madde sayısının 5–10 katı olması önerilmektedir (201,202). Tavşancıl (2002) örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı, hatta on katı civarında olması gerektiğini belirtmiştir (203). Comrey ve Lee (1992), örneklem büyüklüğü olarak 100’ü zayıf, 200’ü orta, 300’ü iyi, 500’ü çok iyi ve 1000’i mükemmel olarak nitelendirmiştir (204).

Bu bilgiler doğrultusunda; ölçeklerden birinde 27 madde (İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği), diğesinde 58 madde (İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği) olduğu göz önüne alındığında örneklem büyüklüğü “İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği”nin madde sayısından daha fazla sayıya sahip olan “İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği”nin madde sayısının 10 katı alınarak hesaplandı. Buna göre en az 580 kişilik örneklem oluşturulması gerekli olup 1000 öğrenciye ulaşılması hedeflendi. Ölçek formları daha fazla kişiye dağıtıldı ve araştırma 1100 kişiyle tamamlandı. Hangi fakülteden ne kadar öğrenci seçileceği konusunda ise tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı (Tablo 5.4.2, Tablo 5.4.3).

Tabakalı örnekleme yöntemi, pek çok araştırma için özellikle homojen olmayan evrenlerde uygun bir örnekleme yoludur (205). Tabakalı örnekleme yönteminde orantısız ve orantılı olmak üzere iki türlü seçim yolu vardır. Orantısız seçimde tabakalardaki birey sayısı göz önüne alınmadan her tabakadan eşit sayıda birey örnekleme alınır. Orantılı seçimde ise örnekleme alınacak bireyler tabakalardaki birey sayısına orantılı olarak seçilir (206). Bu çalışmada tabakalı örnekleme yönteminin orantılı seçimine başvuruldu

Test -tekrar test güvenirliği için örneklem büyüklüğü

Test-tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir (207). Bu çalışmada test-tekrar test uygulaması için aynı örneklem grubundaki 100 öğrenciye 15 gün arayla ikinci uygulama yapıldı.

Tablo 5.4.2: Fakülte/Yüksekokullardan Araştırmaya Alınacak Öğrenci Sayılarının Dağılımları (n=1000)

Fakülteler/Yüksekokullar	Erkek	Kadın	Toplam	Örnekleme Alınacak Kişi sayısı
Fen Edebiyat Fakültesi	272 ^e	547 ^f	819 ^a	106 ^d
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	425 ^e	495 ^f	920 ^a	119 ^d
İlahiyat Fakültesi	200 ^e	292 ^f	492 ^a	64 ^d
İletişim Fakültesi	280 ^e	189 ^f	469 ^a	61 ^d
Orman Fakültesi	289 ^e	108 ^f	397 ^a	51 ^d
Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi	83 ^e	95 ^f	178 ^a	23 ^d
Sağlık Yüksekokulu	140 ^e	455 ^f	595 ^a	77 ^d
Eğitim Fakültesi	927 ^e	2.089 ^f	3016 ^a	390 ^d
Turizm Fakültesi	237 ^e	123 ^f	360 ^a	46 ^d
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	307 ^e	178 ^f	485 ^a	63 ^d
Toplam	3160	4571	7731 ^b	1000 ^c

^aher bir fakülte/tekteki toplam öğrenci sayısı

^bbütün üniversitedeki toplam öğrenci sayısı

^cörnekleme dahil edilecek öğrenci sayısı

FORMÜL: $(a/b) \times c = d$

^dher bir fakülte için örnekleme alınacak kişi sayısı

^e her bir fakülte/tekteki erkek öğrenci sayısı

^fher bir fakülte/tekteki kadın öğrenci sayısı

Tablo 5.4.3: Fakülte/Yüksekokullardan Araştırmaya Alınacak Öğrenci Sayıları ve Cinsiyetlere Göre Dağılımları (n= 1000)

Fakülteler/Yüksekokullar	Erkek	Kadın	Örnekleme Alınacak Kişi Sayısı
Fen Edebiyat Fakültesi	35 ^h	71 ^j	106
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	55 ^h	64 ^j	119
İlahiyat Fakültesi	26 ^h	38 ^j	64
İletişim Fakültesi	36 ^h	25 ^j	61
Orman Fakültesi	37 ^h	14 ^j	51
Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi	11 ^h	12 ^j	23
Sağlık Yüksekokulu	18 ^h	59 ^j	77
Eğitim Fakültesi	120 ^h	270 ^j	390
Turizm Fakültesi	30 ^h	16 ^j	46
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	40 ^h	23 ^j	63
Toplam	373	627	1000

^hher bir fakülte/yüksekokuldan örnekleme alınacak erkek öğrenci sayısı

^jher bir fakülte/yüksekokuldan örnekleme alınacak kadın öğrenci sayısı

Erkek öğrenci için;

FORMÜL: $(e \times d)/a = h$

Kadın öğrenci için;

FORMÜL: $(f \times d)/a = j$

5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

5.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- İntihara ilişkin bilgi düzeyleri
- İntihar eden kişilere yönelik damgalama tutumu

5.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri: yaş, cinsiyet, medeni durum, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, aile gelir düzeyi algısı, öğrenim gördüğü okul, sınıf

- Öğrencilerin psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü
- Öğrencileri intihar düşüncesi/girişimi öyküsü
- Ailede psikiyatrik rahatsızlık ve psikiyatrik tedavi öyküsü
- Ailede ve yakınlarında intihar girişimi öyküsü

5.6. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER

Çalışmanın gerçekleştirileceği üniversite rektörlüğünden yazılı kurum izini (Ek-1) ve İstanbul Bilim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay alındı. Çalışmada kullanılan ölçekler için ölçek sahibinden izin alındı (Ek-2). Ayrıca örnekleme alınma kriterlerini karşılayan gönüllü katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Olur Formu ile aydınlatılmış onamları alındı (Ek-3).

Araştırma için ölçekleri uygulamaya başlamadan önce katılımcıların araştırma ile ilgili bilgilendirilmesi;

İntihar, Türkiye’de ve Dünyada önemli bir sorundur ve önlenabilir ölümlerin başında gelmektedir. İntihar, birçok ruhsal rahatsızlıklarda görülebilmekle birlikte toplum tarafından depresyonla ilişkili bir durum gibi algılanmaktadır. Ancak, intiharlar, stres veren yaşam koşullarındaki sağlıklı (normal) kişilerden, ruhsal bozukluğu olan kişilere kadar geniş bir alanda görülmektedir. Kişi travmatik bir olay ile karşılaştığında kendisine yardımcı olabilecek alternatifleri düşünememekte ve sonuçta intihara başvurmaktadır. İntihar sıklığı yaş gruplarına ve cinsiyete göre değişiklik göstermekle birlikte, özellikle gençlerde önemli bir sorundur.

Bu çalışmada amaç, öncelikle intihar ile ilgili yurt dışında geliştirilmiş 2 ölçeği Türkiye’de uygulanabilecek hale dönüştürmektir. Daha sonra ölçekleri doldurarak, katılımınızla elde ettiğimiz veriler ışığında intihara yönelik bilgi düzeyleri ve intihara yönelik damgalama tutumları konusunda bilgi edinerek intihara yönelik damgalayıcı tutumları azaltmak, toplumda bu konuda farkındalık yaratmaya ve intiharı önlemeye yönelik eğitimler düzenlemektir. Özellikle intihara eden kişilere yönelik toplumun damgalayıcı tutumları, intihar hakkında konuşmanın bir tabu olarak görülmesi, kişilerin intihar düşüncesini çevresine açmasına ve profesyonel yardım almasına engel olmakta bu da sessiz intiharların meydana gelmesine neden olmaktadır. İntihar önemli toplumsal bir

sorundur ve önlenebilecek bir ölüm nedenidir, yeter ki zamanında fark edilebilsin.

İntiharların en sık nedeni depresyondur ve doğru tanı ve tedavi edilirse intihar riski azalır. Depresyon hastalarını doktora yönlendirme ve doktora ulaşmasını sağlamak ailenin, arkadaşların ve yakın çevrenin görevidir.

Aynı şekilde intihar mesajları veren kişileri uzmanlara yöneltmek, yakınların yapabileceği en büyük yardımdır.

İntihar riskini yok saymak, bunun konuşulmasını tabu olarak kabul etmek, intihar girişiminin gerçekleşmesine engel olmaz.

İntihar girişiminde bulunup hayatta kalan kişilerin de en kısa zamanda değerlendirme ve tedavi planı çizilmesi açısından uzmana yönlendirilmesinde fayda vardır.

Bu araştırmada size zarar verecek bir risk yoktur. Ancak ölçekleri doldururken, eski tecrübelerinizden bahsederken sıkıntı hissi yaşayabilirsiniz. Eğer sıkıntınızda artış hissederseniz bunu sorumlu araştırmacı ile konuşabilir ve tartışabilirsiniz. Anketleri doldurmanız sırasında rahatsızlık hissetmeniz halinde sorumlu araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan çıkabilirsiniz.

5.7. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

5.7.1. Verilerin Toplanması

Alınan izinler doğrultusunda araştırma verileri aşağıda yer alan veri toplama araçları kullanılarak elde edildi. Veri toplamada toplam üç araç kullanıldı. Bunlar;

- (1) Sosyo-demografik Veri Formu (SDVF)
- (2) İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) [Stigma of Suicide Scale (SOSS)]
- (3) İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) [Literacy of Suicide Scale (LOSS)]

Katılımcıların Bilgilendirilmiş Olur Formu ile aydınlatılmış onamları alındıktan sonra sınıf ortamında sırasıyla; Sosyo-demografik Veri Formu, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği uygulandı.

Katılımcılara öncelikle araştırmanın amacı ve ölçek sorularını yanıtlarken nelere dikkat etmeleri konusunda bilgi verilerek ardından uygulamaya geçildi. Ölçeklerin

uygulanması yaklaşık 15-20 dakikalık bir süreyi kapsadı. Ölçeklerin geçerlik güvenirlik çalışması toplam 1100 öğrenci ile gerçekleştirildi.

5.7.2. Veri Toplama Araçları

1. Sosyo-demografik Veri Formu (SDVF): Katılımcılara ait kişisel bilgileri içeren, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bir formdur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim gördüğü fakülte/yüksekokul, aile gelir düzeyi algısı, anne-baba eğitim düzeyi, en uzun yaşadıkları yer gibi demografik bilgilerinin yanı sıra, psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü, intihar girişimi öyküsü, ailesinde ve yakınlarında psikiyatrik rahatsızlık ve intihar girişimi öyküsü gibi bilgileri içermektedir (Ek-4).

2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) [(Literacy of Suicide Scale (LOSS))]: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ), Caele ve arkadaşları (2012) tarafından belirlenen dört intihar bilgisi alanını değerlendiren 27 maddelik bir ölçektir (Ek-5, Ek-6). Ölçeğin alt boyutları “(1) Belirtiler/Semptomlar”, “(2) Nedenler/Tetikleyiciler”, “(3) Risk Faktörleri” ve “(4) Tedavi ve Önlem” şeklindedir. Ölçekteki, 6 madde (7,8,12,19,22,24) intihar belirtilerini değerlendirirken, 7 madde (4,6,10,15,16,17,18) risk faktörlerini değerlendirmeye yöneliktir. Ayrıca, ölçekteki 10 madde (2,9,11,14,20,21,23,25,26,27) intihar etme sebebi ve intiharı tetikleyici faktörlerini değerlendirirken, 4 madde (1,3,5,13) ise intiharın tedavisi ve önlemlerine yönelik bilgi düzeyini değerlendirmektedir (25) (Tablo 5.7.1). İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ), intiharla ilişkili bilgi düzeyini ölçmek için daha önceden geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçek olan İntiharda Gözden Geçirilmiş Gerçekler Ölçeği-İGGÖ’nden (*Revised Facts on Suicide-RFOS*) 13 madde içermektedir. Daha sonra, intihara yönelik bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik dört alanı da daha kapsamlı değerlendirmek üzere ölçeğe 14 yeni madde daha eklenmiştir. Bu maddeler, intihara dair toplumda görülen yaygın inanışları ve düşünceleri saptamak için yapılan web araştırmaları sonucu geliştirilmiştir (25).

İntiharın belirti ve semptomlarına ilişkin toplumun bilgisini değerlendiren üç yeni madde daha geliştirilmiştir. Bu maddeler, intihar eden ya da intihar girişiminde bulunan insanların gelecek planlarına, fikirlerini hızlı değiştirip değiştirmediklerine ve intihar

girişimlerini önceden planlayıp planlamadıklarını belirlemeye yöneliktir. Medyanın ve intihar üzerine konuşmanın intihar fikri üzerindeki etkisini, diğer başka üç madde ise intiharın sebebini veya niteliğini/doğasını değerlendirmektedir. Bundan başka ölçeğe; yaş, ilişki durumu, finansal sorunlar ve psikoz ile ilgili risklere dair beş yeni risk faktörü maddesi daha eklenmiştir. Son üç yeni madde ise intihar tedavisi ve önlenmesine ilişkin bilgileri değerlendirmekte olup, psikiyatrist ve psikologların intiharı önleyici etkisine, intihar düşüncesini başkalarıyla paylaşmanın riskli olup olmadığına ve intihar etmek isteyen insanlara yardımda uzman olmayan kişilerin rolüne ilişkin maddeler içermektedir (25).

İBDÖ'indeki her madde 3'lü likert ölçeği üzerinden ("Doğru", "Yanlış" veya "Bilmiyorum") değerlendirilmektedir. Ölçekteki “1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 27” nolu maddeleri “YANLIŞ”, “3, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 18, 22, 24, 26” nolu maddeleri “DOĞRU” olarak işaretleyenler 1 puan alacaktır. Sonuç olarak her bir öğrenci ölçekten en az 0 en fazla 27 puan alabilmektedir. Toplam puan 0 ile 27 arasında değişecek şekilde madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Yüksek İBDÖ puanı intihara ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (25) (Tablo 5.7.2).

Ölçekteki maddelerin doğru ve doğru olmayan yanıtları olduğundan İBDÖ, Klasik Test Teorisi (KTT) kullanılarak doğrulanmamıştır. Bunun yerine, temelde yatan intihar bilgisi yapısının en güçlü ayrımını ortaya koyan maddeleri tespit etmek için Madde Tepki Kuramı (MTK) kullanılmıştır. Madde Tepki Kuramı analizi, intihara ilişkin bilgi düzeyinin gizli değişkenini yetersiz şekilde ayırtıran tüm maddeleri, hem her bir maddenin zorluğunu hem de temelde yatan intihar bilgisi yapısını ne kadar iyi ayırttıklarını dikkate alan iki parametrelili lojistik modeli (2PL) ile tespit etmiştir (25).

Tablo 5.7.1: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Alt Boyutları ve Boyutlarda Yer Alan Maddeler (Toplam 27 Madde)

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler
Signs (Belirtiler)	6	7, 8, 12, 19, 22, 24
Risk Factors (Risk Faktörleri)	7	4, 6, 10, 15, 16, 17, 18
Causes/triggers (Nedenler/Tetikleyiciler)	10	2, 9, 11, 14, 20, 21, 23, 25, 26, 27
Treatment/Prevention (Tedavi/Önlem)	4	1, 3, 5, 13

Tablo 5.7.2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Özellikleri

Madde Sayısı/Türü	27 maddeden oluşan 3'lü likert tipi bir ölçektir.
Uygulanışı	Öğrencilerin kendi kendine uygulayabileceği bir ölçektir.
Uygulama Süresi	Zaman sınırlaması yoktur. 5-10 dakikada uygulanabilir
Cevaplanması	Her madde için, “Doğru”, “Yanlış” ve “Bilmiyorum” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir.
Puanlanması	Ölçekteki her madde 3'lü likert ölçeği üzerinden ("Doğru", "Yanlış" veya "Bilmiyorum") değerlendirilmektedir. Ölçekteki “1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 27” nolu maddeleri “YANLIŞ”, “3, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 18, 22, 24, 26” nolu maddeleri “DOĞRU” olarak işaretleyenler 1 puan alacaktır. Sonuç olarak her bir öğrenci ölçekten en az 0 en fazla 27 puan alabilmektedir.
Yorumlaması	Ölçekten alınan en yüksek puan öğrencinin intihara yönelik bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) [The Stigma of Suicide Scale (SOSS)]: Batterham ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilen ölçek, intihar eden birini tanımlayan bir ya da bir kaç kelimelik bir dizi ifadeyi içermektedir. İYDÖ üç faktörlü bir yapıya sahip olup, ana faktör intihar ederek ölen insanlara karşı olan damgalamayı değerlendirirken, diğer bir faktör intiharın izolasyon veya depresyon ile ilişkilendirilmesini, son faktör ise intiharın normalleştirilmesi veya yüceltilmesine yönelik maddeleri içermektedir (18) (Ek-7, Ek-8, Ek-9).

İYDÖ'de maddeleri daha kapsamlı puanlandırmak amacıyla 5'li Likert ölçeği [kesinlikle katılmıyorum (1 puan), katılmıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılıyorum (4 puan), kesinlikle katılıyorum (5 puan)], birbirine zıt tanımlayıcı ifadelerle (güçlü biridir, zayıftır gibi) birlikte kullanılmıştır. Orijinal ölçekte tanımlayıcı ifadeler alfabetik sıra ile verilmiştir (Batterham ve ark., 2013). Ölçekteki maddelerin Türkçeye çevirisi yapıldıktan sonra da orijinal ölçekteki sıralaması korunmuş olup, bunun yanında maddeler numaralandırılmıştır (Tablo 5.7.4). Ölçekte 58 pozitif ve negatif tanımlayıcı ifadenin üç alt boyuta ayrıldığı görülmektedir. Damgalama durumunu değerlendirmek için (örn., 'zayıftır', 'başkalarını cezalandırıyordur', 'korkaktır' gibi); intiharı izolasyon veya depresyonla ilişkilendirme için (örn. 'dünyayla irtibatını koparmıştır', 'mutsuzdur', 'depresyondadır' gibi); ve intiharın yüceltilmesi veya normal gösterilmesine yönelik (örn., 'asildir', 'yaptığı anlaşılabilir', 'cesurdur' gibi) ifadeler kullanılmıştır (18) (Tablo 5.7.3).

Ölçeğin orijinalinde araştırmacılar tarafından İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin faktörlerinin tespit edilmesi için Dikey Döndürme yapılarak Açıklayıcı Temel Bileşenler Faktör Analizi uygulanmıştır. Ayrıca ölçeğin ve faktör analizinden elde edilen her bir alt boyutun iç tutarlılığı değerlendirilmiştir. Ölçeğin Damgalama alt boyutu için 0,95, İzolasyon/Depresyon alt boyutu için 0,90 ve Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu için 0,88'lik Cronbach alfa katsayısıyla yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği görülmekte olup, toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0,93 bulunmuştur. Üç faktörün toplam varyansın %36'sından sorumlu olduğu saptanmıştır (Batterham ve ark., 2013). Üç alt boyutun ortalama puanları alınarak her alt boyutun ayrı olarak ağırlığı değerlendirilmiştir. Sadece intihara yönelik damgalama tutumları değerlendirilmek istendiği takdirde İYDÖ'nin yalnızca 31 maddeden oluşan "Damgalama" alt boyutu kullanılabilir.

Tablo 5.7.3: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Alt Boyutları ve Boyutlarında Yer Alan İfadeler (58 Madde)

Damgalama Alt Boyutu Maddeleri (Madde Sayısı: 31)	İzolasyon/Depresyon Alt Boyutu Maddeleri (Madde Sayısı: 16)
35. Punishing others (<i>başkalarını cezalandırıyor</i>) 40. Selfish (<i>bencildir</i>) 21. Hurtful (<i>incitcidir</i>) 38. Reckless (<i>umursamazdır</i>) 57. Weak (<i>zayıftır</i>) 25. Irresponsible (<i>sorumsuzdur</i>) 3. Attention-Seeking (<i>ilgi çekme arayışındadır</i>) 9. Cowardly (<i>korkaktır</i>) 41. Senseless (<i>duydusuzdur</i>) 22. Ignorant (<i>cahildir</i>) 49. Unfair (<i>adil değildir</i>) 52. Unjustifiable (<i>haklı görülemez/onaylanamaz</i>) 46. Stupid (<i>aptaldır</i>) 10. Cruel (<i>zalimdir</i>) 7. A burden (<i>çevresi için bir yük</i>) 44. Strange (<i>tuhaftır</i>) 53. Unnatural (<i>doğal değildir</i>) 18. Failures (<i>başarısızlıktır</i>) 42. Senseless (<i>yüzeysel/sığdır</i>) 43. Shameful (<i>utanç vericidir/rezildir</i>) 33. Pathetic (<i>acınası haldedir</i>) 55. Vengeful (<i>kindardır/intikam peşindedir</i>) 56. Violent (<i>öfkeli/şiddete meyillidir</i>) 50. Unforgivable (<i>affedilemezdir</i>) 16. An embarrassment (<i>bir utançtır</i>) 2. Arrogant (<i>kibirlidir</i>) 23. Immoral (<i>ahlaksızdır</i>) 54. Useless (<i>işe yaramazdır</i>) 27. Lazy (<i>tembeldir</i>) 4. Barbaric (<i>barbardır/kabadır</i>) 17. Evil (<i>günahkardır</i>)	51. Unhappy (<i>mutsuzdur</i>) 13. Depressed (<i>depresyondadır</i>) 24. In pain (<i>acı çekmektedir</i>) 39. Sad (<i>üzgündür</i>) 20. Hurt (<i>incinmiştir</i>) 14. Disconnected (<i>dış dünyadan kopmuştur</i>) 29. Lost (<i>kaybolmuştur</i>) 26. Isolated (<i>toplumdan soyutlanmıştır</i>) 28. Lonely (<i>yalnızdır</i>) 30. Miserable (<i>perişandır/zavallıdır</i>) 47. Trapped (<i>kapana kısılmıştır</i>) 1. Alienated (<i>kendisine/çevresine yabancılaşmıştır</i>) 6. Broken (<i>kırılmıştır</i>) 11. Cutoff (<i>dünyadan elini eteğini çekmiştir</i>) 58. Withdrawn (<i>içine kapanıktır/çekingendir</i>) 15. Disturbed (<i>ruhsal olarak rahatsızdır</i>)
	Yüceleştirme/Normalleştirme Alt boyutu maddeleri (Madde Sayısı: 11) 5. Brave (<i>cesurdur</i>) 31. Motivated (<i>motive olmuştur/güdülenmiştir</i>) 36. Rational (<i>mantıklıdır/akılcıdır</i>) 37. Realistic (<i>gerçekçidir</i>) 45. Strong (<i>sağlamdır/dayanıklıdır</i>) 12. Dedicated (<i>kararlıdır/azimlidir</i>) 34. Powerful (<i>güçlüdür</i>) 19. Fearless (<i>korkusuzdur/gözü pektir</i>) 32. Noble (<i>asildir/yüce ruhludur</i>) 48. Understandable (<i>mazereti kabul edilebilir/anlaşılabilir</i>) 8. Committed (<i>kendini bir davaya adanmıştır</i>)

Tablo 5.7.4: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Özellikleri

Madde Sayısı/Türü	58 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir.
Uygulanışı	Öğrencilerin kendi kendine uygulayabileceği bir ölçektir.
Uygulama Süresi	Zaman sınırlaması yoktur. 10-15 dakikada uygulanabilir.
Cevaplanması	Her madde için “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir.
Puanlanması	Her bir soru için “kesinlikle katılıyorum” seçeneğini işaretleyen 5 puan, “katılıyorum” 4 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kesinlikle katılmıyorum” seçeneğini işaretleyen 1 puan almaktadır.
Yorumlaması	Ölçeğin Damgalama alt boyutundan alınan yüksek puanlar intihara yönelik yüksek damgalamayı ifade eder. Ölçeğin İzolasyon/Depresyon alt boyutundan alınan yüksek puanlar intiharın daha çok depresyon ve izolasyon ile ilişkili olduğunu ifade ederken, Normalleştirme alt boyutundan alınan yüksek puanlar ise öğrencilerin intihar eden kişileri damgalamaktan ziyade intiharı normalleştirdiklerini göstermektedir.

5.8. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA KULLANILAN ÖLÇEKLERİN ÖN HAZIRLIK VE PİLOT UYGULAMA AŞAMALARI

Temel amacı, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının gerçekleştirilmesi olan bu araştırma kapsamında bilimsel olarak; yurt dışında geliştirilmiş bir ölçeğin bir başka ülkeye uyarlanmasında gerekli olarak kabul edilen tüm aşamalar gerçekleştirildi. Araştırmanın çalışma planı ve adımları Tablo 5.8.1’de sunulmaktadır.

Tablo 5.8.1: Araştırmanın Çalışma Planı ve Adımları

1. Adım	• İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Türkçe versiyonlarının geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için ölçekleri geliştiren araştırmacılardan yazılı iznin alınması • Çalışmanın yapılabilmesi için İstanbul Bilim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik iznin alınması • Çalışmanın yapılabilmesi için üniversite rektörlüğünden yazılı izin alınması
2. Adım	• Çalışmanın evreni için üniversitenin lisans düzeyinde eğitim veren fakülte/yüksekokullarda öğrenim gören toplam öğrenci sayısının belirlenmesi • Olasılıklı örnekleme yöntemlerinden birisi olan tabakalı örnekleme yöntemi (orantılı tabakalama seçimi) ile araştırma örnekleminin belirlenmesi
3. Adım	• İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin 5 yabancı dil uzmanı tarafından İngilizceden Türkçeye çevirilerinin yapılması • Türkçeye çevirileri yapılan ölçeklerin farklı bir yabancı dil uzmanı tarafından yeniden İngilizceye geri çevirilerinin yapılması • Gelen çevirilerin değerlendirilerek ölçeklerin taslak Türkçe formlarının oluşturulması
4. Adım	• Elde edilen Türkçe ölçeklerin çeviri sürecinin tüm aşamaları boyunca her ifadenin anlam açısından Türkçede en iyi biçimde nasıl ifade edilebileceğini değerlendirmek adına, Türkçe ölçeklerin incelenmesi için bir Türk Dili uzmanı tarafından incelenmesi
5. Adım	• Kapsam geçerliği için ölçeklerin İngilizce ve Türkçe formlarının alanında uzman 14 uzmana gönderilmesi ve görüşlerinin alınması

Tablo 5.8.1: Devamı

6. Adım	• Uzman görüşleri doğrultusunda ölçeklere son şeklinin verilmesi • Ölçeklerin dilsel eş değerlilik çalışmasını gerçekleştirmek üzere Yabancı Diller Yüksek Okulu'nda eğitim gören 35 öğrenciye ilk olarak ölçeklerin İngilizce formlarının uygulanması, takiben 2 hafta sonra Türkçe formlarının uygulanması • İstatistiksel analizlerin yapılması ve sonuçların değerlendirilmesi
7. Adım	• Ölçeklerin dil ve kapsam geçerliğinin yapılmasının ardından tüm örneklem grubuna uygulanmadan önce, ölçeklerin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirliğini sınamak için 30 kişilik bir öğrenci grubu ile pilot uygulamanın yapılması
8. Adım	• Ölçeklerin uygulamaya hazır nihai halini alması • Ölçeklerin uygulandığı örneklem grubundan 100 kişiye İYDÖ ve İBDÖ'nin 2 hafta sonra yeniden uygulanması (Test-tekrar test güvenilirliği için)
9. Adım	• Ardından tüm örneklem grubuna Sosyo-demografik Veri Formu (SDVF), İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin uygulanması
10. Adım	• Elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinin yapılması ve elde edilen bulguların tartışılması

Öncelikli olarak ölçeklerin Türk diline uyarlaması yapılmış olup ardından ölçek maddelerinin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirliğini sınamak için pilot uygulama aşamasına geçildi. Bu aşamaların adımları sırasıyla aşağıdaki gibidir:

5.8.1. Ölçeklerin Türk Diline Uyarlanması

Belli bir dil ve kitle için yazılmış ölçeklerin diğer dillerde de kullanılması araştırmalarda sıkça başvurulmuş bir tekniktir. Ancak, bu işlem yapılırken bazı kuralların uygulanması yapılan araştırmanın geçerliği ve güvenilirliği ile çok yakından ilgilidir. Belli bir dil için yazılmış bir ölçeğin başka bir dile çevrilip o dilde uygulanması için uyulması gereken kurallar vardır. Birçok araştırmacı belli bir dil için hazırlanmış olan bir ölçeğin

çevrilmesinde uygulanması gereken yöntemleri göz ardı etmekte, eksik veya yanlış uygulamakta, bazen de hiç uygulamamaktadır. Çeviri yapıldığında hangi kuralların uygulandığı ve hangi yolların seçildiği yapılan araştırmanın geçerli olması için önemli bir etkidir. Ölçeklerin çevrilmiş hallerinin orijinal hali ile birebir eşdeğer oluşu çok önemlidir. Birbirine çevrilen ölçeklerin eşitliğinin sağlanması için birçok teknik tavsiye edilmektedir. Geleneksel yaklaşım, ölçek çevirisinde en çok kullanılan yaklaşımlardan biridir. Bu yaklaşım üç temel unsur içermektedir. Bunlardan birincisi, ölçeğin orijinal dilden hedef kitlenin diline çevrilmesidir. Daha sonra çevrilen bu ölçeğin tekrar orijinal dile geri çevrilmesi ve son olarak iki çeviri arasındaki eşitliğin her iki dili de konuşan örneklem grupları üzerinde denenmesi ve sınanması gelmektedir (208).

Formun, dil çeviri sürecinde dil ve kültürel adaptasyona yönelik uluslararası metodolojik öneriler uyarınca altı basamaklı bir çeviri metodu benimsenmiştir (209). Bunlar:

- 1- İngilizceden Türkçeye birbirinden bağımsız iki ileri çeviri,
- 2- İki ileri çevirinin İngilizceye hakim üç akademisyen tarafından birleştirilmesi ve üzerinde uzlaşılan tek araç haline getirilmesi,
- 3- İki dilli (bilingual- Türkçe ve İngilizce dillerini ana dil düzeyinde bilen) bir çevirmen tarafından birleştirilmiş ileri çevirinin ölçeğin orijinal dili olan İngilizceye geri çevrilmesi,
- 4- Geri çevrilen ölçeğin İngilizce orijinali ile karşılaştırılması ve Türkçe versiyonu üzerinde tartışılması,
- 5- Üzerinde uzlaşılan çevirinin son hali ve özgün formu alanında uzman dokuz kişiye gönderilerek kendilerinden çevirinin uygunluğu açısından değerlendirmelerinin alınması
- 6- Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda forma son halinin verilmesi (209).

Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken üç yaklaşım vardır. Bunlar; “tek yönlü çeviri”, “grup çevirisi” ve “geri çeviri (back translation)” yöntemleridir. Bunlardan tek yönlü çeviri yöntemi önemli sınırlılıkları olması nedeniyle tercih edilmemekle birlikte diğer iki yöntem sıklıkla kullanılmaktadır. Grup çevirisinde her iki dili bilen iki veya daha fazla kişi, orijinal ölçeği birlikte ya da ayrı ayrı çevirir. Bu çeviride iki şekilde uzlaşmaya varılır. Ya çevrilen versiyonda grup üyelerince bir anlaşmaya varılır

ya da bağımsız bir gözlemci en uygun versiyonu seçer. Geri çevirinin zaman alıcı olmasına karşın kültürel eşitliği sağlamak için dünyada en çok kullanılan yöntemdir. Bu yöntemde en az iki bağımsız çevirmen olmalıdır. Birinci çevirmen orijinal ölçeği hedef dile, ikinci çevirmen hedeflenen dile çevrilen ölçeği orijinal dile çevirir. Çevirmenler bağımsız çalışmalı ve birbirlerine danışmalarına izin verilmemelidir. Araştırmacı her iki çevirmen ile görüşüp tutarsızlıkları düzeltebilir. Bu yöntemde çevirmenlerin seçiminde ve çeviri tekniğinde çok titizlik gösterilmelidir. Geri çeviri yönteminde, çevirmen dil bilim kurallarına çok sadık kalmaya çalışırsa, orijinal versiyondaki anlamlar, çeviri versiyonunda anlamsız cümleler ve deyimlere dönüşebilir. Bu hatayı önlemek için araştırmacı, çevirmenlere her iki dildeki özel sözcük, deyim ve anlamları vermelidir. Araştırmacı sözcükler ve deyimler üzerinde çevirmenlerle tartışabilir, farklı anlamları çevirmenlerle birlikte sorgulayabilir (210).

Ölçeğin çevirisinde özellikle iki eşdeğerlilik üzerinde durulmaktadır. Bunlar; dilde eşdeğerlilik ve kavramda eşdeğerliliktir. Dilde eşdeğerlilik formda hiçbir değişiklik yapmaksızın aynen çeviriyi anlatır. Kavramsal eşdeğerlilikte ise aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatılabilmesi söz konusudur. Böylelikle, orijinal formda bazı değişiklikler kaçınılmazdır (210).

Araştırmada ölçeklerin dil çeviri çalışmaları literatürde belirtildiği şekilde aşağıda belirtilen adımlar izlenerek gerçekleştirildi.

1. Çeviri Süreci: Ölçek uyarlama araştırmalarında, dilsel eşdeğerlik çalışması gerçekleştirilirken öncelikle maddelerin çevirisi gerçekleştirilmeli daha sonra geri çevirisi yapılmalıdır. Geri çeviri yönteminde ölçek orijinal (kaynak) dilden, kullanılacak olan (hedef) dile çevrilir. Sonra çeviri her iki dili de çok iyi bilen çevirmen ya da çevirmenlerce kaynak dile geri çevrilir. Bu geri-çeviri orijinal ölçekle karşılaştırılır ve tutarsızlıklar incelenerek gerekli değişiklik ve düzeltmeler yapılır (211).

Ölçeklerin dilsel eşdeğerlilik çalışmasının ilk aşamasında; orijinal İBDÖ ve İYDÖ'nin İngilizce formu; İngilizceye hakim 5 kişi tarafından birbirinden bağımsız olarak [Üniversitenin Yabancı Diller Bölümü'nde görev yapan İngilizce Okutmanları (2 kişi), mütercim tercümanlar (2 kişi) ve İngilizce Öğretmeni (1kişi)] İngilizceden Türkçeye çevrildi. Daha sonra araştırmacı gelen çevirileri danışmanıyla değerlendirerek, İBDÖ ve İYDÖ'nin geçici Türkçe formlarını oluşturdu. Daha sonra her iki dili iyi bilen ve ölçeğin özgün halini bilmeyen bir İngilizce dil bilimci tarafından (Yeminli Tercüman) ölçeğin

Türkçeden İngilizceye geri çevirisi yapıldı. Geri çeviri sonrasında ölçeklerin Türkçe formlarının İngilizce formlarına yakın olduğu görüldü.

2. Çevirinin Değerlendirilmesi: İngilizceye tekrar çevirisi yapılan ölçekler, ifadelerinde anlam değişikliği olup olmadığının saptanması açısından orijinal ölçekler ile karşılaştırıldı. Karşılaştırma sonrası ölçeğin Türkçe formuna son şekli verildi. Çeviri sürecinin tüm aşamaları boyunca her ifadenin anlam açısından Türkçede en iyi biçimde nasıl ifade edilebileceğini değerlendirmek adına Türkçe ölçeklerin incelenmesi için bir Türk Dili uzmanından (Üniversitenin TÖMERBölümü 'nde görevli Türk Dili Okutmanı) yardım alındı. Ayrıca konuşma dilinde sık kullanılmayan veya mesleki anlam içeren kelimelerin daha basit ve anlaşılır olarak ifade edilmesine özen gösterildi.

3. Dilsel Eş Değerliliğin Sağlanması (35 Kişilik Grup): Ölçek maddelerinin anlaşılabilir olması ve hedef kitleye uygunluğu gibi noktaların test edilmesi ölçek geçerliği için önemlidir (212). Uyarlanan ve düzeltmeler yapılan test, psikometrik özelliklerinin incelenmesine geçilmeden önce daha sonra örnekleme dahil edilmeyecek olan bir gruba uygulanmalı ve ölçekle ilgili yapılması gereken başka düzeltmeler olup olmadığına bakılmalıdır. Bu pilot grubun özellikleri ölçeğin esas olarak uygulanacağı grubun özelliklerini taşımalıdır. Buradan elde edilecek sonuçlar da asıl gruptaki sonuçlarla karşılaştırılmalıdır. Bu aşamada hangi yöntemin kullanılacağına karar verilmelidir. En çok kullanılan üç desen; "iki dilli grup deseni", "tek dilli karşılaştırmalı grup deseni", "tek dilli grup deseni"dir. Bu üç desen de popüler olmasına karşın en kolay olanı üçüncüsüdür (211,213-216).

Çalışmada kaynak dilden hedefe dile yönelik olarak yürütülen çeviri işlemlerinin sonrasında ölçeğin dilsel eşdeğerliği çalışmaları üniversitenin Yabancı Diller Yüksekokulu hazırlık sınıfında öğrenimine devam eden 35 öğrenci üzerinde iki dilli desen yöntemiyle yürütüldü. Bu yöntemde ölçeklerin orijinal İngilizce formları ve çalışmalar sonucu elde edilen nihai Türkçe formları Yabancı Diller Yüksekokulu'nda öğrenim gören 16 kadın (%45,7), 19 erkek (%54,3) olmak üzere toplam 35 katılımcıya 2 hafta arayla önce ölçeklerin İngilizce formları, daha sonra Türkçe formları uygulandı. Ölçeğin tümü ve alt boyutları için kaynak dil ve hedef dil arasında yüksek düzeyde pozitif yönde ilişkiler olduğu saptandı.

Özgüven'e (1994) göre iki test arasındaki zaman aralığı 2-4 hafta olmalıdır (217). İYDÖ'nin Türkçe ve İngilizce formların uygulamaları arasında hem maddeler hem de alt boyutlar bazında korelasyon katsayılarına ve Eşleştirilmiş İki Grup t Testi (Paired Samples t Test) sonuçlarına bakıldı. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayılarının anlamlı, Eşleştirilmiş İki Grup t Testi sonuçlarının ise anlamlı olmaması beklenmektedir (217-219).

Çalışmada, uyarlama yapılan ölçekler için güvenilirlik yönünden önerilen yöntemlerden biri bağımsız gözlemciler arasındaki uyumun incelenmesidir. Bu tür ölçmelerde gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalaması alınarak, her bir durum için bir tek değer bulunur. Ayrı ayrı gözlem sonuçları bir birine ne kadar yakın ise, sonuçta elde edilen ortalama değerin güvenilirliği de o kadar yüksek olur (201). İki sınıflı veride, gözlemciler arası uyum sadece basit uyum ile değil genellikle Cohen'in kapa katsayısı (κ) ile incelenir (220). Eğer Kappa katsayısı " $0 < \kappa < 0,20$ " ise "uyumluluk yoktur"; " $0,20 < \kappa < 0,40$ " ise "zayıf düzeyde uyumluluk vardır"; " $0,40 < \kappa < 0,60$ " ise "orta düzeyde uyumluluk vardır"; " $0,60 < \kappa < 0,80$ " ise "çok iyi (yeterli) düzeyde uyumluluk vardır"; " $0,80 < \kappa < 1,00$ " ise "mükemmel düzeyde uyumluluk vardır" şeklinde yorumlanmaktadır (221).

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği gibi bir skor ölçeği olmadığı için İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe ve İngilizce formları arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla Cohen Kappa Uyum Testi kullanıldı.

Ayrıca, değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı (r_s), doğrudan sıralı (ordinal) olarak elde edilen ya da belli bir kritere göre sıralanmış olan iki değişkenin ilişki oranını belirlemek amacıyla kullanılır. Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı, Pearson Korelasyon Katsayısının (r) parametrik olmayan karşılığıdır. Değişkenler oransal ya da aralıklı ölçek ile elde edilmiş ve normal dağılıma uygunluk gösteriyorsa bu durumda Pearson korelasyon analizi yapılırken; değişkenler oransal ya da aralıklı ölçek ile elde edilmiş ancak normal dağılıma uygunluk göstermiyor ise Spearman sıra korelasyon analizi yapılır (222).

5.8.2. Ölçeklerin Kapsam Geçerliğinin Sağlanması (14 Kişilik Uzman Grubu)

Kapsam (içerik) geçerliği, bir testin bu test ile ölçülmek istenen davranışları ne derecede kapsadığını ve temsil ettiğini gösterir (205). Eğitim ve psikolojide ölçek geliştirme çalışmalarında, geliştirilmek istenen ölçek ile ölçülmek istenen özellik arasındaki bağlantının tutarlı olması amaçlanır. Bu nedenle ölçeği oluşturan maddelerin yüksek düzeyli psikometrik özellikler göstermesi gerekmektedir. Bunun için ölçmeye konu olan özellik kapsamında uzman görüşlerine başvurulur (212). Özgün form ile çeviri yapılan formdaki maddelerin eşdeğer olduğunun saptanması için en az üç uzman görüşüne başvurulması önerilmektedir (201,223).

Bu araştırmada ölçeklerin dil çeviri çalışmaları tamamlandıktan sonra kapsam geçerliği (uzman görüşü) çalışması yapıldı. Bu aşamada ölçekte bulunan maddelerin ölçme amacına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığını ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını belirlemek amacıyla uzman görüşüne başvuruldu.

Türkçe ölçeklerde yer alan maddelerin ölçme amacına uygun olup olmadığının değerlendirilebilmesi için ölçekler yeniden “*uzman değerlendirme formu*” şeklinde hazırlandı ve mesleki özellikleri Ek 11’de sunulan 14 uzmana gönderildi. Sonuçlar Kapsam Geçerlik İndeksi’ne (KGİ) göre değerlendirilerek analiz edildi.

Kapsam geçerliği için Kapsam Geçerlik İndeksi, Davis tekniği ile belirlendi (224). Davis tekniğine göre “madde hafifçe gözden geçirilmeli” ve “uygun” seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “Kapsam Geçerlik İndeksi-KGİ” (madde-davranış uyum katsayısı) elde edilmektedir. Tüm uzmanların bir maddeye tümüyle “Uygun” ve “Madde hafifçe gözden geçirilmeli” yanıtı vermesi durumunda kapsam geçerlik katsayısı (+1) olmaktadır. (+1) değeri, uyum katsayısının alabileceği en yüksek değerdir (205). Hiç bir uzmanın “Uygun” ve “Madde hafifçe gözden geçirilmeli” yanıtı vermemesi durumunda ise uyum katsayısı en düşük değere ulaşır. Bir maddenin test kapsamında yer alabilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi katsayısının en az 0,80 değerinde olması gerekmektedir (201,212,225). Bu nedenle bu çalışmada da KGİ 0,80’in altında olan maddeler uzmanların önerileri doğrultusunda yeniden düzenlenerek gerekli değişiklikler yapıldı ve ölçek formlarına son şekli verildi.

5.8.3. Dilsel Eşdeğerlilik ve Kapsam Geçerliği Çalışmaları Sonrasında Ölçek Maddelerinde Uygun Görülen Değişiklikler

Kapsam geçerliği sonuçları ve dilsel eşdeğerlilik bulguları sonucunda uzmanlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'deki bazı maddelerde yeniden ifade değişiklikleri yapılması uygun görüldü.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nde yer alan;

Madde 3- “Dikkat arayışındadır” ifadesinin yerine **“ilgi çekme arayışındadır”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 7- “Bir yük haline gelmiştir” ifadesinin yerine **“çevresi için bir yüküdür”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 8- “Suçludur” ifadesinin yerine **“kendini (bir davaya) adamıştır”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 15- “Ruhen rahatsızdır” ifadesinin yerine **“ruhsal olarak rahatsızdır”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 41- “Duyarsızdır” ifadesinin yerine **“duygusuzdur”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 53- “Anormaldir” ifadesinin yerine **“doğal değildir”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nde yer alan;

Madde 12- “İntihara teşebbüs eden her insan bu girişimlerini önceden planlamaz.” ifadesinin yerine **“intihar girişiminde bulunan kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 14- “Çok az insanın intiharla ilgili düşünceleri vardır” yerine **“çok az insanın intihar düşüncesi vardır”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 20- Eğer birine doğrudan “intihar etmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihar girişiminde bulunmasına yol açabilir ifadesindeki “intihar etmeyi düşünüyor musun?” sorusunun yerine **“kendini öldürmeyi düşünüyor musun”** sorusunun kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 21- “İntihara meyilli bir kişi her zaman intihara meyillidir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.” ifadesinin yerine **“intihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Madde 25- “İntihara yol açan dürtü ve sebepler halihazırda bilinmektedir.” ifadesinin yerine **“intihara yol açan dürtü ve sebepler daha öncesinden bilinmektedir.”** ifadesinin kullanılmasının daha uygun olacağı belirtildi.

Daha sonra İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin nihai formları genel örneklem üzerinde uygulamaya geçilmeden önce ölçeklerin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirliklerini değerlendirmek için örnekleme temsil eden ancak örnekleme dahil edilmeyecek olan 30 kişilik bir öğrenci grubuna uygulanarak pilot uygulama gerçekleştirildi.

5.8.4. Ölçeklerin Uygulanabilirlik ve Anlaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi İçin Pilot Uygulamanın Gerçekleştirilmesi (30 Kişilik Grup)

Varricchio (1997), ölçek geliştirme çalışmasında teste son şekli verildikten sonra, ölçeğin geliştirilmesindeki hedef gruptan seçilecek bir örneklem ile maddelerin anlaşılıp anlaşılmadığını incelemek amacıyla bir uygulama yapılması gerektiğini belirtmiştir (226). Bir ölçeğin hedef grup tarafından anlaşılabilirlik düzeyini niceliksel olarak belirlemek için çok farklı istatistiksel teknikler kullanılmaktadır. Bir ölçeğin hedef grup tarafından anlaşılabilirlik düzeyini belirlemek için ölçek en az 30 kişilik bir gruba her bir soruyu anlayıp anlamadıklarını değerlendirmeleri için uygulanır ve bu puanlar arasındaki uyuma bakılır. Bu uyuşmanın göstergelerinden bazıları Kappa tipi istatistikler, Sınıf içi (İntraclass) Korelasyon Katsayısı veya Kendall’s W korelasyon katsayısıdır. Kappa tipi istatistikler en yaygın kullanılan uyuşum katsayılarıdır. Belirli koşullar altında, Kappa ve Sınıf içi korelasyon katsayıları eşdeğerdir. Kappa katsayısının uyum derecesinde iki ya da daha fazla gözlemci arasındaki uyum değerlendirilir (227,228). Sınıf içi korelasyon katsayısı, tekrarlanan ölçümlü denemelerde ölçümlerin güvenilirliğini ifade etmede de kullanılmaktadır. Sağlık alanında en yaygın kullanılan güvenilirlik çalışmaları, gözlemci-içi ve gözlemciler-arası uyumdur. Bu çalışmalarda en temel amaç, aynı denekten alınan tekrarlı ölçümler veya aynı denek üzerinde iki ya da daha fazla sayıda gözlemcinin ölçümleri arasındaki uyumun değerlendirilmesidir. Ölçümler sürekli olduğunda, gözlemci

içi veya gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesinde Sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK) kullanılır (229). Bu bilgiler ışığında bu çalışmada ayrıca genel uygulamalara geçilmeden önce, dil ve kapsam geçerliği yapılmış ölçek formlarının maddelerinin anlaşılma düzeylerini belirlemek üzere örneklem grubuna dahil edilmeyecek olan 30 kişilik başka bir öğrenci grubuna pilot uygulama yapıldı. 30 öğrencinden her bir maddeyi anlaşılabilirlik düzeyinde değerlendirmeleri istendi [anladım (1); anlamadım (0)]. İBDÖ ve İYDÖ'nin tüm maddelerinin anlaşılabilirlik düzeyleri için Frekans ve Uyum İndeks değerleri hesaplandı. Uyum İndeks değeri, “anladım” yanıtlarının toplamının uygulama yapılan öğrenci sayısına bölümü ile elde edilmektedir ve 0,80'nin üstünde olması beklenmektedir.

Ayrıca İBDÖ ve İYDÖ'nin tüm maddelerinin anlaşılabilirlik düzeyleri için Sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplandı. Sınıf içi korelasyon katsayısının kabul edilebilir seviyeleri şu şekildedir: 0,40 ve daha düşük ise "zayıf"; 0,40 ile 0,59 arasında ise “ortalamanın altı”; 0,60 ile 0,74 arasında ise “orta”; 0,75 ile 0,89 arasında ise “iyi” ve 0,90 ve daha üstünde ise “çok iyi” olarak yorumlanmaktadır (230).

5.9. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama ve standart sapma) kullanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi; üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-Way ANOVA testi kullanıldı. Farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD test kullanıldı ve anlamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi (Tablo 5.9.1).

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Madde Tepki Kuramı (MTK)'na yönelik çalışmada, verilerin analizi iki aşamalı olarak gerçekleştirildi. Buna göre ilk aşamada veri setine ait betimsel istatistikler belirlendi ve Madde Tepki Kuramı'nın varsayımları test edildi. İkinci aşamada model veri uyumu belirlenerek, uygun bulunan modele ilişkin olarak madde ve test parametreleri elde edildi. İlk aşamada STATISTICA, ikinci aşamada BILOGMG 3.0 ve SPSS programlarından faydalanıldı

Tablo 5.9.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler ve Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Kullanılan İstatistiksel Analizler
İYDÖ'nin kapsam geçerliğinin belirlenmesi ve uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	• Minimum, maksimum, standart sapma, ortalama hesaplamaları • Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) Analizleri
İYDÖ'nin dil geçerliği	• Eşleştirilmiş İki Grup t testi Analizi • Pearson Moment Çarpım Korelasyonu Analizi
İYDÖ'nin maddelerinin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi	• İntraclass (Sınıf içi) Korelasyon Katsayısının hesaplanması sonrasında F testi analizi
Sosyo-demografik veri formuna verilen yanıtların değerlendirilmesi	• Ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum ve yüzdelik dağılımlarının hesaplanması
Psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü ve intihar girişimi öyküsüne ilişkin verilerin değerlendirilmesi	• Ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum ve yüzdelik dağılımlarının hesaplanması
Öğrencilerin intihar etmeyi düşünme veya girişimde bulunma durumuna göre tanımlayıcı özelliklerin değerlendirilmesi	• Student-t testi • Pearson Chi-Square • Fisher's Exact Test • Fisher Freeman Halton Test
İYDÖ'nin verilerinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi	• Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısı • Bartlett Sphericity testi
İYDÖ'nin yapı geçerliğinin sınanması	• Keşfedici (Açıklayıcı) Faktör Analizi • Doğrulayıcı Faktör Analizi
İYDÖ'nin açıklayıcı faktör analizi	• Extraction Method: Principal Component Analysis (Temel Bileşenler Analizi) • Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization (Varimaks rotasyonu)
İYDÖ'ndeki önemli faktör sayısına karar verme	• Eigen Value • Scree Plot testi
İYDÖ'nin güvenilirliğinin sınanması	• İç tutarlılık analizi (Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı) • Test-tekrar test güvenilirliği (Pearson Korelasyon Katsayısı, Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) • Madde –Toplam Korelasyonu Analizi

Tablo 5.9.1: Devamı

Sosyo-demografik verilere göre İYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Student t-testi • One-Way ANOVA testi
İBDÖ'nin dil geçerliğinin sağlanması	• Cohen Kappa uyum testi • Spearman Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi
İBDÖ'nin kapsam geçerliğinin belirlenmesi ve uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	• Minimum, maksimum, standart sapma, ortalama hesaplamaları • Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) Analizleri
İBDÖ'nin maddelerinin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirlik düzeyinin belirlenmesi	• İnterclass (Sınıf içi) korelasyon katsayısının hesaplanması ve sonrasında F testi analizi
İBDÖ'nin güvenirliğinin sınanması	• Test-tekrar test güvenirlik katsayıları (Pearson Korelasyon Katsayısı, Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) • İç tutarlılık analizi (Kuder-Richardson - 20 katsayısı) • Madde Tepki Kuramı temelli güvenirlik analizi
İBDÖ'nin geçerliğinin sınanması	• Madde Tepki Kuramı temelli madde analizlerinin yapılması -Tek boyutlu faktör yapısının incelenmesi amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) -Model veri uyumu analizi -2 Parametrelili Lojistik Model (2PLM) ile madde ayırtıcılığı ve madde gücü parametrelerinin kestirilmesi
Sosyo-demografik özelliklere göre İBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Student t testi • One-Way ANOVA testi • Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi
İYDÖ puan ortalamaları ile İBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi	• Pearson Korelasyon Katsayısı Analizi

5.9.1. Sosyo-demografik Veri Formuna Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi İçin Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırma kapsamında ele alınan üniversite öğrencilerinden oluşan çalışma grubuna uygulanan anket sorularına verilen cevaplar değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanılarak frekans ve yüzdelik dağılımları bulundu.

5.9.2. Ölçeklerin Geçerlik Güvenirlik Analizleri İçin Kullanılan Yöntemler

Bu başlık altında İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) için gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının adımları, kullanılan yöntem ve analizler sırasıyla anlatılmıştır (Tablo 5.9.2, Tablo 5.9.3).

Tablo 5.9.2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Geçerlik Güvenirlik Çalışmalarının Adımları

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) → 27 madde → 4 alt boyut – Belirtiler – Risk Faktörleri – Nedenler/Tetikleyiciler – Tedavi/Önlem → 3'li likert – Doğru – Yanlış – Bilmiyorum → Uygulama süresi: 5-10 dk	1. Türk Diline Uyarlaması ○ İngilizce →Türkçe çeviri → 5 yabancı dil uzmanı ve Geri Çeviri ○ Dilsel Eş Değerliliği (35 Kişi-2 hafta ara ile →önce İngilizce form → sonra Türkçe form) ▪ Türkçe-İngilizce formlar arasındaki uyumun değerlendirilmesi için ▪ Cohen Kappa Uyum Testi ▪ Pearson Korelasyon Katsayısı (r) 2. Kapsam Geçerliği ○ Kapsam Geçerlik İndeksi= 14 uzman 3. Pilot Uygulama (30 kişi) ○ Maddelerin anlaşılabilirliği “Uyum İndeks” değerleri ○ Sınıf içi Korelasyon Katsayısı ○ Intraclass (Sınıf içi) Korelasyon Katsayısının hesaplanması sonrası F testi analizi 4. Geçerlik Analizi ○ Madde Tepki Kuramı temelli madde analizlerinin yapılması -Tek boyutlu faktör yapısının incelenmesi amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) - Model veri uyumu analizi - 2 Parametrelili Lojistik Model (2PLM) 5. Güvenirlik Analizi ○ Test-tekrar test güvenirlik katsayıları (Pearson Korelasyon Katsayısı, Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) ○ Madde Tepki Kuramı temelli güvenirlik analizi ○ İç tutarlılık analizi (Kuder-Richardson -20 katsayısı)
--	--

Tablo 5.9.3: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Geçerlik Güvenirlik Çalışmalarının Adımları

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) →55 madde → 3 alt boyut – Damgalama, İziolasyon/Depresyon, – Yüceleştirme/ Normalleştirme → 5'li likert – Kesinlikle katılmıyorum=0, – Katılıyorum=1, – Kararsızım=2, – Katılıyorum=3, – Kesinlikle katılıyorum=5] → Uygulama süresi: 10-15 dk	1. Türk Diline Uyarlaması ○ İngilizce →Türkçe çeviri → 5 yabancı dil uzmanı ve Geri Çeviri ○ Dilsel Eş Değerliliği (35 Kişi-2 hafta ara ile →önce İngilizce form → sonra Türkçe form) ▪ Eşleştirilmiş İki Grup t Testi (Paired Samples t Test) ($p>0,05$) ▪ Pearson Korelasyon Analizi ($p<0,05$) 2. Kapsam Geçerliği ○ Kapsam Geçerlik İndeksi= 14 uzman 3. Pilot Uygulama (30 kişi) ○ Maddelerin anlaşılabilirliği “Uyum İndeks” değerleri ○ Sınıf içi Korelasyon Katsayısı ○ İntraclass (Sınıf içi) Korelasyon Katsayısının hesaplanması sonrası F testi analizi 4. Yapı Geçerliği (Faktör Analizi) ○ Keşfedici (Açıklayıcı) Faktör Analizi ▪ Temel Bileşenler Analizi ▪ Varimaks Rotasyonu ▪ Faktör sayısı: Eigen Value ve Scree Plot testi ○ Doğrulayıcı Faktör Analizi ▪ Uyum indeksleri ▪ Verilerin faktör analizi için uygunluğu: Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Bartlett küresellik testi 5. Güvenirlik Analizi ○ İç tutarlılık analizi (Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı) ○ Test-tekrar test güvenirliliği (Pearson Korelasyon Katsayısı, Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) ○ Madde –Toplam Korelasyonu Analizi (Pearson Korelasyon Katsayısı)
---	--

5.9.2.1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Güvenirliği İçin Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Güvenirlik (Reliability), bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verme gücüdür. Özetle güvenilirlik; değişmezlik, yeterlilik, kestirim, eşdeğerlik ve tutarlılığın sağlanmasını anlatır (201,225,231). Bir ölçeğin güvenilirliği çok farklı yöntemlerle hesaplanmakta ve dolayısıyla farklı adlar almaktadırlar (202). Bu farklı yöntemler aşağıda açıklanmıştır.

1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Test -Tekrar Test Güvenirliği: Likert tipi ölçeklerin güvenilirliği ölçmek için kullanılan ilk teknik hedef kitleden seçilen bir gruba, güvenilirliği saptamak üzere ölçeği belli bir zaman aralığı içinde (minimum bir hafta ve daha fazla) iki kez uygulamaktır. Bir ölçeğin güvenilirliği farklı yollarla incelenebilmektedir. Ölçeğin güvenilirliği bir ölçek bir kez uygulanarak, bir ölçek iki kez uygulanarak veya iki eş ölçek bir kez uygulanarak incelenebilir. Bir ölçeğin aynı denek grubuna aynı koşullarda önemli derecelerde hatırlatmaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasına “*Formun Tekrarı Yöntemi (Test-Retest Method)*” denilmektedir. Test-tekrar test yaklaşımı, zaman aşımında bir aracın değişmezliğini kestirmek için kullanılmaktadır. İki ölçüm sonuçları arasındaki uyum korelasyon katsayısı ile belirlenir. Katsayının yüksekliği, ölçümün değişmezliğini belirler. Kısa aralıklı ölçümlerde yüksek katsayılar elde edilirken, uzun aralıklı ölçümlerde değişimlere bağlı olarak daha düşük güvenilirlik katsayıları oluşabilmektedir (232,225).

Ayrıca, sağlık alanında en yaygın kullanılan güvenilirlik çalışmaları, gözlemci-içi ve gözlemciler arası uyumdur. Bu çalışmalarda en temel amaç, aynı denekten alınan tekrarlı ölçümler veya aynı denek üzerinde iki ya da daha fazla sayıda gözlemcinin ölçümleri arasındaki uyumun değerlendirilmesidir. Ölçümler sürekli olduğunda, gözlemci içi veya gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesi amacıyla Sınıf içi Korelasyon Katsayısı kullanılır (229).

Literatürde test-tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir (207). Bu bağlamda İBDÖ'nin ve İYDÖ'nin yinelemeli

ölçümlerinde benzer ölçüm değerine ulaşma durumunu belirlemek için test-tekrar test yöntemi iki hafta arayla 100 öğrenciye uygulandı.

Zamana göre değişmezlik ölçütü ile bulunacak güvenilirlik katsayısı için Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı ve Sınıf içi korelasyon katsayısı kullanıldı.

Literatürde korelasyon gücü değeri bulunduğu aralığa göre yorumlanmaktadır. Pearson Korelasyon Katsayısı değeri 0,00-0,25 arasında ise "çok zayıf", 0,26-0,49 arasında ise "zayıf", 0,50-0,69 arasında ise "orta", 0,70-0,89 arasında ise "yüksek" ve 0,90-1,00 arasında ise "çok yüksek" korelasyon katsayısı gücüne sahip olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (223,225).

Sınıf içi (intraclass) korelasyon katsayısının kabul edilebilir seviyeleri şu şekildedir; 0,40 ve daha düşük değerler “zayıf”, 0,40-0,59 arasındaki değerler “ortalamanın altı”, 0,60 ile 0,74 arasındaki değerler “orta”, 0,75 ile 0,89 arasındaki değerler “iyi” ve 0,90 ve daha üstündeki değerler ise “çok iyi” olarak yorumlanmaktadır (230).

2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin İç Tutarlılık Güvenirliği (Cronbach α Katsayısı, KR-20 Katsayısı): Bir ölçeğin güvenirliliğini saptamada kullanılan ikinci teknik ise iç tutarlılık katsayılarının hesaplanmasıdır. Cronbach alfa yöntemi, Kuder-Richardson 20 ve Hoyt’un varyans analizi iç tutarlılık güvenilirlik kestirimlerinde yaygın kullanılan yöntemlerdir. Kuder-Richardson 20 (KR-20), sadece iki değerli ölçümlenmiş maddeler için uygunken; Cronbach alfa katsayısı, hem iki değerli [0,1] ölçümlenmiş maddelerle, hem de ağırlıklı [1,2,3,4,5] ölçümlenmiş maddelerle kullanılabilir (233).

Cronbach tarafından geliştirilen alfa katsayısı analizi, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanmasıyla bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (232). İYDÖ, 1-5 arasında puanlanan 5’li Likert tipi bir ölçek olduğundan iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı değerlerine bakıldı.

Cronbach alfa katsayısı, likert türü toplamalı ölçeklerde, anlamsal farklılık ölçeklerinde, Stapel ölçeklerinde toplam veya ortalama puana dayanan diğer psikometrik testlerde ve bileşik maddelerden oluşan indeks türü ölçüm araçlarında maddelerin

birbiriyle tutarlı olup olmadığını ve maddelerin hipotetik bir değişkeni ölçüp ölçmediğini belirler. Alfa değerinin esas işlevi iç tutarlılığı saptamasıdır. Esas olarak bir güvenilirlik indeks değeri olan Cronbach alfa, ölçeğin içerdiği maddelerin birbiriyle ne ölçüde tutarlı olduğu ve arka planda gizli, hipotetik değişkeni ne ölçüde temsil ettiği hakkında bilgi verir (234).

Cronbach alfa katsayısı uyarlanan ölçek ve ölçeğin alt ölçekleri için hesaplanır ve bu katsayı maddelerin iç tutarlılığı/homojenliği hakkında bilgi verir (235). Tutarlılık derecesi güvenilirlik katsayısı 1'e yaklaştıkça yükselir ve 0'a yaklaştıkça da düşer (236,237).

Literatürde Cronbach alfa katsayısının 0-1 arasında değiştiği, değerlendirme kriterlerine göre " $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek "güvenilir değil", " $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek "düşük güvenilirlikte", " $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek "oldukça güvenilir" ve " $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek "yüksek derecede güvenilir bir ölçek" olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir (238).

Ayrıca bu çalışmada kullanılan İYDÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliği, kişileri ayırt etmedeki yeterliğini belirleyen madde-toplam korelasyonu (item-total correlation) analizi kullanılarak incelendi. Madde-toplam korelasyon test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde-toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir (201,220,239).

Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde-toplam korelasyonunun Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplanması önerilmektedir (225, 240, 241). Bu çalışmada da Pearson korelasyon analizi uygulandı. Erkuş'a (2003) göre korelasyon katsayısı 0,20 ve altı olan maddeler istatistiksel olarak anlamlı olsalar bile ölçeğe alınmamalıdır (241). Pearson korelasyon katsayısı (r) ölçümle belirtilen iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin kuvveti (derecesi) ve yönü hakkında bilgi verir ve -1 ile +1 arasında değerler alır (242) (Tablo 5.9.4).

Tablo 5.9.4. Pearson Korelasyon Katsayısı (r) Değerlerinin Yorumu

r	İlişkinin derecesi
0,90 - 1,00	Çok Yüksek
0,70 - 0,89	Yüksek
0,50 - 0,69	Orta
0,30 - 0,49	Zayıf
0,00 - 0,29	Çok Zayıf

Köklü N, Büyüköztürk Ş, Çokluk Bökeoğlu Ö. Sosyal Bilimler İçin İstatistik, Pegem A Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, 2007:93 (242).

İç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek için en sık kullanılan yöntemlerden birisi de Kuder-Richardson yaklaşımıdır (232). Bunlardan K-R 20, Cronbach alfa çözümlemesinin değişik bir yapısı olup, madde yanıtları zorunlu iki seçenekli olan ölçeklerin sınanması için düzenlenmiş şeklidir (225). Yöntem tüm maddelerin birbirleriyle ve ölçeğin tamamıyla iç tutarlılığını tahmin etme amacı üzerine kuruludur. Bu nedenle yöntem, ölçekteki tüm maddelerin aynı değişkeni ölçtüğü varsayımına dayanır. Yöntemin uygulanmasında veri seti, ölçekteki maddelerden alınan cevaplar istenilen özelliği taşıyorsa “1” puan, istenilen özelliği taşımıyorsa veya boş bırakılmışsa “0” puan verilerek oluşturulur. Bu yöntemle, iç tutarlılığa yönelik güvenilirlik kestiriminde bulunmada belirli kriterler dikkate alınarak Kuder-Richardson 20 veya 21 (K-R 20, K-R 21) formüllerinden uygun olanı kullanılır (232).

K-R 20 formülü, test güvenilirliğini hesaplamada o güne kadar kullanılmakta olan test-tekrar test ya da testi yarıya bölme yöntemlerinin gideremediği bazı sorunları ortadan kaldırabilmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu sorunların en büyüğü, özellikle tek uygulamanın söz konusu olduğu durumlarda güvenilirliği belirlerken kullanılan testi yarıya bölme yönteminin taşıdığı bir problemdir. Kuder-Richardson 20 ise aşağıdaki formül yoluyla hesaplanmaktadır (233):

Kuder-Richardson 20 Formülü

$$KR20- \rho_{XX} = k / (k-1) * [1 - (\sum p_j) q_j /)] / \sigma^2_T$$

KR20- ρ_{XX} = ölçüm güvenirlik katsayısı (Kuder–Richardson 20)

k= test üzerindeki madde sayısı

p_j = j maddesini doğru cevaplayan kişilerin oranı

q_j = j maddesini doğru *cevaplayamayan* kişilerin oranı

$p_j q_j$ = j madde ölçüm varyansı [ya da bir madde üzerindeki bir grup bireyden elde edilen ölçümlerin varyansı]

$\sum p_j q_j$ = j madde ölçüm varyanslarının toplamı

σ^2_T = toplam test ölçümlerinin varyansı

Bu formül 0,00 ile +1,00 arasında değişen bir katsayı bildirir. Değer (sıfır) 0'a yaklaştıkça güvenirliğin düştüğü, +1,00'e yaklaştıkça da güvenirliğin yükseldiği yorumu yapılır (233).

Diğer bir deyişle, test maddelerine verilecek yanıtların doğru/yanlış, evet/hayır gibi iki seçenekli olması durumunda KR-20 kullanılır. KR-20 güvenirlik katsayısı bir defada uygulanan bir ölçme aracının iç tutarlılığını veren bir katsayıdır. *Kuder Richardson* formülleri testteki her bir maddenin aynı değişkeni ölçtüğü yani testin ölçtüğü şeyin homojen olduğu sayılımasına dayanır. KR-20 formülü sadece doğru cevaplandırılan maddelere 1 puan vererek yanlış cevaplandırılan ve boş bırakılan maddelere ise hiç puan verilmeksizin puanlanan testlere uygulanabilir (243). İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nde doğru yanıtlar için 1, yanlış ve bilmiyorum yanıtları için 0 puanı verilmektedir. Bu nedenle güvenirliğini belirlemek amacıyla Kuder Richardson-20 (KR-20) kullanıldı.

5.9.2.2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Geçerlik Analizi İçin Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Geçerlik, kullanılan ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliğe uygun olması, verilerin ölçülmek istenen özelliğin niteliğini tam olarak yansıtması ve aynı zamanda verilerin amaca yönelik olarak yararlı olmasıdır (202). Diğer bir tanımla geçerlik; bir

ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan doğru ölçebilme derecesidir (232).

Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır. Güvenirlik, geçerlik için gerekli koşul olmasına rağmen, yeterli koşul değildir. Yani güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olmayabilir. Ölçeğin geçerlik düzeyi onun geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile $+1.00$ arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksek ise ölçek amaca o kadar yüksek hizmet ediyor demektir (232).

Geçerlik, farklı yazarlar tarafından değişik şekillerde türlere ayrılmıştır. Fakat genel olarak bu türler; Kapsam Geçerliği (Content Validity), Kriter Geçerliği (Ölçütsel Geçerlik, Criterion Validity), Kestirimsel Geçerlik (Yordama Geçerliği, Predictive Validity) Uyum Geçerliği (Concurrent Validity) ve Yapı Geçerliği (Construct Validity) olmak üzere dört başlık altında toplanabilir. Bunlar içinde en önemlisi kapsam (içerik) geçerliğidir (202,232). Kapsam Geçerliği, test maddeleri için uzman görüşü almak ve ölçeğin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirlik düzeylerin belirlenmesi işlemlerini kapsamaktadır (244).

1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Geçerlik Analizleri: İBDÖ'nin geçerliği için Kapsam geçerliği, Dil geçerliği analizleri ve Madde Tepki Kuramı (MTK) analizleri gerçekleştirildi. Dil ve Kapsam geçerliğine yönelik yapılan analizler yukarıda (sayfa: 68-74) anlatıldı.

a. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Madde Tepki Kuramına Göre Geçerlik Analizleri: Madde Tepki Kuramı, isminden de anlaşılacağı gibi testi alan kişinin maddelere verdiği tepkileri temel alan bir kuramdır. Madde Tepki Kuramı'na göre, bireylerin belli bir alandaki doğrudan gözlenemeyen yetenekleri ya da özellikleri ya da bu alanı yoklayan sorulardan oluşan test maddelerine verdikleri yanıtlar arasında bir ilişki vardır ve bu ilişki matematiksel olarak ifade edilebilir. Bu kurama göre geliştirilen testlerden elde edilen yetenek ölçüleri, bireye uygulanan testlerden bağımsız olarak elde edilebilmektedir. Madde Tepki Kuramı'nın test geliştirme, soru bankası oluşturma, bireye uyarlanmış test geliştirme, madde yanlılığının belirlenmesi, seçenekleri ağırlıklandırma ve test eşitleme konularında karşılaşılan sorunlara çözüm getirdiği iddia edilmektedir (245).

Örtük Özellikler Kuramı olarak da adlandırılan MTK, bireylerin maddelere verdikleri cevaplara ve olasılıklarına dayanan model temelli matematiksel bir kuramdır (246). Kuram temel olarak birey, madde ve test performansının testteki maddelerin ölçtüğü performans ile bağlantısını kuran istatistiksel bir teoriye dayanır. Madde Tepki Kuramı'nda konu edilen maddeler kesikli veya sürekli, iki kategorili veya çok kategorili, sıralı veya sırasız bir biçimde puanlanabilir. Kuram kapsamında maddeye verilen cevap ve altında bulunan yetenek veya yetenekler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaran pek çok yol (model) tanımlanmıştır (247). Test verisinin ve ölçülen özelliğin niteliğine bağlı olarak birçok MTK modeli mevcuttur. Bu modeller ve kullanılan yöntemler ölçülen özelliğin tek boyutlu ya da çok boyutlu olmasına, yanıtların doğru-yanlış veya dereceli olarak puanlanmasına ve cevaplayıcılarla ilgili toplanan verinin parametrik olmasına ya da olmamasına bağlı olarak değişmektedir (246).

Madde Tepki Kuramı'nda iki kategorili ve çok kategorili olmak üzere 2 model tanımlanmıştır. İki kategorili modeller bir parametrelili, iki parametrelili ve üç parametrelili olmak üzere 3 lojistik model şeklinde adlandırılır. Buna göre iki kategorili lojistik modeller 1-0 şeklinde puanlanan doğru-yanlış, boşluk doldurma testleri ile kısa cevaplı, eşleştirmeli ve çoktan seçmeli testlere uygulanır. 1-0 şeklinde puanlanmayan maddeler ise çok kategorili modeller ile incelenir (248).

Ölçekteki maddelerin doğru ve doğru olmayan yanıtları olduğundan İBDÖ, Klasik Test Teorisi (KTT) kullanılarak doğrulanmamıştır. İBDÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi için KTK'nın madde parametrelerinin gruba bağımlı olması ve bireyin performansının test maddelerine bağımlı olması gibi temel sınırlılıklarından dolayı MTK temelli madde analizleri yapılmıştır (249). Matematiksel alt yapısının daha güçlü olması ve bireyin test performansı hakkında daha fazla bilgi vermesinden dolayı test geliştirme ve uyarlama sürecinde MTK temelli madde analizleri daha yaygın olarak kullanılmaktadır (246). Bu amaçla İBDÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesinde MTK temelli madde analizleri gerçekleştirilmiştir. Nitekim bu çalışmada İBDÖ'nin Türkçeye uyarlanması aşamasında tek boyutlu MTK modellerinden 2-Parametrelili Lojistik Model (2PLM) kullanılarak ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği incelendi.

Üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek için geliştirilen İBDÖ öğrencilerin verdikleri yanıtların cevap anahtarındaki yanıtlar ile karşılaştırılarak doğru ise 1 puan, yanlış ise 0 puan olacak şekilde iki kategorili olarak

puanlanan maddelerden oluşmaktadır. Maddelerin iki kategorili olarak puanlanmasından dolayı İBDÖ'nin madde parametrelerinin kestirilmesi için iki kategorili puanlanan maddeler için geliştirilen MTK modelleri kullanılmıştır. İki kategorili maddeler için literatürde yaygın olarak 1-Parametrelili Lojistik Model (1PLM), 2-Parametrelili Lojistik Model (2PLM) ve 3-Parametrelili Lojistik Model (3PLM) MTK modelleri kullanılmaktadır (247). Bu modellerin ortak özelliklerinden biri ise tek boyutluluk varsayımı karşılanması durumunda kullanılmasıdır. Dolayısıyla, bu çalışmada MTK madde parametrelerinin kestirilmesinden önce tek boyutluluk varsayımının karşılanıp karşılanmadığı incelendi.

b. Madde Tepki Kuramının Tek Boyutluluk Varsayımının Test Edilmesi: Veri setinin Madde Tepki Kuramı ile incelenmesine geçmek için öncelikle varsayımların karşılanıp karşılanmadığının araştırılması gereklidir (248). Yaygın olarak kullanılan MTK modellerinin temel varsayımlarının başında tek boyutluluk varsayımı gelmektedir. Tek boyutluluk varsayımının karşılanması için test performansında etkili baskın bir faktörün varlığının belirlenmesi yeterlidir (250). Araştırma kapsamında 27 maddeden oluşan İBDÖ'nin tek boyutluluk varsayımını karşılayıp karşılamadığının belirlenmesi için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılarak tek boyutlu modelin uyum iyiliği değerleri incelendi. Bu amaçla verilerin normallik varsayımını karşılamamasından dolayı Diyagonal Ağırlıklandırılmış En Az Kareler yöntemi kullanılarak ölçme modeli test edilmiştir (251). İBDÖ'nin tek boyutlu faktör yapısının incelenmesi amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizleri için Lisrel 8.80 programı kullanıldı (251).

DFA sonuçlarına göre model-veri uyumu CFI, RMSEA ve NNFI değerleri kullanılarak değerlendirildi. RMSEA, 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve 0'a yaklaşması mükemmel uyumu işaret etmektedir (252,253). Diğer uyum indekslerinden CFI ve NNFI'nın 0,95 ve üstü değerler alması model veri uyumuna işaret etmektedir (253-255).

2. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Geçerlik Analizleri: İYDÖ'nin geçerliği için Kapsam geçerliği, Dil geçerliği analizleri ile DFA ve AFA analizleri gerçekleştirildi. Dil ve kapsam geçerliğine yönelik yapılan analizler yukarıda (sayfa: 68-74) ele alınmıştır.

a. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Yapı Geçerliği (Faktör Analizi) İçin Gerçekleştirilen İstatistiksel Analizler: Geçerlik çeşitleri içinde belki de en kapsamlı olanı yapı geçerliğidir (construct validity). Yapı birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Bir ölçeğin yapı geçerliğini belirleme süreci bir ölçüde, bilimsel kuram geliştirme süreciyle aynıdır (232). Yeni geliştirilen bir testin yapı geçerliğini saptama da kullanılan en etkili yöntem faktör analizidir. Faktör analizi (FA), birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistik olarak tanımlanabilir (256). Araştırmacı, çoğu zaman, bilişsel ya da psikolojik bir yapıyı (kavramı) ölçmek amacıyla oluşturulan maddelerin gerçekte bu yapıyı ölçüp ölçmediğini ve ölçmek istediği yapıya ilişkin bağımsız faktörleri ortaya çıkarmak ister ve veri toplama aracının yapı geçerliğinin incelenmesi olarak tanımlanabilen bu süreç, faktör analizi ile betimlenmeye çalışılır (256).

Faktör analizinde kullanılan iki genel yaklaşım vardır. Bunlar; açımlayıcı ya da keşfedici faktör analizi (AFA), [keşfedici (exploratory) factor analysis] ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)-Confirmatory Factor Analysis'dır (257). AFA çok sayıda değişkenden (maddeden) bu değişkenlerin birlikte açıklayabildikleri az sayıda tanımlanabilen anlamlı yapılara ulaşmayı hedefler. DFA ise kuramsal bir temele dayanarak çeşitli değişkenlerden oluşturulan faktörlerin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılır. Yani DFA'da önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının toplanan verilerle ne derece doğrulandığı incelenmektedir (240).

Bu çalışmada AFA uygulanmasının nedeni ölçeklerin orijinal formlarının Türk öğrenciler üzerindeki yapısını açığa çıkarmak, DFA kullanılmasının nedeni orijinal formların faktör yapısının Türk öğrenciler üzerinde yürütülen doğrulanıp doğrulanmadığını incelemektir.

DFA'da sınanan modelin yeterliğinin belirlenmesi için bazı uyum indeksleri kullanılmaktadır (240). DFA için çoklu uyum indeksleri kullanılmış ve Ki-kare uyum testi (Chi-Square Goodness), Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), Göreli Uyum İndeksi (Relative Fit Index, RFI), Fazlalık Uyum İndeksi (Incremental Fit Index, IFI), Ortalama Hataların Kare kökü (Root Mean Square Residuals, RMR) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Kare kökü (Root Mean Square

Error of Approximation, RMSEA) uyum indeksleri incelenmiştir. Uyum indekslerinde genelde olduğu gibi GFI, CFI, NFI, RFI ve IFI için $> 0,90$, RMSEA ve RMR için $< 0,05$ ölçüt olarak alınmıştır (258,259) (Tablo 5.9.5).

Tablo 5.9.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum Ölçüleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2	$0 \leq \chi^2 \leq 2df$	$2df \leq \chi^2 \leq 3df$
p değeri	$0,05 \leq p \leq 1,00$	$0,01 \leq p \leq 0,05$
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
NNFI	$0,97 \leq NNFI \leq 1,00$	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$
RFI	$0,90 \leq RFI \leq 1$	$0,85 \leq RFI \leq 0,90$
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1,00$	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$
IFI	$0,95 \leq IFI \leq 1,00$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$

Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2013, 33(1):220. (258)

İlhan M, Çetin B. LISREL ve AMOS programları kullanılarak gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 2014, 5(2):31. (259)

Faktör yapılarının belirlenmesi amacıyla kullanılabilecek farklı teknikler bulunmakla birlikte Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) literatürde çok sık kullanılan yöntem olarak göze çarpmaktadır. Temel Bileşenler Analizi, yönlendirme öncesinde maddelerin birbirleriyle olan korelasyonlarını temel alarak, yapısal olarak anlamlı bulunan alt yapıları (faktörleri) ortaya koymaktadır. Bu analiz maddelerin doğal halleriyle görülebilmesini ve bazı istatistiksel bilgilerin elde edilmesini sağlar. Diğer yandan bu yöntemin ardından elde edilecek faktörlerin yorumlanmasını kolaylaştırmak amacıyla bir döndürme (rotation) işleminin yapılması gerekir. Yönlendirme dikey (orthogonal) ve yatay (oblique) olmak üzere iki temel biçimde uygulanan yöntemlere dayalıdır (244). Ölçeğin orijinalinde uygulanan analizlerde göz önüne alınarak bu

araştırmada AFA'den Temel Bileşenler Analizi ile faktör analizi işlemleri gerçekleştirildi ve Warimax Döndürme Yöntemi kullanıldı. İYDÖ'nin yapı geçerliğinde AFA ile oluşan faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla DFA yapıldı.

b. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Faktör Analizine Uygunluğunun Değerlendirilmesi için Gerçekleştirilen Analizler: Faktör analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik (sphericity) testiyle incelenmektedir (243,260,261). KMO katsayısı, veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığı, veri yapısının faktör çıkarma için uygunluğu hakkında bilgi verir. KMO örneklem yeterliliği ölçütü, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir ve faktörleşebilirlik (factorability) için KMO'nun 0,60'tan yüksek çıkması beklenir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçümü 1'e ne kadar yakın ise eldeki veri grubuna faktör analizinin yapılmasının uygun olduğu kabul edilir. KMO ölçütü 0,90–1,00 arasında ise "mükemmel", 0,80-0,89 arasında olduğunda "çok iyi", 0,70-0,79 arasında "iyi", 0,60-0,69 arasında "orta", 0,50-0,59 arasında olduğunda "zayıf" ve 0,50'nin altında olduğunda "kabul edilemez" şeklindedir. Faktör analizinin varsayımlarının sağlanabilmesi (faktör analizi yapılabilmesi) için kısmi korelasyon katsayılarının 0'a yakın olması önemlidir (231, 262) (Tablo 5.9.6)

Bartlett testi, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını korelasyonlar temelinde inceler (263). KMO için alt sınırının 0,50 olması gerektiğini; $KMO \leq 0,50$ değeri için veri seti kümesinin faktörlenemeyeceğini (unfactorability) ifade edilmiştir (264).

Tablo 5.9.6. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Ölçütü Değerleri

Ölçüt	Açıklama
$1,00 \leq KMO \leq 0,90$	Mükemmel
$0,90 < KMO \leq 0,80$	İyi
$0,80 < KMO \leq 0,70$	Orta Düzey
$0,70 < KMO \leq 0,60$	Zayıf
$0,60 < KMO$	Kötü

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk, Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, Pegem Akademi Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara, 2014:177.(264)

5.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, 2014-2015 eğitim-öğretim yılında bir devlet üniversitesi bünyesinde yer alan 4 yıllık fakültelerde/yüksekokullarda öğrenim gören lisans öğrencilerini kapsamaktadır. Üniversite bünyesindeki meslek yüksekokullarına kayıtlı öğrenciler, hazırlık sınıfı öğrencileri, yabancı uyruklu öğrenciler ile yüksek lisans ve doktora düzeyinde öğrenim gören lisansüstü öğrencileri bu araştırmanın kapsamı dışındadır. Bu araştırma belirlenen örneklemin temsil ettiği evren ile sınırlıdır. Bu araştırmadaki sınırlılık, çalışmanın sadece bir devlet üniversitesinde eğitimine devam eden öğrencilere uygulanmış olması ve sonuçların tüm popülasyona genellenememesi olarak belirtilebilir. Ülkemizde İntihara ilişkin bilgi düzeyini ve intihara yönelik damgalama tutumlarını spesifik olarak ölçen benzer bir ölçek bulunmamaktadır. Er ve arkadaşlarının (2013) İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği-İGYTÖ)'ne rastlanmıştır Bu ölçek, sadece acil çalışanlarına yönelik spesifik bir ölçek olduğu için toplumun geneline uygulanamaması sınırlılıklarından birisidir. Geçerlik-güvenirlik çalışması sürecinde benzer ölçek olmaması nedeniyle ölçeğin eş değer ölçek geçerliği yapılamamıştır.

6. BULGULAR

Çalışmaya bir devlet üniversitesinde lisans düzeyinde eğitim gören 1100 öğrenci alındı. Öğrencilerden elde edilen veriler yedi grup altında incelendi.

6.1. Öğrencilerin sosyo-demografik verilerine ilişkin bulgular

6.2. Öğrencilerin psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü ve intihar öyküsüne ilişkin bulgular

6.3. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular

6.4. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular

6.5. Öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) puan ortalamaları ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalamaları ile ilişkili değişkenler

6.6. Öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) puan ortalamaları ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği puan ortalamaları ile ilişkili değişkenler

6.7. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) puan ortalamaları ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.1. ÖĞRENCİLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışma 2014-2015 eğitim öğretim yılında bir devlet üniversitesinde öğrenim gören %58,6'sı (n=645) kadın, yaş ortalaması $20,52 \pm 1,84$ yıl olan (dağılım:18-36) 1100 öğrenci ile gerçekleştirildi (Tablo 6.1.1).

Çalışmaya katılan öğrencilerin %98,4'ü (n=1082) bekar olup %85,1'i (n=936) aile gelir düzeyini düşük olarak bildirdi.

Öğrencilerin %50,6'sı (n=557) annesinin ilkokul mezunu olduğunu belirtirken, %4,5'i (n=49) annesinin lisans ve üstü okul mezunu olduğunu belirtti.

Öğrencilerin %34,5'i (n=380) babasının ilkokul mezunu olduğunu belirtirken, %14,9'u (n=164) babasının lisans ve üstü okul mezunu olduğunu belirtti.

Öğrencilerin %62,1'i (n=683) en uzun yaşadığı yeri “*kent (il merkezi)*” olarak belirtirken, %37,9'u (n=417) “*kırsal bölge (ilçe/belde/köy)*” olarak belirtti.

Öğrencilerin %36,4'nün (n=400) Eğitim Fakültesi'nde, %11,8'nin (n=130) İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi'nde, %10,9'nun (n=120) Fen Edebiyat Fakültesi'nde, %7,3'nün (n=80) Sağlık Yüksekokulu'nda, %6,1'nin (n=67) Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda, %3'ünün (n=33) Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi'nde, %4,8'inin (n=53) Turizm Fakültesi'nde öğrenim gördükleri belirlendi.

Öğrencilerin %31,8'nin (n=350) 2. sınıf, %25,7'nin (n=283) 1. Sınıf, %25,6'nın (n=282) 3. sınıf ve %16,8'nin (n=185) 4. sınıf öğrencisi olduğu belirlendi.

Tablo 6.1.1: Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n= 1100)

		Min – Maks	Ort±SD
Yaş (yıl)		18 – 36	20,52±1,84
		n	%
Cinsiyet	Kadın	645	58,6
	Erkek	455	41,4
Medeni Durum	Bekar	1082	98,4
	Evli	18	1,6
Aile Gelir Düzeyi Algısı	Düşük	145	13,2
	Orta	936	85,1
	Yüksek	19	1,7
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	97	8,8
	Okur-Yazar	70	6,4
	İlkokul	557	50,6
	Ortaokul	205	18,6
	Lise	122	11,1
	Lisans ve Üstü	49	4,5
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	20	1,8
	Okur-Yazar	38	3,5
	İlkokul	380	34,5
	Ortaokul	249	22,6
	Lise	249	22,6
	Lisans ve Üstü	164	14,9
Öğrenim Görülen Okul	Fen-Edebiyat Fakültesi	120	10,9
	Eğitim Fakültesi	400	36,4
	Orman Fakültesi	64	5,8
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	130	11,8
	İletişim Fakültesi	70	6,4
	İlahiyat Fakültesi	83	7,5
	Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi	33	3,0
	Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu	67	6,1
	Turizm Fakültesi	53	4,8
	Sağlık Yüksekokulu	80	7,3
Sınıf	1.Sınıf	283	25,7
	2. Sınıf	350	31,8
	3. Sınıf	282	25,6
	4. Sınıf	185	16,8
En uzun süre Yaşadığı Yer	Kent (İl Merkezi)	683	62,1
	Kırsal (İlçe/Belde/Köy)	417	37,9

6.2. ÖĞRENCİLERİN PSİKİYATRİST/PSİKOLOG DESTEĞİ ÖYKÜSÜ VE İNTİHAR ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin %17,7'si (n=195) daha önce bir psikiyatri uzmanına veya psikoloğa başvurduğunu belirtti. Psikiyatrist ya da psikoloğa başvuran öğrencilerin %48,2'si (n=94) psikiyatrik bir tanı aldığını bildirdi. Tanı konulan öğrencilerin %86,2'si (n=81) konulan psikiyatrik tanıya yönelik ilaç kullandığını belirtti (Tablo 6.2.1).

Çalışmaya katılan öğrencilerin %14,9'u (n=164) ailesinde psikiyatrik muayene veya tedavi öyküsü olduğunu bildirdi. Öğrencilerin %8,5'i (n=94) ailesinde, %32,8'i (n=361) ise yakınlarında intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunmuş biri olduğunu bildirdi.

Öğrencilerin %10'u (n=110) daha önce birisine intihar edebileceğini söylediğini, %12,6'sı (n=139) ise daha önce intihar etmeyi düşündüğü veya intihar girişimde bulunduğunu belirtti.

Tablo 6.2.1: Öğrencilerin Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsü ve İntihar Öyküsüne İlişkin Dağılımları (n= 1100)

	n	%
Daha önce bir psikiyatrist/ psikoloğa başvurduğunuz mu?		
Evet	195	17,7
Hayır	905	82,3
Cevabınız evet ise bir tanı konuldu mu?		
Evet	94	48,2
Hayır	101	51,8
Eğer doktorunuz size psikiyatrik bir tanı koydu ise, buna yönelik ilaç kullandınız mı?		
Evet	81	86,2
Hayır	13	13,8
Ailenizde psikiyatrik muayene veya tedavi öyküsü bulunan biri var mı?		
Evet	164	14,9
Hayır	936	85,1
Hiç intihar etmeyi düşündünüz mü? Ya da böyle bir girişimde bulundunuz mu?		
Evet	139	12,6
Hayır	961	87,4
Daha önce birisine intihar edebileceğinizi söylediniz mi?		
Evet	110	10,0
Hayır	990	90,0
Ailenizde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan biri oldu mu? (örneğin: anne, baba, kardeş)		
Evet	94	8,5
Hayır	1006	91,5
Yakın çevrenizde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan biri oldu mu? (örneğin: komşu, arkadaş, akraba)		
Evet	361	32,8
Hayır	739	67,2

Öğrencilerin intihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsü öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırıldı (Tablo 6.2.2). Tablo 6.2.2 incelendiğinde, öğrencilerin intihar düşüncesi/intihar girişimi açısından yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin intihar düşüncesi/intihar girişimi açısından cinsiyet, gelir düzeyi algısı, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, okuduğu okul, sınıf ve en uzun süre yaşadığı yer değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin intihar düşüncesi/intihar girişimi açısından medeni durum değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,019$). Buna göre; intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü bulunan öğrencilerin ($n=139$), %95,7'sinin ($n=133$) bekar olduğu saptandı.

Tablo 6.2.2: Öğrencilerin İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Sosyo-demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (n=1100)

		İntihar Düşüncesi / İntihar Girişimi Öyküsü		^a t / ^{b,c,d} χ ²	p
		Evet (n=139)	Hayır (n=961)		
		Ort±SD	Ort±SD		
Yaş (yıl)		20,71±2,01	20,49±1,81	1,214	^a 0,226
		n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	89 (64,0)	556 (57,9)	1,908	^b 0,167
	Erkek	50 (36,0)	405 (42,1)		
Medeni Durum	Bekar	133(95,7)	949 (98,8)	7,101	^c 0,019*
	Evli	6 (4,3)	12 (1,2)		
Aile Gelir Düzeyi Algısı	Düşük	19 (13,7)	126 (13,1)	0,106	^d 0,971
	Orta	118 (84,9)	818 (85,1)		
	Yüksek	2 (1,4)	17 (1,8)		
Anne Eğitim Düzeyi	Okuma yazma bilmiyor	18 (12,9)	79 (8,2)	3,870	^b 0,568
	Okuma yazma biliyor	9 (6,5)	61 (6,3)		
	İlkokul	70 (50,4)	487 (50,7)		
	Ortaokul	23 (16,5)	182 (18,9)		
	Lise	14 (10,1)	108 (11,2)		
	Lisans ve Üstü	5 (3,6)	44 (4,6)		
Baba Eğitim Düzeyi	Okuma yazma bilmiyor	6 (4,3)	14 (1,5)	6,190	^d 0,379
	Okuma yazma biliyor	5 (3,6)	33 (3,4)		
	İlkokul	48 (34,5)	332 (34,5)		
	Ortaokul	33 (23,7)	216 (22,5)		
	Lise	26 (18,7)	223 (23,2)		
	Lisans ve üstü	33 (14,4)	131 (13,6)		
Yaşadığı Yer	Kent (İl merkezi)	87 (62,6)	596 (62,0)	0,017	^b 0,897
	Kırsal (İlçe/belde/köy)	52 (37,4)	365 (38,0)		
Sınıf	1. Sınıf	37 (26,6)	246 (25,6)	6,306	^b 0,098
	2. Sınıf	50 (36,0)	300 (31,2)		
	3. Sınıf	24 (17,3)	258 (26,8)		
	4. Sınıf	28 (20,1)	157 (16,3)		
Okul	Fen Edebiyat Fak.	16 (11,5)	104 (10,8)	10,657	^b 0,300
	Eğitim Fakültesi	44 (3,7)	356 (37,0)		
	Orman Fakültesi	14 (10,1)	50 (5,2)		
	İİBF [¥]	18 (12,9)	112 (11,7)		
	İletişim Fakültesi	10 (7,2)	60 (6,2)		
	İlahiyat Fakültesi	5 (3,6)	78 (8,1)		
	MMF [§]	6 (4,3)	27 (2,8)		
	BESYO*	8 (5,8)	59 (6,1)		
	Turizm Fakültesi	7 (5,0)	46 (4,8)		
	Sağlık Yüksekokulu	11(7,9)	69 (7,2)		

^aStudent-t testi ^bPearson Chi-Square ^cFisher's Exact Test ^dFisher Freeman Halton Test

*p<0,05 *Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu [¥]İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,

[§]Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi

Daha önce bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurma durumlarına göre öğrencilerin intihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; daha önce bir psikiyatrist/psikoloğa başvuran öğrencilerin ($n=195$) %25,6'sının ($n=50$) intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü saptandı.

Daha önce bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurma ve psikiyatrik tanı konulması durumlarına göre öğrencilerin intihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; daha önce bir psikiyatriste başvuran ve psikiyatrik bir tanı konulmuş olan öğrencilerin ($n= 94$) %36,2'sinin ($n= 34$) intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü bulunduğu saptandı.

Daha önce psikiyatrik tanı konulma ve buna yönelik ilaç kullanma durumlarına göre öğrencilerin intihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Ailesinde psikiyatrik muayene veya tedavi öyküsü bulunma durumuna göre öğrencilerin intihar düşüncesi veya böyle bir girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; ailesinde psikiyatrik muayene/tedavi öyküsü bulunan öğrencilerin ($n=164$) %21,3'ünün ($n=35$) intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü bulunduğu saptandı.

Geçmişte birisine intihar edebileceğini söyleme durumuna göre öğrencilerin intihar düşüncesi veya intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; geçmişte birisine intihar edebileceğini söylemiş olan öğrencilerin ($n=110$) %62,7'sinin ($n=69$) intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü bulunduğu saptandı.

Ailesinde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunmuş biri olması durumuna göre öğrencilerin intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; ailesinde intihar ederek ölen veya intihar girişiminde bulunan biri olan öğrencilerin ($n=94$) %28,7'sinin ($n=27$) intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü bulunduğu saptandı.

Yakınlarında intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunmuş biri olması durumuna göre öğrencilerin intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; yakınlarında intihar ederek ölen veya intihar girişiminde bulunan biri olan öğrencilerin ($n=361$) %17,5'inin ($n=63$) intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü bulunduğu saptandı.

6.2.3. Öğrencilerin İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (n= 1100)

		İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsü		^{b,c} χ^2	<i>p</i>
		Evet (n=139)	Hayır (n=961)		
		n (%)	n (%)		
Daha önce bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurduğunuz mu?	Evet	50 (25,6)	145 (74,4)	36,310	^a 0,001**
	Hayır	89 (9,8)	816 (90,2)		
Cevabınız evet ise bir tanı konuldu mu? (n=195)	Evet	34 (36,2)	60 (63,8)	10,553	^a 0,001**
	Hayır	16 (15,8)	85 (84,2)		
Eğer doktorunuz size psikiyatrik bir tanı koydu ise, buna yönelik ilaç kullandınız mı? (n=94)	Evet	30 (37,0)	51 (63,0)	0,764	^b 0,764
	Hayır	4 (30,8)	9 (69,2)		
Ailede psikiyatrik muayene veya tedavi öyküsü bulunan biri var mı?	Evet	35 (21,3)	129 (78,7)	13,230	^a 0,001**
	Hayır	104 (11,1)	832 (88,9)		
Birisine hiç intihar edebileceğinizi söylediniz mi?	Evet	69 (62,7)	41 (37,3)	277,789	^a 0,001**
	Hayır	70 (7,1)	920 (92,9)		
Ailenizde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunmuş biri oldu mu?	Evet	27 (28,7)	67 (71,3)	24,095	^a 0,001**
	Hayır	112 (11,1)	894 (88,9)		
Yakınlarınızda intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan biri oldu mu?	Evet	63 (17,5)	298 (82,5)	11,286	^a 0,001**
	Hayır	76 (10,3)	663 (89,7)		

^aPearson Chi - Square

^bFisher's Exact Test

**p<0,01

6.3. İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (İBDÖ)'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

6.3.1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular

1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği 'nin Dil Geçerliğine İlişkin Bulgular:

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) madde dağılımları ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) madde dağılımları Tablo 6.3.1'de gösterilmektedir. İBDÖ'nin Türkçe ve İngilizce maddeleri arasındaki uyum Cohen Kappa Uyum Analizi kullanılarak ile değerlendirildi (Tablo 6.3.2)

Tablo 6.3.1: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçek Maddelerinin Dağılımı (n= 35)

		Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
		True		False		Don't Know	
		n	%	n	%	n	%
Madde 1	Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiçbir şey yapılamaz.	6	17,1	27	77,1	2	5,7
	<i>Nothing can be done to stop people from making the attempt once they have made up their minds to kill themselves</i>	11	31,4	22	62,9	2	5,7
Madde 2	Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.	11	31,4	9	25,7	15	42,9
	<i>If assessed by a psychiatrist, everyone who suicides would be diagnosed as depressed</i>	14	40,0	11	31,4	10	28,6
Madde 3	Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.	28	80,0	2	5,7	5	14,3
	<i>Seeing a psychiatrist or psychologist can help prevent someone from suicide</i>	19	54,3	10	28,6	6	17,1
Madde 4	İntihar eden insanların çoğu psikotiktir.	14	40,0	8	22,9	13	37,1
	<i>Most people who suicide are psychotic</i>	24	68,6	5	14,3	6	17,1
Madde 5	İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir.	6	25,7	27	65,7	2	8,6
	<i>Only experts can help people who want to suicide</i>	9	45,7	23	28,6	3	25,7
Madde 6	Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.	16	45,7	10	28,6	9	25,7
	<i>There is a strong relationship between alcoholism and suicide</i>	17	48,6	12	34,3	6	17,1
Madde 7	İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.	12	34,3	2	5,7	21	60,0
	<i>People who talk about suicide rarely commit suicide</i>	13	37,1	4	11,4	18	51,4
Madde 8	İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikir değiştirebilirler.	8	22,9	13	37,1	14	40,0
	<i>People who want to attempt suicide can change their mind quickly</i>	9	25,7	14	40,0	12	34,3

Tablo 6.3.1: Devamı

Madde 9	İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır	15	42,9	14	40,0	6	17,1
	<i>Talking about suicide always increases the risk of suicide</i>	13	37,1	16	45,7	6	17,1
Madde 10	Geçmişte intihara teşebbüs etmiş birinin hiç intihara teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihara etme olasılığı daha yüksektir.	17	48,6	8	22,9	10	28,6
	<i>A person who has made a past suicide attempt is more likely to attempt suicide again than someone who has never attempted</i>	15	42,9	9	25,7	11	31,4
Madde 11	İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihara teşebbüs etmeye teşvik edecektir.	12	34,3	21	60,0	2	5,7
	<i>Media coverage of suicide will inevitably encourage other people to attempt suicide</i>	11	31,4	20	57,1	4	11,4
Madde 12	İntihara teşebbüs eden her insan bu girişimlerini önceden planlamaz.	14	40,0	10	28,6	11	31,4
	<i>Not all people who attempt suicide plan their attempt in advance</i>	18	51,4	10	28,6	7	20,0
Madde 13	İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.	12	34,3	15	42,9	8	22,9
	<i>People who have thoughts about suicide should not tell others about it</i>	14	40,0	13	37,1	8	22,9
Madde 14	Çok az insanın intihar ile ilgili düşünceleri vardır.	8	22,9	9	25,7	18	51,4
	<i>Very few people have thoughts about suicide</i>	13	37,1	10	28,6	12	34,3
Madde 15	Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.	20	57,1	6	17,1	9	25,7
	<i>People who are anxious or agitated have a higher risk of suicide</i>	22	62,9	8	22,9	5	14,3
Madde 16	İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır	11	31,4	3	8,6	21	60,0
	<i>Most people who suicide are younger than 30</i>	11	31,4	6	17,1	18	51,4
Madde 17	Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlara göre daha yüksektir.	15	42,9	1	2,9	19	54,3
	<i>Men are more likely to suicide than women</i>	13	37,1	5	14,3	17	48,6

Tablo 6.3.1: Devamı

Madde 18	İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.	33	94,3	0	0,0	2	5,7
	<i>People with relationship problems or financial problems have a higher risk of suicide</i>	34	97,1	0	0,0	1	2,9
Madde 19	İntihar eden çoğu insan gelecek planları yapmaz.	18	51,4	9	25,7	8	22,9
	<i>Most people who suicide don't make future plans</i>	17	48,6	9	25,7	9	25,7
Madde 20	Eğer birine doğrudan “kendini öldürmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihar girişiminde bulunmasına yol açabilir.	11	31,4	12	34,3	12	34,3
	<i>If you asked someone directly “Do you feel like killing yourself?” it will likely lead that person to make a suicide attempt</i>	11	31,4	17	48,6	7	20,0
Madde 21	İntihara meyilli bir kişi her zaman intihara meyillidir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.	19	54,3	7	20,0	9	25,7
	<i>A suicidal person will always be suicidal and entertain thoughts of suicide</i>	15	42,8	10	28,6	10	28,6
Madde 22	İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir. (İntihar genellikle geliyorum der).	18	51,4	7	20,0	10	28,6
	<i>Suicide rarely happens without warning</i>	20	57,1	9	25,7	6	17,1
Madde 23	İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.	16	45,7	11	31,4	8	22,9
	<i>A person who suicides is mentally ill</i>	18	51,4	7	20,0	10	28,6
Madde 24	Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.	7	20,0	11	31,4	17	48,6
	<i>A time of high suicide risk in depression is at the time when the person begins to improve</i>	10	28,6	11	31,4	14	40,0
Madde 25	İntihara yol açan dürtü ve sebepler hâlihazırda bilinmektedir.	17	48,6	8	22,9	10	28,6
	<i>Motives and causes of suicide are readily established</i>	14	40,0	8	22,9	13	37,1
Madde 26	İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz.	15	42,9	6	17,1	14	40,0
	<i>Most people who attempt suicide fail to kill themselves</i>	12	34,3	7	20,0	16	45,7
Madde 27	İntihara teşebbüs eden kişiler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.	12	34,3	15	42,9	8	22,9
	<i>Those who attempt suicide do so only to manipulate others and attract attention to themselves</i>	16	45,7	11	31,4	8	22,9

Tablo 6.3.2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçek Maddeleri Arasındaki Cohen Kappa Uyum Düzeyleri (n=35)

		Doğru		Yanlış		Bilmiyorum		Ort±SD	CohenK appa Uyum K
		True		False		Don't Know			
		n	%	n	%	n	%		
Madde 1	Türkçe-1	6	17,1	27	77,1	2	5,7	1,89±0,47	0,501*
	İngilizce-1	11	31,4	22	62,9	2	5,7	1,74±0,56	
Madde 2	Türkçe-2	11	31,4	9	25,7	15	42,9	2,11±0,87	0,489*
	İngilizce-2	14	40,0	11	31,4	10	28,6	1,89±0,83	
Madde 3	Türkçe-3	28	80,0	2	5,7	5	14,3	1,34±0,73	0,401*
	İngilizce-3	19	54,3	10	28,6	6	17,1	1,63±0,77	
Madde 4	Türkçe-4	14	40,0	8	22,9	13	37,1	1,97±0,89	0,183*
	İngilizce-4	24	68,6	5	14,3	6	17,1	1,49±0,78	
Madde 5	Türkçe-5	6	25,7	27	65,7	2	8,6	1,89±0,47	0,421*
	İngilizce-5	9	45,7	23	28,6	3	25,7	1,83±0,57	
Madde 6	Türkçe-6	16	45,7	10	28,6	9	25,7	1,80±0,83	0,506*
	İngilizce-6	17	48,6	12	34,3	6	17,1	1,69±0,76	
Madde 7	Türkçe-7	12	34,3	2	5,7	21	60,0	2,26±0,95	0,436*
	İngilizce-7	13	37,1	4	11,4	18	51,4	2,14±0,94	
Madde 8	Türkçe-8	8	22,9	13	37,1	14	40,0	2,17±0,79	0,608*
	İngilizce-8	9	25,7	14	40,0	12	34,3	2,09±0,78	
Madde 9	Türkçe-9	15	42,9	14	40,0	6	17,1	1,74±0,74	0,545*
	İngilizce-9	13	37,1	16	45,7	6	17,1	1,80±0,72	
Madde 10	Türkçe-10	17	48,6	8	22,9	10	28,6	1,80±0,87	0,467*
	İngilizce-10	15	42,9	9	25,7	11	31,4	1,89±0,87	
Madde 11	Türkçe-11	12	34,3	21	60,0	2	5,7	1,71±0,57	0,737*
	İngilizce-11	11	31,4	20	57,1	4	11,4	1,80±0,63	
Madde 12	Türkçe-12	14	40,0	10	28,6	11	31,4	1,91±0,85	0,428*
	İngilizce-12	18	51,4	10	28,6	7	20,0	1,69±0,80	
Madde 13	Türkçe-13	12	34,3	15	42,9	8	22,9	1,89±0,76	0,605*
	İngilizce-13	14	40,0	13	37,1	8	22,9	1,83±0,79	
Madde 14	Türkçe-14	8	22,9	9	25,7	18	51,4	2,29±0,83	0,399*
	İngilizce-14	13	37,1	10	28,6	12	34,3	1,97±0,86	
Madde 15	Türkçe-15	20	57,1	6	17,1	9	25,7	1,69±0,87	0,494*
	İngilizce-15	22	62,9	8	22,9	5	14,3	1,51±0,74	

Tablo 6.3.2: Devamı

Madde	Türkçe-16	11	31,4	3	8,6	21	60,0	2,29±0,93	0,703*
16	İngilizce-16	11	31,4	6	17,1	18	51,4	2,20±0,90	
Madde	Türkçe-17	15	42,9	1	2,9	19	54,3	2,11±0,99	0,551*
17	İngilizce-17	13	37,1	5	14,3	17	48,6	2,11±0,93	
Madde	Türkçe-18	33	94,3	0	0,0	2	5,7	1,11±0,47	0,653*
18	İngilizce-18	34	97,1	0	0,0	1	2,9	1,06±0,34	
Madde	Türkçe-19	18	51,4	9	25,7	8	22,9	1,71±0,83	0,680*
19	İngilizce-19	17	48,6	9	25,7	9	25,7	1,77±0,84	
Madde	Türkçe-20	11	31,4	12	34,3	12	34,3	2,03±0,82	0,614*
20	İngilizce-20	11	31,4	17	48,6	7	20,0	1,89±0,72	
Madde	Türkçe-21	19	54,3	7	20,0	9	25,7	1,71±0,86	0,506*
21	İngilizce-21	15	42,8	10	28,6	10	28,6	1,86±0,85	
Madde	Türkçe-22	18	51,4	7	20,0	10	28,6	1,77±0,88	0,481*
22	İngilizce-22	20	57,1	9	25,7	6	17,1	1,60±0,77	
Madde	Türkçe-23	16	45,7	11	31,4	8	22,9	1,77±0,81	0,506*
23	İngilizce-23	18	51,4	7	20,0	10	28,6	1,77±0,88	
Madde	Türkçe-24	7	20,0	11	31,4	17	48,6	2,29±0,79	0,516*
24	İngilizce-24	10	28,6	11	31,4	14	40,0	2,11±0,83	
Madde	Türkçe-25	17	48,6	8	22,9	10	28,6	1,80±0,87	0,515*
25	İngilizce-25	14	40,0	8	22,9	13	37,1	1,97±0,89	
Madde	Türkçe-26	15	42,9	6	17,1	14	40,0	1,97±0,92	0,506*
26	İngilizce-26	12	34,3	7	20,0	16	45,7	2,11±0,90	
Madde	Türkçe-27	12	34,3	15	42,9	8	22,9	1,89±0,76	0,608*
27	İngilizce-27	16	45,7	11	31,4	8	22,9	1,77±0,81	

* $p > 0,05$

Tablo 6.3.2 incelendiğinde; İBDÖ'nin Türkçe ve İngilizce formlardaki, madde 1 için; 0,501, madde 2 için; 0,489, madde 3 için; 0,401, madde 5 için; 0,421; madde 6 için; 0,506, madde 7 için; 0,436, madde 8 için; 0,608, madde 9 için; 0,545, madde 10 için; 0,467, madde 12 için; 0,428, madde 14 için; 0,399, madde 15 için; 0,494, madde 17 için; 0,551; madde 20 için; 0,614, madde 21 için; 0,506, madde 22 için; 0,481, madde 23 için; 0,506, madde 24 için; 0,516, madde 25 için 0,515 ve madde 26 için 0,506 orta (moderate) düzeyde uyum görüldüğü saptandı.

Madde 11 için; 0,737 ve madde 13 için; 0,605, madde 16 için; 0,703, madde 18 için; 0,653, madde 19 için; 0,680 ve madde 27 için; 0,608 iyi (good) düzeyde uyum görüldüğü saptandı. Madde 4 için 0,183 düzeyinde önemsiz uyum (poor) saptanmış olup,

bu maddenin çevirisinin yeniden gözden geçirilip tekrar düzenlenmesi uygun görüldü. Ayrıca, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi (İBDÖ)'nin Türkçe ve İngilizce maddeleri arasındaki uyum Spearman's Momentler Çarpımı Korelasyonu (r_s) ile değerlendirildi. Sonuçlar Tablo 6.3.3'te gösterilmektedir.

Tablo 6.3.3: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçeği Maddeleri Arasındaki Spearman Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısının Değerlendirilmesi (n=35)

	r_s	p
Türkçe-1 & İngilizce-1	0,44	0,008**
Türkçe-2 & İngilizce-2	0,41	0,014*
Türkçe-3 & İngilizce-3	0,50	0,002**
Türkçe-4 & İngilizce-4	0,06	0,696
Türkçe-5 & İngilizce-5	0,36	0,030*
Türkçe-6 & İngilizce-6	0,56	0,001**
Türkçe-7 & İngilizce-7	0,46	0,005**
Türkçe-8 & İngilizce-8	0,64	0,001**
Türkçe-9 & İngilizce-9	0,41	0,013*
Türkçe-10 & İngilizce-10	0,37	0,029*
Türkçe-11 & İngilizce-11	0,62	0,001**
Türkçe-12 & İngilizce-12	0,31	0,062
Türkçe-13 & İngilizce-13	0,56	0,001**
Türkçe-14 & İngilizce-14	-0,03	0,846
Türkçe-15 & İngilizce-15	0,35	0,038*
Türkçe-16 & İngilizce-16	0,73	0,001**
Türkçe-17 & İngilizce-17	0,61	0,001**
Türkçe-18 & İngilizce-18	0,69	0,001**
Türkçe-19 & İngilizce-19	0,70	0,001**
Türkçe-20 & İngilizce-20	0,65	0,001**
Türkçe-21 & İngilizce-21	0,31	0,062
Türkçe-22 & İngilizce-22	0,72	0,001**
Türkçe-23 & İngilizce-23	0,61	0,001**
Türkçe-24 & İngilizce-24	0,57	0,001**
Türkçe-25 & İngilizce-25	0,40	0,015*
Türkçe-26 & İngilizce-26	0,59	0,001**
Türkçe-27 & İngilizce-27	0,59	0,001**

r_s =Spearman's Korelasyon Katsayısı

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Çalışmaya katılan öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26 ve 27. maddelerinden aldıkları puanlar ile İngilizce ölçekteki [Literacy of Suicide Scale (LOSS)] yine aynı maddelerden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (örneğin; Türkçe ölçeğin 1. maddesinin değeri arttıkça İngilizce ölçeğin 1. maddesinin puanı da artan) ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$).

Çalışmaya katılan öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) 4, 12, 14 ve 21. maddelerinden aldıkları puanlar ile İngilizce ölçekteki [Literacy of Suicide Scale (LOSS)] yine aynı maddelerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Bu sonuç da bize Cohen Kappa uyum oranları ile aynı sonucu doğurmuş olup ilgili maddelerin çevirilerinin yeniden gözden geçirilmesi önerildi ve öneriler doğrultusunda değişiklikler yapıldı.

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analiziyle değerlendirildi (Tablo 6.3.4).

Tablo 6.3.4: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve Literacy of Suicide Scale (LOSS) Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (n=35)

	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (Literacy of Suicide Scale (LOSS))		r	p
	Min – Maks	Ort±SD		
Belirtiler	0 – 5	1,80±1,30	0,554	0,003**
Signs	0 – 5	2,14±1,26		
Risk Faktörleri	1 – 6	3,20±1,43	0,753	0,001**
Risk Factors	1 – 6	3,20±1,49		
Nedenler/Tetikleyiciler	1 – 7	3,46±1,77	0,795	0,001**
Causes/Triggers	0 – 7	3,49±1,74		
Tedavi/ Önlemler	0 – 4	2,77±0,97	0,535	0,002**
Treatment/Prevention	0 – 4	2,20±0,99		
Türkçe Toplam Ölçek	6 – 19	11,23±2,86	0,717	0,001**
İngilizce Toplam	4 – 18	11,03±3,14		

r= Pearson Korelasyon Katsayısı

***p<0,01*

Çalışmaya katılan öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) “Belirtiler” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Literacy of Suicide Scale (LOSS) “Signs” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Türkçe ölçeğin “Belirtiler” alt boyut puanı arttıkça İngilizce ölçeğin “Signs” alt boyut puanı da artan) %55,4’lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**r=0,554; p=0,003**).

Çalışmaya katılan öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) “Risk Faktörleri” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Literacy of Suicide Scale (LOSS) “Risk Factors” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Türkçe ölçeğin “Risk Faktörleri” alt boyut puanı arttıkça İngilizce ölçeğin “Risk Factors” alt boyut puanı da artar) %75,3’lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**r=0,753; p=0,001**).

Çalışmaya katılan olguların İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Literacy of Suicide Scale (LOSS) “Causes/Triggers” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Türkçe ölçeğin “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyut puanı arttıkça İngilizce ölçeğin

“Causes/Triggers” alt boyut puanı da artar) %79,5’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,795$; $p=0,001$).

Çalışmaya katılan olguların İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) “Tedavi/Önlemler” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Literacy of Suicide Scale (LOSS) “Treatment/Prevention” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü (Türkçe ölçeğin “Tedavi/Önlemler” alt boyut puanı arttıkça İngilizce ölçeğin “Treatment/Prevention” alt boyut puanı da artar) %53,5’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,535$; $p=0,002$).

Çalışmaya katılan olguların İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nden aldıkları toplam puanlar ile Literacy of Suicide Scale (LOSS) ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında pozitif yönlü (Türkçe ölçeğin toplam puanı arttıkça İngilizce ölçeğin toplam puanı da artar) %71,7’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,717$; $p=0,001$).

2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulgular: Kapsam geçerliği için uzmanların İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) maddelerine verdikleri en düşük ve en yüksek puan, ortalama, standart sapmaları ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) değerleri hesaplandı. Sonuçlar Tablo 6.3.5’te sunulmaktadır.

Tablo 6.3.5: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddeleri İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi (N= 14)

Ölçek Alt boyutları ve Maddeleri	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	$\bar{x}$	ss	KGİ*
1. Belirtiler Alt Boyutu					
7. İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.	2	4	3,57	0,75	0,8
8. <i>İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikir değiştirebilirler.</i>	2	4	3,64	0,63	0,90
12. İntihara teşebbüs eden her insan bu girişimlerini önceden planlamaz	2	4	3,14	0,86	0,70
19. <i>İntihar eden çoğu insan gelecek planları yapmaz</i>	3	4	3,71	0,46	1,00
22. Eğer birine doğrudan “intihar etmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihar girişiminde bulunmasına yol açabilir.	2	4	3,21	0,97	0,60
24. <i>Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır</i>	2	4	3,42	0,75	0,80
2. Risk Faktörleri Alt Boyutu					
4. İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır.	2	4	3,35	0,74	0,80
6. <i>Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.</i>	3	4	3,78	0,42	1,00
10. Geçmişte intihara teşebbüs etmiş bir kişinin buna hiç teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihara teşebbüs etme olasılığı daha yüksektir.	1	4	3,71	0,61	0,90
15. <i>Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.</i>	3	4	3,78	0,42	1,00
16. İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır.	3	4	3,78	0,52	1,00
17. <i>Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlardan daha yüksektir.</i>	4	4	4,00	0,00	1,00
18. İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.	2	4	3,57	0,64	0,90
3. Nedenler/Tetikleyiciler Alt Boyutu					
2. <i>Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.</i>	2	4	3,57	0,51	1,00

Tablo 6.3.5: Devamı

9. İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır.	2	4	3,71	0,61	0,90
11. İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihara teşebbüs etmeye teşvik edecektir.	2	4	3,57	0,64	0,90
14. Çok az insanın intihar düşüncesi vardır	2	4	3,71	0,61	0,90
20. Eğer birine doğrudan “kendini öldürmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihar girişiminde bulunmasına yol açabilir	1	4	3,64	0,84	0,90
21. İntihara meyilli bir kişi her zaman intiharameyillidir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.	2	4	3,42	0,85	0,70
23. İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.	2	4	3,21	0,69	0,80
25. İntihara yol açan dürtü ve sebepler halihazırda bilinmektedir.	2	4	3,28	0,91	0,70
26. İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramazlar.	3	4	3,71	0,46	1,00
27. İntihara teşebbüs edenler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.	2	4	3,78	0,57	0,90
4. Tedavi/Önlem Alt Boyutu					
1. Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiçbir şey yapılamaz.	2	4	3,64	0,63	0,90
3. Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.	2	4	3,64	0,63	0,90
5. İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir.	3	4	3,85	0,36	1,00
13. İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.	3	4	3,64	0,49	1,00

***Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI):** Her bir madde için madde tamamen uygun ve madde oldukça uygun yanıtı veren uzman sayısı/toplam uzman sayısı

Ölçek maddelerine ilişkin uzmanların verdiği puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde 3,14 ile “Belirtiler” alt boyunda yer alan 12. maddedir. En yüksek ortalamaya sahip madde ise 4,00 ile “Risk Faktörleri” alt boyutunda yer alan 17. maddedir. Çalışmanın başlangıcında uzman görüşlerinin

değerlendirilmesinde en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan 3'ün altında puan alan bir madde olmadığı belirlendi.

Tablo 6.3.6: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Uzman Görüşüne Göre Hesaplanan Madde Kapsam Geçerlik İndeksleri (KGİ) (n=14)

Madde No:	Madde Uygun Değil	Madde kısmen uygun/düzeltilme gerekir	Madde oldukça uygun/hafifçe gözden geçirilmeli	Madde Tamamen Uygun	Uzman Sayısı	KGİ*
1	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
2	0	0	6	8	14	14/14= 1
3	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
4	0	2	5	7	14	12/14= 0,8
5	0	0	3	11	14	14/14= 1
6	0	0	3	11	14	14/14= 1
7	0	2	2	10	14	12/14= 0,8
8	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
9	0	1	2	11	14	13/14= 0,9
10	1	0	1	12	14	13/14= 0,9
11	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
12	0	4	4	6	14	10/14= 0,7
13	0	0	5	9	14	14/14= 1
14	0	1	2	11	14	13/14= 0,9
15	0	0	3	11	14	14/14= 1
16	0	0	3	11	14	14/14= 1
17	0	0	0	14	14	14/14= 1
18	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
19	0	0	4	10	14	14/14= 1
20	1	0	2	11	14	13/14= 0,9
21	0	3	2	9	14	11/14= 0,7
22	1	5	1	8	14	9/14 = 0,6
23	0	2	7	5	14	12/14= 0,8
24	0	2	4	8	14	12/14= 0,8
25	0	4	2	8	14	10/14= 0,7
26	0	0	4	10	14	14/14= 1
27	0	1	1	12	14	13/14= 0,9

***Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ):** Bir madde için madde tamamen uygun ve madde oldukça uygun yanıtı veren uzman sayısı/ toplam uzman sayısı

Ayrıca her bir madde için ayrı ayrı Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplandı. Sonuçlar Tablo 6.3.6'da sunulmaktadır. Ölçekte yer alan maddelerin büyük çoğunluğu KGİ 0,80-1,00 arasında değişmektedir. 12, 21, 22 ve 25 nolu maddelerin KGİ puanları 0,80'nin altında yer aldığından dolayı söz konusu maddeler uzmanlardan alınan geri bildirimler

doğrultusunda tekrar gözden geçirilerek diğer analizlerde (ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik analizleri) sorunun çözülüp çözülmediği irdelendi.

3. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Uygulanabilirlik ve Anlaşılabilirlik Analizlerine İlişkin Bulgular: Örneklem grubuna dahil edilmeyen 30 kişilik öğrenci grubu ile gerçekleştirilen pilot uygulama sonucunda; öğrencilerin İBDÖ’nde yer alan 27 madde için “anladım” “1” ve “anlamadım” “0” değerlendirmelerine ait frekans dağılımı ve indeks değerleri Tablo 6.3.7’de gösterilmektedir. Bu değerlendirmede en düşük değer 0,80 baraj olarak kabul edildi. Bu çalışmada tüm değerlerin 0,80 ve daha yüksek değerleri gösterdiği saptandı.

Tablo 6.3.7: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri için Hesaplanan Frekans ve Uyum İndeks Değerleri (n= 30)

Ölçek Madde No	Anladım f	Anlamadım f	İndeks	Madde No	Anladım f	Anlam adım f	İndeks
1	24	6	0,80	16	29	1	0,97
2	30	0	1,00	17	29	2	0,97
3	30	0	1,00	18	28	0	0,93
4	24	6	0,80	19	30	1	1,00
5	28	2	0,93	20	29	0	0,97
6	29	1	0,97	21	30	3	1,00
7	29	1	0,97	22	27	1	0,90
8	27	3	0,90	23	29	1	0,97
9	29	1	0,97	24	29	3	0,97
10	29	1	0,97	25	27	1	0,90
11	30	0	1,00	26	29	1	0,97
12	28	2	0,93	27	29	1	0,97
13	28	2	0,93				
14	30	0	1,00				
15	30	0	1,00				

Materyal ve Yöntem bölümünde açıklandığı üzere, ölçeğin tüm maddelerinin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirlik düzeyleri için Sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplandı. Sonrasında gerçekleştirilen F testi ile elde edilen sonuçlar Tablo 6.3.8’de sunulmaktadır.

Tablo 6.3.8: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri İçin Hesaplanan Intraclass (Sınıf içi) Korelasyon Katsayısı (N=30)

İntraclass (Sınıf içi) korelasyon katsayısı		F Testi			
		F	df1	df2	p
Değer	0,87	7,921	29	551	0,000***

 $p < 0,001$

İBDÖ için hesaplanan değeri Sınıf içi korelasyon katsayısı 0,87 olarak bulundu (**F=7,921, p<0,001**). Elde edilen bu sonuca göre İBDÖ maddelerinin anlaşılabilirlik düzeyinin “iyi” kategorisinde yer aldığı dikkat çekmektedir. Bu değere göre maddelerin tümünün katılımcılar tarafından anlaşılır kabul edildiği ve ölçekte yer alabileceği sonucuna varıldı.

4. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Madde Tepki Kuramı Temelli Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular: İBDÖ’ne ait veriler “doğru” (1), “yanlış” (0) olacak şekilde iki kategorilidir. Veri setine ilişkin betimsel istatistikler aşağıdaki gibidir.

a. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Betimsel Analizlerine İlişkin Bulgular: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler “DOĞRU”, “YANLIŞ” ve “BİLMİYORUM” olarak yanıtlanmaktadır. Ölçekteki “1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 25 ve 27” nolumaddeleri “YANLIŞ”, “3, 6, 10, 12, 15, 17, 18, 22, 24 ve 26” nolu maddeleri “DOĞRU” olarak işaretleyenler 1 puan almaktadır. Sonuç olarak her bir öğrenci ölçekten en az 0, en fazla 27 puan alabilmektedir.

Çalışma sonucunda elde edilen verilere göre İBDÖ’nden alınan puanlar 0 ile 23 arasında değişmekte olup ortalama puan $9,96 \pm 3,48$ olarak bulundu (Tablo 6.3.9).

Tablo 6.3.9: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Toplam Puana Dayalı Tanımlayıcı İstatistikleri (27 Madde)

Toplam Puan (İBDÖ)	Veri seti
Kişi sayısı	1100
Madde	27
Ortalama	9,96
Standart sapma	3,48
Minimum	0
Maksimum	23

İBDÖ’nin alt boyutlarında yer alan madde puan bilgileri incelendiğinde; “Belirtiler” alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır ve doğru yanıt ortalama %22,91’dir.

Ölçeğin “Risk Faktörleri” alt boyutu 7 maddeden oluşmaktadır ve doğru yanıt ortalama %45,09’dir.

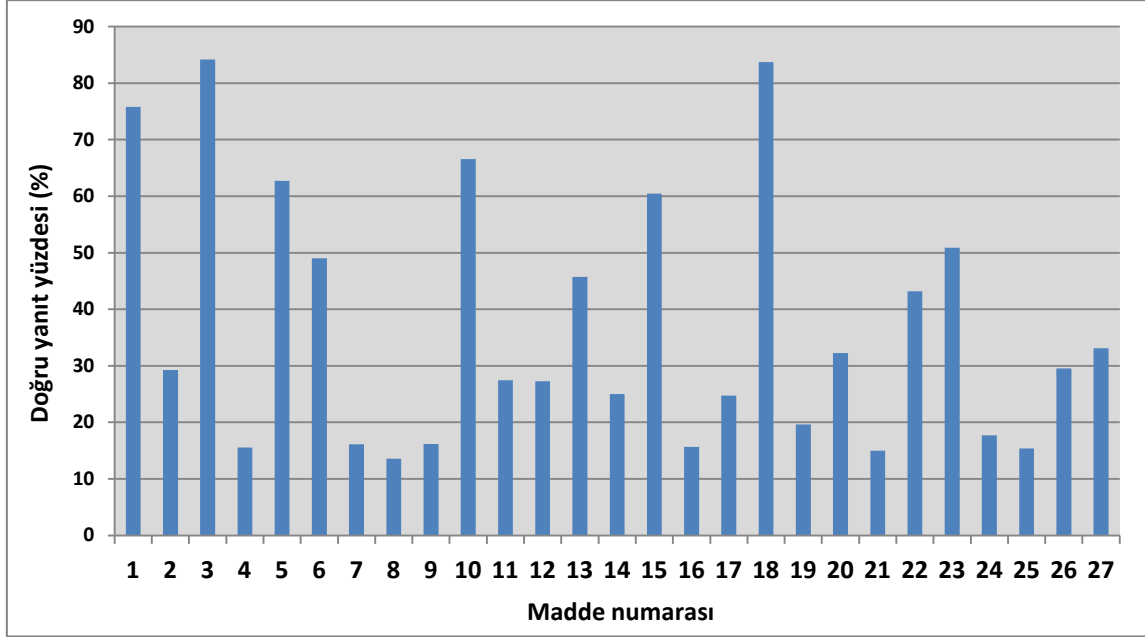
Ölçeğin “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu 10 maddeden oluşmaktadır ve doğru yanıt ortalama %27,41’dir.

Ölçeğin “Tedavi/Önlem” alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır ve doğru yanıt ortalama %67,11’dir (Tablo 6.3.10).

Tablo 6.3.10: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Alt Boyut Maddeleri ve Puan Bilgileri

Alt boyut	Madde sayısı	Maddeler	Doğru yanıt	
			%	Standart sapma
Belirtiler	6	7, 8, 12, 19, 22, 24	22,91	10,97
Risk Faktörleri	7	4, 6, 10, 15, 16, 17, 18	45,09	26,96
Nedenler/Tetikleyiciler	10	2, 9, 11, 14, 20, 21, 23, 25, 26, 27	27,41	10,79
Tedavi/Önlem	4	1, 3, 5, 13	67,11	16,77
Toplam	27	1-27	36,88	22,40

Ölçekte en çok doğru yanıtlanan maddenin %84,2 oranı ile 3. madde olduğu, bunu %83,7 oranı ile 18'inci, %75,8 doğru yanıtlama oranı ile 1. maddenin izlediği saptandı. Doğru yanıt oranı en düşük maddelerin ise sırasıyla; %13,5 oranı ile 8. madde, %15,0 oranı ile 21. madde ve %15,4 oranı ile 25.inci madde olduğu saptandı. Maddelerin doğru yanıt yüzdelerinin dağılımı Grafik 6.3.1'de gösterilmektedir.



Grafik 6.3.1: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Doğru Yanıt Yüzdelerinin Dağılımı

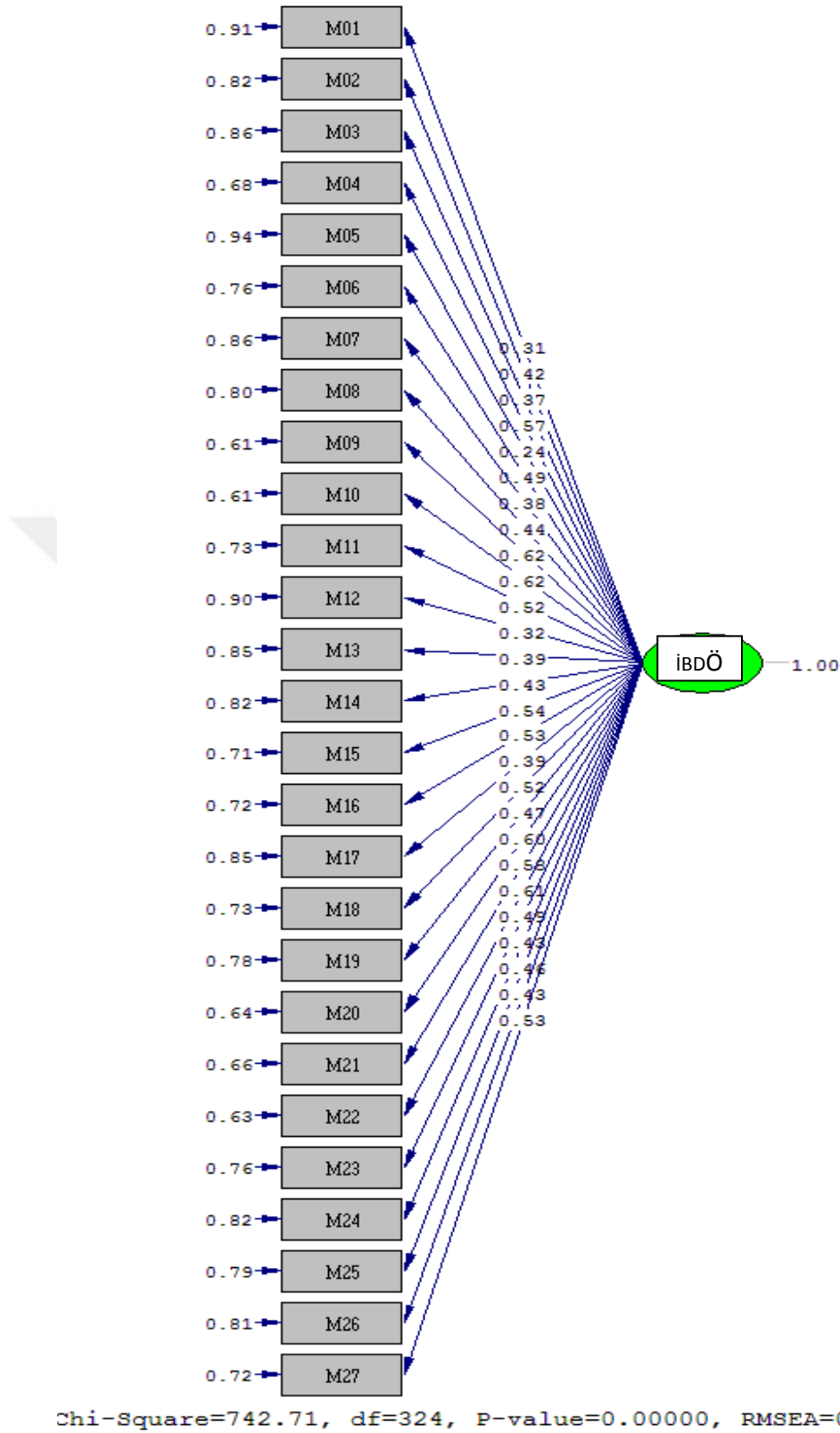
b. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Tek Boyutluluk Varsayımını Karşıladığına İlişkin Bulgular: Ölçek maddeleri analiz öncesi “doğru ve “yanlış” olarak iki kategoriye ayrılmaktadır. Yani, İBDÖ öğrencilerin verdikleri yanıtların cevap anahtarındaki yanıtlar ile karşılaştırılarak doğru ise 1 puan, yanlış ise 0 puan olacak şekilde iki kategorili olarak puanlanan maddelerden oluşmaktadır. Maddelerin iki kategorili olarak puanlanmasından dolayı İBDÖ'nin madde parametrelerinin kestirilmesi için iki kategorili puanlanan maddeler için geliştirilen MTK modeli kullanıldı.

İki kategorili maddeler için literatürde yaygın olarak 1-Parametrelili Lojistik Model (1PLM), 2-Parametrelili Lojistik Model (2PLM) ve 3-Parametrelili Lojistik Model (3PLM) MTK modelleri kullanılmaktadır. Bu modellerin ortak özelliklerinden biri ise tek boyutluluk varsayımı karşılanması durumunda kullanılmasıdır. Dolayısıyla MTK madde

parametrelerinin kestirilmesinden önce tek boyutluluk varsayımının karşılanıp karşılanmadığı incelendi. Tek boyutluluk, testle sadece bir yeteneğin ölçülmesidir. Bu varsayımın tam olarak karşılanmasının güç olmasına karşılık, karşılanması için test performansını etkileyen baskın bir faktörün olması yeterlidir. Tek boyutluluğun test edilmesi için faktör analizi yapılması önerilmektedir (249).

Araştırma kapsamında 27 maddeden oluşan İBDÖ'nin tek boyutluluk varsayımını karşılayıp karşılamadığının belirlenmesi için LISREL 8.80 programında Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapıldı. DFA sonuçlarına göre model-veri uyumu CFI, GFI, RMSEA ve NNFI değerleri kullanılarak değerlendirildi. DFA analizi sonucunda elde edilen tek boyutlu model Şekil 6.3.1'de gösterilmektedir.





Şekil 6.3.1: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

Şekil 6.3.1 incelendiğinde modelin genel uyum iyiliğini değerlendirilmesi için kullanılan oranı (ki-karenin serbestlik derecesine bölümünü ifade eder) 2,29 bulundu. Elde edilen değerinin 3'den küçük ve 2'e yakın bir değer olması modelin genel uyumunun çok iyi olduğunu göstermektedir (265).

Bununla birlikte, modelin uyum iyiliğini gösteren bir diğer önemli uyum indeksi olan RMSEA değerinin 0,05 olması da modelin genel uyumunun çok iyi olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada modelin uyum iyiliğini gösteren diğer önemli uyum indekslerinden olan GFI, NNFI ve CFI değerleri incelendiğinde; GFI değeri 0,94, NNFI değeri 0,95 ve CFI değeri 0,96 olarak hesaplandı. Elde edilen GFI, NNFI ve CFI uyum iyiliği indekslerinin 0,95 veya üzerinde olması modelin genel uyumunun mükemmel olduğunu göstermektedir.

Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, İBDÖ'nin tek boyutlu model ile çok iyi uyuma sahip olduğu, dolayısıyla tek boyutluluk varsayımını karşıladığı görülmektedir. Daha sonra model uyum analizlerine geçildi.

c. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Lojistik Modellere Uygunluğunun İncelenmesi: İBDÖ'nin tek boyutlu MTK modellerinden hangisi ile daha iyi uyum gösterdiğinin belirlenmesi ve model seçimi için Bilog MG programı kullanılarak model-veri uyumu incelendi. Ölçeğin uyumlu olduğu lojistik modeli belirlemek üzere veri seti 1, 2 ve 3 parametrelili lojistik modellere göre analiz edildi.

İBDÖ'nin model-veri uyumunun incelenmesi iki aşamada gerçekleştirildi. İlk olarak 1PLM, 2PLM ve 3PLM için $-2\log \chi$ değerleri hesaplandı ve veri setinin hangi model ile daha iyi uyum gösterdiği incelendi (Tablo 6.3.11).

Tablo 6.3.11: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Madde Tepki Kuramına Göre Model-Veri Uyumu $-2\log \chi$ Değerleri

	1PLM (Bir Parametrelili Lojistik Model)	2PLM (İki Parametrelili Lojistik Model)	3PLM (Üç Parametrelili Lojistik Model)
$-2\log \chi$	37301,2145	35295,0732	48365,1220

Hangi modelin daha uyumlu olduğunu saptayabilmek için üç ayrı model sonucunda elde edilen -2Log Likelihood (-2LL) değerlerinin farkları ki-kare testi ile sınılandı. Maksimum likelihood kestiriminde negatif likelihood (-2LL) değeri verinin modelden uzaklaşma derecesini göstermektedir. Bu nedenle düşük -2LL değerine sahip lojistik model tercih edilmektedir (246). Tablo 6.3.11’de yer alan -2LL değerlerinin farkları 27 serbestlik derecesi ve 0,05 önem derecesinde ki-kare tablosu ile karşılaştırıldı.

Tablo 6.3.11 incelendiğinde araştırma grubunda yer alan 1100 öğrencinin İBDÖ maddelerine vermiş oldukları tepkilerden oluşan veri setinin en iyi uyum gösterdiği modelin 2PLM model olduğu görüldü.

Ancak MTK’da tüm maddelere karşılık gelen model uyumunun yanında her bir maddenin model ile uyumuna da odaklanılmaktadır (266). Bu incelemeden sonra her bir madde için madde-model uyumu incelenerek model-veri uyumu değerlendirildi. Madde-model uyum iyiliğinin değerlendirilmesinde 0,05 anlamlılık düzeyi benimsendi. 1PLM, 2PLM ve 3PLM için madde-model uyum iyiliği değerleri Tablo 6.3.12’de gösterilmektedir.

Tablo 6.3.12. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Madde-Model Uyumu Değerleri

1PLM			2PLM			3PLM		
Ki-Kare	sd	p	Ki-Kare	Sd	p	Ki-Kare	sd	p
6,00	9	0,737	5,4	9	0,799	26,8	7	0,000*
8,70	7	0,272	10,7	7	0,153	38,3	8	0,000*
18,30	9	0,032*	22,1	9	0,009*	79,5	7	0,000*
1,90	7	0,967	2,4	8	0,965	162,1	8	0,000*
9,30	9	0,414	8,8	9	0,458	17,2	8	0,028*
4,80	9	0,854	15,7	9	0,073	110,9	7	0,000*
4,50	7	0,721	3,2	7	0,871	144,8	9	0,000*
21,10	8	0,007*	14,3	8	0,074	263,6	7	0,000**
39,90	7	0,000*	19,1	7	0,008*	158,6	8	0,000*
21,50	8	0,006*	16	8	0,053	88,3	7	0,000*
4,60	8	0,799	6,4	9	0,704	39,9	9	0,000*
5,40	8	0,719	10,9	8	0,207	47,5	9	0,000*
8,40	7	0,296	18,1	8	0,021*	92,3	8	0,000*
18,60	8	0,017*	10,3	8	0,244	52,7	8	0,000*
17,10	9	0,048*	7,1	8	0,521	41,4	7	0,000*
14,10	7	0,050*	10,9	7	0,143	177,8	9	0,000*
19,10	7	0,008*	12,9	7	0,075	145,9	8	0,000*
34,70	9	0,000*	21,2	8	0,007*	115,3	4	0,000*
6,60	8	0,583	3,3	8	0,918	104,8	9	0,000*
16,90	8	0,032*	22,5	8	0,004*	7,7	8	0,462
30,10	7	0,000*	12,6	8	0,082	170,5	8	0,000*
18,30	9	0,032*	12,6	9	0,180	359,8	7	0,000*
49,00	8	0,000*	34,3	8	0,000*	28,5	8	0,000*
6,90	8	0,550	6,5	8	0,592	163,4	8	0,000*
7,70	7	0,364	9,6	7	0,210	148,1	9	0,000*
10,90	7	0,143	7	7	0,426	49,7	8	0,000*
22,70	7	0,002*	20,8	8	0,008*	30	8	0,000*
Uyumlu Madde Sayısı	1PLM		2PLM		3PLM			
	13		20		1		1	
	Madde		Madde		Madde		Madde	

* $p < 0,05$

Tablo 6.3.12 incelendiğinde 1PLM model ile 13 maddenin, 2PLM model ile 20 maddenin, 3PLM model ile 1 maddenin uyumlu olduğu görülmektedir. Buna göre İBDÖ maddelerinin en iyi uyum gösterdiği modelin 2PL model olduğu görüldü. Hem model-veri uyumu hem de madde-model uyumu incelendiğinde İBDÖ'nin madde parametrelerinin kestirilmesi için en uygun MTK modelinin 2PL model olduğuna karar verildi.

d. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin MTK'na Dayalı Olarak Kestirilen Madde Parametreleri: İBDÖ'nin geçerliğinin incelenmesi için en iyi model-veri uyumu sağlanan 2PL MTK modeli temelinde Madde Ayırt edicilik (a) ve Madde güçlüğü (b) parametreleri kestirildi. Bir maddenin ayırtıcılığı, ilgili maddenin ölçülmeye çalışan konu bakımından kişileri ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanmakta iken, maddenin güçlüğü ilgili maddenin zorluk düzeyini (doğru yanıt verme) göstermektedir. İBDÖ maddeleri için Bilog MG programı kullanılarak kestirilen madde parametreleri Tablo 6.3.13'de gösterilmektedir.

Tablo 6.3.13. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Maddelerinin Madde Tepki Kuramına Dayalı Madde Ayırt Edicilik (a) ve Madde Güçlük (b) Değerleri (n=1100)

Madde No	Maddeler	a	b
		(Madde Ayırt Edicilik)	(Madde Güçlük)
M01	Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiç bir şey yapılamaz.	0,377	-3,124
M02	Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.	0,832	1,216
M03	Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.	0,044	-38,300
M04	İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır.	0,838	2,281
M05	İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzman kişiler yardım edebilir.	0,611	-0,921
M06	Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.	0,018	2,285
M07	İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.	0,487	3,553
M08	İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar hızlıca fikir değiştirebilirler.	0,758	2,700
M09	İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır.	0,959	2,002
M10	Geçmişte intihara teşebbüs etmiş birinin hiç intihara teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihar teşebbüs etme olasılığı daha yüksektir.	0,234	-2,971
M11	İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihara teşebbüs etmeye teşvik edecektir.	0,528	1,954
M12	İntihara teşebbüs eden kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar.	0,317	3,162
M13	İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.	0,352	0,503

Tablo 6.3.13: Devamı

M14	Çok az insanın intihar ile ilgili düşünceleri vardır.	0,911	1,408
M15	Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.	0,308	-1,409
M16	İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır.	0,919	2,117
M17	Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlardan daha yüksektir.	0,565	2,105
M18	İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.	0,424	-4,005
M19	İntihar eden çoğu insan gelecek planları yapmaz.	0,723	2,151
M20	Eğer birine doğrudan “kendini öldürmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihara teşebbüs etmesine yol açabilir.	0,827	1,028
M21	İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.	1,165	1,835
M22	İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir.	0,424	0,677
M23	İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.	1,100	-0,033
M24	Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.	0,405	3,919
M25	İntihara yol açan dürtü ve sebepler daha öncesinden bilinmektedir.	0,762	2,484
M26	İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz.	0,417	2,169
M27	İntihara teşebbüs edenler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.	0,915	0,907

Tablo 6.3.13 incelendiğinde İBDÖ maddeleri için KTK'daki madde güçlüğüne karşılık gelen b-parametresinin (eşik) -38,300 ile 3,919 arasında değiştiği görüldü. Buna göre en kolay maddenin M03, en zor maddenin ise M24 olduğu görülmektedir. İBDÖ maddeleri için b-parametresinin oldukça geniş olması üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin geniş bir yetenek ranjında ölçülebilmesini sağlamıştır.

Klasik Test Kuramı'ndaki madde ayırt ediciliğine karşılık gelen a-parametresinin (eğim) ise 0,044 ile 1,165 arasında değiştiği görüldü. Buna göre, öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerini belirlemede ayırt ediciliği en yüksek madde M21 olurken, ayırt ediciliği en düşük maddenin ise M03 olduğu görüldü.



6.3.14. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Madde Tepki Kuramına Dayalı Parametreleri ile Doğru Cevap Sayısı ve Yüzdelерinin Dağılımı (n=1100)

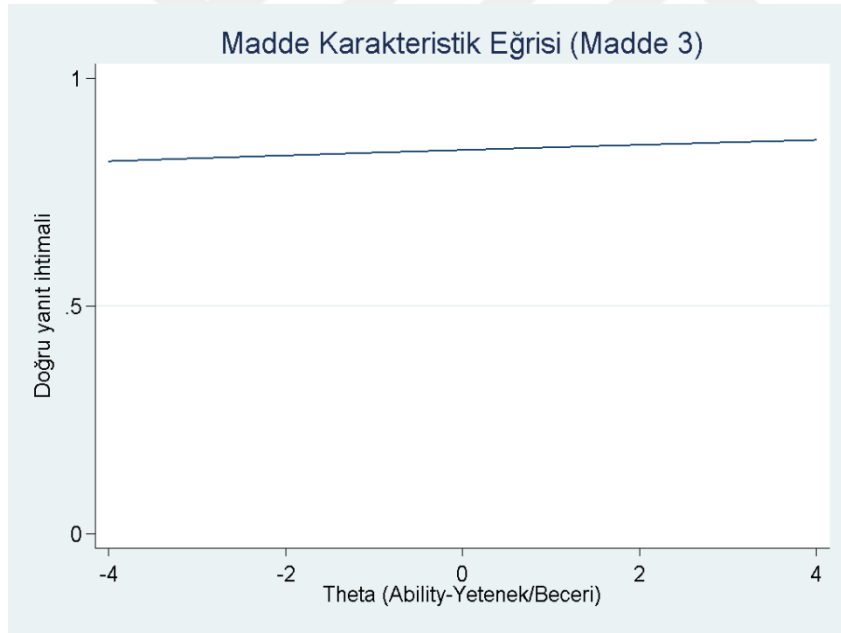
Madde	Alt boyut	Doğru cevap sayısı	Doğru cevap yüzdesi	Ayırıcılık	Sh	p	Güçlük	Standart hata (Sh)	p
1	Tedavi/Önlem	834	75,8	0,377	0,096	0,001	-3,124	0,776	0,001
2	Nedenler/ Tetikleyiciler	322	29,3	0,832	0,111	0,001	1,216	0,155	0,001
3	Tedavi/Önlem	926	84,2	0,044	0,116	0,708	-38,300	102,051	0,707
4	Risk faktörleri	171	15,5	0,838	0,136	0,001	2,281	0,313	0,001
5	Tedavi/Önlem	690	62,7	0,611	0,094	0,001	-0,921	0,166	0,001
6	Risk faktörleri	539	49,0	0,018	0,088	0,842	2,285	11,978	0,849
7	Belirtiler	177	16,1	0,487	0,114	0,001	3,553	0,780	0,001
8	Belirtiler	149	13,5	0,758	0,133	0,001	2,700	0,410	0,001
9	Nedenler/ Tetikleyiciler	178	16,2	0,959	0,139	0,001	2,002	0,237	0,001
10	Risk faktörleri	732	66,5	0,234	0,097	0,016	-2,971	1,233	0,016
11	Nedenler/ Tetikleyiciler	302	27,5	0,528	0,104	0,001	1,954	0,369	0,001
12	Belirtiler	300	27,3	0,317	0,092	0,001	3,162	0,902	0,001
13	Tedavi/Önlem	503	45,7	0,352	0,084	0,001	0,503	0,210	0,017
14	Nedenler/ Tetikleyiciler	275	25,0	0,911	0,121	0,001	1,408	0,165	0,001
15	Risk faktörleri	665	60,5	0,308	0,097	0,002	-1,409	0,474	0,003
16	Risk faktörleri	172	15,6	0,919	0,135	0,001	2,117	0,257	0,001
17	Risk faktörleri	272	24,7	0,565	0,109	0,001	2,105	0,380	0,001
18	Risk faktörleri	921	83,7	0,424	0,122	0,001	-4,005	1,095	0,001
19	Belirtiler	216	19,6	0,723	0,117	0,001	2,151	0,309	0,001
20	Nedenler/ Tetikleyiciler	355	32,3	0,827	0,112	0,001	1,028	0,139	0,001
21	Nedenler/ Tetikleyiciler	165	15,0	1,165	0,157	0,001	1,835	0,188	0,001
22	Belirtiler	475	43,2	0,424	0,097	0,001	0,677	0,206	0,001
23	Nedenler/ Tetikleyiciler	560	50,9	1,100	0,129	0,001	-0,033	0,068	0,629
24	Belirtiler	195	17,7	0,405	0,113	0,001	3,919	1,045	0,001
25	Nedenler/ Tetikleyiciler	169	15,4	0,762	0,126	0,001	2,484	0,357	0,001
26	Nedenler/ Tetikleyiciler	325	29,5	0,417	0,097	0,001	2,169	0,495	0,001
27	Nedenler/ Tetikleyiciler	364	33,1	0,915	0,114	0,001	0,907	0,117	0,001

Baker (2001) maddelerin ayırt edicilik parametre değerlerine göre çok düşük (0,01-0,34), düşük (0,35-0,64), orta (0,65-1,34), yüksek (1,35-1,69) ve çok yüksek (>1,70) ayırtıcılığa sahip maddeler olarak sınıflandırılabilceğini belirtmiştir (267).

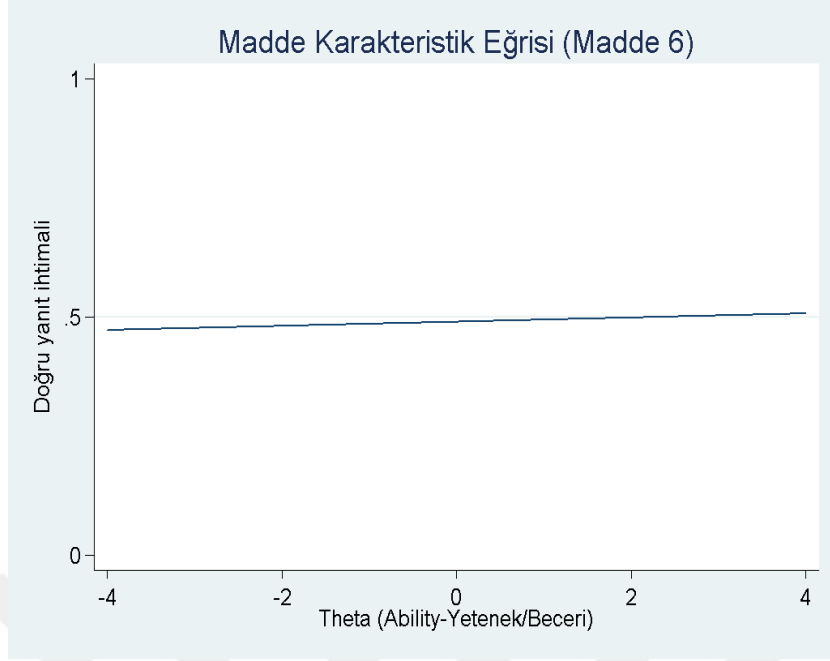
Tablo 6.3.14 incelendiğinde 3, 6, 10, 12, 15 numaralı maddeler çok düşük düzeyde ayırtıcılığa sahip iken, geriye kalan maddelerin orta, yüksek ve çok yüksek düzeyde ayırt ediciliğe sahip oldukları söylenebilir. Bu maddelerden 3 ve 6 numaralı maddelerin p değerlerinin de 0,05 düzeyinden yüksek olduğu gözlenmektedir.

Güçlük kestirimlerine ait değerlendirmelerde ise 3, 6 ve 23 numaralı maddelerin p değerlerinin 0,05 düzeyinden yüksek olduğu gözlenmektedir.

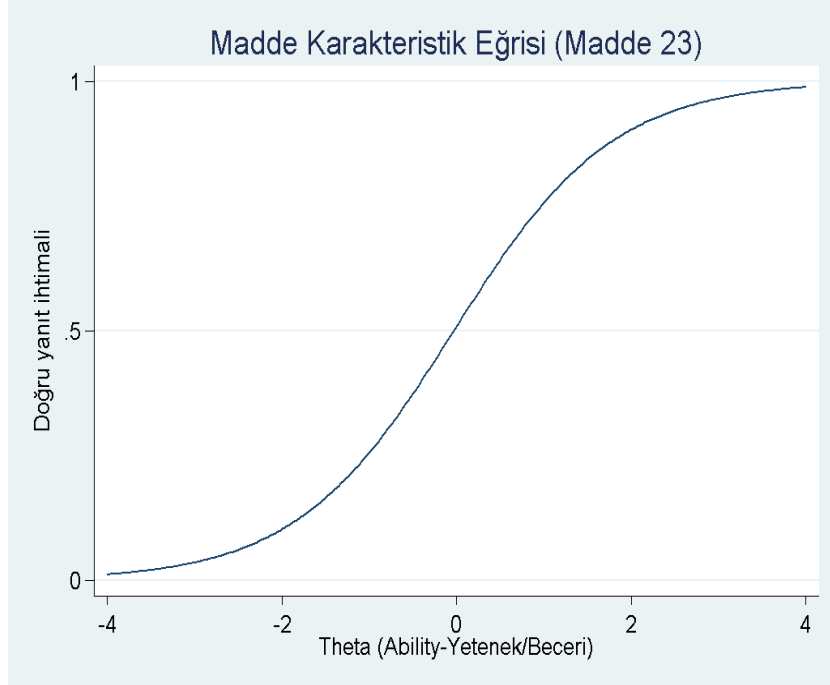
Maddelerin istatistiksel özelliklerine dair bilgi edinmenin bir diğer yolu madde karakteristik eğrilerini ve bilgi fonksiyon grafiklerini incelemektir. İlgili 3 maddenin (3, 6 ve 23) madde karakteristik eğrileri aşağıda verilmektedir (Şekil 6.3.2, Şekil 6.3.3, Şekil 6.3.4).



Şekil 6.3.2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nde Yer Alan Madde 3’e Ait Madde Karakteristik Eğrisi



Şekil 6.3.3: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nde Yer Alan Madde 6’ya Ait Madde Karakteristik Eğrisi

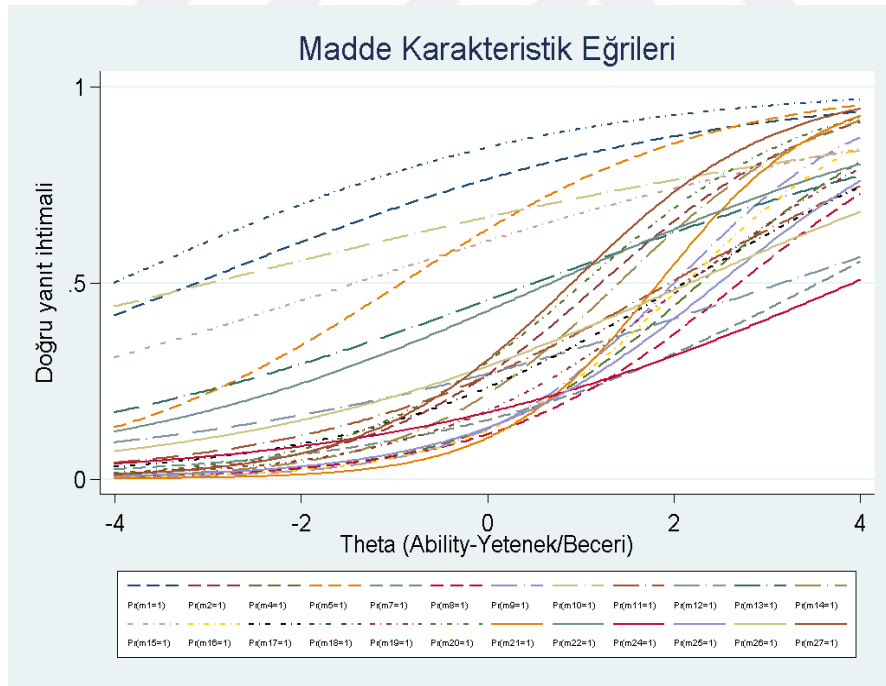


Şekil 6.3.4: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nde Yer Alan Madde 23’e Ait Madde Karakteristik Eğrisi

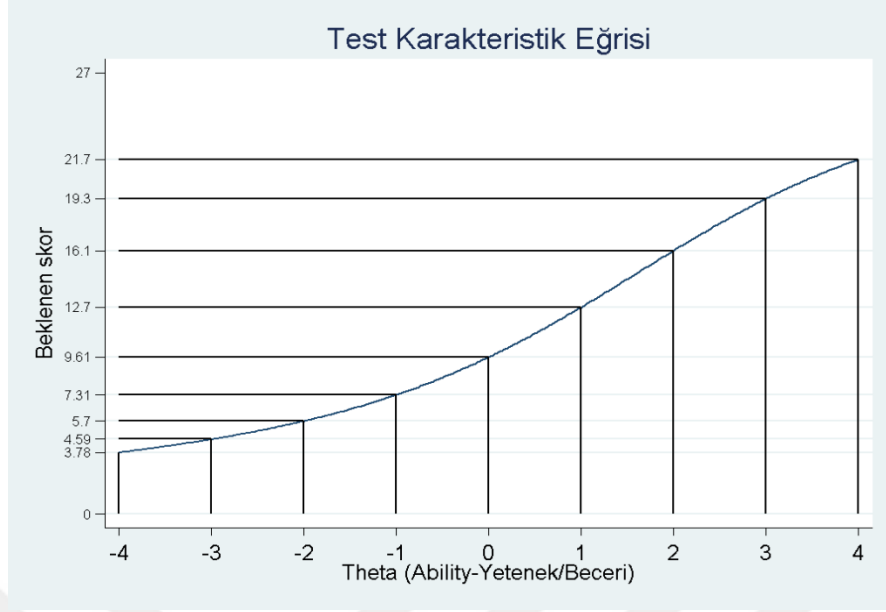
Bu eğriler, her bir yanıtlama düzeyinin tek başına yeteneğin bir fonksiyonu olduğunu göstermektedir. Madde karakteristik eğrisi yatay düzlemde Theta (Θ) yani kişilerin yetenek düzeylerini, dikey düzlemde ise ilgili soruya doğru yanıt verme ihtimali gözönüne alınarak oluşturulmaktadır. Theta değerinin 0 ($\Theta=0$) olduğu düzey, kişiler arasında ortalama yetenek düzeyini temsil etmektedir. Negatif Theta değerleri ortalama altı, pozitif Theta değerleri ortalama üzeri yetenek düzeylerini göstermektedir.

Madde 3 için değerlendirmek gerekirse, en düşük yetenek düzeyine ve en yüksek yetenek düzeyine sahip bireyler arasında bu maddeye doğru yanıt verme ihtimalleri bakımından önemli bir farklılık olmadığı gözlenmektedir. Bu durum ilgili maddenin yetenek düzeylerini ayırt etme konusunda başarısız olduğu sonucunu doğrulamaktadır. Aynı durum madde 6 için ve madde 23 için de geçerlidir.

Madde 3, 6 ve 23 haricinde kalan 24 maddenin madde karakteristik eğrileri ise Şekil 6.3.5'te gösterildiği şekildedir.

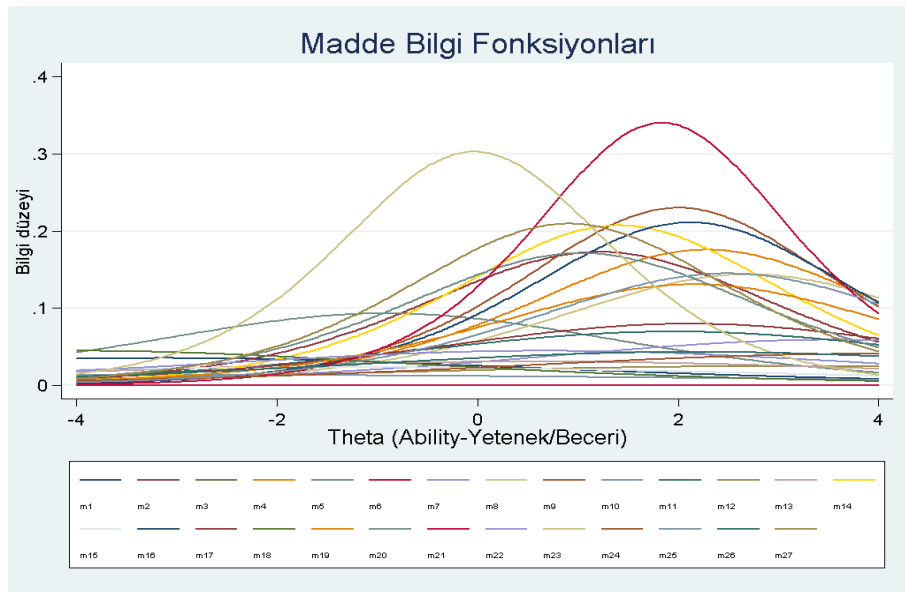


Şekil 6.3.5: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'deki Madde 3, 6 ve 23 Haricindeki Maddelere Ait Madde Karakteristik Eğrileri



Şekil 6.3.6: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Geneline Ait Madde Karakteristik Eğrisi

Ölçekteki tüm sorulardan elde edilen karakteristik eğrisi Şekil 6.3.6'da verildiği gibidir. Şekil incelendiğinde; ortalama yetenek düzeyine sahip bir kişinin ($\Theta=0$) ölçekten 12,7 puan alması beklenirken, Θ değeri için -4 ve 4 aralığında yetenek düzeylerinde beklenen ölçek puanlarının 3,78 ile 21,7 arasında değiştiği gözlenmektedir.

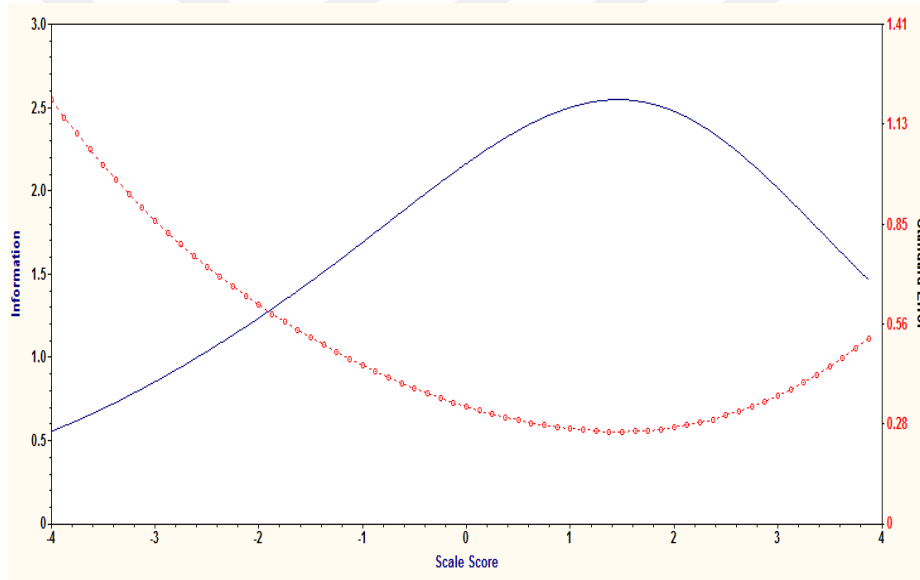


Şekil 6.3.7: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerine Ait Madde Bilgi Fonksiyonları

Şekil 6.3.7’de ölçekteki maddelerin ölçeğin ölçmeye çalıştığı konu bakımından modele ne düzeyde bilgi katkısında bulundukları görülmektedir. İBDÖ’nde maddelerin genelinin yetenek düzeyinin 2’ye yakın olduğu kişiler hakkında daha yüksek düzeyde bilgi verdiği gözlenmektedir.

Madde bilgi fonksiyonu, maddenin ilgilenilen özelliğe ilişkin olarak ne kadar anlam taşıdığını verir. Bilgi fonksiyonlarına ilişkin olarak kestirilen standart hata değerleri fonksiyonun ne kadar hata ile kestirildiğini verir ve sifıra yakın olması istenir. Bilgi fonksiyonunun değeri arttıkça maddeye ilişkin kestirilen hata düşmektedir (268). Benzer tanımlar test bilgi fonksiyonu için de yapılabilir (246).

İBDÖ’nin en çok bilgi verdiği yetenek düzeyinin incelenmesi için test bilgi fonksiyonu ve standart hata değerleri Şekil 6.3.8’de gösterilmektedir.



Şekil 6.3.8: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerine Ait Test Bilgi Fonksiyonu ve Standart Hata Değerleri

Analizlere dayalı olarak yukarıdaki test bilgi fonksiyonu elde edilmiştir. Bu fonksiyonda sürekli çizgi test bilgisini, kesikli çizgi standart hatayı temsil etmektedir.

Şekil 6.3.8 incelendiğinde İBDÖ’nin $\Theta=1,5$ yetenek düzeyindeki bireyler hakkında en çok bilgi verdiği görülmektedir. İBDÖ’nin en çok bilgi verdiği noktada kestirilen standart hata değeri ise 0,254 olarak hesaplanmıştır. İBDÖ’nin en çok bilgi verdiği $\Theta=1,5$ yetenek düzeyinde hesaplanan güvenilirlik değeri 0,72 olarak hesaplanmıştır.

İBDÖ'nin yetenek ölçeğinde test bilgi değeri ve standart hata değerleri incelendiğinde testin $\Theta=1$ ile $\Theta=2$ yetenek düzeyleri arasında güvenilir ölçümler yaptığı ancak intihara ilişkin bilgi düzeyi $\Theta=1$ 'den düşük ve $\Theta=2$ 'den yüksek bireyler için standart hata değerleri yüksek ölçümler yaptığını göstermektedir. Bu durum İBDÖ'nin güvenilirliğinin çok yüksek olmadığına işaret etmektedir. Ancak tüm yetenek düzeyleri için 2PLM temelinde İBDÖ'nin güvenilirliği hesaplandığında 0,68 olduğu görülmüştür. Elde edilen bu güvenilirlik değeri İBDÖ'nin 0,70 değerinden düşük olmakla birlikte oldukça yakın bir değer olduğundan kabul edilebilir güvenilirlik düzeyinde olduğu söylenebilir.

6.3.2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

1. İBDÖ İçin Test-Tekrar Test (Zamana Göre Değişmezlik) Güvenirliğine İlişkin

Bulgular: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin test-tekrar test güvenilirliğini sınamak için ölçeğin ilk ve ikinci uygulama puanları arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi ve Intraclass Correlation Coefficient korelasyon analizi kullanıldı ve sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,01$ düzeyinde değerlendirildi. Ölçeğin dört alt boyutunun test-tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,01$) (Tablo 6.3.15, Tablo 6.3.16).

Bu çalışmada, iki ölçüm arasında uygun zaman olması ve bu süre içerisinde uyumun değişmemesine bağlı olarak ölçeklerin zamana göre değişmezliği gösterildi. Bu sonuç doğrultusunda İBDÖ'nin zamana karşı değişmezlik özelliği yüksektir ve zamansal süreçteki tutarlılığı yeterli düzeydedir. Yani, yapılan test zaman içerisinde farklı sonuçlar vererek tutarsızlık göstermemektedir.

Tablo 6.3.15: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Ölçek Alt Boyut Test-Tekrar Test Sonuçları (Spearman Korelasyon Katsayısı) (n=100)

Faktör	Uygulama	Ortalama	Standart Sapma	r_s	P
Belirtiler	İlk Uygulama	1,17	1,12	0,584	0,001**
	İkinci Uygulama	1,15	1,11		
Risk Faktörleri	İlk Uygulama	3,12	1,37	0,577	0,001**
	İkinci Uygulama	3,14	1,21		
Nedenler/ Tetikleyiciler	İlk Uygulama	2,28	1,81	0,682	0,001**
	İkinci Uygulama	2,14	1,84		
Tedavi/ Önlem	İlk Uygulama	2,85	0,94	0,553	0,001**
	İkinci Uygulama	2,77	1,01		

r_s =Spearman Korelasyon Katsayısı ** $p<0,01$

İBDÖ “Belirtiler” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %58,4 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,584$; $p=0,001$).

İBDÖ “Risk Faktörleri” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %57,7 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,577$; $p=0,001$).

İBDÖ “Nedenler/ Tetikleyiciler” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %68,2 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,682$; $p=0,001$).

İBDÖ “Tedavi/ Önlem” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %55,3 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($r=0,553$; $p=0,001$).

Tablo 6.3.16: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Ölçek Alt Boyut Test-Tekrar Test Sonuçları (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) (n=100)

Faktör	Uygulama	Ortalama	Standart Sapma	r	p
Belirtiler	İlk Uygulama	1,17	1,12	0,581	0,001**
	İkinci Uygulama	1,15	1,11		
Risk Faktörleri	İlk Uygulama	3,12	1,37	0,585	0,001**
	İkinci Uygulama	3,14	1,21		
Nedenler/ Tetikleyiciler	İlk Uygulama	2,28	1,81	0,726	0,001**
	İkinci Uygulama	2,14	1,84		
Tedavi/ Önlem	İlk Uygulama	2,85	0,94	0,569	0,001**
	İkinci Uygulama	2,77	1,01		

*r= Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) **p<0,01*

İBDÖ “Belirtiler” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %58,1 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**r=0,581; p=0,001**).

İBDÖ “Risk Faktörleri” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %58,5 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**r=0,585; p=0,001**).

İBDÖ “Nedenler/ Tetikleyiciler” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %72,6 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**r=0,726; p=0,001**).

İBDÖ “Tedavi/ Önlem” alt boyutunun ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) %56,9 düzeyindeki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**r=0,569; p=0,001**).

2. İBDÖ’nin Madde Tepki Kuramı Analizleri Sonucu Elde Edilen Güvenirliğine ve İç Tutarlılık Güvenirliğine (K-R 20 Katsayısı) İlişkin Bulgular: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği’nin güvenirliği Bilog MG programı kullanılarak hesaplandı. Klasik Test Kuramı’ndan farklı olarak MTK’da güvenirlilik kestirimlerinde madde bilgi fonksiyonları

kullanılmaktadır. Madde Tepki Kuramı'na göre güvenilirliğin kestirilmesinde

formülü kullanılarak her bir θ düzeyi için güvenilirlik ayrı ayrı kestirilebilmektedir. Yetenek düzeyi aritmetik ortalaması 0 ve standart sapması 1 olan normal dağılım gösteren bir grup için madde bilgi fonksiyonları ve güvenilirlik değerleri Tablo 6.3.17'de sunulmaktadır.

Tablo incelendiğinde İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin en çok bilgi verdiği yetenek düzeyi $\Theta=1,5$ için testin güvenilirliği 0,72 olarak hesaplandı. Aritmetik ortalaması $\Theta=0$ olan normal dağılım özelliğine sahip bir grup için ise İBDÖ'nin güvenilirliği 0,68 olarak hesaplandı. Elde edilen bu güvenilirlik değeri İBDÖ'nin güvenilirliğinin 0,70 değerinden düşük olmakla birlikte oldukça yakın bir değer olduğundan kabul edilebilir güvenilirlik düzeyinde olduğu söylenebilir (253).

Tablo 6.3.17: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Madde, Ortalama Bilgi, Standart Hata ve Güvenirlik Değerleri

Madde	$I(\theta=0)^*$	SE (Standart Hata)	R**
M01	0,041	4,963	0,04
M02	0,091	3,311	0,08
M03	0,029	5,842	0,03
M04	0,047	4,632	0,04
M05	0,080	3,531	0,07
M06	0,029	5,903	0,03
M07	0,038	5,157	0,04
M08	0,094	3,263	0,09
M09	0,090	3,335	0,08
M10	0,070	3,769	0,07
M11	0,038	5,150	0,04
M12	0,051	4,450	0,05
M13	0,060	4,079	0,06
M14	0,116	2,942	0,10
M15	0,079	3,569	0,07
M16	0,078	3,574	0,07
M17	0,098	3,191	0,09
M18	0,093	3,283	0,08
M19	0,058	4,152	0,05
M20	0,090	3,330	0,08
M21	0,123	2,849	0,11
M22	0,097	3,219	0,09
M23	0,195	2,267	0,16
M24	0,054	4,291	0,05
M25	0,048	4,545	0,05
M26	0,082	3,488	0,08
M27	0,123	2,851	0,11
Toplam	2,090	0,692	0,68

* $I(\theta=0)$: Teta $\theta=0$ için her bir madde ortalama bilgi değeri

** Güvenirlik değeri

Tablo 6.3.18: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nin Alt Boyut Madde ve K-R 20 Bilgileri

Alt boyut	Madde sayısı	Maddeler	KR-20
Belirtiler	6	7, 8, 12, 19, 22, 24	0,323
Risk Faktörleri	7	4, 6, 10, 15, 16, 17, 18	0,414
Nedenler/Tetikleyiciler	10	2, 9, 11, 14, 20, 21, 23, 25, 26, 27	0,535
Tedavi/Önlem	4	1, 3, 5, 13	0,395
Toplam	27	1-27	0,612

Tablo 6.3.18 incelendiğinde, alt boyutlar bazında ele alındığında K-R 20 güvenirlik katsayıları düşük çıksa bile, ölçeğin toplam güvenirlik değeri 0,61 ile normale yakın bulundu.

6.4. İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (İYDÖ)’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

6.4.1. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’nin Geçerlik Analizlerine İlişkin Bulgular

1. Dil Geçerliğine İlişkin Bulgular: Öncelikle İYDÖ’nin İngilizce ve Türkçe ölçek formlarının toplam ve üç alt boyutu puanlarının normal dağılıma uygunluğunu Kolmogorov-Smirnov ile test edildi. Elde edilen sonuçlar, genel toplam ve alt boyut puanlarının normal dağılıma uygun olduğu saptandı (Tablo 6.4.1)

Tablo 6.4.1: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) İçin Normal Dağılım Sınaması Test Sonuçları

One-SampleKolmogorov-Smirnov Test	Alt Boyutlar	n	Normal Parametreler ^{a,b}		Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
			Ortalama	Std. Deviation		
	Damgalama-İngilizce	35	87,74	15,64	0,497	0,966**
	İzolasyon/Depresyon-İngilizce	35	60,02	10,55	0,754	0,620**
	Yüceleştirme/Normalleştirme İngilizce	35	27,85	6,79	0,722	0,674**
	Damgalama-Türkçe	35	87,74	15,10	0,457	0,985**
	İzolasyon/Depresyon-Türkçe	35	59,42	10,74	0,475	0,978**
	Yüceleştirme/Normalleştirme Türkçe	35	28,25	6,74	0,691	0,726**
	Genel Toplam_skor_İNG	35	175,62	23,26	0,651	0,790**
	Genel Toplam_skor_TR	35	175,42	22,78	0,556	0,917**

** $p > 0,05$

Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin her bir alt boyut ve genel toplam puanlarının normal dağılıma uygun olduğu ve parametrik testlerin uygulanabileceği sonucuna varıldı ($p > 0,05$).

Ardından hem maddeler hem de alt ölçekler bazında korelasyon katsayılarına ve Eşleştirilmiş İki Grup t Testi sonuçlarına bakıldı.

Alt boyutlar ve genel toplam puanları bakımından incelendiğinde İYDÖ'nin Türkçe ve İngilizce formları arasında yüksek benzerlik ortaya çıktığı saptandı (Tablo 6.4.2)

Tablo 6.4.2: İntihara Yönelik Damgalaması Ölçeği (İYDÖ)’nin Alt Boyutlarına İlişkin Dilsel Eşdeğerlik Sonuçları (N= 35)

Alt Boyutlar	Uygulama	Ort	ss	r
Damgalama	İngilizce	87,74	15,64	0,95**
	Türkçe	87,74	15,10	
İzolasyon/Depresyon	İngilizce	60,03	10,56	0,90**
	Türkçe	59,43	10,74	
Yüceleştirme/Normalleştirme	İngilizce	27,86	6,79	0,92**
	Türkçe	28,26	6,74	
Genel Toplam	İngilizce	175,63	23,26	0,93**
	Türkçe	175,43	22,78	

$p = 0,001$

Ölçeğin Türkçe ve İngilizce formuna ilişkin dilsel eşdeğerlilik bulgularına göre İYDÖ’nin alt boyutları olan Damgalama alt boyutu (**r=0,95**), İzolasyon/Depresyon alt boyutu (**r=0,90**), Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu (**r=0,92**) ile ölçeğin toplam puanları arasında (**r=0,93**) pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkiler olduğu gözlemlendi (**p=0,001**). Bu üst düzey ilişkiler doğrultusunda ölçeğin hedef formunun kaynak formunu temsil etmede yeterli olduğu kabul edildi.

İntihara Yönelik Damgalaması Ölçeği (İYDÖ)’nin Türkçe ve İngilizce formlarının aralıklı olarak uygulandığı gruptan elde edilen bulgular maddeler bazında farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla Eşleştirilmiş İki Grup t-Testi (Paired Samples t Test) istatistiği uygulandı ve sonuçlar Tablo 6.4.3’te sunulmaktadır.

Tablo 6.4.3: İntihara Yönelik Damgalaması Ölçeği (İYDÖ)’nin Dilsel Eşdeğerlik Çalışması İçin Eşleştirilmiş İki Grup t Testi (Paired Samples t Test) Sonuçları

Çift No	Gruplar	n	ort.	ss	Sh _x standart hata	t	t testi Sd	p
Çift 1	İng.madde.1	35	3,29	1,2022	0,2032	-1,995	34	0,054*
	Türk.madde.1	35	3,60	1,1167	0,1888			
Çift 2	İng.madde.2	35	2,40	1,0901	0,1843	0,488	34	0,629*
	Türk.madde.2	35	2,31	1,1054	0,1868			
Çift 3	İng.madde.3	35	2,94	1,3048	0,2206	-0,612	34	0,545*
	Türk.madde.3	35	3,06	1,1868	0,2006			
Çift 4	İng.madde.4	35	2,54	1,2448	0,2104	-0,624	34	0,537*
	Türk.madde.4	35	2,69	1,3234	0,2237			
Çift 5	İng.madde.5	35	3,11	1,5295	0,2585	0,669	34	0,508*
	Türk.madde.5	35	2,97	1,5809	0,2672			
Çift6	İng.madde.6	35	3,51	1,4011	0,2368	-1,311	34	0,199*
	Türk.madde.6	35	3,74	1,2448	0,2104			
Çift 7	İng.madde.7	35	3,49	1,2919	0,2184	-0,511	34	0,613*
	Türk.madde.7	35	3,60	1,1682	0,1975			
Çift8	İng.madde.8	35	3,14	1,4378	0,2430	-1,378	34	0,177*
	Türk.madde.8	35	3,43	1,1704	0,1978			
Çift 9	İng.madde.9	35	2,57	1,5394	0,2602	-0,597	34	0,554*
	Türk.madde.9	35	2,69	1,5295	0,2585			
Çift 10	İng.madde.10	35	2,40	1,3975	0,2362	-1,405	34	0,169*
	Türk.madde.10	35	2,71	1,4053	0,2375			
Çift 11	İng.madde.11	35	3,57	1,3347	0,2256	1,203	34	0,237*
	Türk.madde.11	35	3,29	1,4053	0,2375			
Çift 12	İng.madde.12	35	3,17	1,0428	0,1763	-0,361	34	0,721*
	Türk.madde.12	35	3,23	1,2148	0,2053			
Çift 13	İng.madde.13	35	4,23	1,0314	0,1743	0,183	34	0,856*
	Türk.madde.13	35	4,20	0,9331	0,1577			
Çift 14	İng.madde.14	35	3,74	1,3578	0,2295	0,488	34	0,629*
	Türk.madde.14	35	3,66	1,2821	0,2167			
Çift 15	İng.madde.15	35	4,17	1,0428	0,1763	2,130	34	0,040**
	Türk.madde.15	35	3,80	1,1832	0,2000			
Çift 16	İng.madde.16	35	2,66	1,3048	0,2206	0,373	34	0,711*
	Türk.madde.16	35	2,57	1,3125	0,2219			
Çift 17	İng.madde.17	35	2,17	1,3824	0,2337	-1,200	34	0,239*
	Türk.madde.17	35	2,43	1,2899	0,2180			
Çift 18	İng.madde.18	35	3,00	1,1114	0,1879	0,661	34	0,513*
	Türk.madde.18	35	2,89	1,2781	0,2160			

Tablo 6.4.3: Devamı

Çift 19	İng.madde.19	35	3,06	1,6078	0,2718	0,000	34	1,000*
	Türk.madde.19	35	3,06	1,6259	0,2748			
Çift 20	İng.madde.20	35	4,00	1,0000	0,1690	-1,139	34	0,263*
	Türk.madde.20	35	4,17	0,8907	0,1505			
Çift 21	İng.madde.21	35	2,51	1,2919	0,2184	-1,000	34	0,324*
	Türk.madde.21	35	2,69	1,0508	0,1776			
Çift 22	İng.madde.22	35	2,97	1,5994	0,2703	0,863	34	0,394*
	Türk.madde.22	35	2,80	1,4308	0,2418			
Çift 23	İng.madde.23	35	2,06	1,2589	0,2128	-1,000	34	0,324*
	Türk.madde.23	35	2,17	1,1242	0,1900			
Çift 24	İng.madde.24	35	4,06	1,0556	0,1784	0,361	34	0,721*
	Türk.madde.24	35	4,00	1,1114	0,1879			
Çift 25	İng.madde.25	35	2,86	1,1152	0,1885	-0,813	34	0,422*
	Türk.madde.25	35	2,97	1,2945	0,2188			
Çift 26	İng.madde.26	35	3,66	1,1099	0,1876	-0,681	34	0,501*
	Türk.madde.26	35	3,77	1,2148	0,2053			
Çift 27	İng.madde.27	35	2,17	1,0706	0,1810	-0,279	34	0,782*
	Türk.madde.27	35	2,23	1,0870	0,1837			
Çift 28	İng.madde.28	35	3,60	1,2175	0,2058	0,000	34	1,000*
	Türk.madde.28	35	3,60	1,2880	0,2177			
Çift 29	İng.madde.29	35	3,71	1,1523	0,1948	0,627	34	0,535*
	Türk.madde.29	35	3,60	1,1428	0,1932			
Çift 30	İng.madde.30	35	3,11	1,2071	0,2040	0,741	34	0,464*
	Türk.madde.30	35	2,97	1,2482	0,2110			
Çift 31	İng.madde.31	35	3,14	1,3093	0,2213	1,995	34	0,054*
	Türk.madde.31	35	2,83	1,3609	0,2300			
Çift 32	İng.madde.32	35	1,57	1,1190	0,1891	-0,902	34	0,373*
	Türk.madde.32	35	1,74	1,0387	0,1756			
Çift 33	İng.madde.33	35	3,09	1,3144	0,2222	0,000	34	1,000*
	Türk.madde.33	35	3,09	1,3799	0,2333			
Çift 34	İng.madde.34	35	2,14	1,2161	0,2056	-0,154	34	0,879*
	Türk.madde.34	35	2,17	1,2244	0,2070			
Çift 35	İng.madde.35	35	3,17	1,2244	0,2070	1,467	34	0,152*
	Türk.madde.35	35	2,89	1,2549	0,2121			
Çift 36	İng.madde.36	35	1,60	1,0347	0,1749	-1,506	34	0,141*
	Türk.madde.36	35	1,86	1,1668	0,1972			
Çift 37	İng.madde.37	35	2,11	1,0784	0,1823	-2,400	34	0,022**
	Türk.madde.37	35	2,60	1,2880	0,2177			

Tablo 6.4.3: Devamı

Çift 38	İng.madde.38	35	3,26	1,2912	0,2183	0,424	34	0,675*
	Türk.madde.38	35	3,17	1,2715	0,2149			
Çift 39	İng.madde.39	35	3,97	1,0142	0,1714	2,052	34	0,048**
	Türk.madde.39	35	3,71	0,9571	0,1618			
Çift 40	İng.madde.40	35	3,00	1,3720	0,2319	0,215	34	0,831*
	Türk.madde.40	35	2,97	1,1754	0,1987			
Çift 41	İng.madde.41	35	3,14	1,3093	0,2213	-0,387	34	0,701*
	Türk.madde.41	35	3,20	1,3016	0,2200			
Çift 42	İng.madde.42	35	2,83	0,8570	0,1449	-0,206	34	0,838*
	Türk.madde.42	35	2,86	0,7724	0,1306			
Çift 43	İng.madde.43	35	2,43	1,4407	0,2435	-0,681	34	0,501*
	Türk.madde.43	35	2,54	1,3578	0,2295			
Çift 44	İng.madde.44	35	3,46	1,0939	0,1849	1,190	34	0,242*
	Türk.madde.44	35	3,26	1,1966	0,2023			
Çift 45	İng.madde.45	35	2,09	1,3144	0,2222	-1,240	34	0,223*
	Türk.madde.45	35	2,37	1,4770	0,2497			
Çift 46	İng.madde.46	35	3,14	1,5367	0,2597	2,145	34	0,039**
	Türk.madde.46	35	2,83	1,6357	0,2765			
Çift 47	İng.madde.47	35	3,69	1,2549	0,2121	1,873	34	0,070*
	Türk.madde.47	35	3,34	1,2113	0,2047			
Çift 48	İng.madde.48	35	2,63	1,2148	0,2053	-0,373	34	0,711*
	Türk.madde.48	35	2,69	1,3009	0,2199			
Çift 49	İng.madde.49	35	2,60	1,4184	0,2397	-1,136	34	0,264*
	Türk.madde.49	35	2,83	1,3391	0,2264			
Çift 50	İng.madde.50	35	2,97	1,3609	0,2300	0,725	34	0,473*
	Türk.madde.50	35	2,86	1,4172	0,2395			
Çift 51	İng.madde.51	35	3,91	1,2455	0,2105	1,092	34	0,283*
	Türk.madde.51	35	3,69	1,2312	0,2081			
Çift 52	İng.madde.52	35	2,86	1,2636	0,2136	-0,269	34	0,790*
	Türk.madde.52	35	2,91	1,4425	0,2438			
Çift 53	İng.madde.53	35	3,49	1,1472	0,1939	0,442	34	0,661*
	Türk.madde.53	35	3,40	1,0901	0,1843			
Çift 54	İng.madde.54	35	2,54	1,3138	0,2221	0,572	34	0,571*
	Türk.madde.54	35	2,43	1,2899	0,2180			
Çift 55	İng.madde.55	35	2,49	1,1472	0,1939	-0,172	34	0,865*
	Türk.madde.55	35	2,51	1,0947	0,1850			
Çift 56	İng.madde.56	35	2,83	1,4035	0,2372	0,539	34	0,594*
	Türk.madde.56	35	2,71	1,1265	0,1904			

Tablo 6.4.3: Devamı

Çift 57	İng.madde.57	35	3,71	1,3842	0,2340	2,445	34	0,020**
	Türk.madde.57	35	3,29	1,4465	0,2445			
Çift 58	İng.madde.58	35	3,89	1,1317	0,1913	0,000	34	1,000*
	Türk.madde.58	35	3,89	0,9933	0,1679			

* $p>0,05$ ** $p<0,05$

Maddelerin dilsel eşdeğerliklerini belirlemek amacıyla yapılan Eşleştirilmiş İki Grup t-Testi sonucunda; 15, 37, 39, 46 ve 57. maddeleri arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Bu maddeler dışında ölçekte bulunan tüm maddelerin İngilizce ve Türkçe formlarına verilen cevapların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Bu durum tercüme edilen maddelerin büyük çoğunluğunun İngilizce formuyla aynı anlama geldiği sonucunu doğrulamaktadır. Bir başka deyişle maddelerin dilsel eşdeğerliğe sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Sorunlu olan maddelerin hem çevirisi tekrar gözden geçirildi, hem de maddelerin anlaşılabilirliğini sınamak için 30 kişilik bir öğrenci grubu ile pilot çalışma gerçekleştirildi.

İYDÖ'nin tüm maddelerinin anlaşılabilirlik düzeyleri Intraclass korelasyon katsayısı ile belirlendi ve sorunun çözülüp çözülmediği irdelendi.

Tablo 6.4.4: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Dilsel Eşdeğerliliğini Belirlemek İçin Yapılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu Sonuçları (n=35)

Değişken Çifti	N	r	p
İng1 & TR1	35	0,67	0,000*
İng2&TR2	35	0,55	0,001*
İng3&TR3	35	0,61	0,000*
İng4&TR4	35	0,44	0,007*
İng5&TR5	35	0,67	0,000*
İng6&TR6	35	0,70	0,000*
İng7&TR7	35	0,42	0,011**
İng8&TR8	35	0,57	0,000*
İng9&TR9	35	0,72	0,000*
İng10&TR10	35	0,55	0,001*
İng11&TR11	35	0,47	0,004*
İng12&TR12	35	0,66	0,000*
İng13&TR13	35	0,56	0,000*
İng14&TR14	35	0,69	0,000*
İng15&TR15	35	0,57	0,000*
İng16&TR16	35	0,46	0,005*
İng17&TR17	35	0,55	0,001*
İng18&TR18	35	0,64	0,000*
İng19&TR19	35	0,56	0,000*
İng20&TR20	35	0,56	0,000*
İng21&TR21	35	0,64	0,000*
İng22&TR22	35	0,70	0,000*
İng23&TR23	35	0,84	0,000*
İng24&TR24	35	0,62	0,000*
İng25&TR25	35	0,77	0,000*
İng26&TR26	35	0,63	0,000*
İng27&TR27	35	0,37	0,029**
İng28&TR28	35	0,57	0,000*
İng29&TR29	35	0,55	0,000*
İng30&TR30	35	0,56	0,000*
İng31&TR31	35	0,75	0,000*
İng32&TR32	35	0,45	0,006*
İng33&TR33	35	0,79	0,000*
İng34&TR34	35	0,59	0,000*
İng35&TR35	35	0,56	0,000*
İng36&TR36	35	0,58	0,000*
İng37&TR37	35	0,50	0,002*
İng38&TR38	35	0,56	0,000*
İng39&TR39	35	0,71	0,000*
İng40&TR40	35	0,82	0,000*
İng41&TR41	35	0,77	0,000*
İng42&TR42	35	0,49	0,002*

Tablo 6.4.4: Devamı

İng43&TR43	35	0,75	0,000*
İng44&TR44	35	0,62	0,000*
İng45&TR45	35	0,52	0,001*
İng46&TR46	35	0,85	0,000*
İng47&TR47	35	0,61	0,000*
İng48&TR48	35	0,74	0,000*
İng49&TR49	35	0,62	0,000*
İng50&TR50	35	0,77	0,000*
İng51&TR51	35	0,50	0,002*
İng52&TR52	35	0,57	0,000*
İng53&TR53	35	0,47	0,004*
İng54&TR54	35	0,58	0,000*
İng55&TR55	35	0,61	0,000*
İng56&TR56	35	0,52	0,001*
İng57&TR57	35	0,73	0,000*
İng58&TR58	35	0,72	0,000*

* * $p < 0,05$, * $p < 0,01$

Tablo 6.4.4’de görüldüğü üzere İYDÖ’nin Türkçe ve İngilizce maddeleri arasında gerçekleştirilen Pearson Momentler Çarpımı korelasyon analizi sonucunda anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$). Bu durum Türkçe ve İngilizce formların istatistiksel anlamda farklılaşmadığını böylece maddelerin dilsel eşdeğerliğinin sağlandığı anlamına gelmektedir. Bu sonuçlar neticesinde ölçekteki tüm maddelerin dilsel eşdeğerliğinin sağlandığını söylemek mümkündür.

2. İntihara Yönelik Damgalaması Ölçeği (İYDÖ)’nin Kapsam Geçerliğine İlişkin

Bulgular: Kapsam geçerliği için uzmanların İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği maddelerine verdikleri en düşük ve en yüksek puan, ortalama, standart sapmaları ve KGİ değerleri hesaplandı (Tablo 6.4.5).

Çalışmanın başlangıcında uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde en düşük kabul edilebilir puan ortalaması olan 3’ün altında puan alan maddeler yeniden gözden geçirildi. Ayrıca her bir madde için ayrı ayrı KGİ hesaplandı (Tablo 6.4.6).

Tablo 6.4.5: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Kapsam Geçerliği için Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi (n= 14)

Ölçek Alt boyutları ve maddeleri		En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Ort.	Standart Sapma	KGİ
Damgalama alt boyutu maddeleri						
1	Kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır	2	4	3,42	0,75	0,8
40	Bencildir	2	4	3,57	0,75	0,8
21	İncitcidir	2	4	3,42	0,85	0,8
38	Umursamazdır	2	4	3,50	0,75	0,8
57	Zayıftır	3	4	3,78	0,42	1
25	Sorumsuzdur	3	4	3,71	0,46	1
3	Dikkat arayışındadır	2	4	3,28	0,82	0,7
9	Korkaktır	3	4	3,64	0,49	1
41	Duyarsızdır	1	4	3,28	0,99	0,7
49	Adil değildir	2	4	3,42	0,75	0,8
22	Cahildir	1	4	3,57	0,85	0,9
52	Haklıgörülemez/onaylanamaz	2	4	3,21	0,80	0,8
10	Zalimdir	1	4	3,28	0,99	0,8
46	Aptaldır	3	4	3,78	0,42	1
7	Bir yüküdür	2	4	2,92	0,91	0,5
44	Tuhaftır	1	4	3,57	0,85	0,9
43	Utanç vericidir/rezildir	2	4	3,57	0,64	0,9
33	Acınası haldedir	2	4	3,35	0,84	0,8
55	Kindardır/intikam peşindedir	1	4	3,50	0,85	0,9
56	Öfkeli/şiddete meyillidir	2	4	3,28	0,72	0,8
50	Affedilemezdir	3	4	0,64	0,49	1
16	Bir utançtır	2	4	3,50	0,75	0,8
2	Kibirlidir	1	4	3,42	0,75	0,8
23	Ahlaksızdır	1	4	3,64	0,84	0,9
54	İşe yaramazdır	1	4	3,57	0,85	0,9
27	Tembeldir	2	4	3,64	0,63	0,9
4	Barbardır	1	4	3,07	1,14	0,7
17	günahkardır	2	4	3,57	0,64	0,9
53	Anormaldir	2	4	3,21	0,84	0,7
İzolasyon/Depresyon alt boyutu maddeleri						
51	Mutsuzdur	3	4	3,85	0,36	1
13	Depresyondadır	2	4	0,50	0,65	0,9
24	Acı çekmektedir	3	4	3,71	0,46	1
39	Üzgündür	3	4	3,71	0,46	1

Tablo 6.4.5: Devamı

20	İncinmiştir	2	4	3,64	0,63	0,9
14	Dış dünyadan kopmuştur	2	4	3,28	0,72	0,8
29	Kaybolmuştur	2	4	3,35	0,84	0,8
26	Toplumdan soyutlanmıştır	2	4	3,57	0,64	0,9
28	Yalnızdır	2	4	3,57	0,64	0,9
30	Perişandır/zavallıdır	1	4	3,28	0,91	0,8
47	Kapana kısılmıştır	2	4	3,57	0,64	0,8
1	Kendisine/çevresine yabancılaşmıştır	2	4	3,42	0,75	0,9
6	Kırılmıştır	2	4	3,35	0,74	0,8
11	Dünyadan elini eteğini çekmiştir	2	4	3,35	0,63	0,9
58	İçine kapanıktır / çekingendir	3	4	3,78	0,42	1
15	Ruhen rahatsızdır	1	4	2,92	0,82	0,7
Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu maddeleri						
5	Cesurdur	2	4	3,64	0,63	0,9
31	Motive olmuştur / güdülenmiştir	1	4	3,57	0,85	0,9
36	Mantıklıdır / akılcıdır	2	4	3,57	0,64	0,9
37	Gerçekçidir	2	4	3,50	0,65	0,9
45	Sağlamdır / dayanıklıdır	2	4	3,50	0,75	0,8
12	Kararlıdır / azimlidir	2	4	3,07	0,82	0,7
34	Güçlüdür	3	4	3,78	0,42	1
19	Korkusuzdur/gözü pektir	2	4	3,64	0,63	0,9
32	Asildir / yüce ruhludur	2	4	3,42	0,64	0,9
48	Mazereti kabul edilebilir/ anlaşılabilir	1	4	3,42	0,93	0,8
8	Suçludur	1	4	2,64	1,15	0,5

Ölçek maddelerine ilişkin uzmanların verdiği puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip maddeler sırasıyla; 2,64 ile Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutunda yer alan “suçludur” maddesi, 2,92 ile Damgalama alt boyutunda yer alan “bir yükür” maddesi ve yine 2,92 ile İzolasyon/Depresyon alt boyutunda yer alan “ruhen rahatsızdır” maddesi olurken, en yüksek ortalamaya sahip maddeler ise 3,85 ile “mutsuzdur” ve 3,78 ile “zayıftır”, “aptaldır”, “içine kapanıktır/çekingendir” ve “güçlüdür” maddeleri olmuştur.

Tablo 6.4.6: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Uzman Görüşüne Göre Hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi Değerleri (KGİ) (n=14)

Madde No:	Madde uygun değil	Madde kısmen uygun Düzeltme Gerekir	Madde oldukça uygun, Ancak ufak değişiklik Gerekir	Madde Tamamen Uygun	Uzman Sayısı	KGİ*
1	0	2	4	8	14	12/14= 0,8
2	1	1	6	6	14	12/14= 0,8
3	0	3	4	7	14	11/14= 0,7
4	2	2	3	7	14	10/14= 0,7
5	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
6	0	2	5	7	14	12/14= 0,8
7	0	6	3	5	14	8/14= 0,5
8	3	3	4	4	14	8/14= 0,5
9	0	0	5	9	14	14/14= 1
10	0	2	4	8	14	12/14= 0,8
11	0	1	7	6	14	13/14= 0,9
12	0	4	5	5	14	10/14= 0,7
13	0	1	5	8	14	13/14= 0,9
14	0	2	6	6	14	12/14= 0,8
15	1	2	8	3	14	11/14= 0,7
16	0	2	3	9	14	12/14= 0,8
17	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
18	1	0	5	8	14	13/14= 0,9
19	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
20	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
21	0	2	2	10	14	12/14= 0,8
22	1	0	3	10	14	13/14= 0,9
23	1	0	2	11	14	13/14= 0,9
24	0	0	4	10	14	14/14= 1
25	0	0	4	10	14	14/14= 1
26	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
27	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
28	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
29	0	2	4	8	14	12/14= 0,8
30	1	1	5	7	14	12/14= 0,8
32	1	2	6	7	14	13/14= 0,9
33	0	2	4	8	14	12/14= 0,8
34	0	0	3	11	14	14/14= 1
35	0	1	3	10	14	13/14= 0,9
36	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
37	0	1	5	8	14	13/14= 0,9
38	0	2	3	9	14	12/14= 0,8
39	0	0	4	10	14	14/14= 1
40	0	2	2	10	14	12/14= 0,8
41	1	2	3	8	14	11/14= 0,7
42	0	1	3	9	14	12/14= 0,8

Tablo 6.4.6: Devamı

43	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
44	1	0	3	10	14	13/14= 0,9
45	0	2	3	9	14	12/14= 0,8
46	0	0	3	11	14	14/14= 1
47	0	1	4	9	14	13/14= 0,9
48	1	1	3	9	14	12/14= 0,8
49	0	2	4	8	14	12/14= 0,8
50	0	0	5	9	14	14/14= 1
51	0	0	2	12	14	14/14= 1
52	0	2	6	6	14	12/14= 0,8
53	0	4	3	7	14	10/14= 0,7
54	1	0	3	10	14	13/14= 0,9
55	1	0	4	9	14	13/14= 0,9
56	0	2	6	6	14	12/14= 0,8
57	0	0	3	11	14	14/14= 1
58	0	0	3	11	14	14/14= 1

***KGİ (Kapsam Geçerlik İndeksi):** Bir madde için madde tamamen uygun ve madde oldukça uygun yanıtı veren uzman sayısı/ toplam uzman sayısı

Kapsam geçerliği için 14 uzmanın ölçek maddelerine ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde, maddelerin büyük çoğunluğunun KGİ katsayılarının 0,83–1,00 arasında değiştiği görüldü.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin 3, 4, 7, 8, 15, 41 ve 53 nolu maddelerinin KGİ puanları 0,80’nin altında yer aldığından dolayı söz konusu maddeler uzmanlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda tekrar gözden geçirilerek bazı ifadeler yeniden düzenlendi ve diğer analizlerde (ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik analizleri) sorunun çözülüp çözülmediği irdelendi.

3. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Uygulanabilirlik ve Anlaşılabilirlik Analizlerine İlişkin Bulgular: Örnekleme dahil edilmeyen 30 kişilik öğrenci grubunun uygulama sonuçlarına göre anlama ve anlamama cevaplarının frekans dağılımları ve uyum indeksleri Tablo 6.4.7’de gösterilmektedir.

Uyum indeks değerlerinin uzman görüşlerinde olduğu gibi minimum 0,80 olması gerekmektedir. Uyum indeks değerleri 58 maddenin tümü beklenen 0,80 değerinin üstünde bulundu. Bu aşamada hiç bir madde ölçekten çıkarılmadı.

Tablo 6.4.7: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri İçin Hesaplanan Frekans ve Uyum İndeks Değerleri (n= 30)

Madde No	Anladım f	Anlamadım f	İndeks	Madde No	Anladım f	Anlamadım f	İndeks
1	30	0	1,00	30	29	1	0,97
2	28	2	0,93	31	29	1	0,97
3	30	0	1,00	32	26	4	0,87
4	29	1	0,97	33	26	4	0,87
5	27	3	0,90	34	29	1	0,97
6	30	0	1,00	35	27	3	0,90
7	28	2	0,93	36	29	1	0,97
8	28	2	0,93	37	26	4	0,87
9	28	2	0,93	38	28	2	0,93
10	28	2	0,93	39	28	2	0,93
11	29	1	0,97	40	30	0	1,00
12	29	1	0,97	41	30	0	1,00
13	30	0	1,00	42	30	0	1,00
14	29	1	0,97	43	28	2	0,93
15	29	1	0,97	44	30	0	1,00
16	27	3	0,90	45	27	3	0,90
17	29	1	0,97	46	27	3	0,90
18	28	2	0,93	47	29	1	0,97
19	30	0	1,00	48	27	3	0,90
20	29	1	0,97	49	30	0	1,00
21	30	0	1,00	50	29	1	0,97
22	29	1	0,97	51	30	0	1,00
23	29	1	0,97	52	29	1	0,97
24	26	4	0,87	53	30	0	1,00
25	30	0	1,00	54	29	1	0,97
26	30	0	1,00	55	29	1	0,97
27	29	1	0,97	56	30	0	1,00
28	30	0	1,00	57	29	1	0,97
29	29	1	0,97	58	29	1	0,97

Materyal ve Yöntem bölümünde açıklandığı üzere, ölçeğin tüm maddelerinin uygulanabilirlik ve anlaşılabilirlik düzeyleri için Intraclass Korelasyon Katsayısı hesaplandı ve sonrasında gerçekleştirilen F testi ile elde edilen sonuçlar Tablo 6.4.8’de gösterilmektedir.

Tablo 6.4.8: İntihar Damgalaması Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Anlaşılabilirlik Düzeyleri İçin Hesaplanan Intraclass Korelasyon Katsayısı (N= 30)

F Testi					
Intraclass Korelasyon katsayısı		F	df1	df2	p
Değer	0,93	15,426	29	1160	0,000***

 $p < 0,001$

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) için hesaplanan Intraclass korelasyon katsayısı değeri 0,93 olarak bulundu (**F=15,426, p<0,01**). Elde edilen bu sonuca göre İYDÖ maddelerinin anlaşılabilirlik düzeyinin “çok iyi” kategorisinde yer aldığı gözlemlendi. Bu değere göre maddelerin tümü katılımcılar tarafından anlaşılır kabul edildi ve ölçekte yer alabileceği sonucuna varıldı.

4. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Yapı Geçerliği (Faktör Analizi)’ne İlişkin Bulgular (58 Madde İçin): Ölçeğin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu ve ölçme aracının ön görülen söz konusu yapıyı ölçüp ölçemediğini anlamak için faktör analizi tekniklerinden Açıklayıcı Faktör Analizi kullanıldı. Faktör yapılarını belirlemek için temel bileşenler analizi uygulandı ve birbiriyle yüksek korelasyon gösteren özellikler (ya da ölçekteki maddeler) birer faktör altında kümelendirildi. Faktör yapılarının belirlenmesinde 0,30 ve üzeri değerler faktör yapısına alındı.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’nin faktör analizi için örneklem yeterliliğini değerlendiren Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0,91 (çok iyi) bulundu. Bu değer KMO için çok iyi bir değer olduğu ve ilgili veri grubuna analiz yapılmasının uygun olduğu söylenebilir (Tablo 6.4.9).

Ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan Bartlett Küresellik Testi sonucunun ileri düzeyde anlamlı ($\chi^2=21633,132$; **p=0,000**) ve ölçeğin faktör analizine uygun olduğu belirlendi (Tablo 6.4.9).

Tablo 6.4.9: İntihar Damgalaması Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi (BKT) Sonuçları (58 Madde İçin)

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		0,913
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare (χ^2)	21633,132
	Serbestlik derecesi	1653
	Anlamlılık	0,000*

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nden elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğu saptandıktan sonra, ölçekteki önemli faktör sayısına karar vermek için Eigenvalue ve Scree Plot testi testler uygulandı.

Özdeğer (Eigenvalue), her bir faktörün faktör yüklerinin karaları toplamı, her bir faktör tarafından açıklanan varyansın oranının hesaplanmasında ve önemli faktör sayısına karar vermede kullanılan bir katsayıdır. Faktör analizinde özdeğeri 1 yada 1'den büyük olan faktörler önemli faktör olarak ele alınır (256).

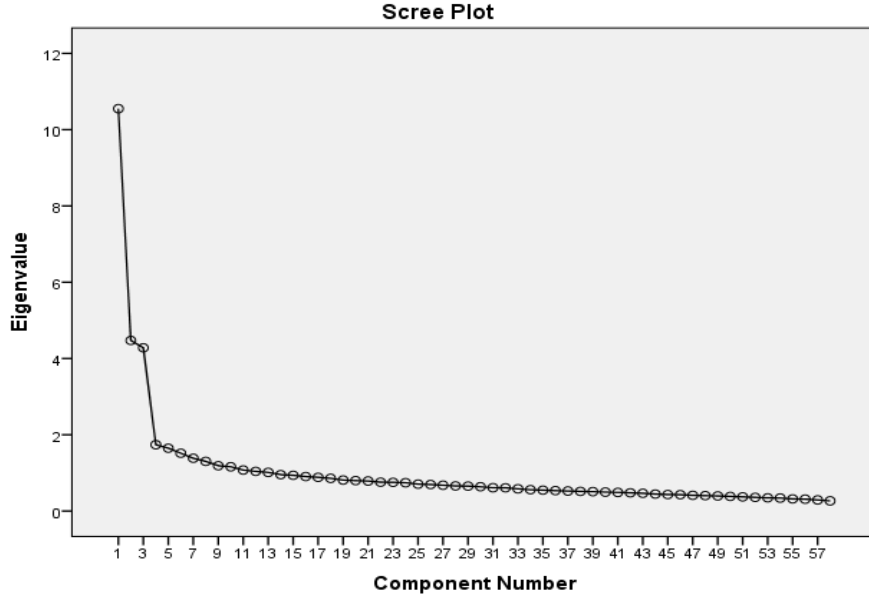
İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin faktör analizi kapsamında yapılan faktör döndürmesi sonucunda özdeğeri (eigenvalue) 1'i aşan 3 faktör elde edildi. Faktör 1'in özdeğeri=8,131, Faktör 2'nin özdeğeri=6,883, faktör 3'ün özdeğeri=4,287 olarak bulundu. Bu sonuçlar literatüre göre istenen düzeydedir (Tablo 6.4.10).

Tablo 6.4.10: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) İçin Eigenvalue (Özdeğer) Değerleri ve Toplam Varyans Sonuçlarının Dağılımı (58 Madde İçin)

Faktörler	Ölçek maddeleri	Özdeğerler toplamı	Varyansın %	Toplam Varyans %
Faktör 1	43, 46, 23, 25, 41, 42, 10, 40, 16, 27, 50, 54, 22, 21, 52, 49, 4, 33, 44, 18, 17, 2, 9, 55, 53, 56, 38, 3	8,131	14,02	14,02
Faktör 2	13, 14, 24, 20, 28, 39, 51, 29, 26, 58, 6, 15, 47, 11, 1, 30, 57	6,883	11,87	25,89
Faktör 3	37, 36, 32, 34, 5, 19, 45, 48, 12, 8, 31, 35, 7	4,287	7,40	33,28

Bu 3 faktör İYDÖ'nin varyansının %33,28'ini açıklamaktadır. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksek ise, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır.

Özdeğerlere göre faktörlerin kaç boyutta toplanacağı Grafik 6.4.1’de görülmektedir. Grafikte dikey eksen özdeğer miktarlarını, yatay eksen ise faktörleri gösterir. Grafik, faktörlerin özdeğerleri ile eşleştirilmesi sonucunda bulunan noktaların birleştirilmesi ile elde edilir. Grafikte yüksek ivmeli, hızlı düşüşlerin yaşandığı faktör, önemli faktör sayısını verir. Yatay çizgiler faktörlerin getirdikleri ek varyansların katsayılarının birbirine yakın olduğunu gösterir.



Grafik 6.4.1: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği Scree Plot Grafiği (58 madde)

Grafik 6.4.1 incelendiğinde, dikey eksende özdeğerlerin, yatay eksende ise faktörlerin yer aldığı görülmektedir. Yüksek ivmeli düşüşlerin yaşandığı dikey eksendeki faktör sayısının 3 olduğu belirlendi. Üçten sonraki faktörlerin getirdikleri ek varyansların katkılarının birbirine yakın olduğu saptandı. Bu sonuca dayanarak İYDÖ’nin üç faktörden oluşabileceği ve faktör yükleri alt kesme noktasının 0,33 olarak alınabileceği saptandı.

Faktör yük değeri (yük ağırlığı), maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Bir faktör ile yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme var ise bu bulgu, o maddelerin birlikte bir kavramı-yapıyı-faktörü ölçtüğü anlamına gelir. Bir değişkenin 0,3’lük faktör yükü, faktör tarafından açıklanan varyansın %9 olduğunu gösterir. Bu düzeydeki varyans dikkat çekicidir ve genel olarak işaretine bakılmaksızın 0,60 ve üstü yük değeri yüksek; 0,30-0,59 arası yük değeri orta düzeyde büyüklükler olarak tanımlanabilir ve değişken çıkartmada dikkate alınır (256).

Yapılan faktör analizi uygulaması sonucunda, birinci aşamada madde 7 olan “Çevresi için bir yükür” ve madde 35 “Başkalarını cezalandırıyor”; madde 57 olan “zayıftır” maddelerinin faktör ağırlıklarının 0,33’ın altında olduğu ve birden fazla faktörde ağırlıkları birbirine yakın olduğundan bu üç madde ölçekten çıkarıldı ve yeniden faktör analizi 55 madde ile tekrarlandı.

5. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) İçin İkinci Aşama Yapı Geçerliği (Faktör Analizi)’ ne İlişkin Bulgular (55 Madde İçin): 55 maddeye inen İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla yeniden Açıklayıcı Faktör Analizi yapıldı. Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Rotasyon Yöntemi kullanıldı. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 6.4.11’de gösterilmektedir.

Tablo 6.4.11: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Açıklayıcı Faktör Analizi Matrisi (55 madde için)

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)	Faktörler (Alt Boyutlar)		
	1	2	3
Damgalama alt boyutu maddeleri			
41. Utanç vericidir/rezildir	0,65		
44. Aptaldır	0,61		
22. Ahlaksızdır	0,61		
24. Sorumsuzdur	0,60		
39. Duygusuzdur	0,59		
40. Yüzeyseldir/sığdır	0,59		
9. Zalimdir	0,58		
38. Bencildir	0,57		
15. Bir utançtır	0,56		
26. Tembeldir	0,56		
48. Affedilemezdir	0,54		
52. İşe yaramazdır	0,54		
21. Cahildir	0,54		
20. İciticidir	0,51		
47. Adil değildir	0,51		
50. Haklı görülemez/onaylanamaz	0,51		
4. Barbardır/kabadır	0,50		
32. Acınası haldedir	0,49		
42. Tuhaftır	0,48		
17. Başarısızlıktır	0,48		
16. Günahkârdır	0,46		
2. Kibirlidir	0,44		
8. Korkaktır	0,42		
53. Kindardır/intikam peşindedir	0,42		
51. Doğal değildir	0,42		
54. Öfkeli/şiddete meyillidir	0,39		
36. Umursamazdır	0,39		
3. İlgi çekme arayışındadır	0,37		
İzolasyon/Depresyon alt boyutu maddeleri			
12. Depresyondadır		0,59	
13. Dış dünyadan kopmuştur		0,66	
23. Acı çekmektedir		0,65	
19. İcinmiştir		0,65	
27. Yalnızdır		0,64	
37. Üzgündür		0,63	
49. Mutsuzdur		0,61	
28. Kaybolmuştur		0,58	
25. Toplumdan soyutlanmıştır		0,55	
6. Kırılmıştır		0,54	
14. Ruhsal olarak rahatsızdır		0,54	
55. İçine kapanıktır/çekingendir		0,52	

Tablo 6.4.11: Davamı

10. Dünyadan elini eteğini çekmiştir		0,49	
45. Kapana kısılmıştır		0,49	
1. Kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır		0,47	
30. Perişandır/zavallıdır		0,44	
Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu maddeleri			
35. Gerçekçidir			0,69
34. Mantıklıdır/akılcıdır			0,69
31. Asildir			0,68
33. Güçlüdür			0,65
5. Cesurdur			0,59
18. Korkusuzdur/gözü pektir			0,59
43. Sağlamdır/dayanıklısıdır			0,55
46. Mazereti kabul edilebilir/ anlaşılırdır			0,52
11. Kararlıdır			0,40
7. Kendini (bir davaya) adamıştır			0,38
30. Motive olmuştur/güdülenmiştir			0,36
Extraction Method: Principal Component Analysis			
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization			

AFA sonucunda ölçeği oluşturan faktör ağırlıkları incelendiğinde Faktör 1’de en düşük 0,37 en yüksek 0,65, Faktör 2’de en düşük 0,40 en yüksek 0,69 ve Faktör 3’de en düşük 0,36 en yüksek 0,69 arasında saptandı. Maddelerin faktör yüklerinin 0,36 ile 0,69 arasında değiştiği görüldü.

Bu veriler doğrultusunda İYDÖ’nin faktörleri ve bu faktörlerde yer alan maddeler aşağıdaki gibi belirlendi:

- 1. Faktör 1:** 28 maddeden oluşur, bu boyutun maddeleri şunlardır: 2, 3, 4, 8, 9, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 26, 32, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54
- 2. Faktör 2:** 16 maddeden oluşur, bu boyutun maddeleri şunlardır: 1, 6, 10, 12, 13, 14, 19, 23, 27, 25, 28, 29, 37, 45, 49, 55
- 3. Faktör 3:** 11 maddeden oluşur bu boyutun maddeleri şunlardır: 5, 7, 11, 18, 30, 31, 33, 34, 35, 43, 46 maddelerinden oluştuğu gözlenmektedir.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’nin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için 55 maddelik ölçek için yeniden Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) yeterlilik ölçümüne ve Bartlett’s Küresellik Testi’ne bakıldı. Sonuçlar Tablo 6.4.12’de gösterilmektedir.

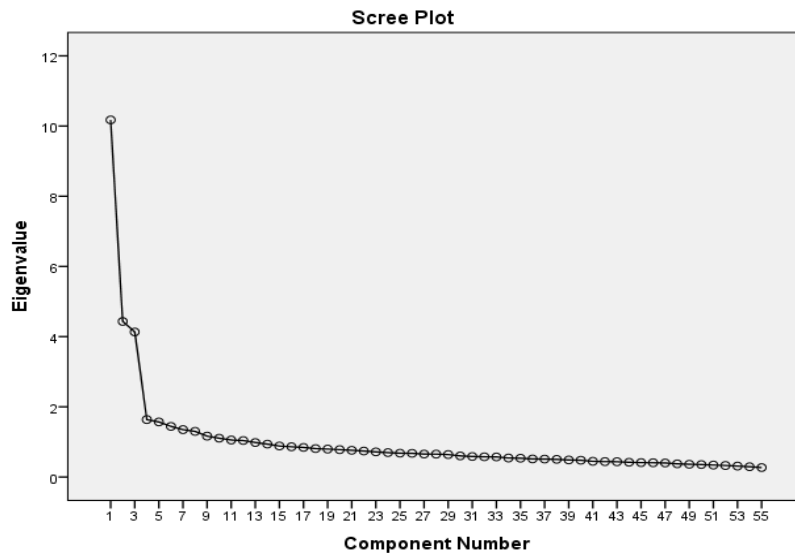
Tablo 6.4.12: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik Testi (BKT) Sonuçları (55 Madde için)

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		0,913
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare	20480,69
	Serbestlik derecesi	1485
	Anlamlılık	0,000

Çalışmada KMO Örneklem Yeterlilik Ölçümü değerinin 0,91 olduğu görüldü. Bu değer KMO için çok iyi bir değer olduğu ve ilgili veri gruba analiz yapılmasının uygun olduğu söylenebilir.

Bartlett Küresellik Testi korelasyon matrisinin benzer matris olup olmadığı hipotezini test etmek için kullanılmış olup ve bu hipotez $p < 0,001$ seviyesinde reddedildi. Bu da bize maddeler arasında ilişkinin varlığını ortaya koyarak faktör analizi için verilerin uygunluğunu göstermektedir.

55 maddelik İYDÖ'nin faktör analizine uygunluğu saptandıktan sonra, anlamlı bileşim maddelerinin saptanması ve kaç faktör seçileceğine karar vermek için yeniden Eigenvalue ve Screen Plot testleri uygulandı. Sonuçlar Grafik 6.4.2'de ve Tablo 6.4.13'te gösterilmektedir.,



Grafik 6.4.2: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Scree Plot Grafiği (55 madde)

Grafik 6.4.2 incelendiğinde, dikey ekseninde özdeğerlerin, yatay ekseninde ise faktörlerin yer aldığını görülmektedir. Yüksek ivmeli düşüşlerin yaşandığı dikey eksenindeki faktör sayısının 3 olduğu görüldü. Üçten sonraki faktörlerin getirdikleri ek varyansların katkılarının birbirine yakın olduğu saptandı. Bu sonuca dayanarak İYDÖ'nin üç faktörden oluşabileceği ve faktör yükleri alt kesme noktasının 0,33 olarak alınabileceği saptandı. Ayrıca 55 maddelik İYDÖ için özdeğeri 1'i aşan 3 faktör elde edilmiştir. Faktör 1'in özdeğeri= 8,184 Faktör 2'nin özdeğeri= 6,423 ve Faktör 3'ün özdeğeri= 4,133 olarak elde edildi (Tablo 6.4.13).

Tablo 6.4.13: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) İçin Eigenvalue (Özdeğer) Değerleri ve Toplam Varyans Sonuçlarının Dağılımı

Faktörler	Sorular	Özdeğerler toplamı	Varyansın %	Toplam Varyans %
Faktör 1	43, 46, 23, 25, 41, 42, 10, 40, 16, 27, 50, 54, 22, 21, 49, 52, 4, 33, 44, 18, 17, 2, 9, 55, 53, 56, 38, 3	8,184	14,88	14,88
Faktör 2	13, 14, 24, 20, 28, 39, 51, 29, 26, 6, 15, 58, 11, 47, 1, 30	6,423	11,68	26,56
Faktör 3	12, 37, 36, 32, 34, 5, 19, 45, 48, 8, 31	4,133	7,51	34,07

Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksek ise, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. AFA sonucunda elde edilen faktörlerden birincisi “Damgalama” alt boyutudur. 28 maddeden oluşan bu alt boyut ölçek toplam varyansın %14,88'sini açıklamaktadır. Ölçeğin ikinci faktörünü oluşturan “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu 16 maddeden oluşmakta ve ölçek toplam varyansının %11,68'sini açıklamaktadır.

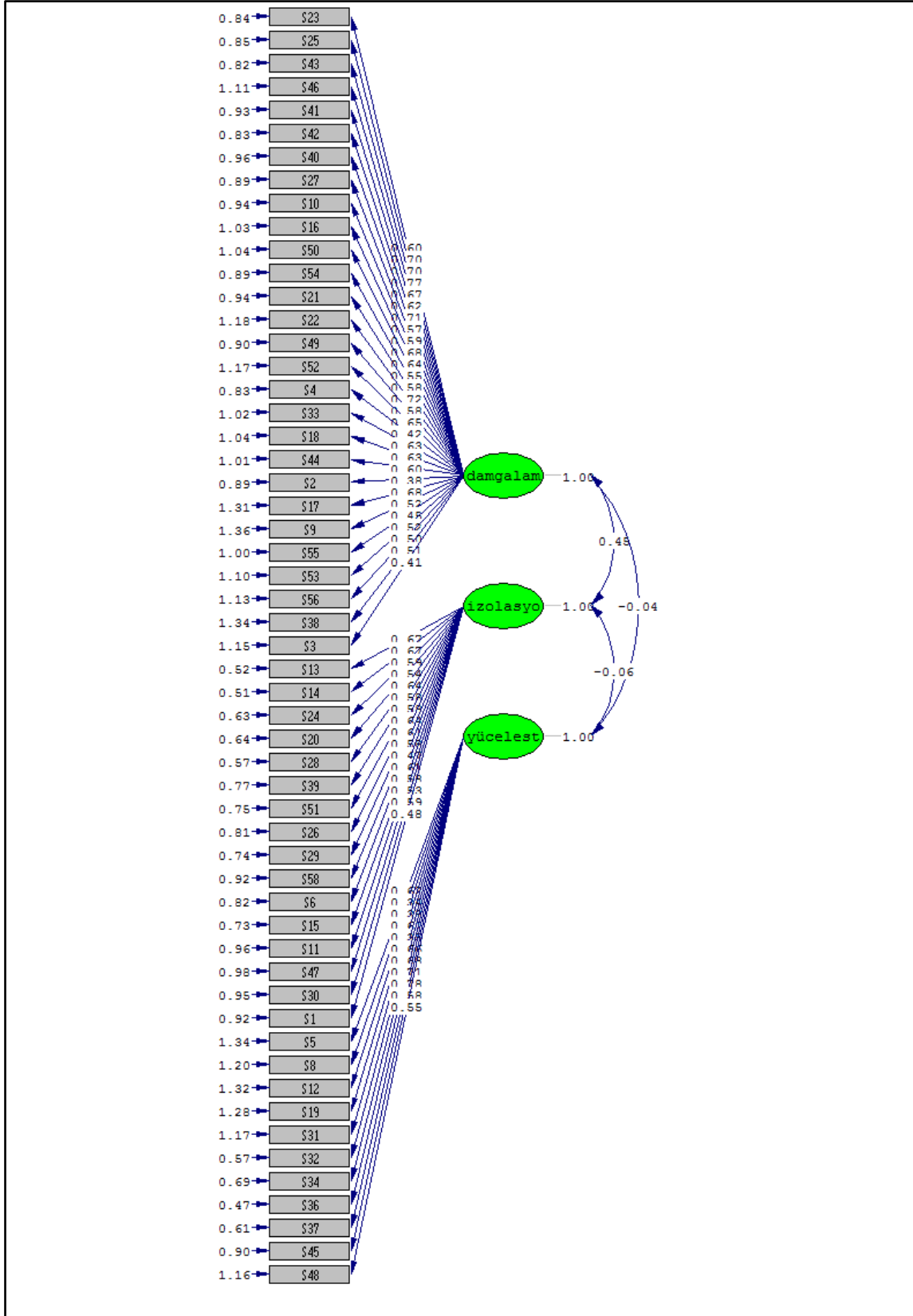
11 maddeden oluşan üçüncü faktör olan “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu ise ölçek toplam varyansının %7,51'ini açıklamaktadır. Bu 3 faktör İYDÖ'nin varyansının %34,07'sini açıklamaktadır.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin faktör yükleri incelendiğinde; Faktör 1 (Damgalama) için 0,38-0,77; Faktör 2 (İzolasyon/Depresyon) için 0,48-0,67 ve Faktör 3 (Yüceleştirme/Normalleştirme) için 0,38-0,67 arasında değiştiği görüldü (Tablo 6.4.14).

Tablo 6.4.14: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Alt Boyut Maddelerine İlişkin Standartlaştırılmış Yükler

Madde	Onaylanma (%)	Ortalama (ss)	Madde	Onaylanma (%)	Ortalama(ss)
Damgalama alt boyutu			İzolasyon / Depresyon alt boyutu		
Madde 44	49,2	3,25 (1,17)	Madde 12	86,4	4,18 (0,98)
Madde 54	46,4	3,21 (1,18)	Madde 13	83,2	4,09 (0,98)
Madde 17	44,5	3,16 (1,20)	Madde 14	81,2	4,06 (1,05)
Madde 16	43,1	3,18 (1,33)	Madde 49	79,2	3,97 (1,04)
Madde 51	42,6	3,18 (1,17)	Madde 23	78,3	3,97 (0,99)
Madde 32	42,2	3,08 (1,19)	Madde 27	74,7	3,81 (0,99)
Madde 21	41,8	3,11 (1,31)	Madde 1	74,5	3,79 (1,07)
Madde 38	41,5	3,11 (1,21)	Madde 6	74,3	3,83 (1,02)
Madde 50	41,5	3,11 (1,26)	Madde 19	74,3	3,85 (0,97)
Madde 24	40,1	3,16 (1,16)	Madde 37	74,1	3,81 (1,06)
Madde 36	40,0	2,98 (1,27)	Madde 25	66,4	3,73 (1,11)
Madde 8	31,4	2,78 (1,28)	Madde 28	66,3	3,66 (1,06)
Madde 20	31,4	2,93 (1,13)	Madde 55	64,2	3,67 (1,12)
Madde 3	31,2	2,82 (1,15)	Madde 10	64,1	3,61 (1,14)
Madde 44	29,6	2,75 (1,30)	Madde 45	56,5	3,47 (1,12)
Madde 15	28,5	2,80 (1,22)	Madde 29	51,3	3,33 (1,14)
Madde 47	28,1	2,87 (1,11)	Yüceleştirme /Normalleştirme alt boyutu		
Madde 48	25,4	2,68 (1,20)	Madde 11	52,0	3,30 (1,21)
Madde 39	23,9	2,66 (1,18)	Madde 5	32,9	2,63 (1,31)
Madde 40	23,3	2,76 (1,10)	Madde 18	32,8	2,77 (1,29)
Madde 53	20,9	2,62 (1,10)	Madde 30	25,0	2,64 (1,14)
Madde 26	20,6	2,63 (1,10)	Madde 7	24,5	2,69 (1,15)
Madde 41	20,4	2,55 (1,14)	Madde 46	20,5	2,44 (1,21)
Madde 9	18,2	2,41 (1,13)	Madde 33	12,4	2,11 (1,07)
Madde 2	16,0	2,46 (1,02)	Madde 35	12,4	2,08 (1,10)
Madde 52	15,7	2,40 (1,09)	Madde 43	11,8	2,07 (1,11)
Madde 22	14,4	2,39 (1,10)	Madde 31	8,9	2,08 (1,00)
Madde 4	11,5	2,30 (1,00)	Madde 35	7,4	1,86 (0,99)

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’nin yapı geçerliğinde Açıklayıcı Faktör Analizi ile oluşan faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla Doğrulamalı Faktör Analizi yapıldı. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’ne ilişkin 3 alt boyutu oluşturan maddelerin Doğrulamalı Faktör Analizi Şekil 6.4.1’de gösterilmektedir.



Şekil 6.4.1: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan değerler Tablo 6.4.15'te gösterilmektedir.

Tablo 6.4.15: Doğrulayıcı Faktör Analizine Ait Uyum Ölçüleri

Uyum Ölçüleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Modelin Sonuçları	Uyum
RMSEA	$0 < \text{RMSEA} < 0,05$	$0,05 \leq \text{RMSEA} \leq 0,10$	0,067	Kabul Edilebilir
NFI	$0,95 \leq \text{NFI} \leq 1$	$0,90 \leq \text{NFI} \leq 0,95$	0,90	Kabul Edilebilir
SRMR	$0 \leq \text{SRMR} \leq 0,05$	$0,05 \leq \text{SRMR} \leq 0,10$	0,076	Kabul Edilebilir
RFI	$0,90 \leq \text{RFI} \leq 1$	$0,85 \leq \text{RFI} \leq 0,90$	0,88	Kabul Edilebilir

Modelin uyum iyiliğini değerlendirmek için çeşitli uyum indeksi kriterleri kullanılmıştır. Bu doğrultuda doğrulayıcı faktör analizinde sık kullanılan uyum iyiliği testleri RMSEA (Root mean square error of approximation-Kök ortalama kare yaklaşım hatası), SRMR (Standardized Root Mean Square Rezidual), CFI (Comparative Fit Index Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), NFI (Normed Fit Index- Normlaştırılmış uyum indeksi), GFI (Goodness of fit index- Uyum iyiliği indeksi, AGFI (Adjusted Goodness of Fit index- Düzenlenmiş iyilik uyum indeksi) gibi sık kullanılan uyum indeksleri kullanılmıştır.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçları incelendiğinde; RMSEA uyum ölçümü 0,067 olup, kabul edilebilir uyum göstermektedir. Diğer uyum ölçülerinden NFI, SRMR ve RFI ölçümleri de kabul edilebilir uyum gösterirken; CFI, IFI, GFI ve AGFI ölçümleri kabul edilebilir uyum göstermemektedir. Bu sonuçlara göre çalışmanın CFI, IFI, GFI ve AGFI dışında uyum istatistikleri sonucuna göre modelin iyi uyum verdiği saptandı.

6.4.2. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

1. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin Test-Tekrar Test (Zamana Göre Değişmezlik) Güvenirliğine İlişkin Bulgular: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin test-tekrar test güvenirliğini sınamak için, ölçeğin ilk ve ikinci uygulama puanları arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi & Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) analizi kullanıldı ve sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Ölçeğin üç alt boyutunun test-tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0,01$) (Tablo 6.4.16, Tablo 6.4.17).

Bu çalışmada, iki ölçüm arasında uygun zaman olması ve bu süre içerisinde uyumun değişmemesine bağlı olarak ölçeklerin zamana göre değişmezliği gösterildi. Bu sonuç doğrultusunda İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin zamana karşı değişmezlik özelliğinin yüksek ve zamansal süreçteki tutarlılığının yeterli düzeyde olduğu saptandı. Yani yapılan test zaman içerisinde farklı sonuçlar vererek tutarsızlık göstermemektedir.

Tablo 6.4.16: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları (Pearson Korelasyon Katsayısı) (n= 100)

Alt boyut	Uygulama	Ortalama	Standart Sapma	r	p
Damgalama alt boyutu maddeleri	İlk Uygulama	92,65	15,93	0,87	0,001**
	İkinci Uygulama	92,06	16,96		
İzolasyon/Depresyon alt boyutu maddeleri	İlk Uygulama	63,20	8,28	0,78	0,001**
	İkinci Uygulama	61,85	8,08		
Yüceleştirme/Norma ileştirme alt boyutu maddeleri	İlk Uygulama	26,38	7,05	0,76	0,001**
	İkinci Uygulama	26,50	7,44		

r=Pearson Korelasyon Katsayısı

**p<0,01

Damgalama alt boyutu maddelerinin ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) anlamlı ilişki saptandı (**$r=0,878$; $p=0,001$**).

İzolasyon/Depresyon alt boyutu maddelerinin ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) anlamlı ilişki saptandı (**$r=0,789$; $p=0,001$**).

Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu maddelerinin ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) anlamlı ilişki saptandı (**$r=0,769$; $p=0,001$**).

Tablo 6.4.17: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Katsayıları (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) (n=100)

Alt boyut	Uygulama	Ortalama	Standart Sapma	r	p
Damgalama alt boyutu maddeleri	İlk Uygulama	92,65	15,93	0,87	0,001**
	İkinci Uygulama	92,06	16,96		
İzolasyon/ Depresyon alt boyutu maddeleri	İlk Uygulama	63,20	8,28	0,78	0,001**
	İkinci Uygulama	61,85	8,08		
Yüceleştirme/ Normalleştirme alt boyutu maddeleri	İlk Uygulama	26,38	7,05	0,76	0,001**
	İkinci Uygulama	26,50	7,44		

r =Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf içi Korelasyon Katsayısı) ** $p<0,01$

Damgalama alt boyutu maddelerinin ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) anlamlı ilişki saptandı (**$r=0,877$; $p=0,001$**).

İzolasyon/ Depresyon alt boyutu maddelerinin ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) anlamlı ilişki saptandı (**$r=0,780$; $p=0,001$**).

Yüceleştirme/ Normalleştirme alt boyutu maddelerinin ilk uygulama puanları ile ikinci uygulama puanları arasında pozitif yönde (ilk uygulama puanı arttıkça ikinci uygulama puanı artan) anlamlı ilişki saptandı (**$r=0,769$; $p=0,001$**).

2. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Madde Analizi ve İç Tutarlılık Güvenirliğine (Cronbach Alfa Katsayısı) İlişkin Bulgular: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’nin güvenirliliğinin test edilmesinde Alfa katsayısından (Cronbach alfa) yararlanıldı. Yapılan analizlerde 1100 katılımcıdan elde edilen veriler kullanıldı. Ayrıca maddelerin, alfa katsayısına ne derecede ve ne yönde etkiye bulunduklarını saptayabilmek için; “Değişken Silindiği taktirde Ölçeğin Alfa Katsayısı” (Alpha if Item Deleted) değeri hesaplandı. Söz konusu değerler, herhangi bir değişken silindiği takdirde, geri kalan değişkenlerin iç tutarlılıklarını göstermektedir.

55 maddelik İYDÖ’nin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında toplam ölçek Cronbach α katsayısı değeri 0,90 olarak bulundu. Ölçeğin ve alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık değerleri incelendiğinde, birinci faktör (Damgalama) için 0,90; ikinci faktör (İzolasyon/Depresyon) için 0,87 ve üçüncü faktör (Normalleştirme/Yüceleştirme) için 0,79 olarak saptandı. Tüm alt boyutların yüksek derecede güvenirliliğe sahip olduğu görüldü (Tablo 6.4.18).

Tablo 6.4.18: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Alt Boyutlarının İç Tutarlılık (Cronbach α) Değerleri (N=1100)

	Madde sayısı	Cronbach Alfa
Damgalama Alt Boyutları	28	0,90
İzolasyon/DepresyonAlt Boyutları	16	0,87
Yüceleştirme/NormalleştirmeAlt Boyutları	11	0,79
Toplam Ölçek	55	0,90

Faktörü oluşturan maddelerin güvenirlilik düzeyine etkileri ise Tablo 6.4.19’da gösterilmektedir. Tablo, madde silindiğinde Cronbach Alfa değerleri incelendiğinde herhangi bir maddenin faktörden çıkarılmasının güvenirliliği arttırmayacağını göstermektedir. Bu çerçevede 3 maddelik faktör yapısı korunmuştur.

Tablo 6.4.19: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Faktörü Oluşturan Maddelerinin Güvenirliğe Etkileri (n=1100)

	Ortalama	SD	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
1. Kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır	3,79	1,07	166,668	635,567	0,279	0,90
2. Kibirlidir	2,46	1,02	167,996	633,967	0,329	0,90
3. İlgi çekme arayışındadır	2,82	1,15	167,634	630,949	0,339	0,90
4. Barbardır/kabadır	2,30	1,00	168,159	633,721	0,339	0,90
5. Cesurdur	2,63	1,31	167,823	635,458	0,221	0,90
6. Kırılmıştır	3,83	1,02	166,620	635,473	0,297	0,90
8. Kendini bir davaya adanmıştır	2,69	1,15	167,769	636,183	0,247	0,90
9. Korkaktır	2,78	1,28	167,672	631,351	0,294	0,90
10. Zalimdir	2,41	1,13	168,046	626,414	0,424	0,90
11. Dünyadan elini eteğini çekmiştir	3,61	1,14	166,849	626,560	0,421	0,90
12. Kararlıdır	3,30	1,21	167,155	632,047	0,301	0,90
13. Depresyondadır	4,18	0,98	166,271	631,075	0,401	0,90
14. Dış dünyadan kopmuştur	4,09	0,98	166,363	629,687	0,432	0,90
15. Ruhsal olarak rahatsızdır	4,06	1,05	166,391	628,184	0,428	0,90
16. Bir utançtır	2,80	1,22	167,651	622,295	0,461	0,90
17. Günahkârdır	3,18	1,33	167,276	618,797	0,472	0,90
18. Başarısızlıktır	3,16	1,20	167,292	620,857	0,494	0,90
19. Korkusuzdur/gözüpektir	2,77	1,29	167,686	631,113	0,295	0,90
20. İncinmiştir	3,85	0,97	166,607	634,069	0,344	0,90
21. İncitcidir	2,93	1,13	167,524	623,929	0,471	0,90
22. Cahildir	3,11	1,31	167,345	620,954	0,448	0,90
23. Ahlaksızdır	2,39	1,10	168,065	627,686	0,417	0,90
24. Acı çekmektedir	3,97	0,99	166,485	631,309	0,392	0,90
25. Sorumsuzdur	3,16	1,16	167,296	621,883	0,496	0,90
26. Toplumdan soyutlanmıştır	3,73	1,11	166,722	626,754	0,430	0,90

Tablo 6.4.19: Devamı

27. Tembeldir	2,63	1,10	167,829	627,785	0,413	0,90
28. Yalnızdır	3,81	0,99	166,640	627,925	0,460	0,90
29. Kaybolmuştur	3,66	1,06	166,794	627,243	0,442	0,90
30. Perişandır/zavallıdır	3,33	1,14	167,123	620,681	0,526	0,90
31. Motive olmuştur/ Güdülenmiştir	2,64	1,14	167,812	637,545	0,226	0,90
32. Asildir	2,08	1,00	168,375	647,830	0,059	0,90
33. Acınası haldedir	3,08	1,19	167,376	620,546	0,505	0,90
34. Güçlüdür	2,11	1,07	168,348	648,007	0,049	0,90
36. Mantıklıdır/akılcıdır	1,86	0,99	168,595	650,541	0,006	0,90
37. Gerçekçidir	2,08	1,10	168,370	648,031	0,046	0,97
38. Umursamazdır	2,98	1,27	167,472	626,411	0,376	0,90
39. Üzgündür	3,81	1,06	166,645	634,258	0,309	0,90
40. Bencildir	3,11	1,21	167,344	620,593	0,494	0,90
41. Duygusuzdur	2,66	1,18	167,790	624,437	0,441	0,90
42. Yüzeyseldir/sığdır	2,76	1,10	167,698	625,514	0,454	0,90
43. Utanç vericidir/rezildir	2,55	1,14	167,909	624,550	0,456	0,90
44. Tuhaftır	3,25	1,17	167,204	622,594	0,477	0,90
45. Sağlamdır/dayanıklıdır	2,07	1,11	168,389	646,949	0,064	0,90
46. Aptaldır	2,75	1,30	167,709	621,062	0,447	0,90
47. Kapana kısılmıştır	3,47	1,12	166,982	628,131	0,398	0,90
48. Mazereti kabul edilebilir/anlaşıldır	2,44	1,21	168,015	644,402	0,097	0,90
49. Adil değildir	2,87	1,11	167,585	623,901	0,480	0,90
50. Affedilemezdir	2,68	1,20	167,770	624,483	0,430	0,90
51. Mutsuzdur	3,97	1,04	166,489	631,042	0,376	0,90
52. Haklı görülemez /onaylanamaz	3,11	1,26	167,349	623,747	0,420	0,90
53. Doğal değildir	3,18	1,17	167,270	628,747	0,369	0,90
54. İşe yaramazdır	2,40	1,09	168,057	627,474	0,424	0,90
55. Kindardır/ intikam peşindedir	2,62	1,10	167,833	628,443	0,403	0,90
56. Öfkeliidir/ şiddete meyillidir	3,21	1,18	167,241	624,354	0,443	0,90
57. Zayıftır	3,61	1,20	166,841	627,681	0,377	0,90
58. İçine kapanıktır/ çekingendir	3,67	1,12	166,783	628,920	0,385	0,90

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nin üç alt boyutu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi yapıldı. Sonuçları Tablo 6.4.20'de gösterilmektedir.

Tablo 6.4.20: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		Damgalama alt boyutu	İzolasyon/ Depresyon alt boyutu	Yüceleştirme/ Normalleştirme alt boyutu
Damgalama	<i>r</i>	1,000	0,42	0,05
Alt boyutu	<i>p</i>		0,001**	0,076
İzolasyon/Depresyon	<i>r</i>		1,000	0,08
Alt boyutu	<i>p</i>			0,008**
Yüceleştirme/Normalleştirme	<i>r</i>			1,000
Alt boyutu	<i>p</i>			

r = Pearson Correlation (Pearson Korelasyon Katsayısı) **p* < 0,05 ***p* < 0,01

Tablo 6.4.20 incelendiğinde, Damgalama alt boyutu puanı ile İzolasyon/Depresyon alt boyutu puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (***r*=0,42, *p*=0,001**). Damgalama alt boyutu ile Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyut puanları arasında ise anlamlı ilişki saptanmadı (***r*=0,053; *p*=0,76**). İzolasyon/Depresyon ile Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutları puanları arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (***r*=0,08, *p*=0,008**).

Bu çalışmada İYDÖ maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamak için madde-toplam korelasyon katsayılarına bakıldı. Sonuçlar Tablo 6.4.21'de gösterilmektedir.

Tablo 6.4.21: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nin Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Değerleri (n=1100)

	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)	
	r	p
Utanç vericidir/rezildir	0,622	0,001**
Aptaldır	0,611	0,001**
Ahlaksızdır	0,565	0,001**
Sorumsuzdur	0,616	0,001**
Duygusuzdur	0,581	0,001**
Yüzeyseldir/sığdır	0,581	0,001**
Zalimdir	0,560	0,001**
Bencildir	0,602	0,001**
Bir utançtır	0,573	0,001**
Tembeldir	0,539	0,001**
Affedilemezdir	0,552	0,001**
İşe yaramazdır	0,531	0,001**
Cahildir	0,573	0,001**
İciticidir	0,540	0,001**
Adil değildir	0,552	0,001**
Haklı görülemez/onaylanamaz	0,540	0,001**
Barbardır/kabadır	0,460	0,001**
Acıması halledir	0,543	0,001**
Tuhaftır	0,530	0,001**
Başarısızlıktır	0,544	0,001**
Günahkârdır	0,534	0,001**
Kibirlidir	0,422	0,001**
Korkaktır	0,445	0,001**
Kindardır/intikam peşindedir	0,451	0,001**
Doğal değildir	0,475	0,001**
Öfkeli/şiddete meyillidir	0,463	0,001**
Umursamazdır	0,436	0,001**
İlgi çekme arayışındadır	0,407	0,001**
Damgalama alt boyutu Cronbach $\alpha=0,90$		
Depresyondadır	0,683	0,001**
Dış dünyadan kopmuştur	0,678	0,001**
Acı çekmektedir	0,633	0,001**
İncinmiştir	0,608	0,001**
Yalnızdır	0,674	0,001**
Üzgündür	0,603	0,001**
Mutsuzdur	0,598	0,001**
Kaybolmuştur	0,626	0,001**
Toplumdan soyutlanmıştır	0,611	0,001**

Tablo 6.21: Devamı

Kırılmıştır	0,525	0,001**
Ruhsal olarak rahatsızdır	0,586	0,001**
İçine kapanıktır/çekingendir	0,567	0,001**
Dünyadan elini eteğini çekmiştir	0,551	0,001**
Kapana kısılmıştır	0,538	0,001**
Kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır	0,505	0,001**
Perişandır/Zavallıdır	0,557	0,001**
İzolasyon/Depresyon alt boyutu		Cronbach $\alpha=0,87$
Gerçekçidir	0,500	0,001**
Mantıklıdır/akılcıdır	0,645	0,001**
Asildir	0,635	0,001**
Güçlüdür	0,646	0,001**
Cesurdur	0,632	0,001**
Korkusuzdur/gözü pektir	0,635	0,001**
Sağlamdır/dayanıklıdır	0,647	0,001**
Mazereti kabul edilebilir/anlaşıldır	0,548	0,001**
Kendini (bir davaya) adamıştır	0,533	0,001**
Motive olmuştur/Güdülenmiştir	0,452	0,001**
Kararlıdır	0,328	0,001**
Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu		Cronbach $\alpha=0,79$
Toplam Ölçek		Cronbach $\alpha=0,90$

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

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği madde-toplam korelasyonları incelendiğinde, en düşük korelasyon katsayısının 0,328 ile en yüksek 0,683 arasında değiştiği ve hepsinin ileri düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği görüldü (**$p=0,01$**).

6.5. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER

Bu başlık altında öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nden aldıkları puanlar ile bu puanların öğrencilerin sosyodemografik verilerine, psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü ve intihar girişimi öyküsüne göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmektedir.

Öğrencilerin İBDÖ maddelerini toplam ölçek üzerinden %36,88 oranında doğru yanıtladıkları saptandı. İBDÖ maddelerinin doğru yanıtlanma yüzdeleri incelendiğinde, en fazla doğru yanıtlanan maddenin %84,2 oranı ile “Tedavi ve Önlem” alt boyutunda, en az doğru yanıtlanan maddelerin ise %13,5 oranı ile “Belirtiler” alt boyutunda yer aldığı görüldü (Tablo 6.5.1).

Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde, en az doğru yanıtlanan maddelerin %22,91 oranı ile “Belirtiler” alt boyutunda, en fazla doğru yanıtlanan maddelerin ise %67,11 oranı ile “Tedavi/Önlem” alt boyutunda yer aldığı görülmektedir (Tablo 6.5.2).

Tablo 6.5.1: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Maddelerinin Doğru Cevaplanma Yüzdelelerinin Dağılımı (n=1100)

Madde No	Maddeler	Alt Boyut	Doğru cevap %
1	Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiç bir şey yapılamaz.	Tedavi/Önlem	75,8
2	Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.	Nedenler/ Tetikleyiciler	29,3
3	Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.	Tedavi/Önlem	84,2
4	İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır.	Risk faktörleri	15,5
5	İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir.	Tedavi/Önlem	62,7
6	Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.	Risk faktörleri	49,0
7	İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.	Belirtiler	16,1
8	İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikir değiştirebilirler.	Belirtiler	13,5
9	İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır.	Nedenler/ Tetikleyiciler	16,2
10	Geçmişte intihar intihara teşebbüs etmiş birinin hiç intihar teşebbüsünde bulunmamış birine göre intihara teşebbüs etme olasılığı daha yüksektir.	Nedenler/ Tetikleyiciler	66,5
11	İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihara teşebbüs etmeye teşvik edecektir.	Nedenler/ Tetikleyiciler	27,5
12	İntihar girişiminde bulunan kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar.	Belirtiler	27,3

Tablo 6.5.1: Devamı

13	İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.	Tedavi/ Önlem	45,7
14	Çok az insanın intihar ile ilgili düşüncesi vardır.	Nedenler/ Tetikleyiciler	25,0
15	Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.	Risk faktörleri	60,5
16	İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır.	Risk faktörleri	15,6
17	Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlardan daha yüksektir.	Risk faktörleri	24,7
18	İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.	Risk faktörleri	83,7
19	İntihar eden çoğu insan gelecek planları yapmaz.	Belirtiler	19,6
20	Eğer birine doğrudan “kendini öldürmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihara teşebbüs etmesine yol açabilir.	Nedenler/ Tetikleyiciler	32,3
21	İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.	Nedenler/ Tetikleyiciler	15,0
22	İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir.(İntihar genellikle geliyorum der).	Belirtiler	43,2
23	İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.	Nedenler/ Tetikleyiciler	50,9
24	Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.	Belirtiler	17,7
25	İntihara yol açan dürtü ve sebepler daha öncesinden bilinmektedir.	Nedenler/ Tetikleyiciler	15,4
26	İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz.	Nedenler/ Tetikleyiciler	29,5
27	İntihara teşebbüs edenler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.	Nedenler/ Tetikleyiciler	33,1

Tablo 6.5.2: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Alt Boyutlarının Doğru Cevaplanma Yüzdelerinin Dağılımı (n=1100)

Alt boyut	Madde sayısı	Maddeler	Doğru yanıt	
			%	Standart sapma
Belirtiler	6	7, 8, 12, 19, 22, 24	22,91	19,50
Risk faktörleri	7	4, 6, 10, 15, 16, 17, 18	45,09	20,27
Nedenler/Tetikleyiciler	10	2, 9, 11, 14, 20, 21, 23, 25, 26, 27	27,41	19,08
Tedavi/Önlem	4	1, 3, 5, 13	67,11	26,64

Puanlar incelendiğinde öğrencilerin yaş ortalama değeri ile İBDÖ toplam puan ortalamaları, “Belirtiler” alt boyutu, “Risk Faktörleri” alt boyutu, “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu ile “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.5.3).

Cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre öğrencilerin İBDÖ toplam puan ortalamaları “Belirtiler” alt boyutu, “Risk Faktörleri” alt boyutu, “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu ile “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Annelerin eğitim düzeylerine göre öğrencilerin İBDÖ toplam puan ortalamaları, “Belirtiler” alt boyutu, “Risk Faktörleri” alt boyutu, “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Annelerinin eğitim düzeylerine göre öğrencilerin İBDÖ “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,005$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; anne eğitim düzeyi ilkökul olanların “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamalarının annesinin eğitim düzeyi okur-yazar olmayan öğrencilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,049$).

Babalarının eğitim düzeylerine göre öğrencilerin İBDÖ toplam puan ortalamaları, “Belirtiler” alt boyutu, “Risk Faktörleri” alt boyutu, “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu

ile “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Yaşadıkları en uzun yerlere göre öğrencilerin İBDÖ toplam puan ortalamaları, “Belirtiler” alt boyutu, “Risk Faktörleri” alt boyutu, “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu, “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).



Tablo 6.5.3. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Sosyo-demografik Verilerine Göre Karşılaştırılması (n=1100)

		İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin alt boyutları				
	n	Toplam Ölçek	Belirtiler	Risk Faktörleri	Nedenler/Tetikleyiciler	Tedavi/Önlem
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaş (yıl)	^c r	-0,049	-0,022	-0,006	-0,055	-0,031
	^p	0,102	0,469	0,839	0,070	0,301
Cinsiyet						
Kadın	645	9,99±3,41	1,39±1,19	3,19±1,39	2,76±1,87	2,64±1,10
Erkek	455	9,91±3,60	1,35±1,14	3,11±1,46	2,71±1,96	2,74±1,01
	^t	0,354	0,650	0,912	0,421	-1,547
	^a p	0,724	0,516	0,362	0,674	0,122
Medeni Durum						
Bekar	1082	9,94±3,49	1,37±1,17	3,15±1,42	2,73±1,90	2,69±1,06
Evli	18	11,00±3,20	1,78±1,17	3,50±0,99	3,50±2,26	2,22±1,40
	^t	-1,281	-1,475	-1,036	-1,704	1,422
	^a p	0,200	0,140	0,300	0,089	0,173
Anne Eğitim Düzeyi						
Okur-yazar değil	97	9,56±4,02	1,51±1,39	2,93±1,70	2,66±1,93	2,46±1,14
Okur-yazar	70	10,20±3,67	1,31±1,19	3,41±1,36	2,99±2,06	2,49±0,94
İlkokul	557	9,99±3,37	1,32±1,13	3,16±1,37	2,72±1,86	2,80±1,06
Ortaokul	205	9,94±3,25	1,42±1,16	3,19±1,37	2,78±1,85	2,55±1,07
Lise	122	10,17±3,63	1,43±1,11	3,17±1,50	2,84±2,07	2,73±0,99
Lisans ve Üstü	49	9,51±4,05	1,43±1,29	3,06±1,43	2,45±2,02	2,57±1,21
	^F	0,591	0,652	1,030	0,587	3,396
	^b p	0,707	0,660	0,398	0,710	0,005**
Baba Eğitim Düzeyi						
Okur-yazar değil	20	9,65±4,25	1,70±1,49	3,15±1,53	2,45±2,14	2,35±1,23
Okur-yazar	38	9,50±4,51	1,39±1,37	2,63±1,79	3,05±2,27	2,42±1,13
İlkokul	380	9,91±3,50	1,41±1,18	3,14±1,39	2,69±1,85	2,67±1,13
Ortaokul	249	10,02±3,30	1,35±1,16	3,22±1,34	2,78±1,99	2,66±0,98
Lise	249	10,12±3,32	1,37±1,14	3,18±1,47	2,82±1,85	2,75±1,07
Lisans ve üstü	164	9,87±3,65	1,30±1,12	3,16±1,41	2,65±1,90	2,76±0,97
	^F	0,320	0,499	1,182	0,540	1,213
	^b p	0,901	0,777	0,316	0,746	0,301
En uzun Yaşadığı Yer						
Kent (İl merkezi)	683	9,97±3,44	1,37±1,17	3,14±1,42	2,76±1,88	2,71±1,06
Kırsal (ilçe/belde/köy)	417	9,93±3,57	1,39±1,17	3,19±1,41	2,71±1,95	2,64±1,07
	^t	0,193	-0,309	-0,604	0,389	1,098
	^a p	0,847	0,758	0,546	0,697	0,282

^aStudent t Test ^bOne-way ANOVA Test ^cr: Pearson Korelasyon Katsayısı **p<0,01 *p<0,05

Okullarına göre öğrencilerin İBDÖ toplam ölçek puan ortalamaları, “Belirtiler” alt boyutu, “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.5.4).

Okullarına göre öğrencilerin İBDÖ “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirmelere göre; Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamalarının İlahiyat Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0,033$; $p=0,032$).

Orman Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamalarının İletişim Fakültesi ve BESYO öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0,031$; $p=0,044$).

İletişim Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamalarının İlahiyat Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0,012$; $p=0,011$).

İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamalarının BESYO öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,018$).

BESYO öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamalarının Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p=0,018$).

Okullarına göre öğrencilerin İBDÖ “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Farklılığı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili değerlendirmelere göre; BESYO öğrencilerinin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamalarının Fen Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Orman Fakültesi, İİBF, İletişim Fakültesi, Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi ile Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla; $p=0,022$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,004$; $p=0,001$).

Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamalarının İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan

ortalamlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (**p=0,027**).

Sınıflarına göre öğrencilerin İBDÖ Toplam ölçek puan ortalamaları ile “Risk Faktörleri” alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (**p>0,05**).

Sınıflarına göre öğrencilerin “Belirtiler” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p=0,022**). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; birinci sınıf öğrencilerinin “Belirtiler” alt boyutu puan ortalamalarının üçüncü sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (**p=0,021**).

Sınıflarına göre öğrencilerin “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p=0,003**). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; birinci sınıf öğrencilerinin “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamalarının ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla; **p=0,008; p=0,014**).

Sınıflarına göre öğrencilerin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p=0,001**). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; birinci sınıf öğrencilerinin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamalarının ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla; **p=0,035; p=0,011; p=0,001**).

6.5.4. Öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)’nden Aldıkları Puanların Öğrenim Gördükleri Okullara ve Sınıflarına Göre Karşılaştırılması (n=1100)

		İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği’nin alt boyutları				
	n	Toplam ölçek	Belirtiler	Risk Faktörleri	Neden/Tetikleyiciler	Tedavi /Önem
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Okul						
Fen Edebiyat Fakültesi	120	9,49±3,63	1,52±1,19	2,92±1,41	2,53±1,67	2,53±1,02
Eğitim Fakültesi	400	9,74±3,38	1,31±1,16	3,13±1,42	2,58±1,90	2,72±1,08
Orman Fakültesi	64	10,83±3,82	1,64±1,16	3,56±1,47	2,77±2,03	2,86±0,97
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	130	10,39±3,19	1,42±1,20	3,10±1,31	3,15±1,93	2,73±0,95
İletişim Fakültesi	70	9,86±3,44	1,30±1,13	2,76±1,40	3,16±1,79	2,64±1,12
İlahiyat Fakültesi	83	10,47±2,38	1,18±1,01	3,58±1,14	2,67±1,55	3,04±0,93
Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi	33	10,82±3,27	1,33±1,11	3,48±1,35	3,15±2,09	2,85±1,25
BESYO	67	9,31±5,24	1,58±1,41	2,78±1,77	2,97±2,59	1,99±1,15
Turizm Fakültesi	53	9,62±3,56	1,45±1,20	3,02±1,42	2,60±2,00	2,55±1,03
Sağlık Yüksekokulu	80	10,30±2,95	1,29±1,07	3,59±1,32	2,61±1,66	2,81±1,01
<i>F</i>		1,921	1,343	4,140	1,873	5,244
<i>^bp</i>		0,055	0,210	0,001**	0,056	0,001**
Sınıf						
1. Sınıf	283	9,91±3,75	1,48±1,26	3,00±1,47	2,95±1,99	2,48±1,13
2. Sınıf	350	10,12±3,58	1,39±1,16	3,13±1,46	2,90±2,03	2,71±1,06
3. Sınıf	282	9,62±3,00	1,20±1,08	3,23±1,32	2,44±1,76	2,75±1,01
4. Sınıf	185	10,22±3,56	1,45±1,16	3,32±1,40	2,58±1,68	2,86±1,00
<i>F</i>		1,486	3,223	2,293	4,731	5,734
<i>^bp</i>		0,217	0,022*	0,077	0,003**	0,001**

^bOne-way ANOVA Testi

**p<0,01

Tablo 6.5.5. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsü ve İntihar Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (n=1100)

	n	Toplam	Belirtiler	Risk	Neden ve	Tedavi ve
		ölçek	Alt boyutu	Faktörleri	Tetikleyiciler	Önlem Alt
				Alt Boyutu	Alt Boyutu	Boyutu
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Psikiyatrist/psikoloğa başvurma						
Var	195	10,18±3,19	1,47±1,17	3,22±1,28	2,95±1,91	2,54±1,06
Yok	905	9,91±3,55	1,35±1,17	3,14±1,45	2,70±1,91	2,72±1,07
t		1,008	1,280	0,696	1,720	-2,114
a		0,314	0,201	0,487	0,086	0,035*
Psikiyatrik tanı konulması						
Var	94	11,02±3,17	1,74±1,19	3,47±1,22	3,16±1,97	2,65±0,99
Yok	101	9,41±3,01	1,22±1,09	2,99±1,30	2,76±1,83	2,44±1,11
t		3,646	3,223	2,647	1,459	1,413
a		0,001**	0,001**	0,009**	0,146	0,159
Taniya yönelik ilaç kullanıma						
Var	81	10,91±3,05	1,69±1,20	3,46±1,24	3,11±1,88	2,65±0,98
Yok	13	11,69±3,92	2,08±1,12	3,54±1,13	3,46±2,54	2,62±1,12
t		-0,820	-1,085	-0,224	-0,592	0,131
a		0,414	0,281	0,823	0,555	0,896
Ailede psikiyatrik muayene/tedavi öyküsü						
Var	164	10,36±3,41	1,46±1,10	3,25±1,41	2,86±1,79	2,79±1,02
Yok	936	9,89±3,50	1,36±1,18	3,14±1,42	2,72±1,93	2,67±1,07
t		1,608	0,982	0,916	0,865	1,410
a		0,108	0,326	0,360	0,387	0,159
İntihar etmeyi düşünme/uygulama öyküsü						
Var	139	10,85±3,45	1,85±1,26	3,14±1,46	3,38±1,97	2,48±1,08
Yok	961	9,83±3,47	1,31±1,14	3,16±1,41	2,65±1,88	2,71±1,06
t		3,224	5,175	-0,175	4,267	-2,403
a		0,001**	0,001**	0,861	0,001**	0,016*
Daha önce Birisine intihar edebileceğini söyleme						

Tablo 6.5.5: Devamı

Var	110	11,07±3,43	1,91±1,25	3,31±1,37	3,19±1,92	2,66±1,05
Yok	990	9,83±3,47	1,32±1,15	3,14±1,42	2,69±1,90	2,69±1,07
t		3,559	5,110	1,190	2,615	-0,217
^ap		0,001**	0,001**	0,234	0,009**	0,828
Ailede intihar ederek ölen/ girişiminde bulunmuş biri (anne, baba, kardeş)						
Var	94	10,2±3,86	1,56±1,30	3,24±1,37	2,94±2,00	2,46±1,18
Yok	1006	9,93±3,45	1,36±1,16	3,15±1,42	2,72±1,9	2,71±1,05
t		0,715	1,642	0,631	1,038	-1,970
^ap		0,475	0,101	0,528	0,300	0,051
Yakınlarında intihar ederek ölen/ girişiminde bulunmuş biri (akraba, komşu, arkadaş)						
Var	361	9,96±3,50	1,45±1,15	3,14±1,42	2,75±1,89	2,62±1,08
Yok	739	9,95±3,48	1,34±1,18	3,17±1,42	2,74±1,92	2,71±1,06
t		0,051	1,581	-0,292	0,085	-1,334
^ap		0,960	0,114	0,771	0,932	0,183

^aStudent t testi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Öğrencilerin “psikiyatrist/psikoloğa başvurma durumlarına” göre; İBDÖ toplam ölçek, “Belirtiler”, “Risk Faktörleri” ve “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyut puan ortalamaları anlamlı fark göstermezken ($p > 0,05$), psikiyatrist/psikoloğa başvurmuş olan öğrencilerin İBDÖ “Tedavi/Önlem” alt boyut puan ortalamaları başvurmamış olan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ($p = 0,035$).

Öğrencilerin “psikiyatrik bir tanı konulma durumlarına” göre İBDÖ “Nedenler/Tetikleyiciler” ve “Tedavi/Önlem” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken ($p > 0,05$), tanı konulmuş olan öğrencilerin İBDÖ toplam ölçek, “Belirtiler” ve “Risk Faktörleri” alt boyut puan ortalamaları tanı konulmamış olan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (sırasıyla; $p = 0,001$; $p = 0,001$; $p = 0,009$).

Öğrencilerin “psikiyatrik tanıya yönelik ilaç kullanımı durumlarına” göre İBDÖ’nin toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Öğrencilerin “ailesinde psikiyatrik muayene veya tedavi öyküsü bulunması durumlarına” göre İBDÖ toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin “intihar etmeyi düşünme/intihar girişiminde bulunma” durumlarına göre; İBDÖ “Risk Faktörleri” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken ($p>0,05$), daha önce intihar etmeyi düşünmüş veya girişimde bulunmuş öğrencilerin İBDÖ toplam ölçek, “Belirtiler” ve “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyut puan ortalamaları intihar etmeyi düşünmemiş/girişimde bulunmamış öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (**sırasıyla; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$**).

İntihar etmeyi düşünmüş/girişimde bulunmuş öğrencilerin İBDÖ “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları intihar etmeyi düşünmemiş/girişimde bulunmamış öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı (**$p=0,016$**).

Öğrencilerin “daha önce birisine intihar edebileceğini söyleme durumlarına” göre; İBDÖ “Risk Faktörleri ve “Tedavi/Önlem” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken ($p>0,05$), daha önce birisine intihar edebileceğini söylemiş olan öğrencilerin İBDÖ toplam ölçek, “Belirtiler” ve “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyut puan ortalamaları birisine intihar edebileceğini söylememiş olan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (**sırasıyla; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,009$**).

Öğrencilerin “ailesinde intihar ederek ölen veya intihar girişiminde bulunmuş birisinin bulunması durumlarına” göre; İBDÖ toplam ölçek, “Belirtiler”, Risk Faktörleri” ve “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken ($p>0,05$), ailesinde intihar ederek ölen veya girişimde bulunmuş birisi olan öğrencilerin “Tedavi/Önlem” alt boyut puan ortalamaları ailesinde intihar ederek ölen veya girişimde bulunmuş biri olmayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde daha düşük olduğu saptandı (**$p=0,051$**).

Öğrencilerin “yakınlarında intihar ederek ölen veya girişimde bulunmuş biri olması durumlarına” göre; İBDÖ toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

6.6. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER

Bu başlık altında öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nden aldıkları puanların, sosyo-demografik verilerine, psikiyatrist/psikolog desteği öyküsüne, intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsüne ve öğrenim gördükleri okul ve sınıflarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) alt boyutlarında yer alan maddeler ve onaylanma yüzdeleri Tablo 6.6.1’de gösterilmektedir.

Tablo 6.6.1 incelendiğinde “Damgalama” alt boyutunda en fazla onaylanan ilk dört madde sırası ile “tuhaftır”, “öfkeli/şiddete meyillidir”, “başarısızlıktır” ve “günahkardır” şeklindedir.

“İzolasyon/Depresyon” alt boyutunda en fazla onaylanan ilk dört madde sırası ile “depresyondadır”, “dış dünyadan kopmuştur”, “ruhsal olarak rahatsızdır”, “mutsuzdur” şeklindedir.

“Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutunda en fazla onaylanan ilk dört madde sırası ile “kararlıdır”, “cesurdur”, “korkusuzdur/gözüpektir”, “ motivebilir/güdülenmiştir” şeklindedir.

Tablo 6.6.1: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Maddelerinin Onaylanma (Kesinlikle Katılıyorum/Katılıyorum) Yüzdeleri ve Standart Sapma Düzeyleri (n=1100)

Madde	Onaylanma (%)	Ortalama (ss)	Madde	Onaylanma (%)	Ortalama (ss)
Damgalama alt boyutu			İzolasyon / Depresyon alt boyutu		
Madde 44	49,2	3,25 (1,17)	Madde 12	86,4	4,18 (0,98)
Madde 54	46,4	3,21 (1,18)	Madde 13	83,2	4,09 (0,98)
Madde 17	44,5	3,16 (1,20)	Madde 14	81,2	4,06 (1,05)
Madde 16	43,1	3,18 (1,33)	Madde 49	79,2	3,97 (1,04)
Madde 51	42,6	3,18 (1,17)	Madde 23	78,3	3,97 (0,99)
Madde 32	42,2	3,08 (1,19)	Madde 27	74,7	3,81 (0,99)
Madde 21	41,8	3,11 (1,31)	Madde 1	74,5	3,79 (1,07)
Madde 38	41,5	3,11 (1,21)	Madde 6	74,3	3,83 (1,02)
Madde 50	41,5	3,11 (1,26)	Madde 19	74,3	3,85 (0,97)
Madde 24	40,1	3,16 (1,16)	Madde 37	74,1	3,81 (1,06)
Madde 36	40,0	2,98 (1,27)	Madde 25	66,4	3,73 (1,11)
Madde 8	31,4	2,78 (1,28)	Madde 28	66,3	3,66 (1,06)
Madde 20	31,4	2,93 (1,13)	Madde 55	64,2	3,67 (1,12)
Madde 3	31,2	2,82 (1,15)	Madde 10	64,1	3,61 (1,14)
Madde 44	29,6	2,75 (1,30)	Madde 45	56,5	3,47 (1,12)
Madde 15	28,5	2,80 (1,22)	Madde 29	51,3	3,33 (1,14)
Madde 47	28,1	2,87 (1,11)	Yüceleştirme /Normalleştirme alt boyutu		
Madde 48	25,4	2,68 (1,20)	Madde 11	52,0	3,30 (1,21)
Madde 39	23,9	2,66 (1,18)	Madde 5	32,9	2,63 (1,31)
Madde 40	23,3	2,76 (1,10)	Madde 18	32,8	2,77 (1,29)
Madde 53	20,9	2,62 (1,10)	Madde 30	25,0	2,64 (1,14)
Madde 26	20,6	2,63 (1,10)	Madde 7	24,5	2,69 (1,15)
Madde 41	20,4	2,55 (1,14)	Madde 46	20,5	2,44 (1,21)
Madde 9	18,2	2,41 (1,13)	Madde 33	12,4	2,11 (1,07)
Madde 2	16,0	2,46 (1,02)	Madde 35	12,4	2,08 (1,10)
Madde 52	15,7	2,40 (1,09)	Madde 43	11,8	2,07 (1,11)
Madde 22	14,4	2,39 (1,10)	Madde 31	8,9	2,08 (1,00)
Madde 4	11,5	2,30 (1,00)	Madde 35	7,4	1,86 (0,99)

Öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar sosyo-demografik verilerine göre karşılaştırılmış olup, sonuçlar Tablo 6.6.2’de gösterilmektedir.

Puanlar incelendiğinde öğrencilerin yaş ortalama değeri ile İYDÖ'nin "Damgalama" "İzolasyon/Depresyon" ve "Yüceleştirme/Normalleştirme" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre İYDÖ "Damgalama", "Depresyon/İzolasyon" ve "Yüceleştirme/Normalleştirme" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin anne eğitim düzeylerine göre İYDÖ'nin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; anne eğitim düzeyi okur-yazar olmayan öğrencilerin "İzolasyon/Depresyon" alt boyut puan ortalamaları, anne eğitim düzeyi ilköğretim ve ortaokul ve lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p=0,001$; $p=0,013$; $p=0,029$). Annelerin eğitim düzeylerine göre öğrencilerin "Damgalama" ve "Yüceleştirme/Normalleştirme" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre İYDÖ'nin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,014$). Buna göre; baba eğitim düzeyi okur-yazar olan öğrencilerin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları baba eğitim düzeyi ortaokul olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p=0,028$). Babalarının eğitim düzeylerine göre öğrencilerin İYDÖ'nin "Damgalama" ve "Yüceleştirme/Normalleştirme" alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yere (kent/kırsal) göre İYDÖ "İzolasyon/Depresyon" ve "Yüceleştirme/Normalleştirme" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Buna karşın kentte yaşayan öğrencilerin "Damgalama" alt boyutu puan ortalamalarının kırsalda yaşayan öğrencilerin puan ortalamalarından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,013$).

Öğrencilerin aile gelir düzeylerine göre İYDÖ "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,026$). Buna göre; aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları, aile gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6.6.2: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=1100)

		Damgalama alt boyutu	İzolasyon/ Depresyon alt boyutu	Yüceleştirme/ Normalleştirme alt boyutu
n		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaş (yıl)	^c r <i>p</i>	0,013 0,662	0,013 0,656	0,011 0,718
Cinsiyet				
Kadın	645	2,82±0,63	3,78±0,63	2,45±0,66
Erkek	455	2,85±0,60	3,83±0,61	2,39±0,65
	<i>t</i>	-0,954	-1,309	1,598
	^a <i>p</i>	0,340	0,191	0,110
Medeni Durum				
Bekar	1082	2,84±0,62	3,80±0,63	2,43±0,66
Evli	18	2,69±0,75	3,79±0,55	2,32±0,64
	<i>t</i>	0,997	0,051	0,658
	^a <i>p</i>	0,319	0,959	0,511
Anne Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	97	2,71±0,74	3,54±0,83	2,41±0,73
Okur-yazar	70	2,72±0,64	3,70±0,63	2,44±0,71
İlkokul	557	2,86±0,58	3,86±0,55	2,43±0,62
Ortaokul	205	2,83±0,62	3,80±0,62	2,37±0,68
Lise	122	2,87±0,63	3,80±0,66	2,48±0,65
Lisans ve Üstü	49	2,92±0,72	3,80±0,74	2,42±0,68
	<i>F</i>	1,737	4,853	0,562
	^b <i>p</i>	0,123	0,001**	0,729
Baba Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar değil	20	2,71±0,57	3,67±0,53	2,50±0,61
Okur-yazar	38	2,79±0,69	3,54±0,77	2,43±0,82
İlkokul	380	2,82±0,64	3,78±0,65	2,42±0,63
Ortaokul	249	2,83±0,62	3,88±0,59	2,44±0,65
Lise	249	2,86±0,60	3,79±0,62	2,42±0,65
Lisans ve Üstü	164	2,84±0,60	3,86±0,58	2,42±0,67
	<i>F</i>	0,521	2,676	0,113
	^b <i>p</i>	0,793	0,014*	0,995
Yaşadığı Yer				
Kent (İl Merkezi)	683	2,87±0,62	3,82±0,61	2,41±0,65
Kırsal (İlçe/Belde/Köy)	417	2,77±0,62	3,77±0,66	2,44±0,67
	<i>t</i>	2,500	1,503	-0,744
	^a <i>p</i>	0,013*	0,133	0,457
Gelir Düzeyi Algısı				
Düşük	145	2,76±0,67	3,67±0,70	2,41±0,72
Orta	936	2,85±0,61	3,82±0,61	2,42±0,64
Yüksek	19	2,72±0,71	3,89±0,73	2,67±0,66
	<i>F</i>	1,414	3,680	1,377
	^b <i>p</i>	0,244	0,026*	0,253

^aStudent t testi ^bOne-way ANOVA test **p<0,01 *p<0,05

Öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar psikiyatrist/psikolog desteği ve intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsüne göre karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo 6.6.3’de gösterilmektedir.

Tablo 6.6.3: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Psikiyatrist/Psikolog Desteği ve İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=1100)

n	Damgalama alt boyutu	İzolasyon/ Depresyon alt boyutu	Yüceleştirme/ Normalleştirme alt boyutu	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Psikiyatrist / psikoloğa başvuru				
Var	195	2,75±0,69	3,85±0,62	2,43±0,69
Yok	905	2,85±0,61	3,79±0,63	2,42±0,65
t	-2,095	1,103	0,138	
a	0,055	0,270	0,890	
Ailede psikiyatrik muayene/ tedavi öyküsü				
Var	164	2,84±0,64	3,84±0,57	2,40±0,61
Yok	936	2,83±0,62	3,80±0,63	2,43±0,66
t	0,039	0,836	-0,468	
a	0,969	0,403	0,640	
İntihar etmeyi düşünme/uygulama				
Var	139	2,61±0,64	3,80±0,63	2,68±0,69
Yok	961	2,87±0,61	3,80±0,63	2,39±0,64
t	-4,540	0,018	4,975	
a	0,001**	0,986	0,001**	
Daha önce birisine intihar edebileceğini söyleme durumu				
Evet	110	2,75±0,70	3,94±0,60	2,65±0,70
Hayır	990	2,84±0,61	3,79±0,63	2,40±0,65
t	-1,420	2,418	3,804	
a	0,156	0,016*	0,001**	
Ailede intihar ederek ölen/ girişiminde bulunmuş biri				
Var	94	2,73±0,61	3,78±0,56	2,47±0,62
Yok	1006	2,84±0,62	3,80±0,63	2,42±0,66
t	-1,708	-0,367	0,713	
a	0,088	0,713	0,476	
Yakınlarında intihar ederek ölen/ intihar girişiminde bulunmuş biri				
Var	361	2,80±0,61	3,84±0,60	2,44±0,65
Yok	739	2,85±0,63	3,78±0,64	2,42±0,66
t	-1,328	1,579	0,485	
a	0,184	0,115	0,628	

^aStudent t testi

***p*<0,01

**p*<0,05

Öğrencilerin “psikiyatrist/psikoloğa başvurma durumlarına” göre İYDÖ’nin “İzolasyon/Depresyon” ve “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermezken ($p>0,05$); psikiyatrist/psikoloğa başvuran öğrencilerin “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları başvurmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bir şekilde daha düşük bulundu ($p=0,055$).

Öğrencilerin “ailede psikiyatrik muayene/tedavi öyküsü bulunma durumlarına” göre İYDÖ’nin “Damgalama”, “İzolasyon/Depresyon” ve “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin “intihar etmeyi düşünme/intihar girişiminde bulunma durumlarına” göre değerlendirildiğinde; daha önce intihar etmeyi düşünen ya da girişimde bulunan öğrencilerin “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları intihar girişiminde bulunmayan öğrencilere göre daha yüksek ($p= 0,001$), “Damgalama” alt boyutu puan ortalamalarının ise daha düşük ($p=0,001$) olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$). “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin “daha önce birisine intihar edebileceğini söyleme durumlarına” göre değerlendirildiğinde; daha önce birisine intihar edebileceğini söyleyen öğrencilerin “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu ($p=0,016$) ve “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu ($p=0,001$) puan ortalamaları daha önce birisine intihar edebileceğini söylemeyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p<0,05$). İYDÖ’nin “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları ise istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ($p>0,05$).

Öğrencilerin “ailede intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan birisinin bulunması durumlarına” göre değerlendirildiğinde; ailesinde intihar ederek ölen veya intihar girişiminde bulunan biri olan öğrencilerin “Damgalama”, “İzolasyon/Depresyon” ve “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile bulunmayan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin “yakınlarında intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunmuş biri bulunma durumların” göre değerlendirildiğinde; yakınlarında intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan öğrencilerin “Damgalama”, “İzolasyon/Depresyon” ve

“Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile bulunmayan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar öğrenim gördükleri okullara ve sınıflarına göre karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo 6.6.4’de gösterilmektedir.

Tablo 6.6.4: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)’nden Aldıkları Puanların Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okullara ve Sınıflarına Göre Karşılaştırılması (N=1100)

Okullar	n	Damgalama Alt boyutu	İzolasyon/ Depresyon Alt boyutu	Yüceleştirme/ Normalleştirme Alt boyutu
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Fen-Edebiyat Fakültesi	120	2,71±0,65	3,73±0,64	2,40±0,69
Eğitim Fakültesi	400	2,85±0,60	3,82±0,63	2,43±0,65
Orman Fakültesi	64	2,83±0,52	3,81±0,59	2,46±0,64
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF)	130	2,78±0,58	3,78±0,57	2,37±0,63
İletişim Fakültesi	70	2,68±0,60	3,75±0,63	2,52±0,75
İlahiyat Fakültesi	83	3,06±0,58	4,07±0,53	2,23±0,58
Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi	33	2,83±0,66	3,81±0,56	2,47±0,69
Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu	67	2,67±0,72	3,50±0,87	2,61±0,71
Turizm Fakültesi	53	2,94±0,82	3,86±0,56	2,24±0,69
Sağlık Yüksekokulu	80	2,97±0,53	3,86±0,51	2,55±0,51
	<i>F</i>	3,547	3,986	2,523
	<i>^bp</i>	0,001**	0,001**	0,007**
Sınıf				
1. Sınıf	283	2,75±0,67	3,68±0,72	2,44±0,68
2. Sınıf	350	2,78±0,57	3,80±0,60	2,48±0,66
3. Sınıf	282	2,99±0,63	3,90±0,56	2,34±0,63
4. Sınıf	185	2,82±0,59	3,83±0,58	2,44±0,64
	<i>F</i>	8,524	6,061	2,340
	<i>^bp</i>	0,001**	0,001**	0,072

^bOne-way ANOVA testi ^{**} $p<0,01$

Öğrenim gördükleri okullara göre öğrencilerin İYDÖ'nin "Damgalama" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (**p=0,001**). Buna göre; İlahiyat Fakültesi'ndeki öğrencilerin "Damgalama" alt boyutu puan ortalamalarının Fen-Edebiyat Fakültesi (**p=0,004**), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (**p=0,036**), İletişim Fakültesi (**p=0,007**) ve Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarından (**p=0,004**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

Okullara göre öğrencilerin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (**p=0,001**). Buna göre; İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları Fen-Edebiyat Fakültesi (**p=0,005**), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (**p=0,021**), İletişim Fakültesi (**p=0,042**), Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu (**p=0,001**) ve Eğitim Fakültesi (**p=0,019**) öğrencilerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (**p<0,05**). Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu öğrencilerinin ise, "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları Eğitim Fakültesi (**p=0,004**), Sağlık Yüksekokulu (**p=0,017**), Turizm Fakültesi (**p=0,047**) öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu.

Okullara göre öğrencilerin Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (**p=0,007**). Buna göre; İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyutu puan ortalamaları, BESYO öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (**p=0,015**).

Sınıflarına göre öğrencilerin İYDÖ'nin "Damgalama" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p=0,001**). Buna göre; üçüncü sınıf öğrencilerinin "Damgalama" alt boyutu puan ortalamaları, birinci, ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (**p=0,001; p=0,001; p=0,023**).

Sınıflarına göre öğrencilerin İYDÖ'nin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p=0,001**). Buna göre; üçüncü sınıf öğrencilerinin "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları birinci sınıf öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (**p=0,001**).

6.7. İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Öğrencilerin İYDÖ “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam ölçek puan ortalamaları arasında negatif yönde %10,1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,101$; $p=0,001$) (Tablo 6.7.1).

Öğrencilerin İYDÖ “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Belirtiler” alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde %6,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,060$; $p=0,048$).

Öğrencilerin İYDÖ “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Neden ve Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde %17,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,179$; $p=0,001$).

Öğrencilerin İYDÖ “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Risk Faktörleri” ve “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Belirtiler” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Öğrencilerin İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde %13,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=0,135$; $p=0,001$).

Öğrencilerin İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Neden Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde %6,1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r=-0,061$; $p=0,044$).

Öğrencilerin İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Tedavi ve Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde %9,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (**$r=0,095$; $p=0,002$**).

Öğrencilerin İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde %13,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (**$r= 0,137$; $p=0,001$**).

Öğrencilerin İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Belirtiler” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde %17,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (**$r= 0,173$; $p=0,001$**).

Öğrencilerin İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde %11,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (**$r= 0,114$; $p=0,001$**).

Öğrencilerin İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Neden ve Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde %10,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (**$r= 0,105$; $p=0,001$**).

Öğrencilerin İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Tedavi ve Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde %9,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (**$r=- 0,096$; $p=0,001$**).

Tablo 6.7.1: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği Puan Ortalamaları ile İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)		
		Damgalama alt boyutu	İzolasyon/ Depresyon alt boyutu	Yüceleştirme/ Normalleştirme alt boyutu
İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)				
Toplam Ölçek	r	-0,101	0,052	0,137
	p	0,001**	0,084	0,001**
Belirtiler Alt boyutu	r	-0,060	0,015	0,173
	p	0,048*	0,615	0,001**
Risk Faktörleri Alt boyutu	r	0,045	0,135	0,114
	p	0,133	0,001**	0,001**
Neden ve Tetikleyiciler Alt boyutu	r	-0,179	-0,061	0,105
	p	0,001**	0,044*	0,001**
Tedavi ve Önlem Alt boyutu	r	0,002	0,095	-0,096
	p	0,941	0,002**	0,001**

r : Pearson Korelasyon Katsayısı

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

7. TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen bulgular yedi ana başlık altında ele alınarak tartışıldı.

7.1. Öğrencilerin sosyo-demografik verilerine ilişkin bulguların tartışılması

7.2. Öğrencilerin psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü ve intihar öyküsüne ilişkin bulguların tartışılması

7.3. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulguların tartışılması

7.4. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulguların tartışılması

7.5. Öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) puan ortalamaları ve ilişkili değişkenlerin tartışılması

7.6. Öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) puan ortalamaları ve ilişkili değişkenlerin tartışılması

7.7. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) puan ortalamaları ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Yurtdışındaki çalışmalar incelendiğinde, farklı ülkelerde gerek sağlık çalışanlarının gerekse toplumun intihar girişimine yönelik damgalayıcı tutumlarını değerlendirmek amacı ile çeşitli ölçekler ve soru formlarının geliştirildiği görülmektedir. Tutumların kültürden kültüre farklılık gösterebileceği ve ilişkili faktörlerin değişkenliği de göz önünde bulundurulduğunda kendi kültürümüze özgü güvenilir ve geçerli bir ölçme aracının gerekliliği dikkat çekmektedir.

Bu bölümde araştırmanın arka planındaki kuramlar ve uygulanan işlem sırası özetlendikten sonra, araştırmadan elde edilen sonuçlar araştırma soruları kapsamında alandaki diğer araştırmalar da dikkate alınarak kuramsal çerçevede tartışıldı.

7.1. ÖĞRENCİLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışma kapsamında araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, öğrencilerin $20,52 \pm 1,84$ yaş grubunda olduğu ve %58,6'sını kadınların oluşturduğu saptandı. Örneklem grubunun cinsiyet ve yaş değişkeni yönünden homojen bir yapıya sahip olduğu dikkat çekmektedir.

Öğrencilerin %98,4'ü bekar ve %85,1'i aile gelir düzeyinin orta olarak bildirdi. Bunun yanında, öğrencilerin %62,1'inin en uzun yaşadıkları yerin kent (il merkezi) olduğu belirlendi.

Öğrencilerin %36,4'ünün Eğitim Fakültesi, %11,8'inin İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF), %10,9'unun Fen Edebiyat Fakültesi, %7,5'inin İlahiyat Fakültesi, %7,3'ünün Sağlık Yüksekokulu %6,4'ünün İletişim Fakültesi, %6,1'inin Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, %5,8'inin Orman Fakültesi, %4,8'inin Turizm Fakültesi, %3'ünün Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi'nde öğrenim gördükleri belirlendi.

7.2. ÖĞRENCİLERİN PSİKİYATRİST/PSİKOLOG DESTEĞİ ÖYKÜSÜ VE İNTİHAR ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada öğrencilerin %17,7'sinin daha önce bir psikiyatrist/psikoloğa başvurduğu, psikiyatrist ve/veya psikoloğa başvuranların %48,2'sinin psikiyatrik bir tanı aldığı belirlendi.

Öğrencilerin %14,9'unun ailesinde psikiyatrik muayene ve/veya psikiyatrik tedavi öyküsü olduğu, %32,8'inin yakınlarında, %8,5'inin ise ailesinde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunmuş birinin olduğu belirlendi.

Öğrencilerin %10'unun daha önce birisine intihar edebileceğini söylemiş olması, %12,6'sının ise daha önce intihar etmeyi düşündüğü ya da intihar girişiminde bulunduğunu bildirmesi dikkat çekicidir.

7.2.1. İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

İntiharla ilgili toplum temelli çalışmalar intiharın öngörülmesi ve önlenmesi açısından önem taşımaktadır. İntihar risk etkenlerini tespit edip risk etkenlerini azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması intihar oranlarının azaltılması adına yararlı olması beklenen önleme çalışmasıdır. Bu nedenle bu çalışmada intihar açısından riskli yaş grubunda yer alan üniversite öğrencilerinin intihar düşünce ve girişimlerini etkileyen Sosyo-demografik risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlandı.

Türkiye’de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralığı hem kadınlarda hem de erkeklerde 15-24 ve 25-34 yaşlarıdır (79). Yaş dağılımına göre 15 yaş altı ve 15-24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkeklerde daha yüksek oranda görünmekle birlikte, intihar girişim oranları gençlerde hızlı bir yükselme göstermektedir (269). Bu araştırmada öğrencilerin yaş ortalama değeri 20,52 saptandı. Bu yaş grubu ergenlik ve geç ergenlik dönemini kapsamaktadır. Bu dönem yerleşik bir dönem olmayıp özellikle ayrılma, bireyselleşme çabalarının başladığı, fiziksel ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (270). Çoğunluğu bu yaş grubuna dahil olan üniversiteli gençlerin de kendi kimliğini bulma, toplum değerlerine uyum sağlama ve sosyal olgunluğa erişme durumunda oldukları ve bunu kaygı ve stresin yoğun olduğu bir ortamda gerçekleştirmeye çalıştıkları dikkate alındığında, üniversite öğrencilerinin intihar açısından risk grubunda olduğu dikkate alınmalıdır (54).

TÜİK (2011) verilerine göre ülkemizde intihar sonucu ölüm sayısının 2677 olduğu, bu ölümlerin büyük kısmının ise 15-19 yaş grubundaki gençlerde gerçekleştiği bildirilmiştir (2). Yine TÜİK’in (2013) İzmir’de yaptığı bir araştırmada intihar girişimlerinin büyük çoğunluğunun 15-24 yaş grubundaki gençler tarafından gerçekleştiği bildirilmiştir (89). TÜİK (2013) intihar verilerine göre ise toplam intihar sayısının en çok 15-24 yaş grubunda gerçekleştiği saptanmıştır (4).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda, intihar düşünce ve girişimlerinin gençler arasında yaygın olduğu ve bu bireylerin de çoğunluğunun 15-24 yaş grubunda yer aldığı bildirilmektedir (7-11). Asaoğlu’nun (2007) çalışmasında acile başvuran intihar vakalarının %59’nun 16-24 yaş grubunda olduğu, başka bir çalışmada (2007) acile başvuran intihar vakalarının 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı bildirilmiştir (271,272). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde ise Ellis ve Lamis (2007)

çalışmasında üniversite öğrencilerinin %18'inde intihar girişimi öyküsü saptanmıştır (14). Ülkemizde ise Eskin ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, üniversite öğrencilerinin %41,3'ünün yaşamlarında en az bir defa intiharı düşündüğü, %6,8'inin yaşamlarında en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (13). Bu araştırmada ise üniversite öğrencilerinin %12,6'sı daha önce intihar etmeyi düşündüklerini veya intihar girişiminde bulunduklarını bildirdi. Bu çalışma bulgusu yukarıdaki çalışma bulgularıyla benzer şekilde üniversite öğrencilerinin intihar olasılığı açısından risk grubunda olduklarına ve yakından izlenmelerine gereksinim olduğuna dikkat çekmektedir. Bu araştırma bulgusuna yönelik olarak, üniversite öğrencilerinin karşılaştıkları sorunlarla baş etme ve problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimlerin planlanması ve stratejilerin geliştirilmesinin, arkadaş ilişkilerini geliştirmeye ve sosyalleşmelerini sağlamaya yönelik okuldaki sosyal klüplere katılımlarının sağlanmasının intihar girişimlerinin önlenmesi sürecinde faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca üniversitelerin Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik biriminde, Mediko-Sosyal birimlerinde görevli psikolog ve hemşireler tarafından bu öğrencilerin belli aralıklarla izlem ve takiplerinin yapılması, danışman öğretim üyeleri ile işbirliği yapılarak öğrencilere psikolojik destek sağlanması intihar girişimlerinin önüne geçmesi açısından önem taşır.

İntihar davranışı sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. TÜİK (2014) intihar verilerine göre intihar edenlerin %74,3'ünü erkekler, %25,7'sini kadınlar oluşturmaktadır (5). Ülkemizde yapılan çalışmalar, ölümle sonuçlanan intiharların erkeklerde daha fazla görülse de kadınların daha fazla intihar girişiminde bulunduklarını göstermektedir (271,273-277). Eskin'nin (1999) çalışmasında lise öğrencilerinin son 12 ay içindeki intihar düşünceleri ve girişimleri sorgulanmış ve kızlarda intihar girişimi oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (278). Gür Akgör'ün (2012) acil servise intihar girişimi nedeni ile yapılan başvuruları değerlendirdiği çalışmasında, kadınların erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır (277). Buna karşılık, intihar girişiminin cinsiyet değişkenine göre fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (14,103,279,280). Güleç ve arkadaşlarının (2006) 15-24 yaş arasında intihar girişiminde bulunmuş gençler ile yaptıkları çalışmada, intihar girişimi yönünden kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (102). Gürkan ve Dirik'in (2009) çalışmasında, intihar düşünce ve davranışlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmiştir (15). Yukarıdaki çalışma bulguları ile paralel olarak bu

çalışmada benzer bir şekilde cinsiyet değişkenine göre öğrencilerin daha önce intihar etmeyi düşünme veya girişiminde bulunma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Medeni duruma göre intihar davranışı arasında bir fark olduğu bilinmektedir (44, 79). Araştırmalar intihar girişimi oranlarının bekarlarda evlilere göre daha fazla olduğunu göstermektedir (76,269, 281-284). Sayıl ve arkadaşlarının (2000) Ankara ilinde yaptığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların %30'unun evli, %65'inin bekâr olduğu belirlenmiştir (97). Atasoy ve arkadaşlarının (2014) Zonguldak ilinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada intihar düşüncesi ve girişimi bekarlarda daha yüksek bulunmuştur (76). Yukarıdaki çalışma bulgularıyla paralel olarak bu çalışmada, intihar düşüncesi ve girişimi öyküsü olan üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun bekar olduğu belirlendi. Ancak bu çalışmada, örneklem grubunun tamamına yakını (%98) bekar öğrencilerin oluşturduğu göz önüne alındığında cinsiyet dağılımı yönünden daha homojen gruplarda çalışılması önerilmektedir.

İntihar girişimlerinin işsizlerde, aynı zamanda orta gelir durumuna göre fakir ve zenginlerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (80,285,286). Literatür incelendiğinde intihar girişiminde bulunan bireylerin büyük çoğunluğunun düşük gelir düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (76,102,287,288). Ercan ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında intihar girişiminde bulunan olguların çoğunlukla alt ve orta gelir düzeyinde oldukları bulunmuştur (274). Beautrais ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında, intihar girişiminde bulunan olguların aile gelir düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (289). Bu çalışmada ise öğrencilerin aile gelir düzeylerine göre intihar girişimleri arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte intihar girişiminde bulunan öğrencilerin büyük çoğunluğunun ailesinin orta ve düşük gelir düzeyinde olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgudan yola çıkarak intihar riski tanılmasında aile gelir düzeyinin ergen ve gençlerde önemli bir unsur olduğu söylenebilir.

Ekonomik durumun dışında, ebeveynlerin eğitim düzeyi de intihar riski açısından önemli bir faktör olarak görülmektedir. Ebeveyn eğitim seviyesi, ergen ve gençler ile ebeveynin iyi bir iletişim kurmasında ve aileden sağlanan sosyal desteğin artmasında önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile ile iyi ilişkiler kurma ve yüksek aile desteği ergenin sosyal ilişkilerinin artmasını, yalnızlığının azalmasını ve öznel iyi oluşu olumlu yönde etkiler (290). Şimşek'in (2005) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada aile işlevlerinin sağlıklı algılanmasının intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili bir faktör

olduğu bildirilmiştir (291). Özellikle düşük anne baba eğitim düzeyine sahip ailelerden gelen kişilerde intihar girişimi riskinin daha yüksek olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (292-294). Güleç ve Aksaray'ın (2006) çalışmasında intihar girişiminde bulunan 15-24 yaş grubundaki gençlerde anne-baba eğitim düzeyleri düşük saptanmıştır (102). Bu araştırmada ise, anne-baba eğitim seviyesine göre öğrencilerin intihar düşüncesi ya da girişimi durumları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamakla birlikte, intihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü olan öğrencilerin çoğunun (n=70) anne babalarının eğitim düzeyinin ilköğretim olması dikkat çekicidir.

İntihar girişimi ile ilişkili başka sosyal ve çevresel faktörlerin olduğu da bilinmektedir. Örneğin şehirlerde, özellikle şehirlerin kenar kesimlerinde intihar olaylarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (295). Türkiye'de de büyük şehirlerdeki intihar hızının Türkiye geneline göre yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir (79). Genel olarak kentte yaşayan kişilerde intihar ve intihar girişimi riskinin, kırsal bölgede yaşayan kişilere göre daha yüksek olması dikkat çekicidir. Güloğlu ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında; acile gelen intihar vakalarının geliş yerleri incelendiğinde %73,9'unun il merkezlerinden, %26,1'inin ilçe ve köylerden geldiği tespit edilmiştir (296). Aktepe ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında intihar girişiminde bulunmuş olguların %87,9'unun kentte, %12,2'sinin kırsal bölgede yaşadıkları belirlenmiştir (297). Bu araştırmada ise öğrencilerin en uzun süre yaşadıkları yere göre intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte, dağılım olarak bakıldığında; kent merkezinde yaşayan öğrencilerin %62,6'sının, kırsalda yaşayan öğrencilerin ise %52'sinin daha önce intiharı düşünmüş ya da intihar girişiminde bulunmuş olması dikkat çekicidir. Bu araştırma bulgusu diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada kentsel bölgede yaşayan, alt-orta gelir düzeyinde olan ve aile eğitim düzeyi düşük olan üniversite çağındaki gençlerde intihar girişimini önlemeye yönelik girişim ve stratejilerin planlanması, yakından izlemin sürdürülmesi gerektiğine dikkat çekilmektedir. Sonuç olarak intihar girişiminde sosyodemografik özelliklerin tanımlama ve takip süreçlerinde önemli değişkenler olabileceği düşünülmektedir. İntiharın önlenmesi için psikolojik faktörler kadar sosyodemografik, kültürel ve aile yapısı ile ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi gerekmektedir. İntiharla ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi, intiharı önlemeye yönelik psikiyatrist ve psikiyatri hemşireliği alanında

uzman hemşireler, birinci basamak sağlık çalışanları, halk sağlığı gibi alanlarla, sosyal çalışmacılar ve eğitimcilerle işbirliğini içeren stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

7.2.2. Öğrencilerin İntihar Düşüncesi/İntihar Girişimi Öyküsünün Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Psikiyatrik hastalıkların intihar davranışı açısından bir risk faktörü olduğuna dikkat çekilmektedir (298). Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin olmayanlara göre 3–12 kat arttığı bildirilmektedir (75). İntiharda büyük ölçüde önemli psikiyatrik faktörler, madde kötüye kullanımı, depresif bozukluklar, şizofreni ve diğer psikiyatrik hastalıklar önemli rol oynar (95).

Gençlerde intihar girişimi ile ilgili risk faktörlerini araştıran bir çok çalışmada intihar girişimi ile psikiyatrik hastalık öyküsü arasında ilişki olduğu saptanmıştır (102, 274,284,299-305). Murhpy ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında duygu durum bozukluğu tanısı olan ergenlerin olmayanlara göre 17 kat daha yüksek oranda intihara eğilimli oldukları ve major depresif bozukluk tanısıyla izlenen ergen ve çocuklarda %70 oranında intihar düşüncesi ve girişimi olduğu bildirilmiştir (306). Gençöz ve Or'un (2006) üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise depresyon düzeyinin yüksek olması ve olumlu duygulanımın düşük olmasının intihar olasılığını artırdığı bildirilmiştir (307). Bu çalışmada ise daha önce bir psikiyatrist veya psikoloğa başvuran öğrencilerde intihar etmeyi düşünme veya böyle bir girişimde bulunma oranı psikiyatrist/psikoloğa başvurusu olmayan öğrencilerdeki intihar düşüncesi/intihar girişimi oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Yine bu araştırmada daha önce bir psikiyatrist/psikoloğa başvurmuş ve psikiyatrik bir tanı konmuş olan öğrencilerin %36,2'sinin intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü olduğu saptandı. Bu çalışma bulguları psikiyatrik hastalık varlığının intihar düşüncesi ve girişimi üzerinde etkili olduğu görüşünü destekleyen diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir (308-312).

Sonuç olarak, araştırma bulguları doğrultusunda psikiyatrik hastalıkların intihar girişimi açısından risk oluşturması nedeniyle, psikiyatrik başvuru ve tedavi öyküsü olan kişilerin dikkatli ve yakından takip edilmeleri önem taşımaktadır. Önceki intihar girişimlerinin sonraki intihar girişimlerini kolaylaştırıcı niteliği olduğundan, özellikle

intihar girişimi öyküsü olan kişilerin yakından takip edilmesi ve psikiyatrik yardım alması ve izleminin sağlanması, psikiyatrik tedavi öyküsü bulunan öğrencilerin sorun çözme ve baş etme becerilerinin geliştirilmesinin intihar girişimi açısından koruyucu olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar ailede psikiyatrik tedavi ve intihar öyküsünün kişinin intihar girişimini etkileyebileceğine dikkat çekmektedir (274,313). Aile bütünlüğünün bozulması, ailede birisinin intihar etmesi ve ailede psikiyatrik hastalığı olan birisinin olması ergen ve gençlerin intihar düşüncesini tetikleyebilmektedir (58,81). Şimşek ve Karataş'ın (2011) 15-19 yaşlarındaki lise öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada, ailede ruhsal rahatsızlığı olan ve/veya intihar girişimi öyküsü bulunan birinin olması ile intihar davranışı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (313). Güleç ve Aksaray'ın (2006) intihar girişiminde bulunan 15-24 yaşlarındaki gençlerde yaptıkları çalışmada, intihar girişimi olan grupta ailede psikiyatrik hastalık oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (102). Yalaki ve arkadaşlarının (2012) 13-15 yaşlarındaki ergenler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, daha önce intihar girişiminde bulunan olguların %81,8'inin annesinde depresif belirtiler saptanmıştır (314). Aktepe ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında intihar girişiminde bulunan ergenlerin annelerinin %24,1'inin, babalarının %5,4'ünün psikiyatrik tedavi aldığı bulunmuştur (315). Benzer şekilde, Toros ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında intihar girişimi açısından akrabalarda ruhsal sorun varlığının önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir (316). Marusic ve arkadaşları (2004) akrabalar arasındaki intihar girişimi öyküsü ile ergenlerde intihar düşünceleri ile pozitif ilişki olduğunu bildirmişlerdir (317). Yukarıdaki çalışma bulgularıyla paralel olarak bu çalışmada, ailede psikiyatrik muayene/tedavi öyküsü bulunan veya ailesi/yakınlarında intihar ederek ölen/intihar girişiminde bulunmuş biri olan öğrencilerde intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü oranı daha yüksek saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda özellikle aile öyküsünün değerlendirilmesi, intihar yönünden risk taşıyan genç gruba ve ailelerine yönelik stresle etkin baş etme yollarını geliştiren programların oluşturulması önerilebilir. İntihar girişimlerini önlemek amacıyla aile, arkadaş ve akraba çevresinden gelecek desteğin önemi, intihar yönünden riskli davranışlar ve etkileyen faktörler ve intihar riski yüksek bireylere yaklaşım konusunda tüm toplum bilgilendirilmelidir. Aile ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşayan, psikiyatrik rahatsızlığı olan ve daha önce intihar girişimi öyküsü bulunan, intihar veya ölümden söz eden kişilerin intihar davranışı açısından risk taşıdıkları göz

önüne alınmalıdır. Aile işlevselliği ve intihar girişimleri arasındaki yakın ilişki nedeniyle intihar riski bulunan olguların ve bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeleri gerekmektedir. İntihar riskine yönelik tanılama yapılırken ailede intihar girişimi öyküsü sorgulanmalı ve önleyici stratejiler planlama sürecine ailenin katılımı sağlanmalıdır.

7.3. ÖLÇEKLERİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

7.3.1. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Belli bir kültür için hazırlanmış bir ölçeğin, farklı kültür ya da farklı dillere çevrilerek kullanılabilmesi için ölçeğin psikolinguistik ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi gerekir (318). Bu doğrultuda öncelikle İBDÖ'nin dil ve kapsam geçerliği sağlandı.

Ölçeğin Türkçe ve İngilizce formlarının uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde ölçeğin tümü ve alt boyutları için kaynak dil ve hedef dil arasında yüksek düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi.

Toplam 14 uzman görüşüne sunulan İBDÖ maddelerinin KGİ değerleri 0,71-1,00 arasında değiştiği saptandı. Ölçekte yer alan 12, 21, 22 ve 25 nolu maddelerin KGİ puanları 0,80'nin altında olduğundan dolayı ilgili maddeler uzmanlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda yeniden düzenlendi. Sonrasında ölçeğin uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan pilot uygulama sonucunda İBDÖ için hesaplanan Intraclass Korelasyon katsayısı 0,87 olarak bulundu. Bu değerlere göre ölçekteki maddelerin tümü katılımcılar tarafından anlaşılır kabul edildi ve ölçekte yer alabileceği sonucuna varıldı. Değerlendirmeler sonucunda İBDÖ'nin kapsam geçerliği oldukça iyi bulundu.

İBDÖ'nin dil ve kapsam geçerliğinin sağlanmasının ardından Madde Tepki Kuramı (MTK) temelli geçerlik analizleri gerçekleştirildi. MTK, bireylerin maddelere verdikleri cevaplara ve olasılıklarına dayanan model temelli matematiksel bir kuramdır (246). MTK'da iki kategorili ve çok kategorili olmak üzere 2 model tanımlanmıştır. İki kategorili modeller ise bir parametrelili, iki parametrelili ve üç parametrelili olmak üzere 3 lojistik modele ayrılmaktadır (248).

İBDÖ, “doğru” ve “doğru olmayan” şeklinde maddelerin iki kategorili olarak puanlandığı bir ölçektir. İki kategorili maddeler için literatürde yaygın olarak 1-Parametrelili Lojistik Model (1PLM), 2-Parametrelili Lojistik Model (2PLM) ve 3-Parametrelili Lojistik Model (3PLM) kullanılmaktadır (Hambleton, Swaminathan ve Rogers, 1991). Bu modellerin ortak özelliklerinden biri ise tek boyutluluk varsayımını karşılanması durumunda kullanılabilmeleridir (248) Bu yüzden Madde Tepki Kuramı temelli analizlere geçmeden önce, öncelikle ölçek maddelerinin tek boyutluluk varsayımını karşılanıp karşılanmadığı incelendi. Bunu belirlemek için ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılarak tek boyutlu modelin uyum iyiliği değerleri incelendi. DFA sonuçlarına göre model-veri uyumu CFI, GFI, RMSEA ve NNFI değerleri kullanılarak değerlendirildi. DFA sonuçları incelendiğinde modelin genel uyum iyiliğini değerlendirilmesi için kullanılan oranı (ki-kare/ serbestlik derecesi) 2,29 bulundu. Elde edilen bu değer 3'den küçük ve 2'e yakın bir değer olması modelin genel uyumunun çok iyi olduğunu göstermektedir (258). Bununla birlikte, modelin uyum iyiliğini gösteren bir diğer önemli uyum indeksi olan RMSEA değerinin 0,05 olması da modelin genel uyumunun çok iyi olduğunu göstermektedir (251,319). Modelin uyum iyiliğini gösteren diğer önemli uyum indeksleri incelendiğinde, GFI değeri 0,94; NNFI değeri 0,95; ve CFI değeri 0,96 olarak hesaplandı. Elde edilen GFI, NNFI ve CFI uyum iyiliği indekslerinin 0,95 ve üzerinde olması modelin genel uyumunun mükemmel olduğunu göstermektedir (258,259). Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, İBDÖ'nin tek boyutlu model ile çok iyi uyuma sahip olduğu dolayısıyla tek boyutluluk varsayımını karşıladığı görülmektedir.

Hem model-veri uyumu hem de madde-model uyumu incelendiğinde İBDÖ'nin madde parametrelerinin kestirilmesi için en uygun MTK modelinin 2PL model olduğuna karar verildi. Sonrasında 2PL modeli ile İBDÖ maddeleri için Madde Ayırt Ediciliği (a) ve Madde Güçlüğü (b) parametreleri kestirildi. Bir maddenin ayırtıcılığı, ilgili maddenin ölçülmeye çalışılan konu bakımından kişileri ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanmakta iken, maddenin güçlüğü ise ilgili maddenin zorluk düzeyini (doğru yanıt verme) göstermektedir (320).

Baker (2001) maddelerin ayırt edicilik parametre değerlerine göre 0,01-0,34 çok düşük; 0,35-0,64 düşük; 0,65-1,34 orta; 1,35-1,69 yüksek; ve >1,70 çok yüksek ayırtıcılığa sahip maddeler olarak sınıflandırılabilirliğini belirtmiştir (321). Bu çalışmada madde ayırt ediciliğine karşılık gelen a-parametresinin (eğim) 0,044 ile 1,165 arasında; madde

güçlüğüne karşılık gelen b-parametresinin (eşik) ise -38,300 ile 3,919 arasında değiştiği belirlendi. Buna göre en kolay maddenin “Madde 3”, en zor maddenin ise “Madde 24” olduğu ve ayırt ediciliği en yüksek maddenin “Madde 21”, ayırt ediciliği en düşük maddenin ise “Madde 3” olduğu saptandı. Bunun yanında 3, 6, 10, 12, 15 numaralı maddeler çok düşük düzeyde ayırtıcılığa sahip iken, geriye kalan maddelerin orta, yüksek ve çok yüksek düzeyde ayırt ediciliğe sahip oldukları söylenebilir. Madde güçlüğü kestirimlerine ait değerlendirmelerde ise 3, 6 ve 23 numaralı maddelerin p değerlerinin 0,05 düzeyinden yüksek olduğu gözlemlendi. Benzer şekilde Clear ve arkadaşları da (2012) orjinal ölçeği geliştirirken MTK modellerinden 2PL model ile ölçek maddelerinin ayırt edicilik düzeylerini belirlemiştir. Bu değerlerin 0,398 ile 1,564 arasında değiştiği ve en güçlü ayırt ediciliğe sahip maddenin 14. madde olduğu bulunmuştur (25).

Maddelerin istatistiksel özelliklerine dair bilgi edinmenin bir diğer yolu madde karakteristik eğrilerini ve bilgi fonksiyon grafiklerini incelemektir. MTK'daki kullanımı en iyi şekilde madde karakteristik eğrisi (MKE) üzerinde görülmektedir. MKE bir soruya doğru yanıt verme olasılığını bir testin ölçtüğü yetenek ve ilgili maddenin özellikleriyle ilişkilendiren matematiksel bir ifadedir (322). Bu eğriler, her bir yanıtlama düzeyinin tek başına yeteneğin bir fonksiyonu olduğunu göstermektedir. Madde karakteristik eğrisi yatay düzlemde Theta (Θ) yani kişilerin yetenek düzeylerini, dikey düzlemde ise ilgili soruya doğru yanıt verme ihtimali göz önüne alınarak oluşturulmaktadır. Theta değerinin 0 olduğu düzey ($\Theta=0$), kişiler arasında ortalama yetenek düzeyini temsil etmektedir. Negatif Theta değerleri ortalama altı, pozitif Theta değerleri ortalama üzeri yetenek düzeylerini göstermektedir (246).

Madde 3 için değerlendirmek gerekirse, en düşük yetenek düzeyine ve en yüksek yetenek düzeyine sahip bireyler arasında bu maddeye doğru yanıt verme ihtimalleri bakımından önemli bir farklılık olmadığı gözlenmektedir. Bu durum ilgili maddenin yetenek düzeylerini ayırt etme konusunda başarısız olduğu sonucunu doğrulamaktadır. Aynı durum İBDÖ'nde yer alan madde 6 için ve 23 için de geçerlidir.

Ölçekteki tüm maddelerden elde edilen karakteristik eğrisine göre ise; ortalama yetenek düzeyine sahip bir kişinin (theta=0) İBDÖ'den ortalama 12,7 puan alması beklenirken, theta değeri için -4 ve 4 aralığında yetenek düzeylerinde beklenen ölçek puanlarının 3,78 ile 21,7 arasında değiştiği gözlenmektedir.

Madde bilgi fonksiyonu ise, maddenin ilgilenilen özelliğe ilişkin olarak ne kadar anlam taşıdığını verir. Bilgi fonksiyonlarına ilişkin olarak kestirilen standart hata değerleri fonksiyonun ne kadar hata ile kestirildiğini verir ve sıfıra yakın olması istenir. Bilgi fonksiyonunun değeri arttıkça maddeye ilişkin kestirilen hata düşmektedir (268). Benzer tanımlar test bilgi fonksiyonu için de yapılabilir (246). İBDÖ'nin en çok bilgi verdiği yetenek düzeyinin incelenmesi için test bilgi fonksiyonu ve standart hata değerleri hesaplandı. Sonuçlar incelendiğinde İBDÖ'nin $\Theta=1,5$ yetenek düzeyindeki bireyler hakkında en çok bilgi verdiği belirlendi. İBDÖ'nin en çok bilgi verdiği noktada kestirilen standart hata değeri ise 0,254 olarak hesaplandı.

İBDÖ'nin yetenek ölçeğinde test bilgi değeri ve standart hata değerleri incelendiğinde testin $\Theta=1$ ile $\Theta=2$ yetenek düzeyleri arasında güvenilir ölçümler yaptığı, ancak intihara ilişkin bilgi düzeyi $\Theta=1$ 'den düşük ve $\Theta=2$ 'den yüksek bireyler için standart hata değerleri yüksek ölçümler yaptığını göstermektedir. Bu durum İBDÖ'nin güvenilirliğinin çok yüksek olmadığına işaret etmektedir.

MTK'da güvenilirlik kestirimlerinde madde bilgi fonksiyonları kullanılmaktadır. MTK'a göre güvenilirliğin kestirilmesinde formülü kullanılarak her bir θ düzeyi için güvenilirlik ayrı ayrı kestirilebilmektedir (323). İBDÖ'nün en çok bilgi verdiği yetenek düzeyi $\Theta=1,5$ için testin güvenilirliği 0,72 olarak hesaplandı. Aritmetik ortalaması $\Theta=0$ olan normal dağılım özelliğine sahip bir grup için ise İBDÖ'nin güvenilirliği 0,68 olarak hesaplandı. Elde edilen bu güvenilirlik değeri İBDÖ'nin güvenilirliğini 0,70 değerinden düşük olmakla birlikte, oldukça yakın bir değer olduğundan kabul edilebilir güvenilirlik düzeyinde olduğu söylenebilir.

İBDÖ'den elde edilen 1100 kişi ve 27 maddelik veri seti, orijinal ölçekte de olduğu gibi Madde Tepki Kuramı ile sınıandı ve ölçeğin Madde Tepki Kuramı varsayımlarını karşılamakta olduğu görüldü. Veriler 2 Parametrelili Lojistik Model (2PLM) ile analiz edilmeye uygun bulundu ve bu modele uygun parametreler ile değerlendirmeler gerçekleştirildi.

İntihar İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin test-tekrar test güvenilirliği incelendiğinde, İBDÖ'nün zamana karşı değişmezlik özelliğinin yüksek ve zamansal süreçteki tutarlılığının yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada geçerlik ve güvenilirliği test edilen İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe formunun üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi

düzeylerini ölçmede çalışmanın yapıldığı örneklem için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varıldı. Ölçeğin toplumun geneline uygulanabilirliğini sınamak adına daha geniş yaş grupları ile çalışılması önerilmektedir.

7.3.2. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

İYDÖ'nin Türkçe ve İngilizce formlarının uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde, ölçeğin tümü ve alt boyutları için kaynak dil ve hedef dil arasında yüksek düzeyde pozitif yönde ilişki belirlendi ve dil adaptasyonunun uygun olduğu sonucuna varıldı. Bu sonuç ölçeğin Türkçeye çevrilmesi sürecinin başarılı biçimde tamamlandığını göstermesi açısından anlamlıdır.

Kapsam Geçerlik İndeksi sonuçlarına göre İYDÖ maddeleri için KGİ puanları 0,57-1,00 arasında değiştiği dikkat çekmektedir. Ölçekte yer alan 3, 4, 7, 8, 15, 41, ve 53 nolu maddelerin KGİ puanları 0,80'nin altında yer aldığından dolayı söz konusu maddeler uzmanlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda tekrar gözden geçirildi ve bazı ifadeler yeniden düzenlendi. Sonrasında ölçeğin uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan pilot uygulama sonucunda İYDÖ için hesaplanan Intraclass Korelasyon katsayısı 0,93 olarak bulundu. Ölçekteki maddelerin tümü katılımcılar tarafından anlaşılır kabul edildi ve ölçekte yer alabileceği sonucuna varıldı. Değerlendirmeler sonucunda İYDÖ'nin kapsam geçerliğinin oldukça iyi olduğu söylenebilir.

Dil ve kapsam geçerliğinden sonra geçerliğin sınanmasında bir diğer ölçüt ise yapı geçerliğidir. Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için faktör analizi yapıldı. Bu çalışmada İYDÖ'nin faktör yapısının incelenmesinde Açıklayıcı Faktör Analizi yöntemlerinden Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimaks Rotasyon yöntemi kullanıldı. Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett Sphericity Testi uygulandı. Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,91 (çok iyi) bulundu. Bu değer KMO için çok iyi bir değer olduğu ve ilgili veri grubuna analiz yapılmasının uygun olduğu söylenebilir. Bartlett Testi sonucunda ise $X^2=21633,132$ olarak saptandı ve her iki test sonucu da $p=0,000$ önem düzeyinde anlamlı bulundu. KMO testi sonucu bulunan değer örneklem büyüklüğünün

faktör analizi için yeterli olduğunu ve Bartlett Testi sonucu da ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra Temel Bileşenler Analizi ve Varimaks Rotasyon yöntemi kullanılarak ölçeği oluşturan faktör yapısı belirlendi. İYDÖ'nin faktör yapısı incelendiğinde özdeğeri 1'i aşan 3 faktör elde edildi. 58 maddeli İYDÖ için yapılan faktör analizi uygulaması sonucunda İYDÖ'nin üç faktörden oluşabileceği ve faktör yükleri alt kesme noktasının 0,33 olarak alınabileceği saptandı. Bu doğrultuda 7, 35 ve 57 nolu maddelerin faktör ağırlıklarının 0,33'ün altında olduğu ve birden fazla faktörde ağırlıkları birbirine yakın olduğu için bu üç madde ölçekten çıkarıldı ve faktör analizi 55 madde ile tekrarlandı. Ölçeğin yeniden faktör yüklerine bakıldığında bütün değerlerin 0,33'ten yüksek ve yeterli faktör yüküne sahip olduğu belirlendi.

İkinci aşamada 55 maddeli ölçek için gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda özdeğeri 1'i aşan 3 faktör elde edildi. Özdeğerler Faktör 1 (Damgalama) için 8,18; Faktör 2 (İzolasyon/Depresyon) için 6,42; ve Faktör 3 (Yüceleştirme/Normalleştirme) için 4,13 olarak hesaplandı. Bu üç faktörün İYDÖ'nin varyansının %34,07'ini açıkladığı belirlendi. Ölçeğin orijinalinde bu üç faktörün toplam varyansın %36'sından sorumlu olduğu göz önüne alındığında sonuçların benzerlik gösterdiği görülmektedir (18).

Ayrıca yapı geçerliği için açıklayıcı faktörlerin uyumunu doğrulamak ve faktörlerde gerekli görülen değişiklikler yapıldığında (faktör yükleri düşük olan maddeler ölçekten çıkarıldığında) ölçek yapısının korunduğunu doğrulamak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapıldı. DFA sonucunda, doğrulayıcı uyum indekslerinden CFI, IFI, GFI ve AGFI dışında, RMSEA, SRMR, NFI, RFI istatistikleri sonuçlarına göre modelin iyi uyum verdiği saptandı. Sonuç olarak DFA için uyum indeksi sınırları göz önüne alındığında modelin iyi düzeyde uyum gösterdiği ve ölçeğin orijinal formundaki faktör yapısının Türkçe formundaki faktör yapısıyla uyduğu belirlendi.

Ölçeğin geçerlik çalışmalarının yapılmasının ardından güvenirlik analizlerine geçildi. İYDÖ'nin güvenirliğine yönelik olarak iç tutarlılık, madde-toplam puan korelasyonları ve test-tekrar test güvenirliği incelendi.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği için yapılan madde analizi sonucunda 55 maddeden oluşan İYDÖ'nin madde-toplam madde korelasyon katsayılarının 0,32 ile 0,68 arasında değiştiği, hepsinin ileri düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği saptandı ve hiç bir madde ölçekten çıkarılmadı. Ölçek 55 maddelik şekliyle madde-toplam madde korelasyon

değerleri uygun güvenirlik düzeyindedir. İYDÖ 1-5 arasında puanlanan 5’li Likert tipi bir ölçek olduğu için iç tutarlılığını ve homejenliğini değerlendirmek için Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı. 55 maddelik İYDÖ’nin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında ölçeğin toplam Cronbach α katsayısı değeri 0,90 olarak bulundu. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık değerleri incelendiğinde, “Damgalama” alt boyutu için 0,90; “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu için 0,87 ve “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu için 0,79 olarak saptandı. Ölçeğin orijinalindeki Cronbach Alfa değerlerinin sırasıyla 0,95, 0,88 ve 0,86 olduğu göz önüne alındığında bu çalışmadaki Cronbach alfa güvenirlik katsayısı orijinal çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (18). Bu bilgiler ışığında İYDÖ’nin iç tutarlılığının çok iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’nin test-tekrar test güvenirliği incelendiğinde, ölçeğin üç alt boyutunun test-tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$). İYDÖ’nin test-tekrar test korelasyon katsayıları üç alt boyut için 0,70’in üstünde bulundu. Bu sonuç doğrultusunda İYDÖ’nin zamana karşı değişmezlik özelliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada geçerlik ve güvenirliği test edilen İYDÖ’nin Türkçe formunun üniversite öğrencilerinin intihara yönelik damgalama tutumlarını değerlendirmek üzere geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varıldı.

7.4. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI

İntihar toplumda yaygın olarak görülen önemli bir problem olmasına rağmen, toplumun intihar konusundaki bilgisinin yetersiz olduğu ve bu durumda kişinin profesyonel yardım arayışını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (25,26,27). Bu başlık altında öğrencilerin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklere, psikiyatist/psikolog desteği öyküsü ve intihar girişimi öyküsüne göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışıldı.

Calear ve arkadaşlarının (2012) İBDÖ’ni kullanarak üniversite öğrencileri ve üniversite personeli üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların İntihara İlişkin

Bilgi Düzeyi Ölçeği'ni %62,9 oranında doğru yanıtladıkları ve intihara ilişkin bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (25). Yine aynı çalışmada ölçekten alınan ortalama puan 16,97 olarak saptanmıştır. Alt boyutlar bazında değerlendirildiğinde, en az doğru yanıtlanan maddelerin (%45,0) “Belirtiler” alt boyutunda, en fazla doğru yanıtlanan maddelerin ise (%91,0) “Tedavi/Önlem” alt boyutunda yer aldığı görülmüştür (25). Chan ve arkadaşlarının (2012) Avusturya’da bir üniversitede gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların İBDÖ’nden aldıkları ortalama puan $17 \pm 2,9$ olarak bulunmuştur (324). Bu araştırmada ise üniversite öğrencilerinin İBDÖ’nden aldıkları ortalama puan $9,96 \pm 3,48$ (dağılım 0-23 puan) olarak bulundu ve öğrencilerin İBDÖ’ni %36,88 oranında doğru yanıtladıkları saptandı. Bu araştırmada öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, Caelear ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonuçlarına benzer olarak; bu çalışmada, en az doğru yanıtlanan maddelerin (%22,91) “Belirtiler” alt boyutunda, en fazla doğru yanıtlanan maddelerin ise (%67,11) “Tedavi/Önlem” alt boyutunda yer aldığı dikkat çekmektedir. Bu bulgu, öğrencilerin intiharın belirtilerini, nedenleri ve tetikleyicilerini değerlendiren maddeleri cevaplarken zorlandıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak; yukarıdaki çalışma bulgularından farklı olarak bu çalışmada ülkemizdeki üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptandı. Bu araştırmanın en önemli sınırlılıklarından birisi sadece bir devlet üniversitesinde öğrenim gören lisans öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri hakkında bilgi vermesidir. Üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri hakkında daha ayrıntılı bilgi edinilebilmesi ve sonuçların genellenebilmesi için farklı üniversite öğrenci grupları üzerinde çalışmalar yapılması önerilmektedir. Ayrıca bu ölçek, üniversite öğrencileri dışında farklı grupların intihara ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla da kullanılabilir. Bu doğrultuda intiharı önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi, intihar hakkındaki yanlış ve eksik bilgileri gidermeye yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi çalışmalarında da kullanılabilir. Böylelikle toplumun intiharın belirtileri, semptomları ve risk faktörleri hakkında bilinçlenmeleri, intihara meyilli, risk altında olan kişilerin de profesyonel yardım almaları için desteklenmelerine yardımcı olabilir.

Yaş değişkeni ile İBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar incelendiğinde, özellikle 18-24 yaş grubunda intihara ilişki bilgi düzeyinin daha ileri yaş

grubundakilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (25,325,326). Caelear ve arkadaşlarının (2012) İBDÖ'ni kullanarak üniversite öğrencileri ve üniversite çalışanlarının dahil edildiği bir çalışmada, 18-24 yaş grubunda intihar bilgi düzeyleri daha ileri yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (327). Batterham ve arkadaşları (2013) tarafından yine aynı ölçeğin kullanıldığı toplumda intihar bilgisini değerlendirmeye yönelik gerçekleştirilen çalışmada, 18-24 yaş arası grubun bilgi düzeylerinin 50 yaş ve üstündeki gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (325). Segal'in (2001) çalışmasında genç yetişkinlerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin ileri yaş yetişkinlere göre daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur (326). Bununla birlikte, aynı çalışmada yine de intihar konusunda yanlış bilgilerin genç ve yaşlı kişiler arasında yaygın olduğu bildirilmiştir (326). Gençlerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin ileri yaş bireylere göre daha iyi olmasının, geçmişte intihar hakkında konuşmaya yönelik daha kısıtlayıcı tutumların ve daha büyük tabuların olması ile ilişkilendirilmektedir (325). İntihar konusunun tabu olmaktan çıkması ve önleyici yaklaşımların erken dönemde benimsenmesi amacıyla günümüzde intihar konusunda bilinen yanlışların doğruları ile değiştirilmesi, intiharın risk faktörleri ve intiharda uyarı sinyallerine yönelik eğitimler verilerek farkındalığın artırılması gençlerin intihara ilişkin bilgi düzeyini artıracaktır. Bu araştırmada öğrencilerin yaş ortalama değeri ile İBDÖ toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu sonucun araştırmanın sadece belirli yaş grubunda örneklem üzerinde gerçekleştirilmesiyle ilişkili olduğu düşünülebilir. Bu doğrultuda yaş aralığının daha geniş tutulduğu örneklem grupları üzerinde yaş ile intihara ilişkin bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması önerilebilir.

Cinsiyet ve medeni durum değişkenine göre İBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar incelendiğinde, Batterham ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında kadınların erkeklere ve bekarların evlilere göre intihara ilişkin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (325). Caelear ve arkadaşlarının (2012) üniversite öğrencileri ve personelinin oluşturduğu örneklem üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada kadın ve erkeklerin İBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (25). Chan ve arkadaşlarının (2014) tıp öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise intihara ilişkin bilgi düzeyleri yönünden kadın ve erkek öğrenciler arasında anlamlı saptanmamıştır (324). Yukarıdaki araştırma bulgularına bezer şekilde bu çalışmada cinsiyet ve medeni duruma göre intihara ilişkin bilgi düzeyi arasında fark olmadığı saptandı.

Bu çalışmada, öğrenim gördükleri okulların öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerini etkileyebileceği öngörüsüyle okullara göre İBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, ilahiyat, sağlık bilimleri gibi temel konu alanları insan ve insan psikolojisi olan fakülte ve yüksekokullarda öğrenim gören öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin daha iyi olduğuna saptandı. Farklı fakülte ve yüksekokullarda öğrenim gören öğrencilerin ders müfredatları içerisinde psikoloji, stres ve stresle baş etme, problem çözme yöntemleri gibi farklı içerikteki derslerin yer alması bölümler arasında farklılığın ortaya çıkmasına katkıda bulunmuş olabilir. Yine bu çalışmada örnekleme alınan sağlık yüksekokulu öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği, psikoloji gibi alanlarda ders alması, klinik deneyimleri sırasında psikiyatrik hastalığı olan, intihar girişiminde bulunmuş kişilerle karşılaşma deneyiminin de intihara ilişkin bilgi düzeyleri üzerinde etkili olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle sağlık alanı öğrencileri ile sağlık dışı alanda öğrenim gören öğrencilerin karşılaştırıldığı başka çalışmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca bu çalışma bulguları sadece Kastamonu ilinde yer alan bir devlet üniversitesi öğrencileri için geçerli olduğundan, farklı üniversitelerdeki sağlık alanı öğrencileri ve diğer disiplinlerdeki öğrencilerin de dahil edildiği çalışmalarla araştırma bulguları genişletilebilir.

Daha önce psikiyatrist/psikoloğa başvurma öyküsü ile intihara ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde, Batterham ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında depresyon, anksiyete, psikososyal distres gibi psikiyatrik bir rahatsızlığı olan kişiler ile psikiyatrik sorunu olmayan kişiler arasında intihar bilgi düzeyleri açısından fark saptanmamıştır (325). Caelear ve arkadaşlarının (2014) çalışması ile Chan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında yüksek intihar bilgi düzeyi ile psikolojik yardım arama davranışı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (324, 327). Bu çalışmada ise daha önce psikiyatrist/psikoloğa başvurarak psikiyatrik bir tanı almış olan öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu çalışma bulgusu, bireyin intiharın risk faktörleri, tedavisi ve önlenabilirliği ile ilgili doğru ve yeterli bilgi sahip olması durumunda profesyonel yardım alma konusunda daha olumlu tutum ve davranışlar sergilemesine katkıda bulunacağını düşündürmektedir. Bu doğrultuda özellikle psikiyatrik rahatsızlığı olan ve intihar girişimi açısından riskli olan kişilere, intiharın risk faktörleri, tedavisi ve önlenebilirliğine yönelik eğitimler verilerek,

farkındalıklarının artırılması ve profesyonel yardım arama davranışlarının desteklenebileceği öngörülmektedir.

İntihar girişimi öyküsü ile intihara ilişkin bilgi düzeyi arasında da bir ilişki olabileceği öngörüsünden yola çıkarak, kişilerin daha önceki intihar girişimine göre intihara ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki fark olup olmadığı incelendi. Bununla ilgili çalışmalar incelendiğinde, Batterham ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında intihar düşüncesi veya girişimi olan bireylerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin belirgin şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (325). Bu çalışmada daha önce birisine intihar edebileceğini söylediğini, intihar etmeyi düşündüğünü ya da intihar girişiminde bulunduğunu bildiren öğrencilerin İBDÖ “Belirtiler”, “Neden ve Tetikleyiciler” alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek saptanırken, “Tedavi ve Önlem” alt boyutu puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha düşük bulundu.

Bu çalışma bulguları Batterham ve arkadaşlarının çalışma bulgularını desteklemektedir. Ayrıca bu çalışmada ölçeğin alt boyut puan ortalamaları da ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Özellikle intihar düşüncesi/intihar girişimi olan öğrencilerde “Tedavi/Önlem” alt boyut puan ortalamalarının düşük çıkması dikkat çekicidir. İntihar olgularında tedavi ve intiharın önlenmesine ilişkin bilgi düzeyinin düşük olması öğrencilerin profesyonel yardım alma tutumlarını olumsuz yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Yine aynı çalışmada (2013) daha önce intihar olgusu ile karşılaşmış kişilerin daha yüksek intihar bilgisine sahip oldukları bulunmuştur (325). Bu çalışmada öğrencilerin ailelerinde ve yakınlarında psikiyatrik muayene/tedavi öyküsü ve ailede intihar ederek ölen/girişimde bulunmuş birinin olması durumuna göre İBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Ancak, ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü ve intihar öyküsü bulunan öğrencilerin İBDÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek bulunması anlamlıdır.

Sonuç olarak, İBDÖ ülkemizde intihara ilişkin bilgi düzeyinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesinde kullanılabilecek yeni bir ölçektir. Ölçek yurt dışında hem toplum hem de farklı üniversite öğrenci grupları ile yapılan çalışmalarda kullanılmıştır (18,25,324,325,327,329). Bu ölçek ile bireylerin intiharın yaygınlığı, belirti ve semptomları, nedenleri, risk faktörleri, önlenebilirliği ve tedavisine ilişkin bilgi düzeyi değerlendirilebilir. Özellikle intihara ilişkin yanlış ve eksik bilgilerin kişilerin profesyonel

yardım arayışını da etkileyebileceği düşünüldüğünde, intihara ilişkin bilgi düzeyi ve profesyonel yardım arama tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların yapılması ve bu çalışmalarda İBDÖ'nden yararlanılması önerilebilir. Ayrıca ölçeğin, intihara ilişkin farkındalığı arttırmaya yönelik faaliyetlerde ve toplumun intihar hakkındaki eksik ve yanlış bilgilerini tanımlamada kullanılabileceği düşünülmektedir. Özellikle intiharın risk faktörlerine ve belirtilerine yönelik psikoeğitim çalışmalarının öncesi ve sonrasında bu ölçekten yararlanılabilir.

7.5. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN TARTIŞILMASI

İntihar önemli halk sağlığı sorunlarından biridir ve koruyucu ruh sağlığı kapsamında ele alınması gereken intiharın çeşitli yönleri vardır. İntihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarının azaltılması da bunlardan biridir. Bireylerin damgalanması, tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla karşılaşmalarına neden olabilir (329). Bu başlık altında öğrencilerin İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nden aldıkları puanlar ve bu puanların öğrencilerin sosyo-demografik verilerine, psikiyatrist/psikolog desteği ve intihar girişimi öyküsüne göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışıldı.

İntihara yönelik tutumları değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, Norheim ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ruh sağlığı profesyonellerinin intihar olgusuna yönelik tutumlarını pozitif olarak bulmuşlardır (33). Yılmaz ve arkadaşlarının (2009) intihar girişiminde bulunan kişilere yönelik öğrencilerin bakışını değerlendirdikleri çalışmada öğrencilere Sosyal Uzaklık Ölçeği uygulanmış ve çoğu daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerden uzak durmak istediklerini ifade etmiştir (329). Avusturya'daki psikologların intihar eden kişilere yönelik tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada (2012) katılımcıların intihar eden kişilere yönelik tutumları çoğunlukla olumlu bulunmuştur (32).

Etzersdorfer ve arkadaşlarının (1998) Avusturya, Viyana ve Hindistan'daki Tıp fakültesi öğrencilerinin intihara yönelik tutumlarının karşılaştırdığı farklı bir çalışmada, Hintli öğrencilerin intiharla ilgili daha reddedici bir tutuma sahip olduğu ve hemen

hepsinin intiharı korkakça bir davranış olarak değerlendirdiği, Avusturyalı öğrencilerin ise intihara karşı daha onaylayıcı bir tutuma sahip olduğu saptanmıştır (330). Türk ve Avusturyalı tıp öğrencilerinde yürütülen başka bir çalışmada, Avusturyalı tıp öğrencileri intihar olgusuna karşı daha olumlu tutumlar sergilerken, Türk öğrencilerin daha reddedici bir tutum içinde bulundukları saptanmıştır (53). Nebhinani ve arkadaşlarının (2013) Hindistan'nın kırsal kesiminde yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş kişilere yönelik hemşirelik öğrencilerinin genel olarak olumlu tutumlara sahip olduğu bulunmuştur (331).

Bu çalışmada kullanılan İYDÖ'nin kullanıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde ise, Batterham ve arkadaşlarının (2013) üniversite öğrencileri ve personelinin dahil edildiği örnekleme gerçekleştirdiği çalışmada ölçeğin "Damgalama" alt boyutu maddelerinin onaylanma oranı düşük bulunmuştur. "Damgalama" alt boyutunda en fazla onaylanan ilk dört madde sırası ile "başkalarını cezalandırıyor", "bencildir", "incitcidir" ve "umursamazdır" maddeleri olurken, en az onaylanan ise "günahkardır" maddesi olmuştur (18). Chan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında benzer şekilde "Damgalama" alt boyutu maddelerinin onaylanma oranı düşük olup, "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu maddelerinin onaylanma oranları diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulunmuştur (324). Aynı ölçeğin kullanıldığı başka çalışmalarda da "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu maddelerinin onaylanma oranı diğer alt boyut maddelerine göre daha yüksek bulunmuştur (18,325).

Bu çalışmada ise öğrencilerin İYDÖ'nin Damgalama alt boyutu puan ortalamaları düşük olmakla birlikte, yukarıdaki çalışmalara göre daha yüksek bulundu. "Damgalama" alt boyutunda en fazla onaylanan ilk dört madde sırası ile; "tuhaftır", "öfkeli/şiddet meyillidir", "başarısızlıktır" ve "günahkardır" maddeleri olurken, en az onaylanan madde ise "barbardır" maddesi olmuştur. Yukarıdaki çalışmaların aksine bu çalışmada "günahkardır" maddesinin en fazla onaylanan maddeler arasında yer alması dikkat çekicidir. Bu araştırma bulgusu intihara yönelik tutumlarda kültürel farklılıkların ve dini inanışların etkili olduğunu düşündürmektedir. Yine yukarıdaki çalışma bulgularına paralel olarak, bu çalışmada "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu maddelerinin onaylanma oranı diğer alt boyutlara oranla daha yüksek bulundu. Bu alt boyut maddelerinin onaylanma oranları %51 ile %86 arasında değişmekte olup, en fazla onaylanan maddeler "depresyondadır", "dış dünyadan kopmuştur" "ruhsal olarak rahatsızdır" ve "mutsuzdur" maddeleri olmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda bu araştırmadaki öğrencilerin yurt dışındaki çalışma sonuçlarına göre intihar eden kişilere yönelik daha çok damgalayıcı tutum içinde oldukları görülmektedir. Bununla birlikte, ülkemizdeki üniversite öğrencilerinin intiharı daha çok yalnızlık, depresyon ve mutsuzlukla ilişkilendirdikleri görülmektedir. Yine yurt dışındaki diğer çalışma sonuçları (18,324,325) ile karşılaştırıldığında Türk öğrencilerinin intihara eden kişilere yönelik daha damgalayıcı tutumlar içinde olması oldukça dikkat çekicidir. İntihar girişiminde bulunmuş kişilere yönelik damgalayıcı tutumların, bu kişilerin sosyal etkileşimini ve profesyonel yardım arama davranışlarını olumsuz yönde etkileceği düşünülmektedir.

Yapılan bazı çalışmalar ileri yaşla birlikte intihara yönelik damgalayıcı tutumların da azaldığını göstermektedir (332-334). Örneğin Batterham ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında 18-24 yaş grubundaki kişilerin 25-49 ve 50 yaş ve üstü kişilere göre intihar eden kişilere yönelik daha olumlu tutumlara sahip oldukları bulunmuştur (325). Batterham ve arkadaşlarının (2013) İYDÖ'ni kullandıkları başka bir çalışmada ise yaş değişkeni ile intihara yönelik damgalama tutumları arasında anlamlı fark görülmezken, ileri yaştaki kişilerin gençlere oranla intiharı Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (18). İntihara yönelik damgalayıcı tutumların kişilerin yardım arama davranışına etkisini araştıran bir çalışmada (Chan ve ark., 2014), genç yaş grubu ile ileri yaş grubu arasında damgalama tutumlar yönünden anlamlı fark saptanmamıştır (324). Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde konu ile ilgili farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu araştırmada öğrencilerin yaş ortalama değeri ile İYDÖ'nin alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu çalışmanın sadece üniversite öğrencileri ile gerçekleştirildiği ve belli bir yaş grubunu kapsadığı göz önüne alınırsa, daha ileri yaş gruplarının da dahil edildiği başka çalışmaların yapılması önerilebilir.

Cinsiyet değişkeninin intihara yönelik tutumları etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (18,28,325,331,335). Örneğin Nebhinani ve arkadaşlarının (2013) hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada, erkeklerin kadınlara göre intihar girişiminde bulunmuş kişilere yönelik daha olumlu tutumlara sahip oldukları bulunmuştur (331). İYDÖ'nin kullanıldığı bir çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre “Damgalama”alt boyutu puanları daha yüksek iken, kadınların “İzolasyon/Depresyon”alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur (18,325). Bunun yanında, cinsiyet değişkeninin intihara yönelik damgalama tutumlarını etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Chan ve

arkadaşlarının (2014) çalışmasında kız ve erkekler arasında intihara yönelik damgalama tutumları açısından fark olmadığı saptanmıştır (324). İntihar eden olgulara yönelik sağlık çalışanlarının tutumlarını inceleyen bir başka çalışmada, kadın ve erkeklerin intihar eden kişilere yönelik tutumları arasında fark saptanmamıştır (34). İntihara yönelik sosyal çalışmacıların tutumlarını değerlendiren bir başka çalışmada erkek ve kadınlar arasında intihara yönelik tutumlar yönünden fark olmadığı saptanmıştır (336). Bu araştırmada ise yukarıdaki benzer çalışmalara paralel olarak, cinsiyete göre öğrencilerin intihara yönelik damgalama tutumları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Daha önce yapılan çalışmalar medeni durumun intihara yönelik tutumları etkilemediği bildirmektedir. Örneğin Chan ve arkadaşlarının (2014) ile Er ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında medeni durumun intihara yönelik tutumları etkilemediği bulunmuştur (34,324). Benzer şekilde bu çalışmada ise; evli ve bekar öğrencilerin İYDÖ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu araştırma bulguları doğrultusunda, medeni duruma göre intihara yönelik damgalama tutumlarının fark göstermediği söylenebilir.

Yaşanılan yere göre intihar girişimlerini inceleyen çok sayıda çalışma olmasına karşın, kırsal ya da kentsel bölgede yaşayan kişilerin intihara yönelik tutumlarını araştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlandı. Örneğin, Batterham ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında kırsal ve kentsel alanda yaşayan kişilerin intihara yönelik tutumları arasında fark olmadığı saptanmıştır (325). Bu çalışmada ise uzun süre kentte yaşayan öğrencilerin “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları kırsalda yaşayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulundu. Batterham ve arkadaşlarının çalışma sonucunun aksine, bu çalışmada kentte yaşayan öğrencilerin “Damgalama” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bununla birlikte, yaşanılan yerin kişilerin intihara yönelik damgalayıcı tutumları üzerinde etkili olup olmadığını araştıran başka çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada öğrencilerin öğrenim gördükleri okul ve sınıfların da intihara yönelik damgalama tutumlarını etkileyebileceği ön görüşünden yola çıkarak, okul ve sınıflara göre İYDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı. Buna göre, üçüncü sınıf ve İlahiyat fakültesi öğrencilerinin intihara yönelik daha damgalayıcı tutumlara sahip olduğu görülürken, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ise diğer bölümlerdeki öğrencilere göre intiharı daha normal karşıladıkları belirlendi. Araştırmaya farklı bölümlerden öğrencilerin

dahil edildiği düşünülürse, öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf ve bölümlerdeki ders içeriklerinin bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülebilir. Bu bulgular ışığında öğrencilerin ders müfredatlarının farklı olması, psikoloji ya da psikiyatri ile ilgili bir eğitim alıp almaması, sağlık alanı öğrencisi olması ve klinik deneyimleri, daha önce psikiyatri hastası veya intihar olgusu ile karşılaşma durumları intihara yönelik tutumlarında farklılıklara neden olabilir. Özellikle İYDÖ kullanılarak ileride sağlık alanında hizmet verecek öğrenciler, sağlık profesyonelleri ve farklı öğrenci gruplarının intihara yönelik damgalayıcı tutumlarını belirlemeye yönelik çalışmalar planlanabilir. Nitekim literatürde, klinik deneyimin ve daha önce intihar olgusu veya psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerle karşılaşma durumunun damgalama tutumlarını olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (32,324,331).

Psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü ve intihar öyküsünün intihara yönelik damgalama tutumlarını nasıl etkilediğini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, Calcar ve arkadaşlarının (2014) İYDÖ'ni kullandıkları çalışmada daha önce bir psikiyatrist/psikoloğa başvuran kişilerde “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları düşük bulunmuştur (327). Taylor-Rodgers ve Batterham (2014)'ın çalışmada ise intihara yönelik damgalama tutumlarının azaltılmasına yönelik mesajlar içeren ve farkındalığı artırmaya yönelik uygulanan psiko-eğitim çalışmalarının kişilerin profesyonel yardım alma davranışlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (328). Bu çalışmada ise öğrencilerin İYDÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, dikkat çekici sonuçlar bulundu. Daha önce bir psikiyatrist/psikoloğa başvuran öğrencilerin “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları başvurmeyen öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha düşük bulundu. Yukarıdaki araştırma bulguları ile benzerlik gösteren bu araştırma bulgusundan yola çıkarak, bireyin intihara yönelik daha olumlu bir tutuma sahip olması onun profesyonel yardım arama davranışını pozitif yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Sonraki çalışmalarda toplumun intihara yönelik damgalama tutumlarını azaltmaya, farkındalığı artırmaya yönelik mesajlar içeren eğitimlerin öncesi ve sonrası dönemde İYDÖ'nden yararlanılabilir.

Yapılan çalışmalar daha önce intihar etmeyi düşünen ya da intihar girişimde bulunan kişilerin intihara yönelik daha olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermektedir (88,325, 337). Örneğin, Batterham ve arkadaşlarının çalışmada (2013) daha önce intiharı düşünmüş olan kişilerin “Damgalama” alt boyut puan ortalamaları daha düşük

iken, intiharı “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (325). Başka bir çalışmada ise intiharın kabul edilebilir bir davranış olarak gören kişilerde intihar olasılığı daha yüksek bulunmuştur (88). Joe ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında intiharın kabul edilebilirliği ile intihar planı yapma arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (337).

Bu araştırmada ise daha önce birisine intihar edebileceğini söyleyen, intihar etmeyi düşünmüş veya intihar girişiminde bulunmuş öğrencilerin “Yüceleştirme/Normalleştirme” ve “İzolasyon/Depresyon” alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu bulgu intihar düşüncesi ve girişimi olan öğrencilerin olmayanlara göre intiharı daha kabul edilebilir bir davranış olarak gördüklerini düşündürmektedir. Özellikle daha önce intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü olan öğrencilerin İzolasyon/Depresyon alt boyut puan ortalamalarının yüksek bulunması ve bu alt boyutta “mutsuzdur”, “kaybolmuştur” “dünyadan elini eteğini çekmiştir”, “yalnızdır”, “kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır” gibi ifadelerin yer aldığı düşünüldüğünde, bu kişilerin umutsuz ve kendilerini toplumdan soyutlamaya meyilli kişiler olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada ailede psikiyatrik muayene/televi öyküsü bulunması ve ailede veya yakınlarında intihar ederek ölen/intihar girişiminde bulunmuş birinin olmasının öğrencilerin intihara yönelik damgalama tutumlarını etkilemediği saptandı. Er ve arkadaşlarının (2013) acil sağlık çalışanlarının intihar eden kişilere yönelik tutumlarını değerlendiren çalışmasında ailesi ve yakınında intihar öyküsü bulunan kişilerde bulunmayan kişilere göre tutumlar açısından fark olmadığı gözlenmiştir (34). Bu araştırma bulgusu Er ve arkadaşlarının çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Sonuç olarak İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği toplumun intihar girişiminde bulunmuş bireylere yönelik tutumlarını belirlemede ve konu ile ilgili yapılacak araştırmalarda kullanılabilir bir değerlendirme aracıdır. Özellikle önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar girişiminin önlenmesinde, intihar eden kişilere yönelik damgalayıcı tutumların azaltılması, intihara ilişkin bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik psiko-eğitim programlarının hazırlanması önerilebilir. Bu eğitim programlarının öncesi ve sonrası tutumların değerlendirilmesi hizmet programlarının etkililiğinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Taylor-Rodgers ve Batterham’ın (2014) genç yetişkinlerin ruh sağlığı ile ilgili yardım arayışı davranışlarını geliştirmeye yönelik online psiko-eğitim çalışmalarının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, eğitim öncesi ve sonrası tutumları

değerlendirmek için İYDÖ'nden yararlanmışlardır (328). Ülkemizde de benzer şekilde intihara yönelik damgalayıcı tutumları azaltmaya ve farkındalığı artırmaya yönelik psiko-eğitim programlarının öncesinde ve sonrasında İYDÖ ölçeğinden yararlanılabilir.

Sağlık çalışanlarının intihar eden kişilere yönelik olumsuz ve damgalayıcı tutum içinde olması intiharı düşünen kişilerin yardım arayışında bulunmalarını olumsuz yönde etkileyebilir. İntihar ettiği için suçluluk ve utanç duygusu içinde hastaneye gelen ve çevresinden destek bekleyen kişiler bir de hastanedeki sağlık çalışanlarının damgalayıcı tutumlarıyla karşılaşması kendilerini daha çok izole etmelerine neden olabilir. İYDÖ'nin ayrıca sağlık çalışanlarının intihara yönelik damgalayıcı tutumlarını azaltmada ve intihar girişimlerinin önlenmesi alanlarında yapılacak ruh sağlığı çalışmalarının planlanması ve uygulanması aşamalarında yararlı olacağı düşünülmektedir.

7.6. ÖĞRENCİLERİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Toplumun intihara ilişkin yanlış bilgileri ve intihar hakkındaki olumsuz ve damgalayıcı tutumları, intihara meyilli kişilerin yardım arayışı davranışlarını da etkileyebilir. Bu öngörüden yola çıkarak bu çalışmada öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihara yönelik tutumları arasındaki ilişki değerlendirildi.

İYDÖ ve İBDÖ ölçeklerinin kullanıldığı diğer yurt dışı çalışmaları incelendiğinde, intihar düşüncesi veya girişimi bulunan bireylerin yardım arama davranışları üzerinde intihara yönelik damgalama tutumları ve intihar hakkındaki bilgi düzeylerinin etkili olduğu görülmektedir (324,327). Caelear ve arkadaşları (2014) tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada intihara ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olması yardım arama davranışlarını olumlu yönde etkilerken, damgalama tutumlarının ise kişilerin yardım arama davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini belirlenmiştir (327).

Batterham ve arkadaşları (2013) ile Chan ve arkadaşlarının (2014) yaptığı iki farklı çalışmada ise intihara ilişkin bilgi düzeyi ile intihara yönelik damgalama tutumları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (324, 325). Yine Chan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında İBDÖ toplam puan ortalamaları ile İYDÖ'nin "İzolasyon/Depresyon" alt

boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (324). Batterham ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da İBDÖ toplam puan ortalamaları ile İYDÖ'nin "İzolasyon/Depresyon" puan ortalamaları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır, ve intiharı normalleştiren/yüceleştiren öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (325). Beautrais ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise intihara yönelik tutumlar ile intihara ilişkin bilgi düzeyi arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (338). Bu çalışmada ise Chan ve arkadaşlarının (2014) araştırma bulgularını destekler nitelikte, öğrencilerin İYDÖ'nin "Damgalama" alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki saptanmış olup Chan ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak negatif ilişki belirlenmiştir (324).

İYDÖ "İzolasyon/Depresyon" alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ'nin toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmasa da, "Risk Faktörleri" ve "Tedavi ve Önlem" alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. Yine bu çalışmada Batterham ve arkadaşlarının (2013) çalışma bulgularına benzer olarak öğrencilerin İYDÖ "Yüceleştirme/Normalleştirme" alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı (18).

Bu bulgulardan yola çıkarak intihara ilişkin bilgi düzeyleri yüksek olan öğrencilerin intiharı daha çok izolasyon ve depresyon ile ilişkilendirdikleri ve intiharı daha normal karşıladıkları dikkat çekmektedir. Riskli gruplar belirlenerek bu kişilerin intihar hakkındaki tutumları ve bilgi düzeyleri bu ölçekler yardımı ile değerlendirilerek yine bu kişilerin psikolojik yardım alma davranışlarının geliştirilmesine yönelik farkındalık eğitimleri verilebilir. Örneğin; "Daha önce intihar etmeyi düşünmüş ya da intihar girişimde bulunmuş kişiler, daima intihara meyilli olacaktır" yada " kafasına bir kez intihar etmeyi koyan bir kişiyi bu fikrinden vazgeçirmek mümkün değildir" gibi yanlış inanışların yerine, "bir psikiyatrist ya da psikologdan yardım almak intiharı önleyebilir" gibi doğru mesajlar verilebilir. Günümüzün internet çağı olduğu düşünülürse, özellikle de gençlerin sosyal iletişim ağlarını sık kullanması intihara yönelik güvenli olmayan bilgiler edinmesine yol açabilir. Bu noktada ise ruh sağlığı uzmanları (psikiyatrist/psikolog) ve diğer sağlık çalışanlarına (hemşireler, psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları) önemli görevler düşmektedir.

Öncelikle sağlık çalışanlarının intihar hakkındaki tutum ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Özellikle yurt dışında sağlık alanında hizmet veren

kişilerin intihara yönelik tutum ve bilgi düzeylerini değerlendiren çok sayıda çalışma olmasına karşın, ülkemizdeki literatür bu konuda yetersiz olması dikkat çekicidir. İntihar olguları ile sık karşılaşan acil sağlık personeli ve psikiyatri servisi çalışanlarına intihara ilişkin bilgi düzeylerini artırma ve damgalama tutumlarını azaltmaya yönelik eğitimlere ağırlık verilmesi, bu kişilerin ilerde intihara meyilli kişilerin daha iyi bakım almalarına katkıda bulunacaktır.



8. SONUÇ

1. *Sosyodemografik verilere ilişkin bulgular*

- Araştırmaya katılan öğrencilerin %58,6'sı kadın, %98,4'ü bekar ve yaş ortalaması $20,52 \pm 1,84$ 'dür. Öğrencilerin %85,1'i aile gelir düzeyini orta olarak bildirdi.
- Öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%36,4) Eğitim Fakültesi ve 2. sınıf (%31,8) olduğu belirlendi.

2. *Psikiyatrist/psikolog desteği öyküsü ve intihar öyküsüne ilişkin bulgular:*

- Öğrencilerin %17,7'sinin daha önce bir psikiyatrist ve/veya psikoloğa başvurduğu, psikiyatrist ve/veya psikoloğa başvuran öğrencilerin ise %48,2'sinin psikiyatrik bir tanı aldığı belirlendi.
- Öğrencilerin %12,6'sı daha önce intihar etmeyi düşündüğünü veya intihar girişiminde bulunduğu bildirdi.

3. *İntihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsünün öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular*

- Geçmişte intihar etmeyi düşündüğünü/intihar girişiminde bulunduğunu bildiren öğrencileri ile intihar etmeyi düşünmemiş/intihar girişiminde bulunmamış öğrenciler arasında cinsiyet, gelir düzeyi algısı, anne-baba eğitim düzeyi, sınıf ve en uzun yaşadığı yer değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

4. *İntihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsünün öğrencilerin psikiyatrist/psikolog desteği öyküsüne göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular*

- İntihar düşüncesi/girişimi oranı; daha önce bir psikiyatrist ve/veya psikoloğa başvuran öğrencilerde psikiyatrist ve/veya psikoloğa başvurmamış öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p = 0,001$).
- İntihar düşüncesi/intihar girişimi oranı; daha önce bir psikiyatrist/psikoloğa başvurmuş ve tanı konmuş olan öğrencilerde daha önce psikiyatrist/psikoloğa başvurmuş fakat tanı konmamış olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p = 0,001$).

5. *İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular*

- İBDÖ'nin maddelerin Madde Tepki Kuramı'nın tek boyutluluk varsayımını sağladığı ve 2 Parametrelili Lojistik (2PL) modele uyum sağladığı görüldü.
- 2 Parametrelili Lojistik model kullanılarak madde ayırt ediciliği (a) ve madde güçlüğü (b) parametreleri kestirildi.
- İBDÖ maddeleri için; madde ayırt ediciliğine karşılık gelen a-parametresinin (eğim) ise 0,044 ile 1,165 arasında değiştiği görüldü. Buna göre, öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeylerini belirlemede ayırt ediciliği en yüksek madde “madde 21”, ayırt ediciliği en düşük madde ise “madde 3” olmuştur.
- İBDÖ maddeleri için; madde güçlüğüne karşılık gelen b-parametresinin (eşik) -38,300 ile 3,919 arasında değiştiği görüldü. Buna göre yanıtlanması en kolay maddenin “madde 3”, en zor maddenin ise “madde 24” olduğu belirlendi. İBDÖ maddeleri için b-parametresinin oldukça geniş olması üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin geniş bir yetenek ranjında ölçülebilmesini sağlamıştır.
- İBDÖ'nin en çok bilgi verdiği yetenek düzeyi Teta (Θ)=1,5 için testin güvenirliği 0,72 olarak hesaplandı. Aritmetik ortalaması Teta (Θ)=0 olan normal dağılım özelliğine sahip bir grup için ise İBDÖ'nin güvenirliği 0,68 olarak bulundu.
- Ölçeğin test-tekrar test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,001$) ve test-tekrar test korelasyon katsayılarının 0,58 ile 0,72 arasında değiştiği saptandı.

6. *İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalamaları ile ilgili bulgular*

- Öğrencilerin İBDÖ maddelerini toplam ölçek üzerinden %36,88 oranında doğru yanıtladıkları saptandı. En az doğru yanıtlanan maddeler “Belirtiler” alt boyutunda (%22,91), en fazla doğru yanıtlanan maddeler ise “Tedavi ve Önlem” alt boyutunda (%67,11) yer almaktadır. İBDÖ'nde en fazla doğru yanıtlanan maddenin (madde 3) “Tedavi/Önlem” alt boyutunda (%84,2), en az doğru yanıtlanan maddenin (madde 8) ise “Belirtiler” alt boyutunda (%13,5) yer aldığı görüldü.
- Okullarına göre öğrencilerin İBDÖ “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Buna göre, Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları, İlahiyat

Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarına göre, İletişim Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları İlahiyat Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarına göre, Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı.

- Orman Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları İletişim Fakültesi ve BESYO öğrencilerinin puan ortalamalarına, İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalamaları BESYO öğrencilerinin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.
- BESYO öğrencilerinin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları Fen Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Orman Fakültesi, İİBF, İletişim Fakültesi, Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalamalarına göre, Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı.
- Birinci sınıf öğrencilerinin “Belirtiler” alt boyutu puan ortalamaları üçüncü sınıf öğrencilerinin, birinci sınıf öğrencilerinin “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Birinci sınıf öğrencilerinin “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları ise ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı.
- Daha önce psikiyatrist/psikoloğa başvurduğunu bildirenlerin “Tedavi /Önlem” alt boyut puan ortalamaları başvurmadığını bildiren öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı (**p=0,035**).
- Daha önce bir psikiyatriste başvuran ve psikiyatrik bir tanı aldığını bildiren öğrencilerin toplam puan ortalamaları, “Belirtiler” ve “Risk Faktörleri” alt boyut puan ortalamaları herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını bildiren öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.
- İntihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü olan öğrencilerin İBDÖ toplam puan ortalamaları, “Belirtiler” ve “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyut puan ortalamaları

intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü olmayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.

- İntihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü olan öğrencilerin İBDÖ “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü olmayan öğrencilere göre (**p=0,016**) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı.

7. *İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular*

- Faktör analizi için örneklem yeterliliğini değerlendiren Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısı 0,91 (çok iyi) bulundu. Bartlett’s test sonucunda ise $X^2=21633,132$ olarak saptandı ve her iki test sonucu da **p=0,000** önem düzeyinde anlamlı bulundu.
- Faktör analizi sonucunda İYDÖ’nin üç faktörden oluştuğu (Damgalama, İzolasyon/Depresyon ve Yüceleştirme/Normalleştirme), faktör yükleri alt kesme noktasının 0,33 olarak alınabileceği saptandı. Bu doğrultuda 7, 35 ve 57 nolu maddelerin faktör ağırlıklarının 0,33’ün altında olması ve birden fazla faktörde ağırlıkları birbirine yakın olmasından dolayı bu üç madde ölçekten çıkarıldı.
- İkinci aşamada 55 maddeli ölçek için gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda özdeğeri 1’i aşan 3 faktör elde edildi. Özdeğerler Faktör 1 için 8,18; Faktör 2 için 6,42; ve Faktör 3 için 4,13 olarak hesaplandı. Bu üç faktörün İYDÖ’nin varyansının %34,07 ’ini açıkladığı belirlendi.
- Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) için uyum indeksi sınırları göz önüne alındığında, modelin iyi düzeyde uyum verdiği ve ölçeğin orijinal faktör yapısının Türkçe versiyonunun faktör yapısıyla uyduğu belirlendi. İYDÖ’nin (55 madde) madde-toplam madde korelasyon katsayıları ve ileri düzeyde anlamlı korelasyon gösterdiği saptandı ($r=0,328-0,683$; $p<0,05$).
- İYDÖ toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,90, alt boyutlar için 0,79-0,90 arasında saptandı. Test-tekrar test korelasyon katsayıları üç alt boyut için 0,70’in üstünde bulundu (**p<0,001**).

8. *İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği puan ortalamaları ile ilgili bulgular*

- Öğrencilerin yaş ortalama değeri ile İYDÖ’nin alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Öğrencilerin cinsiyet ve medeni

durum değişkenlerine göre İYDÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

- Öğrenim gördükleri okullara göre öğrencilerin İYDÖ “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre; İlahiyat Fakültesi’ndeki öğrencilerin “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları Fen-Edebiyat Fakültesi ($p=0,004$), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi ($p=0,036$), İletişim Fakültesi ($p=0,007$) ve Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu öğrencilerine göre ($p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0,05$).
- Okullarına göre öğrencilerin İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ($p<0,05$). Buna göre; İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları Fen-Edebiyat Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İletişim Fakültesi, Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu ve Eğitim Fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.
- Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu öğrencilerinin İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları, Eğitim Fakültesi, Sağlık Yüksekokulu ve Turizm Fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ($p<0,05$).
- Okullarına göre öğrencilerin İBDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Buna göre; İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ($p=0,015$).
- Sınıflarına göre öğrencilerin İYDÖ “Damgalama” ve “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Buna göre; üçüncü sınıf öğrencilerinin “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları, birinci, ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı.
- Sınıflarına göre öğrencilerin “İzolasyon/Depresyon” alt boyutu puan ortalamaları ise birinci sınıf öğrencilerin puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.

- Öğrencilerin daha önce “psikiyatrist/psikoloğa başvurma durumuna” göre İYDÖ “İzolasyon/Depresyon” ve “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ancak geçmişte “psikiyatrist/psikoloğa başvurduğunu bildiren” öğrencilerin İYDÖ “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları geçmişte “psikiyatrist/psikoloğa başvurmadığını bildiren” öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamakla birlikte, daha düşük bulundu ($p=0,055$).
- Geçmişte “intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü” bulunan öğrencilerin İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları “intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü” bulunmayan öğrencilerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0,05$). “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0,01$).

9. *İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği puan ortalamaları ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular*

- İYDÖ “Damgalama” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam ölçek “Belirtiler” ve “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde çok zayıf ilişki saptandı. “Risk Faktörleri” ve “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).
- İBDÖ Risk Faktörleri” ve “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde, “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde zayıf ilişki saptandı.
- İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam ölçek, “Belirtiler”, “Risk Faktörleri” ve “Nedenler/Tetikleyiciler” alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde zayıf ilişki saptandı.
- İYDÖ “Yüceleştirme/Normalleştirme” alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ “Tedavi/Önlem” alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde zayıf ilişki saptandı.

Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde şu öneriler getirilebilir:

- Ölçeklerin toplumun geneline uygulanabilirliğini sınamak adına farklı yaş gruplarıyla çalışılması ve Türkiye'nin diğer bölgelerindeki üniversite öğrencilerinde de benzer araştırmaların planlanması,

1- İntiharı önlemeye yönelik birincil (primer) önlemler kapsamında,

- Üniversitelerin Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Birimleri ile Mediko-Sosyal birimlerinde görevli psikolog ve hemşireler tarafından belli aralıklarla danışman öğretim üyeleriyle işbirliği yapılarak öğrencilerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi,
- Öğrencilere depresyonla başa çıkabilme, stresle baş etme yöntemleri, öfke kontrolü, kendini tanıma ve iletişim becerileri yardım arama, yalnızlığı azaltma, kritik durumlarda ve problemlerle başa çıkma becerilerini geliştirmeye ve kişisel becerileri geliştirmeye yönelik eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması,
- Gereksinimler doğrultusunda intiharı önleme, intihara ilişkin bilgi düzeyini arttırmaya ve intihara yönelik damgalayıcı tutumlarını azaltmaya yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Öğrencilerin arkadaş ilişkilerini geliştirmeye ve sosyalleşmelerini sağlamaya yönelik okuldaki sosyal klüplere katılımlarının sağlanması,
- Riskli gruplarda sağlık öyküsü alırken bireysel ve ailede psikiyatrik tedavi ve/veya intihar öyküsünün sorgulanması,
- Öğrencilerin ailesi ile birlikte bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve intiharı önlemeye yönelik stratejilerin planlanması sürecine ailenin dahil edilmesi,

2- İntiharı önlemeye yönelik ikincil (sekonder) önlemler kapsamında,

- Üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde psikolog/pikiyatri hemşiresi gibi uzman kişilerin görevlendirilmesi ve belli aralıklarla taramalar yapılarak üniversite öğrencilerinin intihar riski açısından değerlendirilmesi,
- Geniş çaplı taramalar yapılarak depresyon, madde kullanımı problemi olan, yakın dönemde sık sık intihar düşüncesinden bahseden ve geçmişte intihar girişimi öyküsü olan öğrencilerin belirlenmesi,

- Bu araştırma sonucuna göre kentsel bölgede yaşayan, alt-orta gelir düzeyinde olan ve aile eğitim düzeyi düşük olan üniversite öğrencilerinin yakından izlenmesi,
- Psikiyatrik tanı ile sağlık kuruluşuna başvuru ve tedavi öyküsü, intihar düşüncesi/intihar girişimi öyküsü bulunan üniversite öğrencilerinin yakından takip edilmesi ve psikolojik destek verilmesi,
- İntihar girişimlerini önlemede aile, arkadaş ve akraba çevresinden gelecek desteğin önemi, intihar yönünden riskli davranışlar, intihar riski ile ilişkili faktörler ve intihar riski yüksek bireylere yaklaşım konusunda toplumun bilinçlendirilmesi,
- Araştırma örneklemini oluşturan öğrencilerin özellikle intiharın tedavisi ve intiharın önlenmesi konusundaki bilgi düzeyinin daha iyi olduğu sonucu doğrultusunda, eğitimlerde intiharın belirti ve semptomları, nedenleri ve risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin geliştirilmesine gereksinim olduğu belirlenmiş olup bu gereksinim doğrultusunda eğitimlerin planlanması,
- İntihara ilişkin eksik ve yanlış bilgilerin belirlenip bunların yerine doğru bilgiler içeren mesajların verilmesi, intiharın uyarı sinyalleri konusunda toplum ruh sağlığı hemşireleri/uzman psikiyatri hemşireleri veya okullarda görevli psikologlar tarafından farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi,
- Eğitim faaliyetlerinin etkinliğini değerlendirmek için eğitim öncesi ve sonrasında İBDÖ'nden yararlanılması,
- Özellikle intihara ilişkin yanlış ve eksik bilgilerin bu kişilerin profesyonel yardım arayaşı davranışını da etkileyebileceği düşünüldüğünde, intihar bilgi düzeyi ve yardım arama davranışı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların yapılması,
- İntihara yönelik damgalayıcı tutumları azaltıcı psikoeğitimsel çalışmaların planlanması ve uygulanması
- Okulların psikolojik danışmanlık ve rehberlik birimlerinde görevli öğretmenlere ve üniversitelerin mediko-sosyal birimlerinde görevli hemşirelere intiharla ilgili riskli davranışları tanımlayabilmelerine, intihar açısından riskli öğrencileri doğru yerlere yönlendirebilmelerine yönelik eğitimlerin planlanması,

3- İntiharı önlemeye yönelik üçüncül (tersiyer) önlemler kapsamında,

- Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve sağlık hizmeti sunucuları tarafından intihar girişimlerini önlemeye yönelik ortak koruyucu politikaların geliştirilmesi,
- Tekrarlayan intihar girişimlerinin engellenmesinde, intihar girişiminde bulunan olguların yakın takiplerinin sağlanması, buna yönelik olarak üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği içerisinde yürüttüğü ulusal intiharı önleme programlarının geliştirilmesi,
- Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinin yanı sıra, kriz merkezleri ve telefonla yardım gibi merkezlerin yaygınlaştırılması,
- Tüm yayın organları ve medyada intihar haberlerinin sunumu, intihara ilişkin bilgilerin artırılması, damgalayıcı tutumların azaltılmasına yönelik doğru ve güvenilir mesajların verilmesi konusunda medya mensupları ile ruh sağlığı profesyonellerinin işbirliği yapması,
- İntihar girişimi nedeniyle hastaneye başvuran kişilere yönelik sağlık çalışanlarının tutumunun da önemli olduğu düşünüldüğünde, uzman psikiyatri hemşireleri ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerinin sistematik tanılama/değerlendirme araçlarını kullanarak sağlık profesyonellerinin damgalayıcı tutumlarını ve bilgi düzeylerini değerlendirmeleri,
- Yine psikiyatri hemşireliği ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği alanında uzman kişiler tarafından damgalama tutumlarını azaltmaya ve intihara ilişkin bilgi düzeylerini geliştirmeye yönelik hizmetiçi eğitim programlarının hazırlanması, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği'nden yararlanarak kullanı ilerde sağlık alanında hizmet verecek öğrenciler, sağlık profesyonelleri ve farklı öğrenci gruplarıyla intihara yönelik damgalama tutumların değerlendirildiği çalışmaların planlanması önerilebilir.

9. TEŞEKKÜR

Bu zorlu süreçte bıkmadan, sıkılmadan ve yorulmadan, anlayışlı tavrı ile daima beni yüreklendiren; deneyimini, bilgisini, sevgisini ve enerjisini bir an olsun benden esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Semiha AKIN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Doktora eğitimim süresince ve tez döneminde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zehra DURNA'ya, Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'ne, Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL'a teşekkürlerimi sunarım.

Doktora tezimin çalışmaları sürecince konu ile ilgili görüşlerini bildiren, çevirileri ve uzman görüşleri ile de tezime katkıda bulunan Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK hocama teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamdaki ölçeklerin çevirileri aşamasında yardımlarını esirgemeyen, kendisini tanımaktan mutluluk duyduğum ve iyi ki var dediğim canım arkadaşım Pınar ZEYDAN'a teşekkür ederim.

Ayrıca, hayatımın her döneminde, yapmak istediklerimin arkasında benimle birlikte olup, beni her daim destekleyen, bu günlere gelmemde en büyük payı olan vefakar annem Makbule ÖZTÜRK'e, canım kardeşim Muhammet ÖZTÜRK'e ve tez çalışmamda katkısı olan, destekleyen herkese sonsuz teşekkür ederim.

Ayfer ÖZTÜRK

10. KAYNAKLAR

1. Temel M. İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009, 12(2): 78-83.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2011 İntihar İstatistikleri. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 20.06.2013.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2012 İntihar İstatistikleri. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 20 Haziran 2014.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2013 İntihar İstatistikleri. Erişim adresi: www.tuik.gov.trErişim tarihi: 20 Haziran 2015.
5. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2014 İntihar İstatistikleri. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 20 Haziran 2015.
6. Yılmaz T. Dünya İntiharı Önleme Günü Basın Açıklaması. Erişim adresi: <http://psikiyatribursa.org/tpd-merkez-yonetim-kurulu/183-dunya-intihari-onleme-gunu-basin-aciklamasi.html> Erişim Tarihi: 10 Eylül 2014.
7. Zhang J, McKown RE, Hussey JR, Thompson SJ, Woods JR. Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from the third national health and nutrition examination survey. *Annals of Epidemiology*. 2005, 15: 167-174.
8. Yalvaç HD. İntihar girişiminde bulunan bireylerde psikiyatrik morbidite, kişilik bozukluğu ve bazı sosyodemografik ve klinik etkenlerle ilişkisi. İ.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
9. Kartal A, Çetinkaya B, Turan T. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ruhsal belirtilerin taranması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009, 8(2): 161-166.
10. Emir E. Üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
11. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: Faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*. 2012, 15: 218-225.
12. Ceyhun AB, Ceyhun B. Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*. 2003, 6: 217-224.

13. Eskin M, Kaynak Demir H, Demir S. Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*. 2005, 34(2): 185-195.
14. Ellis JB, Lamis DA. Adaptive characteristics and suicidal behavior: A gender comparison of young adults. *Death Studies*. 2007, 31, 845-854.
15. Gürkan B, Dirik G. Üniversite öğrencilerinde intihar düşünce ve davranışları ile ilişkili faktörler: Yaşamı sürdürme nedenleri ve baş etme yolları. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2009, 12 (24): 58-69.
16. Bulut ER, Küçüker H, Bulut NS. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2012, 34: 128-137.
17. Scocco P, Castriotta C, Toffol E, Preti A. Stigma of Suicide Attempt (STOSA) Scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) Scale: Two new assessment tools. *Psychiatry Research*. 2012, 872-878.
18. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. The Stigma of Suicide Scale: Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis*. 2013, 34(1): 13-21.
19. Türk Psikiyatri Derneği (TDP), 10 Eylül Dünya İntiharı Önleme Günü Basın Açıklaması, 2012. Erişim adresi: <http://www.psikiyatri.org.tr/news.aspx?notice=1170> Erişim Tarihi: 19.11.2015.
20. Zhang J, Cun-Xian J. Attitudes toward suicide: The effect of suicide death in the family. *Omega*. 2010, 60(4): 365-382.
21. Witte TK, Smith AR, Joiner TE. Reason for cautious optimism? Two studies suggesting reduced stigma against suicide. *Journal of Clinical Psychology*. 2010, 66(6): 611-26.
22. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2005, 41: 14-21.
23. Feigelman W, Gorman BS, Jordan JR. Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*. 2009, 33: 591-608.
24. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002, 159: 909-916.
25. Calear AL, Batterham PJ, Christensen H. The Literacy of Suicide Scale: Psychometric properties and correlates of suicide literacy. *Unpublished manuscript*. 2012, 1-16.

26. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000, 177: 396-401.
27. Jorm AF, Christensen H, Korten AE, Parslow RA, Rodgers B. Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: A randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms. *Psychological Medicine*. 2003, 33: 1071-1079.
28. Renberg ES, Jacobsson L. Development of a questionnaire on Attitudes Toward Suicide (ATTS) and its application in Swedish population. *Suicide Life Threat Behavior*. 2003, 33: 52-64.
29. Anderson AL, Lester D, Rogers JR. A psychometric investigation of the suicide opinion questionnaire. *Death Studies*. 2008, 32: 924-936.
30. Ouzouni C, Nakakis K. Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal*. 2009, 3(4): 222-31.
31. Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M. A systematic review of suicide that measure attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010, 54(4): 338-361.
32. Gagnon J, Hasking PA. Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology*. 2012, 64: 75-82.
33. Norheim AB, Grimholt TK, Ekeberg Ø. Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*. 2013, 13(90): 3-10.
34. Er G, Şimşek Z, Aker AT. İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği'nin (İGYTÖ) geliştirilmesi; geçerlik ve güvenirlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013, 24(4): 260-5.
35. Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü, 2015.
36. Leenaars AA, Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*. 2010, 1:5-18.
37. Eskin M. İntiharda bilişsel davranışçı sağıaltım yaklaşımları. *Kriz Dergisi*. 2007, 15(2): 15-35.
38. Eskin M. İntihar. Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2012.
39. Taştan Z. Yusuf Atılgan'ın eserlerinde intihar. *Milli Eğitim Dergisi*. 2007, 176: 212-230.
40. İçli TG. Kriminoloji. Ankara, Seçkin Yayınevi (Genişletilmiş 8. Baskı), 2013.

41. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. Bornova, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995: 1-43.
42. Demirel Özsoy, Eşel E. İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003, 4(3): 151-158.
43. Durkheim E. İntihar. (Çev: Ö. Ozankaya), Cem Yayınevi, 2002.
44. Eskin M, İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003.
45. Uçan Ö. Türkiye’de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. *Kriz Dergisi*. 2005, 13: 15-26.
46. Duru G, Özdemir L. Yaşlı intiharları, nedenleri, ve önleyici uygulamalar. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2009, 34-41.
47. Pelkonen M, Marttunen M. Child end adolescent suicide epidemiology, risk factors end approaches to prevention. *Pediatr Drugs*. 2003, 5: 243-265.
48. Sayıl I, Tuğcu H, Toplumumuzda intihar ve adam öldürme üstüne kıyaslamalı bir çalışma, Ankara, 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, 1993.
49. Palabıyıkoglu R, Anafarta Şendağ M. İntihar davranışını değerlendirmede kullanılan psikolojik testler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics*. 2008, 1(3): 58-66.
50. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G, Nouvion SO. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*. 2009, 169 (1): 22-27.
51. Palabıyıkoglu R, Oral EA, Binici SA, Haran S. İntihar girişimi olan ve olmayan kriz olgularının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi*. 1997, 5 (1): 25-31.
52. Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C. Rutter M, Fudge H, Pickles A. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III links with suicidal behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994, 35(7): 1309-1319.
53. Eskin M, Voracek M, Stieger S, Altınyazar V. A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011, 46: 813-23.
54. Emir Öksüz E, Bilge F. Üniversite öğrencilerinin intihar olasılıklarının incelenmesi examining the suicide probability among university students. *Eğitim ve Bilim Dergisi*. 2014, (39)171: 407-420.

55. Durkheim E. İntihar. (Çev: Ö. Ozankaya). İmge Kitabevi, Ankara, 1992.
56. Uluduz DU, Uğur M. Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. *Yeni Symposium*. 2001, 39: 19-25.
57. Kaya N. Yaşamak İstiyorum (Edt: Rahime Sönmez). İstanbul, Nesli Digital Yayıncılık, 2004.
58. Tatlılıoğlu K. Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: Sosyal psikolojik bir değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012, 12(2): 133-155.
59. Lester D. Gender differences in suicidal behavior. *Making Sense of Suicide*, The Charles Press Publishers, 2007.
60. Bayrakçı M. Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulaması. *SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007, 14: 198-210.
61. Yiğit T. Nevşehir ilinde intihar girişiminde bulunan kadınların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri. Kayseri, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2009.
62. Hiçdurmaz D, Öz F. Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2011, 68-78.
63. Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987, 55(1): 49-54.
64. Öncü B, Sakarya A. Ergen özkıyımlarında bilişsel etmenler ve çarpıtmaların rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry*. 2013, 5(2): 232-45.
65. Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*. 2001, 24: 467-477.
66. Davison G, Neale JM. Anormal psikolojisi. (Edt: I. Savaşır), Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları. (7. Baskı), 2004.
67. Banki CM, Arató M, Papp Z, Kurcz M. Biochemical markers in suicidal patients: Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and neuroendocrine tests. *Journal of affective disorders*. 1984, 6(3): 341-350.
68. Nordstrom P, Samuelsson M, Åsberg M, Träskman-Bendz L, Åberg-Wistedt A, Nordin C, Bertilsson L. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 1994, 24(1): 1-9.

69. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biological Psychiatry*. 1997, 41(2): 162-171.
70. Engstrom G, Alling C, Blennow K, Regnéll G, Träskman-Bendz L. Reduced cerebrospinal HVA concentrations and HVA/5-HIAA ratios in suicide attempters: Mono amine metabolites in 120 suicide attempters and 47 controls. *European Neuro psychopharmacology*. 1999, 9(5): 399-405.
71. Roy A, Karoum F, Pollack S. Marked reduction in indexes of dopamine metabolism among patients with depression who attempt suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1992, 49(6): 447-50.
72. Atlı Z. İntihar Olasılığı Ölçeği'nin klinik örneklemedeki geçerlik ve güvenirlik çalışması. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007.
73. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetic of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004, 12: 1-13.
74. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *The American Journal of Psychiatry*. 1995, 152: 1075-1076.
75. Roy A. Psychiatric Emergencies. (Eds: BJ Sadock, VA Sadock): Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 2000.
76. Atasoy N, Saraçlı Ö, Sankır H. Zonguldak il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı, sosyodemografik, klinik ve ailesel risk etkenleri. Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları, 2014.
77. Metin A, Çileli G, Koçar İ, Dokgöz H. Mersin ilinde gerçekleşen intihar olgularının sosyodemografik özellikleri. *Adli Tıp Bülteni* 2014, 19(1): 49-52.
78. Yetiş MM. Dünyada ve Türkiye'de İntihar. İntiharla Mücadelede Çözüm Yolları. ErişimAdresi:http://www.murtazayetis.com/MurtazaYetis_Files/%C4%B0ntihar%20vakalar%C4%B1n%C4%B1n%20%C3%96nlenmesi.pdf Erişim Tarihi: 01.03.2015.
79. Devrimci Özgüven H. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics*. 2008, 1(3): 1-7.
80. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), İntihar İstatistikleri, Ankara, Başbakanlık Matbaası, 2000.

81. Deveci A, Taşkın EO, Dündar PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005, 16(3): 170-178.
82. Levi F, Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, Saraceno B. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatr Scand*. 2003, 108: 341-349.
83. Devrimci-Özgüven H, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicenter study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 2003, 48: 324-329.
84. Beautrais AL. Women and suicidal behavior. *Crisis*. 2006, 27(4): 153-156.
85. Eskin M, Ertekin K, Dereboy Ç, Demirkıran F. Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behaviour in Turkey. *Crisis*. 2007, 28(3): 131-139.
86. Cirhinlioğlu FG, Ok Ü. İnanç ya da dünya görüşü biçimleri ile intihara yönelik tutum, depresyon ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* 2010, 34(1): 1-8.
87. Aktepe E, Kandil S, Topbaş M. Çocuk ve ergenlerde intihar davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2005, 4(2): 88-97.
88. Yeğenoğlu İ. İntiharın anlamı, intihar ve intihara yönelik tutumlar. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015.
89. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İntihar girişim istatistikleri, Suicide attempt statistics TR31 İzmir, 2012. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2013.
90. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008, 30(1): 133–154.
91. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler (sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001, 2(4): 204-212.
92. Stack S. Marriage, family, religion, and suicide. (Edt: Maris RW), Assessment and Prediction of Suicide. New York, Guilford Press, 1992.
93. Sayıl I, Akbıyık Dİ. Türkiye’de intihar olgusu bibliyografya III. Ankara, Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2000.
94. Kubalı Z. Ankara ilinde bir kamu hastanesi acil bölümünde intihar girişim vakalarının incelenmesi. Ankara, G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007.

95. Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. (Çeviri Ed: Aydın H, Bozkurt A.) Ankara, Güneş Kitabevi Ltd, 2005.
96. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DEİ). Türkiye İstatistik Yıllığı, Ankara, 2008.
97. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve krize müdahale: İntihar davranışı. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2000.
98. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*. 2003, 11(1): 13-24.
99. Dilbaz N, Aytekin Y. Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti, *Bağımlılık Dergisi*. 2003, 4: 1-9.
100. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001, 52: 368-375.
101. Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Sung SC, Chiang HC, Tai CW. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *J Formos Med Assoc*. 2010, 109(2): 138-147.
102. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi, *Yeni Symposium Türk Psikiyatri Dizini*. 2006,44 (3): 141-150.
103. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimcil H. Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*. 1993, 2(1): 56-62.
104. Atay İM, Gündoğar D. İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi*. 2004, 12(3): 39-52.
105. Altındağ A, Özdemir B, Yanık M. Şanlıurfa'da ateşli silahla intiharlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005, 6: 240-244.
106. Şenol V, Ünal D, Avşaroğulları L, İkizceli İ, İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005, 6: 19-29.
107. Yüksel N. İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2000, 2: 5-15.
108. Arsenault-Lapierre G, Caroline Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis, *BMC Psychiatry*. 2004, 4(37): 1-11.

109. Capuzzi D. From Seneca to suicidology: A history of suicide. (Ed: D. Capuzzi), Suicide across the life Span: Implications for counseling, American Counseling Association, Alexandria, VA, 2004.
110. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*. 1991, 32(1): 80-99.
111. Serdar SC. Yineleyici intihar girişimleri, *Kriz Dergisi*. 2004, 12 (3): 53-62
112. Ulutaş N. Türk romanında intihar, Bursa, Uludağ üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2006.
113. Alptekin K. 1974-1999 yılları arasında Türkiye’de Tamamlanmış İntiharların Coğrafi Yerleşim Birimlerine ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı. Ankara, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 2002.
114. Sır A. Diyarbakır’da özkıyım ve özkıyım girişimleri: Adli kayıtların incelenmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999, 50-57.
115. Alptekin K, Duyan V. İntihar ve İntiharı Önleme, İstanbul, Yeni İnsan Yayınevi, 2014.
116. Sayıl I, Berksun OE. Depresyon ve intihar. *Psikiyatri Dünyası*. 1998, 2(2): 52-56.
117. Amos T, Appleby L. Suicide and deliberate self-harm (Eds: . L. Appleby T. Amos ve D. M. Forshaw), Postgraduate Psychiatry, London:, H. Barker, Second edition, 2001.
118. Berman AL, Jobes DA. Adolescent suicide: assessment and intervention. Washington, American Psychological Association, Fifth printing, 1995.
119. Alptekin K, Duyan V. İntihar ve İntihar Girişimi. İstanbul, Yeni İnsan Yayınevi, 2012.
120. Shawan MH, Bassarte RM. Gender, early alcohol use and suicide ideation and attempts: Findings from the youth risk behavior survey. *Journal of Adolescent Health* 2005, 41(2): 175-181.
121. Beautrais AL. Risk factors for serious suicide attempts among young people a case control study. (Ed: R. Kosky). Suicide Prevention publishers, 1998.
122. Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü, 2013.
123. Duffy L. Suffering, shame and silence: The stigma of HIV/AIDS. *Journal of The Association of Nurses in Aids Care*. 2005, 16(1): 13-20.
124. Adak N. Çağın vebası AIDS: HIV/AIDS’e ilişkin damgalama ve ayrımcılık. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*. 2010, 3(2): 1-13.

125. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*. 2005, 18 (1): 32-38.
126. Çam MO, Bilge A, Engin E, Baykal Akmeşe Z, Öztürk Turgut E, Çakır N. Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014, 5(3): 129-136.
127. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011, 2(3): 131-140.
128. Yaman E, Güngör H. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve damgalama eğilimine ilişkin öğretmen görüşleri. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2014, 7(18): 824-851.
129. Goffman E. Stigma: The Management of spoiled identity. Harmondsworth, Penguin, 1963.
130. Yaman E, Güngör H. Damgalama (Stigma) Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*. 2013, 11(25): 251-270.
131. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002, 6: 201-31.
132. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. (Ed: Taşkın EO), Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. İzmir, Meta Basım ve Matbaacılık, 2007.
133. Çuhadar D. Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada Psikoeğitimin Etkinliği. İzmir, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011.
134. Kapıkıran N, Kapıkıran Ş. Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2013, 5 (40), 131-141.
135. Dunne-Maxim K. Survivor History Panel: Past, Present And What's Ahead. Paper Presented At 19th Annual Healing After Suicide Conference, New Orleans, Louisiana, 2007.
136. Alvarez A. The Savage God: A Study of Suicide. New York, W.W. Norton, 1990.
137. Barraclough BM. The Bible suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86: 64-69.

138. Retterstol N. Suicide: A European Perspective. Cambridge, Cambridge University Press, 1993.
139. Tadros G, Jolley D. The stigma of suicide. *The British Journal of Psychiatry*. 2001, 179: 178.
140. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*. 2004, 59: 614–625.
141. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*. 2007, 190: 192–193.
142. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001, 27(3): 363–85.
143. Worden JW. Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner, Springer, New York, 2002.
144. Wolk-Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1985, 71: 581–595.
145. Lester D. The association of shame and guilt with suicidality. *The Journal of Social Psychology*. 1998, 138: 535–536.
146. Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life Threatening Behaviour*. 2001, 31: 91–102.
147. Harwood D, Hawton K, Hope J, Jacoby R. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*. 2002, 72: 185–194.
148. McIntosh JL. Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide and Life Threatening Behaviour*. 2003, 23: 146–161.
149. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*. 2011, 199: 367–372.
150. Hamilton A. Suicide silence and stigma. *Eureka Street*. 2013, 23: 19: 9.
151. Grad OT, Zavasnik A. Shame: The unbearable legacy of suicide (Ed: De Leo D, Schmidtke A, Diekstram RF), Suicide Prevention: A Holistic Approach. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.
152. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Ruh Sağlığı Modülleri, Ankara, İlkay Ofset Matbaacılık, 2008.

153. Gezek N. İntiharla ilgili gerçekler ve mitler. Erişim adresi: http://www.tavsiyeediyorum.com/makale_3439.htm. Erişim tarihi: 12.12.2016.
154. Sağlık Kültür Spor Müdürlüğü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Birimi. İntiharı Önleme. Erişim Adresi: http://sks.yasar.edu.tr/wp-content/uploads/2011/06/pdr_intihari_onleme.pdf. Erişim Tarihi: 11.12.2015.
155. Öncü B. İntihar davranışına yönelik tutumlar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2008, 1(3): 23-27.
156. Diekstra RFW, Kerkhof AJFM. Attitudes Towards Suicide: The Development Of A Suicide-Attitude Questionnaire (SUIATT), (Ed: Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G), Suicide And Its Prevention, The Role Of Attitude And Imitation, Brill, Leiden, 1989.
157. Lester D, Guerriero J, Wachter S. The Suicide Attitude Vignette Experience (SAVE): A search for sexual stereotypes in the perception of suicidal behavior. *Death Studies*. 1991, 41: 589-596.
158. Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1997, 95(3): 222-30.
159. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale: Manual Western Psychological Services, Los Angeles, 1990.
160. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of Suicidal Intent Scales. (Ed: Beck AT, Resnik HL, Letteri D.), The Prediction of Suicide. The Charles Press Pub, Maryland, 1974.
161. Beck AT, Kovacs M, Wessman A. Assessment of Suicide Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995, 47: 343-52.
162. Haran S, Berksun OE. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi İntihar Düşüncesi Ölçeği: Ölçek geliştirme üzerine bir pilot çalışma. *Kriz Dergisi*. 1995, 3(1): 233-4.
163. Gençtarım D. Ergen intiharlarının önlenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*. 2015, 16(1): 151-164.
- 164- Leenaars, A. Effective public health strategies in suicide prevention are possible: a selective review of recent studies. *Clinical Neuropsychiatry*. 2005, 2(1): 21-31.
165. Ayyash-Abdo, H. Adolescent suicide: An ecological approach. *Psychology in the Schools*. 2002, 39(4): 459-475.

166. Maine, S., Shute, R., & Martin, G. Educating parents about youth suicide: Knowledge, response to suicidal statements, attitudes, and intention to help. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2001, 31(3): 320-332.
167. Bronisch, T. Suicide. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2004, 15259-68.
168. Siyez DM. Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2005, 12(2): 92-100.
169. Malley PB, Kush F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: A survey. *Sch Couns*. 1994, 42: 191-194.
- 170- Kalafat J. School approaches to youth suicide prevention. *Am Behav Sci*. 2003, 46: 1211-1223.
171. King KA. Developing a comprehensive school suicide prevention program. *J Sch Health* 2001, 71: 132-137.
172. Berman AL, Jobes DA. Suicide prevention in adolescents (age 12-18). *Suicide Life Threat Behav*. 1995, 25: 142-154.
173. Davis JM, Brock SE. Suicide. (Ed: J Sandoval). *Handbook Of In Crisis Counseling, Intervention, Prevention, in the Schools*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London, 2002.
174. Gould MS, Kramer AR. Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2001, 31: 6-31.
175. Overholser J, Evans S, Spirito A. Sex differences and their relevance to primary prevention of adolescent suicide. *Death Stud*. 1990, 14: 391- 402.
176. Scouller KM, Smith DI. Prevention of youth suicide: How well informed are the potential gatekeepers of adolescents in distress? *Suicide Life Threat Behav*. 2002, 32: 67-79.
177. Crespi TD. Approaching adolescent suicide: Queries and signposts. *Sch Couns*. 1990, 37: 256-261.
178. Aseltine RH, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *Am J Public Health*. 2004, 94: 446-451.
179. Kalafat J, Elias MJ. An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide Life Threat Behav*. 1994, 24: 224-231.
180. Roberts JR, Walter B. Postvention and psychological autopsy in the suicide of a 14-year-old public school student. *Sch Couns*. 1995, 42: 322-330.

181. Spirito A, Boergers J, Donaldson D. Adolescentsuicide attempters: Post-attempt course and implicationfor treatment. *Clin Psychol Psychother.* 2000, 7:1 61-173.
182. Tüzer T, Bayam G, Bitlis V. İntihar girişimindeyöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi, II. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu.* 1995, 3: 226-228.
183. Özgüven-Devrimci H.İntihar girişimlerinde krizemüdahale. *Kriz Dergisi.*2003, 11: 25-34.
184. Reinecke MA. Suicide and Depression. CognitiveBehavioral Strategies. Crisis Intervetion (Ed: FM Dattilio, A Freeman), The Guilford Pres, New York, 2000.
185. Fitzroy N. Online suicide prevention training. *AustNurs J.* 2004, 12: 37-38.
186. Özbaş D, Buzlu S. Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği dersine ve psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2011, 14(1): 31-40.
187. Varcarolis EM, Halter MJ. Essential of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care, Saunders Elseiver, China, 2009.
188. Krupnick SLW, Wade AJ. Today's Psychiatric Nursing Roles. Psychiatric Care Planning. Pennsylvania, Springhouse Corporation, 1993, 2-9.
189. Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2011, 19(3): 187-193.
190. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 2011.
191. Okanlı A. Suisid riski olan hasta ile çalışma. İstanbul, 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2006, 113-114.
192. Sun FK, Long A, Bore J et al. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing.* 2006, 53(6): 680-690.
193. Murray BL, Wright K. Intergration of a suicide risk assesment and intervention approach: the perspective of youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2006, 13: 157-164.
194. Yılmaz M, Öncel S. Adölesan intiharları ve önlemede hemşirenin sorumlulukları. *Hemşirelik Forumu Dergisi.* 2006, 52-56.
195. Yılmaz T. Türk Psikiyatri Derneği, Dünya İnitharı Önleme Günü Basın Açıklaması, 2014. Erişim Adresi: <http://www.psikiyatri.org.tr/news.aspx?notice=1290> Erişim Tarihi: 13.12.2015.

196. Kayseri Valiliği, Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı Genelgesi. Erişim Adresi: <http://www.kayseri.gov.tr/acil-serviste-intihar-girisimlerine-psikososyal-destek-ve-krize-mudahale-programi-genelgesi>. Erişim Tarihi: 11.12.2015.
197. Köse A, Erarbay S, Köse B, Köksal Ö, Akköse Aydın Ş, Armağan E, Özdemir F. Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran 15 Yaş Üstü Hastalar ve Psikososyal Destek Birim. JAEM. 2012, 11: 193-6.
198. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı. Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı (Hazırlayanlar: Büyükkaya E, Alacahan Y, Soylu B). Erişim Adresi: http://www.muglahsm.gov.tr/websayfalar/subelerimiz/subeler/bulolmayanhast/evrak/intihar_psikodestek_krizmudahaleprog/Acil%20Serviste%20%C4%B0ntihar%20Giri%C5%9Fi mlerine%20Psikososyal%20Destek%20ve%20Krize%20M%C3%BCdahale%20Program %C4%B1.doc Erişim Tarihi: 13.12.2015).
199. Sakarya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Programların Biriminin Görev ve Yetkileri. Erişim Adresi: <http://sakaryahsm.gov.tr/detay/195/birimlerin-gorev-ve-yetkileri.aspx>. Erişim Tarihi: 13.12.2015.
200. Türk Psikiyatri Derneği, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Erişim Adresi: <http://www.psikiyatri.org.tr/presses.aspx?press=332> Erişim Tarihi: 13.12.2015.
201. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*. 2003, 5(1): 3-14.
202. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlik, Seçkin Yayıncılık, Birinci Baskı, Ankara, 2005.
203. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2002.
204. Comrey AL, Lee HL. A first course in factor analysis, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, 1992.
205. Baykul Y. Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik test teorisi ve uygulaması. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 2010.
206. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Ankara, Özdemir Yayıncılık, 4. Baskı, 1993.

207. Tavşancıl, E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı, 2006.
208. Hançer M. Ölçeklerin yazım dilinden başka bir dile çevirileri ve kullanılan değişik yaklaşımlar. Balıkesir Üniv. Sosyal Bil Enstitüsü Derg. 2003, 6(10): 48-59.
209. Koştı N, Erkin Ö, Bayık Temel A. Kendi Kendine Deri Muayenesi (KKDM) formunun türkçe uyarlaması: geçerlik çalışması. *DEUHYO ED*. 2014, 7(1): 7-11.
210. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I. Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. 2002, 4(1): 9-14.
211. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994, 9(33): 27-33.
212. Yurdağül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indeksleri'nin kullanılması. Denizli, XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongre Kitabı, 2005, 1-6.
213. Deniz KZ. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2007, 40(1): 1-16.
214. Doğan T, Totan T. Sosyal fobide bilişsel süreçleri değerlendirmeye yönelik yeni bir ölçme aracı: Sosyal düşünceler ve inançlar ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010, 7(1): 506-520.
215. Güner O. 10-16 yaş çocuk ve ergenler için erken dönem uyumsuz şema ölçekler takımı (ÇEŞÖT)'nin geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması. İstanbul, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilimdalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2013.
216. Telef BB. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013, 28(3): 374-384.
217. Özgüven İE. Psikolojik Testler. Ankara, Yeni Doğu Matbaası, 1994.
218. Kulaksızoğlu A, Dilmaç B, Ekşi H, Otrar M. Uyum Ölçeği- Üniversite Formu'nun dilsel eşdeğerlik, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*. 2003, 2(3): 49-64.
219. Çolak E, Fer S. Öğrenme yaklaşımları envanterinin dilsel eşdeğerlik, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2007, 16(1): 197-212.
220. Gözükara Bağ HG, Karabulut E, Alpar R. 2x2 Tablolarda Gözlemciler/Gözlemler

- Arası Uyumun Değerlendirilmesi. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2010, 34(1-2): 46-52.
221. Özdamar K. Güvenirlik ve Soru Analizi. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Eskişehir, Etam AŞ, 1. Cilt, 4. Baskı, 2002, 511-525.
222. Satıcı Ö. Korelasyon Analizi, Spearman Korelasyon Analizi. Erişim Adresi: <http://www.dicle.edu.tr/Contents/05ec89ab-2b9b-492d-a161-ef635296f9.pdf> Erişim Tarihi: 29.04.2014.
223. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti, 10. Baskı.,2000.
224. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*. 1992, 5: 194-197.
225. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul, Odak Ofset, 2002, 169-188.
226. Varricchio CG. Measurement Issues Concerning Linguistic Translations. (Ed:M. Frank-Stromborg ve Olsen SJ). Instruments for clinical health-care research (2nd ed.), Sudbury, MA, Jones & Bartlett, 1997.
227. Kanık EA, Orekici Temel G, Ersöz Kaya İ. Fleiss Kappa ve Krippendorff Alpha uyum katsayılarının örneklem genişliği, değerlendirici sayısı ve kullanılan ölçeğin kategori sayısından etkilenme durumları üzerine bir benzetim çalışması. *Türkiye Klinikleri J Biostat*. 2010, 2(2):7 4-81.
228. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. *Family Medicine*. 2005, 37(6): 360-363.
229. Ateş C, Öztuna D, Genç Y. Sağlık araştırmalarında Sınıf içi korelasyon katsayısının kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Biostat*. 2009, 1(2): 59-64.
230. Tekin H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara, Yargı Yayınevi, 2012.
231. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2. Baskı, 1997.
232. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004, 30;(3): 211-216.
233. Bademci V. Kuder-Richardson 20, Cronbach'ın Alfa'sı, Hoyt'un Varyans Analizi, Genellenirlik Kuramı ve ölçüm güvenirliği üzerine bir çalışma. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2011, 17: 173-193.

234. Çakmur H. Araştırmalarda ölçme- güvenirlik-geçerlik. *TAF Prev Med Bull.* 2012, 11(3): 339-344.
235. Tezbaşaran A. Likert Tipi ölçeklerde madde seçmede geleneksel madde analizi tekniklerinin karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi.* 2004, 19(54):77-87.
236. Turgut MF. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Metotları. Ankara, Gül Yayınevi, 1997.
237. Yıldırım C. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara, ÖSYM Yayınları, 1999.
238. Şahin Orak N, Ecevit Alpar Ş. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *MUSBED.* 2012, 2(1): 22-31.
239. Akgül A. Korelasyon Analizi. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS Uygulamaları. Ankara, Emek Ofset Ltd Şti, 2. Baskı, 2003.
240. Büyüköztürk Ş, Akgün EÖ, Özkahveci Ö, Demirel F. Güdülenme ve Öğrenme Stratejileri Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri.* 2004, 4 (2), 207-239.
241. Erkuş A. Psikometri Üzerine Yazılar. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003.
242. Köklü N, Büyüköztürk Ş, Çokluk Bökeoğlu Ö. Sosyal Bilimler İçin İstatistik. Ankara, Pegem A Yayıncılık, 2. Baskı, 2007.
243. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara, Pegem A Yayıncılık, 11. Baskı, 2010.
244. Çevik Y. Ego Fonksiyonları Değerlendirme Ölçeği'nin Türkiye koşullarına uygun geçerlik güvenirlik çalışması. İstanbul, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2013.
245. Çelen E. Comparison of validity and reliabilitiy of two tests developed by Classical Test Theory and Item Response Theory. *Elementary Education Online.* 2008, 7(3): 758-768.
246. Embretson SE, Reise SP. Item Response Theory for psychologists. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2000.
247. Hambleton RK, Jones RW. Comparison of Classical Test Theory and Item Response Theory and their applications to test development. *Educational Measurement: Issues and Practice.* 1993, 12(3), 38-47.

248. Çakıcı Eser D. PISA 2009Okuma Testi'nden elde edilen iki kategorili verilerin BILOG programı ile incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2013, 2(4): 135-144.
249. Crocker L, Algina J. Introduction to Classical And Modern Test Theory. Orlando FL, Harcourt Brace, 1986.
250. Uyar Ş, Öztürk Gübeş N, Kelecioğlu H. PISA 2009 Tutum Anketi madde puanlarının aşamalı Madde Tepki Modeli ile İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 2013, 2(4): 125-134.
251. Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL 8: Structural Eguation Modeling with the Simplis Command Language. USA, Scientific Software international, Inc, 1999.
252. Bollen KA, Curran PJ. Latent Curve Models: A Structural Equation Perspective. Hoboken, NJ, Wiley, 2006.
253. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. USA, Pearson, 5th Edt, 2007.
254. Hu LT, Bentler PM. cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*. 1999, 6(1): 1-55.
255. Raykov T, Marcoulides GA. A First Course in Structural Equation Modeling London, Lawrence Erlbaum Association, 2nd Edt, 2006.
256. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002, 32: 470-483.
257. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 3. Baskı, 2006.
258. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2013, 33(1): 210-23.
259. İlhan M, Çetin B. LISREL ve amos programları kullanılarak gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 2014, 5(2): 26-42.
260. Karagöz Y, Kösterelioğlu İ. İletişim becerileri değerlendirme ölçeğinin faktör analizi metodu ile geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal BilimlerDergisi*. 2008, 21: 81-98.

261. Çokluk Ö, Şekercioğlu G. ve Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 3. Baskı, 2012.
262. Akgül A, Çevik O. Faktör Analizi, İstatistiksel Analiz Teknikleri. SPSS’de İşletme Yönetimi ve Uygulamaları, Ankara, Yeni Mustafa Kitabevi, 2003.
263. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analiz Kitabı. Ankara, Pegem Yayıncılık, 10. Baskı, 2009.
264. Field A. Discovering Statistics using SPSS for Windows. London, Thousand Oaks New Delhi Sage publications, 2000.
265. Steiger JH, Lind JC. Statistically-Based Tests For The Number of Common Factors. Paper Presented At The Annual Spring Meeting of The Psychometric Society In Iowa City, 1980.
266. Demars C. Item Response Theory [Series in Understanding Statistic: Measurement]. New York, Oxford University Press, 2010.
267. Baker FB. The Basics of İtem Response Theory. ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation, 2001.
268. Hambleton RK, Swaminathan H. Item Response Theory: Principles and Applications. Baston, Kluwer Nijhoff Publishing, 1985.
269. Tel H, Uzun S. İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle başetme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003, 4: 151-158.
270. Geyik FD, Töre Altun G, Çıtak N, Akarsu Ayazoğlu T, Gül YG, Topbaş M. Yoğun Bakımda İlaç İle Özkıym Nedeni İle Takip Edilen Olguların Analizi ve İlacı Ulaşım Yolları: Tek Merkezli Prospektif Bir Çalışma. *Haseki Tıp Bülteni*. 2014, 52: 111-115.
271. Asoğlu M. Şanlıurfa’da İntihar Girişimlerinin İlişkili Olduğu Risk Faktörleri. Şanlıurfa, H.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2007.
272. Dolaşır S. 2005 Yılında ankara üniversitesi tıp fakültesi hastanesi acil servis kriz odasına başvuran intihar girişimi vakalarının bir yıl sonraki ruhsal durumları ve intihar davranışını yinleme riskleri, Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007.
273. Şener Ş, Şenol S. İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısasürelizlemi. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996, 4: 100-107.

274. Ercan ES, Varan A, Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2000, 7(2): 81-91.
275. Partlak N. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinin stresle basa çıkma tarzları ve intihar olasılıkları arasındaki ilişki. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
276. Evren H. Trakya Üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları. Edirne, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 2008.
277. Gür Akgör ST. Acil servise intihar girişimi nedeni ile yapılan başvuruların demografik ve klinik özellikleri, Erzurum, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2012.
278. Eskin M. Gender and cultural differences in the 12 month prevalence of suicidal thoughts and attempts in swedish and turkish adolescent. *Journal of Gender, Culture and Health*. 1999, 4(3): 187-200.
279. Bitlis V. Genel Bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların retrospektif olarak incelenmesi. *Kriz dergisi*. 1994, 2 (2): 323-326.
280. Edwards, MJ, Holden RR. Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*. 2003, 59 (10): 1113-1150.
281. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981- 1997. *Am J Psychiatry*. 2003, 160: 765-72.
282. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000, 83-88.
283. Acar A, Acil servise gelen intihar vakalarının sosyodemografik açıdan incelenmesi. İstanbul, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2009.
284. Karacaoğlu E, Keten E, Akçan R, İçme F, Karagöl A, Avcı E. Bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine intihar girişimi nedeni ile başvuran olguların incelenmesi. *Adli Tıp Dergisi*. 2012, 27(1): 29-34.
285. Oral G. İntihar ve Adli Bilimler. Yeni Symposium Dergisi. 1997, 35: 46-7.
286. Altındağ A, Sır A, Özkan M. Türkiyede intihar hızındaki değişimler (1974-1998). *Türkiye'de Psikiyatri*. 2001, 79-86.

287. Babaoğlu G. Psikiyatride intihar, psikiyatrik hastalarda intihar davranışı, kronik intihar davranışının değerlendirilmesi. İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, 1990.
288. Öztop D, Özdemir Ç, Ünal D, Akgül H, Şahin N. İntihar girişiminde bulunan 6-16 yaş grubuna ait 2002-2006 yılları başvuru kayıtlarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 11(4): 159-173.
289. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: A social and demographic profile. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998, 32: 349-357.
290. Kabasakal U. Ergen ve genç intiharlarında aile faktörü. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları*. 2007, 32-36.
291. Şimşek N. Nevşehir il merkezindeki lise öğrencilerinde intihar girişimi yaygınlığı ve ilişkili ailesel faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005, 14: 79-97.
292. Atay M. Isparta il merkezinde intihar girişimi ve ölüm düşünceleri epidemiyolojisi. Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Uzmanlık tezi, 2005.
293. Tuğcu H. Çeşitli faktörlere göre intihar olgusu çalışması. *Kriz Dergisi*. 2006, 14(2): 17-21.
294. Özver İ. Genç erişkinlerde intihar davranışı ile problem çözme, dürtüsellik ve atılmanlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul, Bakırköy Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2010.
295. Delice M, Teymur S. Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki intiharların incelenmesi: Batman ili örneği. Atatürk Üniversitesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012, 16(1): 57-80.
296. Güloğlu C, Gökhan Ş, Üstündağ M, Orak M. Acil servise başvuran özkıyım olgularının kullandığı yöntemler ve demografik verilerinin mortalite ile ilişkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi, Turk J Emerg Med*. 2009, 9(3): 109-114.
297. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp G, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006, 5 (6): 444-54.
298. McClure GM. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *Br J Psychiatry*. 2000, 176: 64-67.

299. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case- control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993, 32: 521-529.
300. Neehall J, Beharry N. Demographic and clinical features of adolescent parasuicides. *West Indian Med J*. 1994, 43: 123-126.
301. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996, 153: 1009-1014.
302. Osona Rodriguez B, Gonzalez Vicent M, Menica Bartolome S. Suicide in pediatric Patients: 30 cases. *An Esp Pediatr*. 2000, 52: 31-35.
303. Lewis M. Suicidal behavior in children and adolescents. causes and management. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 4 th ed, 2002: 796-805.
304. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry*. 2003, 160: 1093-1099.
305. Karamustafalıoğlu O, Özçelik B, Bakım B, Ceylan CY, Yavuz GB, Güven T, Sinem G. İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010, 23: 151-157.
306. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit disorder: Subtype differences in comorbidity, educational and clinical history. *J Nerv Ment Dis*. 2002, 190: 147-57.
307. Gençöz T, Or P. Associated factors of suicide among university students: Importance of family environment. *Contemporary Family Therapy*. 2006, 28: 261-268.
308. Tezcan AE, Oğuzhanoglu NK, Ülkeroglu F. Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri. *Kriz Dergisi*. 1995, 3: 70-4.
309. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996, 35: 1174-82.
310. Levinson DF, Mowry BJ, Sharpe L, Endicott J. Penetrance of schizophrenia-related disorders in multiplex families after correction for ascertainment. *Genet Epidemiol*. 1996, 13: 11-21.
311. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996, 53: 339-48.

312. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılar, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2012, 17(4): 228-232.
313. Şimşek N, Karataş N. Nevşehir il merkezindeki lise öğrencilerinde intihar girişimi yaygınlığı ve ilişkili ailesel faktörlerin belirlenmesi. *Aile ve Toplum*. 2011, 17(25): 63-71.
314. Yalaki Z, Çakır İ, Taşar MA, Yalçın N, Dallar Bilge Y. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012, 39(3): 350-358.
315. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. Özkiyım girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2006, 5: 444-54.
316. Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve riskfaktörleri. *Adli Bilimler Dergisi*. 2003, 2: 11-17.
317. Marusic A, Roskar S, Hughes RH. Familial study of suicidal behavior among adolescents in Slovenia. *Crisis*. 2004, 25: 74-77.
318. Ægisdóttir S, Gerstein LH, Çınarbaş D. Methodological issues in cross-cultural counseling research: Equivalence, bias, and translations. *The Counseling Psychologist*. 2008, 36(2): 188-219.
319. Schreiber JB, Stage FK, King J, Nora A, Barlow EA. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review. *The Journal of Educational Research*. 2006, 99(6): 323-337.
320. Koğar H. Madde Tepki Kuramı'na ait parametrelerin ve model uyumlarının karşılaştırılması: Bir Monte Carlo çalışması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 2015, 6(1): 142-157.
321. Baker FB. The basics of item response theory. ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation. (ERIC Document Reproduction Service No. ED458219), 2001.
322. Özer Özkan Y. Öğrenci Başarılarının Belirlenmesi Sınavından (ÖBSS) Klasik Test Kuramı, Tek Boyutlu ve Çok Boyutlu Madde Tepki Kuramı Modelleri ile kestirilen başarı puanlarının karşılaştırılması. *International Journal of Human Sciences*. 2014, 11(1): 20-44.
323. Aesaert K, Van Nijlen D, Vanderlinde R, Van Braak J. Direct measures of digital information processing and communication skills in primary education: using item response theory for the development and validation of an ICT competence scale. *Computers & Education*. 2014, 76: 168-181.

324. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C. Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australasian Psychiatry*. 2014; 1-8.
325. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. Correlates of suicide stigma and suicide literacy in community. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2013, 43(4): 407-17.
326. Segal DL. Levels of knowledge about suicide facts and myths among younger and older adults. *Clinical Gerontologist*, 2001, 22(2): 71-80.
327. Calear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Res*. 2014, 30; 219(3): 525-30.
328. Taylor-Rodgers E, Batterham PJ. Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2014, 168: 65-71.
329. Yılmaz Ç, Güzel Ç, Sevinç H, Erkut D, Uzunoğlu S, Emül HM. Daha özkıyım davranışında bulunanlara tıp fakültesi dışındaki öğrencilerin bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009, 10(1): 97-98.
330. Etzersdorfer E, Vijayakumar L, Schöny W, Grausgruber A, Sonneck G. Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998, 33: 104-10.
331. Nebhinani M, Nebhinani N, Tamphasana L, Gaikwad AD. Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of northern India. *Journal of neurosciences in Rural practice*. 2013, 4: 400-407.
332. Fisher LJ, Goldney RD. Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003, 18: 33-40.
333. Segal DL, Mincic MS, Coolidge FL, O'riley A. Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Studies*. 2004, 28(7): 671-678.
334. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatr*. 2008, 8: 25.
335. Anderson M, Standen P, Nazir S, Noon JP. Nurses' and doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. *Int J Nurs Stud*. 2000, 37(1):1-11.
336. Kodaka M, Inagaki M, Postuvan V, Yamada M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry*. 2013, 59: 452.

337. Joe S, Romer D, Jamieson PE. Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2007, 37(2): 165-178.
338. Beautrais AL, Horwood LJ, Fergusson DM. Knowledge and attitudes about suicide in 25-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004, 38: 260–265.



EKLER

EK-1



T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

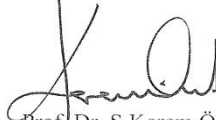
SAYI : 62111416/11084
KONU:

19 Aralık 2014

KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
KASTAMONU

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 16/12/2014 tarih ve 50400462-357 sayılı yazısı ekindeki Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Ayfer ÖZTÜRK'ün "Üniversite Öğrencilerinin İntihara İlişkin bilgi Düzeylerinin ve İntihar eden Kişilere Yönelik damgalama Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tezi ile ilgili ekte sunulan anket formunu kullanarak veri toplaması Rektörlüğümüzce uygun görülmüş olup, söz konusu anketi Üniversitenizde öğrenim gören lisans öğrencilerine uygulayabilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

REKTÖR ADINA:


Prof. Dr. Ş. Kerem ÖZEL
Rektör Yardımcısı

EK: 1- Yazı ve ekleri (15 sayfa)

17.12.2014	Müdür	
17.12.2014	Şef	
17.12.2014	Daire Başkanı	17
17.12.2014	Genel Sekreter	18



T.C.
KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 16694033-044/260 /1200
Konu : Anket

17/2/2015

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 19.12.2014 tarihli ve 11084 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Ayfer ÖZTÜRK'ün ilgi yazınızda adı geçen anket çalışmasını Üniversitemizde öğrenim görmekte olan lisans programı öğrencilerine uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Seyit AYDIN
Rektör

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Gelen Evrak
Tarih: 02.03.2015
Sayı: 1000

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
GELEN EVRAK
Tarih: 03.03.2015
Sayı: 527
İlgilisi:

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
02/03/2015
C



Thursday, 27 February 2014

Philip Batterham, PhD
Fellow in Mental Health Research

Centre for Mental Health Research
Research School of Population Health

+61 2 6125 1031
+61 2 6125 0733
philip.batterham@anu.edu.au

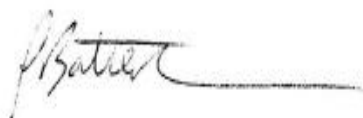
Building 63, Eggleston Road
Canberra ACT 0200 Australia
www.anu.edu.au

CRICOS Provider No. 00120C

To whom it may concern,

I give Ayfer Ozturk permission to use the The Literacy of Suicide Scale (LOSS) and Stigma of Suicide Scale (SOSS) for the purposes of her PhD research.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "P. Batterham", followed by a long horizontal line.

Philip Batterham

Ek-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi olan Araştırma Görevlisi Ayfer ÖZTÜRK'ün doktora tezi çalışması olarak yapılmaktadır.

ARAŞTIRMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmanın iki temel amacı bulunmaktadır. **Bunlardan birincisi;** İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) ve İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)'nin Türk diline kazandırılmasıdır. **İkincisi ise;** öğrencilerin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ile intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarını değerlendirmektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 ile 65 yaş arasında olmanız ve lisans düzeyinde eğitim görüyor olmanız yeterlidir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Eğer çalışmaya katılmak için yazılı onay verirseniz, sizden “ Sosyodemografik Veri Formu” “İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği” ve “İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği” doldurmanız istenecektir. Bu ölçekleri doldurmanız yaklaşık olarak 10-15 dakikanızı alacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara doğru cevaplar vermeniz sizin sorumluluğunuzdadır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 1000'dir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen direk bir yarar bulunmamaktadır. Ancak katılımınızla elde ettiğimiz veriler, intihara yönelik bilgi düzeyleri ve intihara yönelik damgalama tutumları konusunda bilgi edinmemizi sağlayarak, intihara yönelik damgalayıcı tutumları azaltmak, toplumda bu konuda farkındalık yaratmaya, ve intiharı önlemeye yönelik eğitimler düzenlememizde yardımcı olacaktır.

İntihar, Türkiye’de ve Dünyada önemli bir sorundur ve **önlenabilir ölümlerin başında** gelmektedir. İntihar, birçok ruhsal rahatsızlıklarda görülebilmekle birlikte toplum tarafından depresyonla ilişkili bir durum gibi algılanmaktadır. Ancak, intiharlar, stres veren yaşam koşullarındaki **sağlıklı (normal) kişilerden, ruhsal bozukluğu olan kişilere kadar**

geniş bir alanda görülmektedir. Kişi travmatik bir olay ile karşılaştığında kendisine yardımcı olabilecek alternatifleri düşünememekte ve sonuçta intihara başvurmaktadır. İntihar sıklığı yaş gruplarına ve cinsiyete göre değişiklik göstermekle birlikte, özellikle **gençlerde önemli bir sorundur.**

Bu çalışmada amaç, öncelikle intihar ile ilgili yurt dışında geliştirilmiş 2 ölçeği Türkiye’de uygulanabilecek hale dönüştürmektir. Daha sonra ölçekleri doldurarak, katılımınızla elde ettiğimiz veriler ışığında intihara yönelik bilgi düzeyleri ve intihara yönelik damgalama tutumları konusunda bilgi edinerek intihara yönelik damgalayıcı tutumları azaltmak, toplumda bu konuda farkındalık yaratmaya ve intiharı önlemeye yönelik eğitimler düzenlemektir. Özellikle intihara eden kişilere yönelik **toplumun damgalayıcı tutumları, intihar hakkında konuşmanın bir tabu olarak görülmesi,** kişilerin intihar düşüncesini çevresine açmasına ve profesyonel bir yardım almasına engel olmakta, bu da **sessiz intiharların** meydana gelmesine neden olmaktadır.

- İntihar önemli toplumsal bir sorundur ve **önlenebilecek bir ölüm nedenidir,** yeter ki zamanında fark edilebilsin.
- İntiharların en sık nedeni depresyondur ve doğru tanı ve tedavi edilirse intihar riski azalır. Depresyon hastalarını doktora yönlendirme ve doktora ulaşmasını sağlamak **ailenin, arkadaşların ve yakın çevrenin görevidir.**
- Aynı şekilde intihar mesajları veren kişileri uzmanlara yöneltmek, yakınların yapabileceği en büyük yardımdır.
- İntihar riskini yok saymak, bunun konuşulmasını **tabu olarak kabul etmek, intihar girişiminin gerçekleşmesine engel olmaz.**
- İntihar girişiminde bulunup hayatta kalan kişilerin de en kısa zamanda değerlendirme ve tedavi planı çizilmesi açısından uzmana yönlendirilmesinde fayda vardır.

Bu araştırmada size zarar verecek bir risk yoktur. Ancak ölçekleri doldururken, eski tecrübelerinizden bahsederken sıkıntı hissi yaşayabilirsiniz. Eğer sıkıntınızda artış hissederseniz bunu sorumlu araştırmacı ile konuşabilir ve tartışabilirsiniz. Anketleri doldurmanız sırasında rahatsızlık hissetmeniz halinde sorumlu araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan çıkabilirsiniz.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Verdiğiniz bilgilerin güvenilirliği sizin sorumluluğunuzdur. Sorumlu araştırmacı bilgilerin güvenilir olmaması halinde izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/ SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Yaklaşık 35-40 dakikalık bir süre ile bilgi toplamayı amaçlayan bu araştırmanın kişide bir zararlanmaya yol açması beklenmemektedir. Anketleri doldurmanız sırasında rahatsızlık hissetmeniz halinde sorumlu araştırmacıya bilgi vermeniz yeterlidir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak ya da almamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu konuda sorumlu araştırmacıya bilgi vermeniz yeterlidir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
Adı ve Soyadı		
Tarih		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
Adi & Soyadı		
Tarih		

EK-4

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (SDVF)

1. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız

3. Medeni durum:

☐ Bekar ☐ Evli ☐ Ayrılmış/Dul/Boşanmış

4. Ailenizin gelir düzeyi:

☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

5. Anne Babanızın Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	Okuma Yazma Biliyor	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisansüstü
Anneniz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Babanız	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Öğrenim gördüğünüz Fakülte veya Yüksekokul:

- ☐ Fen Edebiyat Fakültesi
- ☐ Orman Fakültesi
- ☐ Eğitim Fakültesi
- ☐ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF)
- ☐ İletişim Fakültesi
- ☐ İlahiyat Fakültesi
- ☐ Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi
- ☐ Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu (BESYO)
- ☐ Turizm Fakültesi
- ☐ Sağlık Yüksekokulu

7. Sınıfınız?

☐ 1. Sınıf ☐ 2. Sınıf ☐ 3. Sınıf ☐ 4. Sınıf

8. En uzun süre nerede yaşadınız?

☐ Kent (İl Merkezi) ☐ Kırsal (İlçe/belde/köy)

9. Daha önce hiç bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurduğunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Cevabınız evet ise bir tanı (teşhis) konuldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Eğer doktorunuz size psikiyatrik bir tanı koydu ise, buna yönelik ilaç kullandınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Ailede psikiyatrik muayene veya tedavi öyküsü bulunma durumu:

☐ Evet ☐ Hayır

13. Daha önce hiç intihar etmeyi düşündünüz mü? Yada böyle bir girişimde bulundunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Birisine hiç intihar edebileceğinizi söylediniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Ailenizde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan biri oldu mu? (Örneğin: Anne, baba, kardeşler)

☐ Evet ☐ Hayır

16. Yakınlarınızda intihar ederek ölen yada intihar girişiminde bulunan biri oldu mu? (Örneğin, akrabalarından birisi, komşunuz, arkadaşınız gibi)

☐ Evet ☐ Hayır

LITERACY OF SUICIDE SCALE (LOSS):

Please read the following statements and indicate whether you think they are true or false:

	True	False	Don't know
1. Nothing can be done to stop people from making the attempt once they have made up their minds to kill themselves.	☐	☐	☐
2. If assessed by a psychiatrist, everyone who suicides would be diagnosed as depressed.	☐	☐	☐
3. Seeing a psychiatrist or psychologist can help prevent someone from suicide.	☐	☐	☐
4. Most people who suicide are psychotic.	☐	☐	☐
5. Only experts can help people who want to suicide.	☐	☐	☐
6. There is a strong relationship between alcoholism and suicide.	☐	☐	☐
7. People who talk about suicide rarely commit suicide.	☐	☐	☐
8. People who want to attempt suicide can change their mind quickly.	☐	☐	☐
9. Talking about suicide always increases the risk of suicide.	☐	☐	☐
10. A person who has made a past suicide attempt is more likely to attempt suicide again than someone who has never attempted.	☐	☐	☐
11. Media coverage of suicide will inevitably encourage other people to attempt suicide.	☐	☐	☐
12. Not all people who attempt suicide plan their attempt in advance.	☐	☐	☐
13. People who have thoughts about suicide should not tell others about it.	☐	☐	☐

	True	False	Don't know
14. Very few people have thoughts about suicide.	☐	☐	☐
15. People who are anxious or agitated have a higher risk of suicide.	☐	☐	☐
16. Most people who suicide are younger than 30.	☐	☐	☐
17. Men are more likely to suicide than women.	☐	☐	☐
18. People with relationship problems or financial problems have a higher risk of suicide.	☐	☐	☐
19. Most people who suicide don't make future plans.	☐	☐	☐
20. If you asked someone directly "Do you feel like killing yourself?" it will likely lead that person to make a suicide attempt.	☐	☐	☐
21. A suicidal person will always be suicidal and entertain thoughts of suicide.	☐	☐	☐
22. Suicide rarely happens without warning.	☐	☐	☐
23. A person who suicides is mentally ill.	☐	☐	☐
24. A time of high suicide risk in depression is at the time when the person begins to improve.	☐	☐	☐
25. Motives and causes of suicide are readily established.	☐	☐	☐
26. Most people who attempt suicide fail to kill themselves.	☐	☐	☐
27. Those who attempt suicide do so only to manipulate others and attract attention to themselves.	☐	☐	☐

EK-6

İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (İBDÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve doğru veya yanlış şeklinde işaretleyin:

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiç bir şey yapamaz. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
2. Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
3. Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
4. İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
5. İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
6. Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
7. İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
8. İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikirlerini değiştirebilirler. (D)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
9. İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
10. Geçmişte intihara teşebbüs eden birinin hiç intihara teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihar etme olasılığı daha yüksektir. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
11. İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihar etmeye teşvik edecektir. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
12. İntihar girişiminde bulunan kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
13. İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
14. Çok az insanın intihar düşüncesi vardır. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0

15. Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
16. İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
17. Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlara göre daha yüksektir. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
18. İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
19. İntihara teşebbüs eden çoğu insan gelecek planları yapmaz. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
20. Eğer birine doğrudan “kendini öldürmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihara teşebbüs etmesine yol açabilir. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
21. İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
22. İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
23. İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
24. Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
25. İntihara yol açan dürtü ve sebepler daha önceden bilinmektedir. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0
26. İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz. (D)	☐ 1	☐ 0	☐ 0
27. İntihara teşebbüs eden kişiler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar. (Y)	☐ 0	☐ 1	☐ 0

EK-7 (ORJİNAL ÖLÇEK-58 MADDE)

STIGMA OF SUICIDE SCALE (SOSS)

Using the scale below, please rate how much you agree with the descriptions of people who take their own lives (die by suicide).

In general, people who die by suicide are:

	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
alienated	☐	☐	☐	☐	☐
arrogant	☐	☐	☐	☐	☐
attention-seeking	☐	☐	☐	☐	☐
barbaric	☐	☐	☐	☐	☐
brave	☐	☐	☐	☐	☐
broken	☐	☐	☐	☐	☐
a burden	☐	☐	☐	☐	☐
committed	☐	☐	☐	☐	☐
cowardly	☐	☐	☐	☐	☐
cruel	☐	☐	☐	☐	☐
cut-off	☐	☐	☐	☐	☐
dedicated	☐	☐	☐	☐	☐
depressed	☐	☐	☐	☐	☐
disconnected	☐	☐	☐	☐	☐
disturbed	☐	☐	☐	☐	☐
an embarrassment	☐	☐	☐	☐	☐
evil	☐	☐	☐	☐	☐
failures	☐	☐	☐	☐	☐
fearless	☐	☐	☐	☐	☐
hurt	☐	☐	☐	☐	☐
hurtful	☐	☐	☐	☐	☐
ignorant	☐	☐	☐	☐	☐
immoral	☐	☐	☐	☐	☐
in pain	☐	☐	☐	☐	☐
irresponsible	☐	☐	☐	☐	☐
isolated	☐	☐	☐	☐	☐
lazy	☐	☐	☐	☐	☐
lonely	☐	☐	☐	☐	☐

lost	☐	☐	☐	☐	☐
miserable	☐	☐	☐	☐	☐
moivated	☐	☐	☐	☐	☐
noble	☐	☐	☐	☐	☐
pathetic	☐	☐	☐	☐	☐
powerful	☐	☐	☐	☐	☐
punishing others	☐	☐	☐	☐	☐
rational	☐	☐	☐	☐	☐
realistic	☐	☐	☐	☐	☐
reckless	☐	☐	☐	☐	☐
sad	☐	☐	☐	☐	☐
selfish	☐	☐	☐	☐	☐
senseless	☐	☐	☐	☐	☐
shallow	☐	☐	☐	☐	☐
shameful	☐	☐	☐	☐	☐
strange	☐	☐	☐	☐	☐
strong	☐	☐	☐	☐	☐
stupid	☐	☐	☐	☐	☐
trapped	☐	☐	☐	☐	☐
understandable	☐	☐	☐	☐	☐
unfair	☐	☐	☐	☐	☐
unforgivable	☐	☐	☐	☐	☐
unhappy	☐	☐	☐	☐	☐
unjustifiable	☐	☐	☐	☐	☐
unnatural	☐	☐	☐	☐	☐
useless	☐	☐	☐	☐	☐
vengeful	☐	☐	☐	☐	☐
violent	☐	☐	☐	☐	☐
weak	☐	☐	☐	☐	☐
withdrawn	☐	☐	☐	☐	☐

EK-8: (İYDÖ-58 MADDE)

İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (İYDÖ)

Lütfen kendi yaşamlarına son veren (intihar ederek ölen) kişilerle ilgili tanımlamalara ne ölçüde katıldığınızı aşağıdaki ölçeği kullanarak puanlayınız.

Genelde, intihar ederek ölen insanlar:

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Kibirlidir	☐	☐	☐	☐	☐
3. İlgi çekme arayışındadır	☐	☐	☐	☐	☐
4. Barbardır / kabadır	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cesurdur	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kırılmıştır	☐	☐	☐	☐	☐
7. Çevresi için bir yüküdür	☐	☐	☐	☐	☐
8. Kendini (bir davaya) adamıştır	☐	☐	☐	☐	☐
9. Korkaktır	☐	☐	☐	☐	☐
10. Zalimdir	☐	☐	☐	☐	☐
11. Dünyadan elini eteğini çekmiştir	☐	☐	☐	☐	☐
12. Kararlıdır	☐	☐	☐	☐	☐
13. Depresyondadır	☐	☐	☐	☐	☐
14. Dış dünyadan kopmuştur	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ruhsal olarak rahatsızdır	☐	☐	☐	☐	☐
16. Bir utançtır	☐	☐	☐	☐	☐
17. Günahkardır	☐	☐	☐	☐	☐
18. Başarısızlıktır	☐	☐	☐	☐	☐
19. Korkusuzdur/ gözü pektir	☐	☐	☐	☐	☐

20. İncinmiştir	☐	☐	☐	☐	☐
21. İncitcidir	☐	☐	☐	☐	☐
22. Cahildir	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ahlaksızdır	☐	☐	☐	☐	☐
24. Acı çekmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
25. Sorumsuzdur	☐	☐	☐	☐	☐
26. Toplumdan soyutlanmıştır	☐	☐	☐	☐	☐
27. Tembeldir	☐	☐	☐	☐	☐
28. Yalnızdır	☐	☐	☐	☐	☐
29. Kaybolmuştur	☐	☐	☐	☐	☐
30. Perişandır / Zavallıdır	☐	☐	☐	☐	☐
31. Motive olmuştur /Güdülenmiştir	☐	☐	☐	☐	☐
32. Asildir	☐	☐	☐	☐	☐
33. Acınası haldedir	☐	☐	☐	☐	☐
34. Güçlüdür	☐	☐	☐	☐	☐
35. Başkalarını cezalandırıyor	☐	☐	☐	☐	☐
36. Mantıklıdır / akılcıdır	☐	☐	☐	☐	☐
37. Gerçekçidir	☐	☐	☐	☐	☐
38. Umursamazdır	☐	☐	☐	☐	☐
39. Üzgündür	☐	☐	☐	☐	☐
40. Bencildir	☐	☐	☐	☐	☐
41. Duygusuzdur	☐	☐	☐	☐	☐
42. Yüzeyseldir/sığır	☐	☐	☐	☐	☐
43. Utanç vericidir/rezildir	☐	☐	☐	☐	☐
44. Tuhaftır	☐	☐	☐	☐	☐
45. Sağlamdır / dayanıklıdır	☐	☐	☐	☐	☐
46. Aptaldır	☐	☐	☐	☐	☐
47. Kapana kısılmıştır	☐	☐	☐	☐	☐
48. Mazereti kabul edilebilir/ anlaşılırdır	☐	☐	☐	☐	☐
49. Adil değildir	☐	☐	☐	☐	☐
50. Affedilemezdir	☐	☐	☐	☐	☐

51. Mutsuzdur	☐	☐	☐	☐	☐
52. Haklı görülemez /onaylanamaz	☐	☐	☐	☐	☐
53. Doğal değildir	☐	☐	☐	☐	☐
54. İşe yaramazdır	☐	☐	☐	☐	☐
55. Kindardır / intikam peşindedir	☐	☐	☐	☐	☐
56. Öfkeli dir / şiddete meyillidir	☐	☐	☐	☐	☐
57. Zayıftır	☐	☐	☐	☐	☐
58.İçine kapanıktır /çekingendir	☐	☐	☐	☐	☐

EK-9: (İYDÖ-55 MADDELİ ÖLÇEĞİN SON ŞEKLİ)

İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (İYDÖ)

Lütfen kendi yaşamlarına son veren (intihar ederek ölen) kişilerle ilgili tanımlamalara ne ölçüde katıldığınızı aşağıdaki ölçeği kullanarak puanlayınız.

Genelde, intihar ederek ölen insanlar:

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Kibirlidir	☐	☐	☐	☐	☐
3. İlgi çekme arayışındadır	☐	☐	☐	☐	☐
4. Barbardır / kabadır	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cesurdur	☐	☐	☐	☐	☐
6. Kırılmıştır	☐	☐	☐	☐	☐
7. Kendini (bir davaya) adamıştır	☐	☐	☐	☐	☐
8. Korkaktır	☐	☐	☐	☐	☐
9. Zalimdir	☐	☐	☐	☐	☐
10. Dünyadan elini eteğini çekmiştir	☐	☐	☐	☐	☐
11. Kararlıdır	☐	☐	☐	☐	☐
12. Depresyondadır	☐	☐	☐	☐	☐
13. Dış dünyadan kopmuştur	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ruhsal olarak rahatsızdır	☐	☐	☐	☐	☐
15. Bir utançtır	☐	☐	☐	☐	☐
16. Günahkardır	☐	☐	☐	☐	☐
17. Başarısızlıktır	☐	☐	☐	☐	☐
18. Korkusuzdur/ gözü pektir	☐	☐	☐	☐	☐
19. İncinmiştir	☐	☐	☐	☐	☐
20. İncitcidir	☐	☐	☐	☐	☐
21. Cahildir	☐	☐	☐	☐	☐

22. Ahlaksızdır	☐	☐	☐	☐	☐
23. Acı çekmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
24. Sorumsuzdur	☐	☐	☐	☐	☐
25. Toplumdan soyutlanmıştır	☐	☐	☐	☐	☐
26. Tembeldir	☐	☐	☐	☐	☐
27. Yalnızdır	☐	☐	☐	☐	☐
28. Kaybolmuştur	☐	☐	☐	☐	☐
29. Perişandır / Zavallıdır	☐	☐	☐	☐	☐
30. Motive olmuştur /Güdülenmiştir	☐	☐	☐	☐	☐
31. Asildir	☐	☐	☐	☐	☐
32. Acınası haldedir	☐	☐	☐	☐	☐
33. Güçlüdür	☐	☐	☐	☐	☐
34. Mantıklıdır / akılcıdır	☐	☐	☐	☐	☐
35. Gerçekçidir	☐	☐	☐	☐	☐
36. Umursamazdır	☐	☐	☐	☐	☐
37. Üzgündür	☐	☐	☐	☐	☐
38. Bencildir	☐	☐	☐	☐	☐
39. Duygusuzdur	☐	☐	☐	☐	☐
40. Yüzeyseldir/sığır	☐	☐	☐	☐	☐
41. Utanç vericidir/rezildir	☐	☐	☐	☐	☐
42. Tuhaftır	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sağlamdır /dayanıklıdır	☐	☐	☐	☐	☐
44. Aptaldır	☐	☐	☐	☐	☐
45. Kapana kısılmıştır	☐	☐	☐	☐	☐
46. Mazereti kabul edilebilir/ anlaşılırdır	☐	☐	☐	☐	☐
47. Adil değildir	☐	☐	☐	☐	☐
48. Affedilemezdir	☐	☐	☐	☐	☐
49. Mutsuzdur	☐	☐	☐	☐	☐
50. Haklı görülemez /onaylanamaz	☐	☐	☐	☐	☐
51. Doğal değildir	☐	☐	☐	☐	☐
52. İşe yaramazdır	☐	☐	☐	☐	☐

53. Kindardır / intikam peşindedir	☐	☐	☐	☐	☐
54. Öfkeli / şiddete meyillidir	☐	☐	☐	☐	☐
55. İçine kapanıktır /çekingendir	☐	☐	☐	☐	☐



EK-10:**ÖLÇEKLERİ DEĞERLENDİREN HAKEMLERİN MESLEKİ ÖZELLİKLERİ**

Hakem No:	Ünvanı	Çalışma Alanı ve Kurumu
1	Prof. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi (Fatma DEMİRKIRAN)	Akademisyen, Adnan Menderes Üniversitesi, AYDIN
2	Prof. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi (Gülşen TERAKEYE)	Akademisyen, Melikşah Üniversitesi, KAYSERİ
3	Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi (Yasemin KUTLU)	Akademisyen, İstanbul Üniversitesi, İSTANBUL
4	Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi (Leyla KÜÇÜK)	Akademisyen, İstanbul Üniversitesi, İSTANBUL
5	Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi (Nazmiye KOCAMAN)	Akademisyen, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İSTANBUL
6	Yrd. Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi, (Mualla YILMAZ)	Akademisyen, Mersin Üniversitesi, Psikiyatri ABD, MERSİN
7	Yrd. Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi, (Nermin GÜRHAN)	Akademisyen, Gazi Üniversitesi, ANKARA
8	Yrd. Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi, (Duygu Hiçdurmaz)	Akademisyen, Hacettepe Üniversitesi, ANKARA
9	Yrd. Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi, (Şeyda DÜLGERLER)	Akademisyen, Ege Üniversitesi, İZMİR
10	Yrd. Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi, (Ayça GÜRKAN)	Akademisyen, Ege Üniversitesi, İZMİR
11	Yrd. Doç. Dr. Psikiyatri Hemşireliği ABD, Öğretim Üyesi, (Gül ÜNSAL)	Akademisyen, Marmara Üniversitesi, İSTANBUL
12	Psikolog (Ömer ERDOĞAN)	Uzman, Kastamonu Üniversitesi
13	Psikiyatri Uzmanı (Ayşegül SAKARYA)	Klinik Psikiyatrist, Dr, Kastamonu
14	Mevhide Meral ATAY (AGNP, MS, PhD)	Adult Geriatric Nurse Practitioner, Clinical Research, CALIFORNIA