



T.C.

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**İNTİHAR BAKIM YETERLİLİĞİ ÖLÇEĞİ:
TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**SAİME CANSU ERFİDAN
ORCID ID: 0000-0002-1298-3521
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE BÜYÜKBAYRAM ARSLAN**

İZMİR-2024

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İNTİHAR BAKIM YETERLİLİĞİ ÖLÇEĞİ:
TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

SAİME CANSU ERFİDAN
ORCID ID: 0000-0002-1298-3521
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE BÜYÜKBAYRAM ARSLAN

İZMİR-2024

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programında Dr. Öğr. Üyesi Ayşe BÜYÜKBAYRAM ARSLAN tarafından yürütülmüş olan “İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: / /

Tez Danışmanı :.....

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

Üye :.....

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

Üye :.....

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

Üye :.....

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

Üye :.....

*(Unvanı, Adı Soyadı) (ORCID) (Üniversite) (İMZA)

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu’nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

(Unvanı, Adı Soyadı)

Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	x
TABLolar	1
1. GİRİŞ	2
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	2
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
1.4. Tanımlar	4
1.5. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. İntihar	6
2.2. İntihar Çeşitleri	7
2.2.1. Egoistik (Bencil) İntihar	7
2.2.2. Altruistik (Elcil) İntihar	7
2.2.3. Anomik (Kuralsız) İntihar	7
2.2.4. Fatalist (Kaderci) İntihar	7
2.3. İntiharın Uyarıcı İşaretleri	8
2.4. İntihar Riskini Arttıran Faktörler	9
2.4.1. Biyolojik Faktörler	9
2.4.2. Psikolojik Faktörler	10
2.4.3. Psikososyal Faktörler	12
2.4.4. Hastalık Öyküsüne Bağlı Faktörler	14
2.5. İntihar Riskini Azaltan Koruyucu Faktörler	14
2.5.1. Bireysel Faktörler	15
2.5.2. Sosyal Faktörler	15
2.6. İntihar ve Aile	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü	18

3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4.	Dahil Olma Kriterleri.....	19
3.5.	Dahil Olmama Kriterleri	19
3.6.	Veri Toplama Araçları	19
3.6.1	Tanımlayıcı Bilgi Formu	19
3.6.2	İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği (İBYÖ)	19
3.7.	Verilerin Toplanması	21
3.8.	Verilerin değerlendirilmesi	21
3.9.	Araştırmanın Uygulanması	21
3.9.1.	İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Geçerlik Çalışmaları	23
3.9.2.	İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Güvenirlik Çalışmaları	26
3.10.	Etik İzinler	27
3.11.	Araştırma Takvimi	27
4.	BULGULAR	28
4.1	Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.2.	İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Türk Kültürüne Geçerliliğine İlişkin Bulgular	29
4.2.1.	Dil geçerliği.....	29
4.2.2.	Kapsam Geçerliği	30
4.2.3.	Yüzey ve Görünüm Geçerliği.....	32
4.2.4.	Yapı Geçerliği	32
4.3.	İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	40
4.3.1	Değişmezlik Analiz Sonuçları	40
4.3.2	İç Tutarlılık (Cronbach Alpha) Analiz Sonuçları	41
4.3.3	Madde Toplam Puan Analizleri	41
5.	TARTIŞMA	44
5.1.	İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Geçerlik Değerlendirilmesi.....	44
5.1.1.	Dil Geçerliği	44
5.1.2.	Kapsam Geçerliği.....	45
5.1.3.	Yüzey ve Görünüm Geçerliği	45
5.1.4.	Yapı Geçerliği.....	45
5.2.	İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Güvenirlik Değerlendirilmesi.....	48
5.2.1.	Değişmezlik (Test-Tekrar Test) Analiz Sonuçları	48
5.2.2.	İç tutarlılık (Cronbach Alpha) Güvenirlik Analizi Sonuçları	48

5.3. Araştırmacının Uygulama Deneyimleri.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
6.1. Sonuç	52
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR.....	55
EKLER.....	68
Ek 1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	68
Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu (Google Form).....	69
Ek 3. Ölçek Kullanım İzni.....	70
Ek 4. İntihar Bakım Yeterliliğı Ölçeğı Türkçe Çeviri Formu.....	71
Ek 5. Uzman Görüşü Formu	72
Ek 6. Etik Kurul İzni	74
Ek 7. Kurum İzni.....	76
Ek 8. İntihar Bakım Yeterliliğı Ölçeğı- 19 Madde (<i>Orijinal Form</i>).....	78
Ek 9. İntihar Bakım Yeterliliğı Ölçeğı- 18 Madde	79
ÖZGEÇMİŞ.....	80

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir şekilde kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

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

İmza

Saime Cansu ERFİDAN

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, “İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı çalışmamın, Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Büyükbayram Arslan danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

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

İmza

Saime Cansu ERFİDAN

TEŞEKKÜR

Eğitimimde ve tezimin her aşamasında bana ilgi, sabır ve anlayışla rehberlik eden, beraber çalıştığım için çok şanslı hissettiğim, gece gündüz desteklerini esirgmeden her daim yanımda olan, bu tezi adete ilmek ilmek birlikte işlediğimiz çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Büyükbayram Arslan’a,

Hem lisans hem yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile ışık tutan, gerçek potansiyelimden arkasında duran, her koşulda destek ve anlayışını hissettiğim ve bir hocadan çok daha fazlası olan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Leyla Baysan Arabacı ve Dr. Öğr. Üyesi Dilek Ayakdaş Dağlı’ya,

Hem hayatın hem yüksek lisansın zorluklarını yaşarken bana moral veren, gösterdiği destek, şefkat, anlayış ve sevgi ile omzumda bir el olan Öğr. Gör. Nurgül Bozkurt, Arş. Gör. Gülsenay Taş Soylu ve Arş. Gör. Ece Mutlu Satıl’a ve bilimsel güçlerinin yanı sıra güler yüzleri ve sıcacık kalpleri ile bana akademiye sevdiren, gittiğim her yerde manen kalbimde taşıdığım tüm hocalarıma,

Tez sürecimde uzman görüşlerini sunarak değerli katkılar sağlayan hocalarıma ve veri toplama sürecinde destek olan meslektaşlarıma,

İyilik dolu kalpleriyle her zaman yanımda olan ve her zaman yanımda görmek istediğim ebedi dostlarım Hatice ve Merve başta olmak üzere tüm arkadaşlarıma,

Benim için hayatı daha yaşanabilir kılan çok sevdiğim kedilerim Şeker ve Çiko’ya,

Elimden tutup yürüttükleri ilk günden beri hayatta daha sağlam adımlar atmamı sağlayan ve beni bu yolda hiçbir zaman yalnız hissettirmeyen, sevgi, güven ve desteğini içtenlikle hissettiğim, bana iyiliği ve doğruyu gösteren canım annem Emel Erfidan, canım babam Adem Erfidan ve canım kardeşim Kayra Yiğit Erfidan’a,

Bana hedeflerimin peşinden gitme özgürlüğünü verdiğiniz ve süreç boyunca dayanağım olduğunuz için sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

İNTİHAR BAKIM YETERLİLİĞİ ÖLÇEĞİ: TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Saime Cansu ERFİDAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Yüksek Lisans, İzmir, Türkiye, 2024

Amaç: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği (İBYÖ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

Yöntem: Bu çalışma, Nisan 2023- Mart 2024 tarihleri arasında iki farklı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin acil servis ve psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan intihar girişiminde bulunmuş hastaların doğrudan bakım veren 147 aile üyesi ile yürütülmüştür. Örneklem dışında 14 bakım veren ile pilot çalışma, örnekleme dahil olan 50 bakım veren ile test-tekrar test çalışması yapılmıştır. Veriler *Tanımlayıcı Bilgi Formu* ve *İBYÖ* ile toplanmıştır. Ölçeğin geçerlik değerlendirmesinde dil geçerliği, kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, görünüm geçerliği, yapı geçerliği; güvenirlik değerlendirmesinde ise değişmezlik ve iç tutarlılık analizleri yapılmıştır.

Bulgular: İBYÖ maddelerinin kapsam geçerlilik indeksi değerlerinin 0,81-1 arasında olduğu, yapı geçerlilik değerlendirmesinde ölçeğin faktörlenebilir (KMO=0,77; Bartlett Testi=2052,00) olduğu ve bilinen grupları ayırt edebildiği; doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin beş faktörlü yapıyı doğruladığı; faktör yüklerinin 0,50 ile 0,91 arasında ve uyum indekslerinin ($\chi^2/df= 4,11$, CFI= 0,90, TLI= 0,93; RMSEA= 0,08) kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test analizinden elde edilen r değerinin 0,99 olduğu, iç tutarlılık değerlendirmesinde ölçek toplam ve alt boyutları için Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları'nın sırasıyla 0,85; 0,89; 0,87; 0,80; 0,80; 0,70 olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar: İBYÖ Türkiye'de, intihar riski bulunan yakınlarına bakım veren aile üyelerinin bakım yeterliliğini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Bakım veren, Geçerlik, Güvenirlik

ABSTRACT

TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE SUICIDE CARING COMPETENCE SCALE

Saime Cansu ERFİDAN

Izmir Katip Celebi University, Graduate School of Health Sciences Psychiatric
Nursing Department Master's Degree, Izmir, Türkiye, 2024

Aim: The aim of this study was to determine the Turkish validity and reliability of the Suicide Caring Competence Scale (IBYO).

Methods: This study was conducted with 147 family members who provided direct care to patients who attempted suicide and were hospitalized in the emergency department and psychiatric clinics of two different Training and Research Hospitals between April 2023 and March 2024. A pilot study was conducted with 14 caregivers outside the sample, and a test-retest study was conducted with 50 caregivers included in the sample. Data were collected with the *Descriptive Information Form* and *IBYO*. To determine the validity assessment of the scale, language validity, content validity, face validity, appearance validity, structure validity; to determine the reliability assessment of the scale stability and internal consistency analyzes were performed.

Results: The content validity index values of the IBYO items were between 0.81-1 and the scale was factorable (KMO=0,77; Bartlett Test=2052,00) and able to separate known groups; the scale confirmed the five-factor structure; It was determined that the factor loadings were between 0.50 and 0.91 and the fit indices ($\chi^2/df= 4,11$, CFI= 0,90, TLI= 0,93; RMSEA= 0,08) were at an acceptable level. It was determined that the r value obtained from the test-retest reliability of the scale was 0.99, and in the internal consistency assessment, the Cronbach's alpha reliability coefficients for the scale as a whole and its sub-dimensions were 0,85; 0,89; 0,87; 0,80; 0,80; 0,70, respectively.

Conclusion: IBYO is a valid and reliable measurement tool in evaluating the care competency of family members who care for relatives at risk of suicide in Turkey.

Keywords: Suicide, Caregiver, Reliability, Validity.

SİMGELER VE KISALTMALAR

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (*Comparative Fit Index*)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İBYÖ: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin Testi

RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (*Root Mean Square Error of Approximation*)

TLI: Tucker-Lewis Index

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil 1: İntihar Bakım Yeterliği Ölçeğinin DFA Model Yapısı	37
---	----



TABLÖLAR

Tablo 1: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Maddelerinin Dağılımı ve Tanımı	20
Tablo 2: Uygulama Aşamaları ve Kullanılan Yöntemler.....	22
Tablo 3: Araştırma Takvimi	28
Tablo 4: Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri	29
Tablo 5: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Maddelerinin Uzman Görüşleri ve Kapsam Geçerlik İndeksi Dağılımı	31
Tablo 6: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Faktör Varyansları ve Faktör Yükleri	34
Tablo 7: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Toplam ve Alt boyutları Puan Dağılımları.....	36
Tablo 8: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin Uyum İndeks Değerleri	38
Tablo 9: Tanıtıcı özelliklerine göre İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 10: Yaş ve Hastalarının İntihar Girişim Sayısı Ortalamasına göre İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Toplam Alt Boyut Puanları ile Korelasyonu	40
Tablo 11: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu.....	41
Tablo 12: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 13: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Güvenirlik Katsayıları	42
Tablo 14: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Değerleri	43
Tablo 15: İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Madde Analiz Sonuçları.....	44

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Toplum ruh sağlığı açısından biyolojik, sosyal, ruhsal, ekonomik ve kültürel çok yönlü bir olgu olan intihar, bireyin istemli olarak yaşamına son vermesi olarak tanımlanır (1, 2). İntihar, kişi için problem çözme, çıkış yolu bulmayı ve acıyı sonlandırmayı ifade edebilir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre evrensel bir sorun olan intihar, önde gelen ölüm nedenlerindendir ve her yıl yedi yüz binden fazla kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (4). Ayrıca intihar ilk 20 ölüm sebebi içerisinde yer almakta olup; her yıl intihardan ölen birey sayısı HIV, sıtma, meme kanseri veya cinayetten ölen birey sayısından daha fazladır (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2023) verilerine göre de intihar hızının yüz binde 4,76 olduğu ve bu intiharların sonucunda yıl içinde 4061 kişinin hayatını kaybettiği belirlenmiştir. İntiharın sıklıkla 25-29 yaşları arasında arttığı, nedenlerine göre ölüm oranlarına bakıldığında, dışsal yaralanma ve zehirlenmeye bağlı ölüm nedenlerinin arasında 2. sırada yer aldığı saptanmıştır (5).

Dünyanın birçok yerinde hızla artmakta olan, küresel bir sorun olan intiharı önlemeyi yönelik müdahalelerin yapılması zorunluluk haline gelmiştir. İntiharı önlemeye yönelik çalışmaların multidisipliner bir şekilde devlet koordinasyonu ile aile, okul, iş yeri ve ilgili kuruluşlar düzeyinde planlı bir şekilde gerçekleştirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (6). İntiharı önlemeye yönelik her bir ülkede farklı stratejiler yürütülmektedir (7). Bunlardan en önemlisi intiharı önleme çabalarına rehberlik etmeyi amaçlayan bir eylem çağrısı olan Ulusal İntiharı Önleme Politikası'dır (6). Politika kapsamında intihar vakalarının azaltılması, bireylerin ihtiyaç duydukları yardımları almaları için desteklenmesi, güvenlik önlemlerinin artırılması, medyaya haber bilinci kazandırılması gibi intiharı önlemeye yönelik 13 amaç ve 60 hedef belirlenmiştir (6, 7). Finlandiya, İrlanda, Japonya, İsviçre gibi 38 ülkenin ulusal intiharı önleme politikası bulunurken, Türkiye'de bulunmamaktadır (8). Türkiye'de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023) kapsamında ruh sağlığını geliştirme faaliyetleri içerisinde intiharı önlemeye yönelik müdahale planı yer almaktadır. Ancak bazı illerde İntiharı Önleme İl Kurulu Toplantıları düzenlemekte ve çalışmalar yürütülmektedir (9). Bazı sivil toplum kuruluşları da intihar girişimlerine müdahale ve

intiharı önleme stratejileri ile ilgili çalışmaları desteklemektedir (10). Ancak çalışmaların yeterli olmadığı açıkça görülmektedir.

İntiharı önlemeye yönelik çalışmalarda en önemli kaynağın aile olduğu belirtilmektedir. Aile, intihar düşüncesi olan ya da girişiminde bulunan bireylere yönelik bakım davranışları ve bu konudaki farkındalığı; riskli davranışların erken dönemde belirlenmesi, koruyucu önlemlerin alınması ve riskin ortadan kaldırılması açısından önemlidir fakat bakım verenlerin bakım davranışlarının yeterliliğini belirleyecek tespit edecek standart bir ölçme aracı bulunmamaktadır (11, 12). İntiharı önleme çalışmaları kapsamında aile farkındalığını arttırmanın, aile eğitiminin, aile desteğinin ve aileyi bakıma dahil etmenin intiharı önleme ve erken müdahale için hayat kurtarıcı belirtilmektedir (13, 14). Ancak literatürde bakım verenlerin riskli durumlarda intiharı önleme stratejileri konusunda eğitim almadığı, intihar girişiminde bulunmuş birey ile doğru iletişim kuramadığı, intiharın sözel ve sözel olmayan belirtilerini tanıyamadığı, ev ortamında alınması gereken güvenlik önlemlerinin farkında olmadığı, taburculuk sonrası eğitim verilmediği ifade edilmiştir (15-19). Bununla birlikte literatürde doğrudan intihar riski olan bireylere bakım verenlerin bakım davranışlarını etkileyen etmenler ile ilgili çok az sayıda çalışmaya rastlanılmaktadır (20). Bakım verenler ile ilgili çalışmalar sıklıkla ruhsal bozukluğu olan bireyelere bakım verenlerin bakım yüküne odaklanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin intihar riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bakım yükü ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, bakım verenlerin sıklıkla kadın olduğu, anne, kız kardeş ya da eş olduğu, evli olduğu, ileri yaşa sahip olduğu (21, 22), gelir durumu/kaynaklarının düşük olduğu, bakım verenin çalışmadığı (23) ve ruhsal bozukluk tanısı aldığı (21) görülmektedir. Ayrıca bakım veren bakım yüklerinin yüksek olduğu ve eğitime gereksinimi olduğu (15, 16) belirtilmiştir. Diğer taraftan Duran ve Gürhan (2012) tarafından Türkiye’de yapılan bir çalışmada da psikiyatri kliniğinde yatan hastaların %63,3’ü (n=150) kendilerine bakım veren bireylere eğitim verilmesini istemiştir. Bakım verene yönelik intiharı önleyici ve bakım verici yaklaşımlar konusunda eğitim verilmesinin önemi vurgulanmıştır (18). Mesleki rolün gerekliliği olarak da düzenlenecek bu programda hemşirelerin aktif rol alması gerektiği belirtilmiştir. (15-19). Bu kapsamda öncelikle intihar riski olan bireylere bakım verenlerin bakım davranışlarının belirlenmesi gereklidir. Bununla birlikte bakım davranışları etkileyen etmenlerin, bakım verenlerin gereksinimlerinin

değerlendirilmesi önemlidir. Ancak Türkiye’de doğrudan intihar riski olan bireylere bakım verenlerin bakım davranışlarının yeterliliğini değerlendirecek bir ölçüm aracı bulunmamaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, “*İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin (Suicide Caring Competence Scale)*” Türkçe geçerliği ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁ = İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Türk örnekleminde geçerlidir.

H₂= İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Türk örnekleminde güvenilirlerdir.

1.4. Tanımlar

İntihar: Kişinin hayatına son vermek amacı ile kendini yaralaması ve bunun sonucunda hayatını kaybetmesidir (1).

Tamamlanmış intihar: Tamamlanmış intihar, bireyin doğrudan kendi hayatına son vermesidir. (24).

İntihar Girişimi: Kişinin kendisine zarar vermek amacı ile intihar davranışı gerçekleştirmesi, ancak ölümle sonuçlanmamış olmasıdır (25).

İntihar Düşüncesi: Kişinin kendisi öldürme düşüncesinin olması ancak fakat bunu eyleme dökmemesidir (26).

İntihar Planı: Kişinin ölme niyeti güderek, öldürme ile ilgili amacıyla plan yapmasıdır (24).

1.5. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

İntihar bireyin yakın çevresini doğrudan etkileyen yıkıcı ve önlenabilir bir eylemdir (27). İntiharı önlemeye yönelik müdahaleler; birincil, ikincil ve üçüncül önleme çalışmaları şeklinde sınıflandırılmaktadır. Birincil önleme çalışmaları intihar eğilimini artıran, intiharlara sebep olan faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması; ikincil önleme çalışmaları risk gruplarının ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve önleyici yaklaşımların gerçekleştirilmesi; üçüncül önleme çalışmaları ise intihar girişiminde bulunmuş bireylerin tedavisini ve relapsın önlenmesi amacıyla yürütülür

(28). Özellikle üçüncül önleme, intiharın uyarıcı işaretlerinin fark edilmesi, engellenmesi ve risk altındaki bireylerin korunmasıyla ilgili çalışmaları kapsamaktadır (28). İntihar girişiminde bulunan bireyler daha önce intihar edeceklerini bir şekilde bildirmektedir (29). Bu nedenle intihar riski olan bireylerde uyarıcı işaretlerin tanınması ve erken dönemde fark edilmesi yaşamsal öneme sahiptir (30, 31). Özellikle birey ile temas halinde olan bakım verenlerin; bireye fiziksel, psikolojik, ruhsal ve duygusal destek sağlaması (11), bireyin intihar davranışlarını tanıması, ruh sağlığı uzmanına yönlendirmesi ve tedaviyi desteklemesi (32) önleme çalışmaları kapsamında önemlidir (12). Bakım veren kişiler sıklıkla aile üyeleridir (33). Literatürde intihar girişiminde bulunmuş bireylere bakım verenler ile yapılmış çalışmalar sınırlıdır. İntihar girişiminde bulunmuş bireylere bakım veren 52 kişi ile yapılmış bir çalışmada; bakım verenlerin çoğunun (%94,2- %88,5) “*Kişi intiharı düşünürken genellikle yakınlarının ne olduğu hakkında hiçbir fikri yoktur.*” ve “*İntihar uyarı yapılmadan gerçekleşir.*” ifadelerine katıldıkları belirtilmiştir (34). Bu sonuca göre bakım verenlerin bakım verme yeterliliğine sahip olmadıkları ve eğitime gereksinimlerinin olduğu söylenebilir. Bu bağlamda intihar girişimi olan bireylere bakım verenlerin bakım davranışlarının ve yeterliliğinin değerlendirilmesi, intiharı önleme müdahaleleri kapsamında önemlidir. Türkiye’de ise intihar girişiminde bulunmuş bireylere bakım verenlerin bakım yeterliliğinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır ve bu amaçla kullanılabilecek geçerlik ve güvenirliği yapılmış bir ölçek bulunmamaktadır. Çalışma, intihar eğilimi bireylere bakım verenlerin bakım yeterliliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilen “*İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin (Suicide Caring Competence Scale)*” Türkçe geçerliği ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Türkiye’de ölçeğin kullanımı ile bakım verenlerin bakım yeterliliğinin belirlenerek; bakım verenlerin bakım davranışları ile ilgili yetersizlikleri, gereksinimleri belirlenecektir. Elde edilecek sonuçlar doğrultusunda yapılacak müdahalelerin; intiharı önlemeye yönelik birincil, ikincil ve üçüncül önleme müdahale çalışmaları kapsamında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölüm altında, intihar ve intihar çeşitleri, intiharın uyarıcı işaretleri, intihar risk faktörleri, intiharı koruyucu etmenler ve aile bakımının önemi konuları ele alınmıştır.

2.1. İntihar

Toplum ruh sağlığının önemli bir göstergesi olan intihar, bireyin istemli olarak yaşamına son vermesidir (2). Türk Dil Kurumu (TDK)' na göre intihar, bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi olarak tanımlanır (35). Amerika Psikoloji Derneği (*American Psychological Association-APA*) intiharı kendini öldürme eylemi olarak tanımlamıştır (36). Başka bir bakış açısıyla intihar dolaylı ve dolaysız bir mesajdır; başkalarından yardım isteme yöntemi, tehdit veya intikam yöntemi, pişmanlık ve bir itiraf gibi, sözlü veya sözsüz iletişim bir yöntemidir ve yardım çağlığı olarak ele alınmalıdır (37).

İntihar kavramı ile ilişkili tanımlamalar yapılmaktadır. Bunlardan *intihar düşüncesi* kişinin intiharı düşünmesi fakat bunu eyleme dökmemesidir. İntihar düşünceleri pasif veya aktif olabilir. Pasif intihar düşüncesinin, uyuyup uyanmamak veya yok olmayı dilemek gibi düşünceleri içerdiği; aktif intihar düşüncesinin ise yoğun, kontrol edilemez ve sürekli olduğu belirtilmektedir (26). *İntihar girişi*mi, kişinin kendisine zarar vermek amacı ile intihara yönelik fakat ölümcül olmayan girişimleridir. *Tamamlanmış intihar*, kişinin intihar eylemini gerçekleştirerek amacına ulaşması, yaşamına son vermiş olmasıdır (27). Uluslararası anket verilerine göre intihar düşüncesi, planı ve girişiminin yaşam boyu yaygınlığının sırasıyla %9,2, %3,1 ve %2,7 olarak ön görüldüğü belirtilmektedir (28).

İntihar girişiminde sıklıkla asma, ateşli silahla vurma, boğulma, yüksekten atlama, aşırı dozda ilaç kullanma, kendi kendini kesme-bıçaklama ve araç çarpması gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (5). Cinsiyete göre bakıldığında; ateşli silahla intihar ve asma gibi yöntemler erkekler arasında daha sık görülürken, kadınlar daha az şiddetli ve daha az öldürücü olan zehirlenme veya boğulma yöntemlerini seçmektedirler (38). Yaşanılan yer açısından ele alında, kırsal kesimde tarımsal kimyasal madde kullanımı, büyük şehirlerde ise yüksek binalardan atlama, araba önüne atlama gibi intihar yöntemleri

tercih edilmektedir (39). Yaşa göre incelendiğinde ise özellikle genç bireyler daha çok şiddet içeren yöntemler tercih ederken yaşlı bireyler şiddet içermeyen ve öldürücülüğü yüksek, kesin yöntemleri sıklıkla kullanmaktadır (38, 39). Türkiye genelinde sıklıkla kimyasal madde kullanma, yüksekte atlama, boğulma, ateşli silah kullanımı, kendini yakma-kesme, doğalgaz-tüp kullanımı gibi yöntemler kullanılmaktadır (5).

2.2. İntihar Çeşitleri

İntihar egoistik, alturistik, anomik ve fatalist olmak üzere farklı şekillerde tanımlanmaktadır.

2.2.1. Egoistik (Bencil) İntihar

Egoistik intihar, bireyin kendini toplumdan izole etmesi, topluma ait hissetmemesi, toplumda kendine bir yer bulamaması ve topluluğun bir parçası olarak var olamaması durumlarında ortaya çıkan intihar çeşididir. Bireyin manevi desteğinin olmaması, gruplara uyum sağlayamaması ve yalnız hissetmesi ile birlikte; intiharın bir seçenek olarak ortaya çıktığı durumdur (40-42).

2.2.2. Alturistik (Elcil) İntihar

Alturistik intihar, bireyin toplumla fazla bütünleştiği durumlarda ortaya çıkan intihar çeşididir. Toplumla aşırı entegre olan birey, toplumsal sorumluluklarını yerine getirmek için kendi hayatını feda eder. Birey intihar davranışını, kendinden çok sosyal grubu memnun etmek için gerçekleştirir. Kendini feda eden askerler veya intihar bombacıları bu tür intihar çeşidine örnek olarak gösterilebilir (40- 43).

2.2.3. Anomik (Kuralsız) İntihar

Anomik intihar, toplum düzeni bozulduğunda ortaya çıkan intihar çeşididir. Bozulan düzen ile birlikte inanç, değer ve normları ile ilgili belirsizlik yaşayan bireyler; yüksek düzeyde stres, hayal kırıklığı ve bunalmışlık hissi ile intihar girişiminde bulunabilir (40-42).

2.2.4. Fatalist (Kaderci) İntihar

Fatalistik intihar, yaşamları üzerinde hiçbir kontrolünün olmadığını düşünen bireylerin gerçekleştirdiği intihar çeşididir. Özellikle sıkı denetim altında, katı kurallar

ve yüksek beklentiler içinde bulunan, benlik ve bireysellik duygusunu kaybeden bireylerde görülebilir (40-42).

2.3. İntiharın Uyarıcı İşaretleri

Uyarıcı işaretler, intihar girişimi öncesinde bireyde gözlenebilecek fiziksel, ruhsal ve sosyal alandaki, duygusal ve davranışsal değişikliklerdir (44, 45). İntiharın erken dönemde tanınması ve riskli davranışları önleyebilmek için uyarıcı işaretlerin bakım verenler tarafından fark edilmesi önemlidir (28, 29). Uzmanlar tarafından intiharın habercisi olabilecek bazı işaretler şunlardır;

- Sürekli intihar veya ölüm hakkında konuşma
- İntihar üzerine plan yapma
- Çevresiyle vedalaşma, cenaze planlama, vasiyet veya intihar notu yazma. İntihar notunun genellikle görülebilecek bir yerde bırakıldığı, nadiren gizlendiği belirtilmektedir.
- Ailesinde intihar öyküsü bulunan bireylerde, vefat eden aile üyesinin ölüm yıl dönümüne veya aile üyesinin intihar ettiği yaşa yaklaşma İntihar riskinin bu dönemlerde en yüksek olduğu belirtilmektedir.
- Silah, ip veya kimyasallar gibi bir silaha sahip olma veya satın alma
- Alkolün, reçeteli veya yasa dışı ilaçların etkisi altında olma
- Analjezik veya antidepresan gibi ilaçları kötüye kullanma
- Sevilen birinin kaybı, işini kaybetmek gibi ani olumsuz yaşam değişiklikleri yaşama
- Yalnızlaşma, kendini izole etme
- İsyankar davranışlar sergileme
- Evden kaçma
- Dikkat dağınıklığı ve ilgi kaybı yaşama
- Depresif belirtilerin varlığı, umutsuzluk ve çaresizlik hissettiğini belirtme
- Kendini öldürme ile ilgili sanrıların, işitsel halüsinasyonların varlığı
- Psikiyatri kliniğinden yeni taburcu olma. Bir ruh sağlığı merkezinde uzun süre kaldıktan sonra taburcu olan kişilerin kendilerini güvende

hissetmedikleri için normal yaşama geçişte zorlandığı veya kontrolü kaybedebilecekleri belirtilmiştir.

- Sadece geçmişe odaklanma, gelecek ile ilgili yoğun kaygı yaşama
- Dünyanın onsuz daha iyi olacağına dair konuşmalar yapma
- Stresle başa edememe, hiç kimsenin veya hiçbir şeyin ona yardım edemeyeceğini hissetme
- Kişisel bakımı gerçekleştirememe ve fizyolojik işlevlerde değişiklikler yaşama
- Bireyin duygu durumu ile ilişkili olarak ağrı gibi fiziksel belirtiler yaşama
- Acil servise gitme veya bir sağlık kuruluşuna başvurma. Geçmiş intihar vakalarında, bireylerin genellikle intihardan söz etmeden belli belirsiz fiziksel şikâyetler ile intihar etmeden birkaç hafta önce acil servise gittiği veya birinci basamak sağlık kuruluşunu ziyaret ettiği belirtilmektedir (44, 45).

2.4. İntihar Riskini Arttıran Faktörler

2.4.1. Biyolojik Faktörler

Genetik Faktörler

Geçmişte intihar öyküsü bulunan aile üyelerinde intihar riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (46). Özellikle tek yumurta ikizlerinden birinde görülen intihar girişiminin diğer ikizde de görülme oranının normalden yüksek olması, genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir (44, 46).

Nörobiyolojik Faktörler

Orbital prefrontal kortekste azalmış serotonin aktivitesi (47), serotonerjik işlev düşüklüğü, 5-HT taşıyıcısının bağlanması azalma ve 5HT1A ve 5HT2a reseptörlerin artışı, serotonin taşıyıcı bağlanma bölgesi yokluğu (48), düşük kolesterol seviyesi (49), CRH salınımı artışı, locus seroleusta daha az noradrenerjik nöron olması, tirozin hidroksilaz düzeylerinin artması ve kortekste postsinaptik adrenerjik reseptörlerinin azalması intihar için risk faktörlerindendir (50).

Gebelik ve Adet Görme

Gebelik, kadınların intihar davranışı riskinin yüksek olduğu bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, kürtaj yaptıran kadınlarda intihar oranlarının doğum yapanlara göre daha yüksek olduğuna dair sınırlı sayıda kanıt bulunmaktadır. Bunların yanı sıra östrojen düzeyinin düşük olduğu adet döngüsü evrelerinde ve adet öncesi sendromu olan kadınlarda intihar girişimi riskinin artabileceği belirtilmektedir (51).

2.4.2. Psikolojik Faktörler

Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramcılar intiharı, içe atılan veya gerçek nesnenin kaybı, süperegounun egoya sadizmi, benliğin yok edilmesi, narsisizm, ambivalans duygular, saldırganlık gibi birçok unsur ile açıklamaktadır. Freud, intiharı ölüm içgüdü, bireyin öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık olarak tanımlamış (52, 53), süperegounun sadizminin kendine zarar verme eylemine sebep olduğundan bahsetmiştir (54, 55). Ayrıca Freud, intiharı içe yansıtılan nesnenin yok edilmesi olarak açıklamıştır. Freud'a göre sevgi nesnesinin kaybı ile birlikte saldırganlık açığa çıkar, nesneye karşı duyulan saldırganlık hissinin kısmi nesneye yönelmesi ile birlikte oluşan içe dönük düşmanlık intihara sebep olmaktadır (55, 56). Kohut ise intiharı, bireyin utanç, hayal kırıklığı veya öfke yaratan başarısızlıklarını yok etmeye çalışması ve içsel boşlukları ile bağdaştırmaktadır. Kohut'a göre birey bu kusurluluk hali ve negatif duygularından kurtulmak için intihar etmektedir. Ayrıca Lacan intiharı narsisizm ile ilişkilendirmekte ve bilinçdışı bir niyet gösterdiğini savunmaktadır. Lacan'a göre intihar anne ile tekrar birleşme çabasıdır. Litman ve Yalom ise terk edilme, çaresizlik, saldırganlık ve hayatın anlamsızlığı gibi duygu ve düşüncelerin bireyi intihara yöneltebileceğini savunmaktadır (54).

Bilişsel Kuram

Bilişsel modele göre insanların duygularını belirleyen, gerçekleşen olay değil bu olayın nasıl algılandığıdır. Kişinin içinde bulunduğu duygusal durumun ve otomatik düşüncelerinin intihara karşı tetikleyici bir rol oynadığı belirtilmektedir (57). İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin, aşırı genelleme yapma, ya hep ya hiç tarzı düşünme, kişiselleştirme, felaketleştirme, yalnızca olumsuz odaklanma,

mükemmeliyetçilik gibi bilişsel çarpıtmalara ve yetersiz sorun çözme becerilerine sahip oldukları belirtilmektedir (57).

Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre birey taklit ve model alma yoluyla intihar eder. Taklit intiharlar üzerinde aileden birinin intihar girişiminde bulunmuş olmasının ve medyanın önemli bir etkisinin olduğu, intihar olaylarının medyada veriliş tarzının intihar davranışlarını arttırdığı belirtilmektedir (58). Goethe'nin yazdığı "Genç Werther'in Acıları" kitabından etkilenen pek çok gencin kitaptaki gibi sarı pantolon ve mavi ceket giyerek intihar ettiği görülmüş, kitap birçok ülkede yasaklanmıştır. Bu durum "Werther Etkisi" olarak yansılama intiharlara örnek olarak gösterilmektedir (59).

Varoluşsal Kuram

Varoluşçu yaklaşıma göre intihar, kişinin yaşamak için bir sebep bulamamasından kaynaklanmaktadır. Birey için hayatın anlamsız olduğu noktada, yaşam mücadelesi vermektense bu mücadeleden vazgeçmesidir. Camus, umut ve intiharı yaşamdan kaçış yolları olarak nitelemekte; intiharın bireyler için bir umut arayışı olduğundan bahsetmektedir (60, 61).

Üç Aşamalı İntihar Kuramı

Klonsky ve May'e göre intihar davranışı üç aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama intihar isteğinin oluştuğu koşulları ele alır. İntiharın nedeni acı ve umutsuzluğun birleşimidir. Herhangi bir biçimde yaşanan ağrı ve acı verici yaşanan olay ilk aşamanın oluşmasına neden olabilir, Birey umudunu yitirdiğinde ikinci aşamaya geçilir. İkinci aşamada ise bireyin hayatındaki değerler ve görevler önemlidir. Bireyin bu değerlere bağlılığı azalmışsa, intihar isteğine yoğunlaşır. Son aşamada ise intihar düşüncesi intihar girişimine dönüşür ve süreç tamamlanır (62, 63).

Bütünleyici Güdüsel – İradesel Kuram

Bu kurama göre intihar, güdülenme öncesi, güdülenme ve irade olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır: *Güdülenme öncesi aşama* da: biyopsikososyal faktörler ve tetikleyici olayların (Psikopatolojiye biyolojik veya diyetetik yatkınlık, kırılganlık,

olumsuz yaşam olayları, stres, yoksulluk ve aile ortamı gibi çevresel faktörler) intihar düşüncesinin oluşumuna katkıda bulunduğu belirtilmektedir (64). *Güdülenme aşamasında*, risk faktörleri ile birlikte hayal kırıklığı, yenilgi, değersizlik, aşağılanma ve tuzağa düşürülme gibi duygularının tetiklenmesi ile intihar düşüncesi oluşur (65). *İrade aşamasında ise*, dürtüsellik ve ölümcül araçlara erişimle birlikte intihar davranışı gerçekleştirir (64).

Değişken Yatkınlık Kuramı

Bu kuramda, risk faktörlerinin kısa ve uzun vadedeki etkileşimlerine odaklanmaktadır. Bireylerin intihar motivasyonuna, ne süre ile intihara meyilli olduklarına, intihar riskinin şiddetine, ciddiyetine ve süresine katkıda bulunan faktörlerin var olduğu varsayımına dayanmaktadır (66).

2.4.3. Psikososyal Faktörler

Sosyodemografik Faktörler:

İntihar riski, yaşa, cinsiyete ve etnik kökene göre değişmektedir. Cinsiyet açısından incelendiğinde intihar girişimi kadınlarda daha fazla iken, tamamlanmış intihar oranı erkeklerde daha yüksektir (67). TÜİK (2023) verilerine göre ise intihar girişimi sonucu hayatını kaybeden bireylerin %75'ini erkekler, %25'ini ise kadınlar oluşturmaktadır (5). Erkeklerin en çok kullandığı intihar yöntemleri ası ve ateşli silah kullanımı iken, kadınların en çok kullandığı intihar yöntemleri ası ve yüksekten atlama olduğu belirtilmiştir (5).

Yaş açısından ele alındığında, intihar her yaş grubu açısından risklidir, ancak genç yetişkinlerde intihar düşüncesi ve girişimi sayısı daha yüksek iken, yaşlı bireylerde intihar düşüncesi az, ölümle sonuçlanan intihar oranı daha fazladır. İntihar için en yüksek risk 65 yaş üstü erkeklerdedir. (5, 37).

Türkiye’de yapılan çalışmalara göre intihar oranı evlilere göre bekârlarda daha yüksektir (68, 69). Üniversite eğitimi alan bireylerde intihar oranının daha düşük olduğu belirtilmektedir (67).

Yaşam Öyküsü

Bozulmuş aile ilişkilerinin önemli bir risk faktörü olduğu (70, 71); ebeveyn eksikliği, aile üyesinin kaybı, aileden ayrılma, aile içi çatışmalar, aile ve evlilik sorunlarının intiharın en yaygın nedenlerinden olduğu belirtilmektedir (68, 72-75). Sayar ve Acar (72)'ın 30 intihar vakası ile yaptığı bir çalışmada en yüksek stres etkeni aile faktörü olarak bulunmuştur. Ailede geçmiş intihar öyküsünün, ailede ruhsal bozukluk, şiddet ve istismar öyküsünün varlığında intihar riskinin arttığı belirtilmektedir (44, 46).

Sosyoekonomik ve Mesleki Faktörler

İntihar girişimleri kalabalık şehirlerde, sosyal ilişkilerin daha az olduğu bölgelerde daha sık görülmektedir. İşsiz olmak, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak, geçim zorluğu ve finansal zorluklar yaşamak, düşük sosyal sınıfa mensup olmak intihar için risk faktörlerindendir. Özellikle müzisyenler, çiftçiler, hukukçular, sigorta sektöründe çalışanlar ve kolluk kuvvetleri, sağlık çalışanları, itfaiye görevlileri gibi halk sağlığı ve kamu güvenliğini gözeten meslek grupları, genellikle uzun ve düzensiz saatlerle çalışması, her türlü yaralanmaya tanık olması, silahlara ve kimyasallara maruz kalması gibi sebeplerle intihar için riskli gruplar arasında yer almaktadır (44, 76, 77).

Mevsimsel Faktörler

İntiharların mevsimsel olarak değişkenlik gösterdiği, intihar oranının çoğunlukla ilkbaharda ve özellikle mayıs ayında arttığı belirtilmektedir (44). Yoksulluk, silah bulundurma ve diğer sosyoekonomik koşulların da göz önünde bulundurularak gerçekleştirildiği bir çalışmada, hava sıcaklığındaki artış ile intihar hızlarındaki artış arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu; ayda ortalama bir derece artışın aylık intihar hızlarında ortalama %0,68- %2,1'lik bir artışı etkilediği saptanmıştır (78).

Göç

Savaşlar, doğal afetler, akültürasyon ve göç zorlayıcı yaşam olaylarındandır ve intihar için risk faktörleri olduğu belirtilmektedir. Yaşam yeri değişimi, uyum problemleri, dil sorunları, kötü ekonomik koşullar gibi nedenlerle göçmenlerin sağlık

hizmetlerinden daha az yararlandığı ve bu nedenle intihar için risk grubunda oldukları belirtilmektedir (79, 80).

2.4.4. Hastalık Öyküsüne Bağlı Faktörler

Kronik ruhsal ve ruhsal hastalıklar intihar riski açısından önemli etmendir. Ruhsal bozukluklar açısından ele alındığında tamamlanmış intiharların %60 ila %98'inin psikiyatrik hastalar nedeniyle, kalan olguların ise çoğunun ise sosyal nedenler ile gerçekleştiği belirtilmektedir (81). İntihara neden olan ruhsal bozukluklar sıklıkla depresyon (%30) ve madde kullanım bozukluğu (%18), şizofreni (%14) ve kişilik bozuklukları (%13) ile ilgilidir. Bu yüzdelerin yatışı yapılan ve ayaktan tedavi gören hastalara bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. İntihar girişimi nedeni ile yatışı yapılan ve yatışı sırasında intihar girişiminde bulunan hastaların %45'inin şizofreni ve organik ruhsal bozukluk tanısının olduğu; yatışı yapılmayıp ayaktan tedavi gören ve intihar eden hastaların ise %32'sinin depresyon, madde kullanım bozuklukları, somatoform, anksiyete ve uyum bozukluğu tanısının olduğu görülmüştür (82). Hastanede kalış süresinin kısalmasının yatan hastaların intihar oranlarını artırdığı saptanmıştır. Bu açıdan taburcu edilen hastaların, taburculuk sonrası 4- 12 hafta boyunca intihar riski açısından gözlenmesi gerekmektedir (83, 84).

Fiziksel hastalıklar açısından incelendiğinde bireyin sahip olduğu hastalığın; işlevselliği, bilişsel becerileri ve dış görünüşü bozması, yüksek bağımlılık derecesi intihar riskini arttırmaktadır. Koroner arter hastalığı, santral sinir sistemi ile ilgili rahatsızlıklar, kronik böbrek yetmezliği, kronik ağrı ve viral hastalıkların intihar için risk faktörü olabileceği belirtilmektedir. Özellikle kanser gibi arasında ağırlı ve yeti yitimine yol açan ölümcül bir hastalığın varlığı intihar riskini 2-4 kat arttırabilmektedir (55, 85-90).

2.5. İntihar Riskini Azaltan Koruyucu Faktörler

İntihar riski olan bireylerde risk faktörlerinin, uyarıcı işaretlerin yanı sıra koruyucu faktörleri belirlemek de önemlidir (91). Koruyucu faktörler genellikle intihar riskini azaltan (26) veya bireyin intihar davranışına karşı savunmasına yardımcı olan faktörlerdir (92).

2.5.1. Bireysel Faktörler

Problem çözme becerisi, Fiziksel ve psikolojik iyi oluş, benlik saygısının yüksek olması, iyimser olma, yaşamın anlamının varlığı, hobi sahibi olma, güçlü kimlik duygusu, etkili başa çıkma stratejilerinin varlığı, spor yapma, tam zamanlı işte çalışma, sağlık uzmanlarına kolay ulaşabilme, tedaviye uyum sağlama, psikolojik dayanıklılık gibi özellikler koruyucu kişisel özelliklerdir (26, 51).

Ayrıca dini tutum, intihar için geciktirici veya önleyici bir faktördür. İntihara karşı sert tavır alan inanışlarda intihar girişimi daha az olurken; ölümü güzel gösteren ve intihara karşı katı olmayan inanışlarda intihar riskinin daha fazladır (93). Dini inancı yüksek olan bireylerin ruhsal sıkıntı yaşadıklarında baş etme becerisi olarak dini ritüellere başvurmaları, intihar etmenin büyük bir günah olduğu inancı intihar riskini azaltmaktadır (51). İslam dini inancına göre, ayet ve hadislerin de Türkiye nüfusu için koruyucu bir etmen olabileceği söylenebilir (51, 93).

Bunların yanı sıra dini inancın, aşırı suçluluk ve günahkâr olma hissi yaratabilecek olması nedeni ile bir risk faktörü olabileceği unutulmamalıdır (94).

2.5.2. Sosyal Faktörler

Aile ve arkadaşlardan oluşan bir sosyal ağa ve güçlü bir sosyal destek sistemine, sağlıklı aile ortamına sahip olma, sosyal destek göreceği inancına sahip olma, aileye karşı sorumluluk hissetme, evli olma, çocuk sahibi olma, gibi özellikler intihar riskini azaltan koruyucu faktörlerdendir (14, 25, 44). Özellikle sağlıklı aile ilişkilerine sahip bireylerin, yaşanan olumsuz bir durumda destekleyici kişiler ile birlikte baş etme ve problem çözme becerilerini kullanması intihar riskini azaltan bir etmendir (14). Bu nedenle intihar riski olan bireylerin bakım verenlerine bu konuda farkındalık geliştirilmesi için eğitim verilmesi önemlidir (95, 96).

2.6. İntihar ve Aile

Aile, ruh sağlığı bozuk olan hastaların bakımı ve ilaç tedavisinin düzenli bir şekilde sürdürülmesini sağlayan, intihar girişiminde bulunmuş birey ile en çok vakit geçiren, duygusal ve ekonomik destek sağlayan, hastanın tedavisi ve rehabilitasyonunda önemli bir role sahip ana destek sistemidir. İntihar girişiminin önlenmesinde aile önemli bir etkiye sahiptir. Aile üyeleri, intihar düşüncesi olan

ve/veya girişiminde bulunmuş bireylere birincil bakım sağlaması sebebiyle intihar riskini değerlendirme, intihar riskini fark etme ve önlemede önemli bir kaynaktır. Bireyler psikiyatrik destek, intihar riski ve girişimi nedeniyle sıklıkla aileleri tarafından sağlık merkezine getirilmektedir (31, 97). Diğer taraftan intihar girişimi sonrasında da bireylerin psikososyal açıdan desteklenmesi tekrarlı intihar girişimi açısından önleyicidir (98). Ancak pek çok intihar olgusunda, intihar girişiminden sonra ailelerin daha çok tıbbi duruma odaklandığı; oysa intihar girişiminde bulunan bireylerin ise tıbbi destekten çok aile ve arkadaşlarına yönelerek psikososyal destek alma eğilimlerinin ve beklentilerinin olduğu belirtilmektedir (98-101). Bu nedenle bakım verenlerin intihar riski olan bireyi destekleme, bakım verme ve güvende tutma gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır ve bakım verenler ne yapmaları gerektiği konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır (102).

İntihar girişimi sonrasında aileler olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda bireyler intihar girişimleri nedeniyle kendilerini ailelerinin durumundan ötürü suçlu ve sorumlu hissettiklerini, yaptıklarından ve yapmadıklarından, söylediklerinden ve söylemediklerinden ötürü pişmanlık duyduklarını ifade edilmiştir. Diğer taraftan intihar girişimi nedeniyle ailelerin ebeveynlik becerilerinden şüphe duydukları ve ebeveyn olarak başarısız hissettikleri bildirilmiştir (103, 104). Bununla birlikte bazı aileler ebeveyn olarak başarısız oldukları inancı ile utanç yaşarken, bazı aileler intihar eyleminin ailede yaratacağı damgalanmadan ötürü utanç yaşamaktadır (101, 105, 106). Damgalama bir utanç işaretidir ve intihar sonrası damgalanma sadece intihara meyilli bireyi değil, önemli kişileri ve hatta gelecek nesilleri de etkileyebilmektedir (107). Ayrıca aileler sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmedikleri zaman bakımdan dışlandıklarını, görünmez, çaresiz ve güçsüz hissettiklerini; öte yandan sağlık profesyonellerine olan güvenlerini kaybettiklerini belirtmiştir (31, 108).

İntihar olgusunun aile üyelerinde yarattığı olumsuz etkisi azaltmak ve bireylerin intihar girişimlerini önlemek için, riskli durumlarda aile üyelerinin intihar konusunda bilgilendirilmesi önemli bir gerekliliktir (109). Sağlık çalışanları tarafından düzenlenen eğitim programları ile; aile üyelerinin, intihar girişiminde bulunmuş bireylere yardım edebileceklerine dair inançlarının güçlendiği ve kendilerini umutlu ve değerli hissettikleri, bilgi arama ve öğrenme sürecinde ilerledikleri, bireylere bakım verme, riskli durumları erken zamanda fark etme konusunda kendine güvendikleri belirlenmiştir (109-112). Bu kapsamda öncelikle intihar riski olan bireye

vakım veren ailelerin üyelerinin bakım verme yeterliliklerinin belirlenmesi, bununla birlikte gereksinimölerinin değeriendirilmesi önemlidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, intihar eğilimi bireylere bakım verenlerin bakım yeterliliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilen İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Nisan 2023- Mart 2024 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Veriler, intihar girişimi nedeniyle acil servise başvurarak acil servis biriminde yatışı yapılmış olan ve psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan hastaların doğrudan bakım veren aile üyelerinden toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini hastanelerin acil servis ve psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan intihar girişiminde bulunmuş hastaların doğrudan bakım verenler oluşturmıştır.

Literatürde, örneklemin ölçekteki madde sayısının 5-10 katı olması gerektiği vurgulanmaktadır (113). Bu doğrultuda ölçek madde sayısı 19'dur ve 190 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve telefon ile ulaşılabilen 147 bakım veren (86 bakım veren ile yüz yüze, 61 bakım veren ile online görüşülmüştür) araştırmaya dahil edilmiş olup, araştırma ölçeğin 7.7 katı katılımcı ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın test-tekrar test analizinde ilk uygulamadan 2- 4 hafta sonra online olarak tekrar ulaşılabilen 50 doğrudan bakım veren ile görüşme yapılmıştır.

3.4. Dahil Olma Kriterleri

Çalışmaya intihar girişimi nedeniyle acil serviste ya da psikiyatri kliniğinde yatışı yapılmış olan bireye doğrudan bakım veren, 18 yaşından büyük olan, çalışmaya katılmayı gönüllü olan ve anketteki tüm sorulara cevap veren aile üyeleri dahil edilmiştir.

3.5. Dahil Olmama Kriterleri

Çalışmaya anketleri doldurma yeteneklerini etkileyecek duysal, ruhsal veya bilişsel bir bozukluğa sahip olan doğrudan bakım verenler dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1 Tanımlayıcı Bilgi Formu

Tanımlayıcı bilgi formu literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (108). Katılımcıların cinsiyeti, yaşadığı yer, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi algısı, birlikte yaşadığı kişi, ruhsal bir hastalık tanısının varlığı, bakım verdiği bireye yakınlık derecesi, bakım verdiği kişinin intihar girişimi sayısı ile ilgili 11 soru bulunmaktadır (Ek 1).

3.6.2 İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği (İBYÖ)

İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği (İBYÖ) intihara eğilimli bireylere bakım verenlerin bakım yeterliliğini ölçmek amacıyla Sun ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilmiştir. On dokuz maddeden oluşan İBYÖ, “*proaktif önleme, günlük yaşam bakımı, profesyonel kaynaklardan yardım arama, meslektan olmayan kişilerden yardım arama ve dini kaynaklardan yardım arama*” olmak üzere beş alt boyuta sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarına göre maddelerin dağılımı ve tanımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Maddelerinin Dağılımı ve Tanımı.

Ölçeğin Alt Boyutları	Tanım	Maddeler
Proaktif önleme	İntihara meyilli bireyin intihar etmesini önlemek için intiharın uyarıcı işaretleri gözlemleme	10,11,12,13,14,15
Günlük yaşam bakımı	Yaşamak için temel bakımı sağlamak ve intihara meyilli aile üyesinin yanında olma	8,9,18,19
Profesyonel kaynaklardan yardım arama	İntihara meyilli bireyin intihar etmesini önlemek için sağlık uzmanlarından ve tıbbi kaynaklardan yardım arama	3,5,6,7,17
Sağlık uzmanı olmayan kişilerden yardım arama	İntihara meyilli bireyin intihar etmesini önlemek için sağlık uzmanı olmayan kişilerden yardım arama	1,2
Dini kaynaklardan yardım arama	İntihar eğiliminde olan bireyin intihar etmesini önlemek için dini kaynakları ve dini bakış açılarını kullanma	4,16

Likert tipinde olan ölçekte her bir madde 1-5 puan arasında “Kesinlikle katılmıyorum (1)-kesinlikle katılıyorum (5)” arasında derecelendirilir. Ölçekte ters değerlendirilen bir madde bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan aralığı 19 (min) ile 95 (max) arasındadır. Değerlendirmede, puanın yüksek olması, intihar bakım yeterliliğinin arttığını gösterir ve her bir alt boyut intihar bakım yeterliliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir yüke sahiptir (108).

İBYÖ, ilk geçerlik güvenirlik çalışmasında 20 madde olarak geliştirilmiştir. Ancak toplam korelasyonu 0.40'ın altında kaldığı için bir madde silinmiş, ölçek 19 madde olarak kabul edilmiştir. On dokuz maddelik orijinal ölçeğin DFA uyum indeksleri $\chi^2=292,02$, $df=146$, $p<,001$, $CFI=0,92$, $NNFI=0,91$ ve $RMSEA=0,08$ bulunmuştur. Cronbach α güvenirlik kat sayısı 0,90 ve test-tekrar test güvenirliği 0,81'dir. Cronbach α değerleri 0,80'in üzerinde olduğu için güvenilir bir ölçme aracı olarak kabul edilmiştir (108, 114). İBYÖ'nün bakım verenlerin intihar bakım yeterliliğini değerlendirmek, geliştirmek ve uygun eğitim sağlamak için hemşireler

tarafından kullanılabileceği belirtilmektedir (108). İntihar bakım yeterliliği ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması sadece Tayvan’da yapılmıştır (108).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, verileri acil serviste veya psikiyatri kliniğinde intihar girişimi nedeniyle yatmakta olan hastaların bakım verenleri ile hastanenin ziyaret saatlerinde yüz yüze; yüz yüze görüşme yapılamadığı durumlarda ise online görüntülü konuşma yapılarak veriler elde edilmiştir. Görüşmeler öncesinde bakım verenler telefon ile aranmış, araştırmacı kendini tanıttıktan sonra araştırma hakkında bilgi vermiştir. Sözel olarak gönüllü katılımı kabul eden ve akıllı telefonu bulunan katılımcıların telefon numaralarına Google form anketiyle aydınlatılmış onam formu gönderilmiştir (Ek 2). Katılımcılar ile randevu oluşturularak görüşme günü ve saati belirlenmiş ya da o anda görüşme yapılmıştır. Görüşmede anket sorularının cevaplanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Fakat bazı katılımcıların kişisel paylaşımları nedeniyle görüşmeler 30 dakika ile 90 dakika arasında değişmiştir.

3.8. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırma verileri IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 29 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) ve AMOS istatistik paket programlarında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, medyan ve interquartile range (IQR) değerleri verilmiştir. Ölçek geçerlik ve güvenirliğine ilişkin yapılan istatistiksel analizler Tablo 2’de gösterilmiştir. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Farklı dil ve kültürlerden uyarlanan ölçeklerin, uyarlanacağı kültüre uyumunu, anlamını, dil ve psikometrik özelliklerini değerlendirmek, ölçek uyarlama sürecinin bir parçasıdır. Bu süreçte ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu kanıtlamak gerekmektedir; kanıtlanamadığı veya yanlış ölçüldüğü takdirde ölçeğin kullanımı sırasında önemli hatalar ortaya çıkabilir (115, 116).

Bu çalışmada, İBYÖ Kültürel Uyarlama Çalışmaları kapsamında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu kapsam yürütülen araştırma planı Tablo 2’de belirtilmiştir.

Tablo 2. Uygulama Aşamaları ve Kullanılan Yöntemler

		Uygulama Aşaması	Kullanılan Yöntemler
GEÇERLİK		Dil Geçerliği	İBYÖ kullanım izni alınmıştır. Türkçe'ye uyarlama çalışması (Çeviri) yapılmıştır.
		Kapsam Geçerliği	On bir uzmandan görüş alınmıştır.
		Yüzey ve Görünüm Geçerliği	İBYÖ maddeleri araştırmacı, tez danışmanı ve uzmanlar tarafından değerlendirilmiştir. Örneklem grubundan bağımsız 14 bakım veren ile pilot çalışma yapılmıştır.
		Yapı Geçerliği	Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Belirlenmesi ✓ Yüzdelik Dağılımı ✓ Frekans Dağılımı ✓ Ortalama ✓ Standart Sapma ✓ Ortanca Verilerin Normal Dağılıma Uygunluğunun Belirlenmesi ✓ Shapiro Wilk Normallik Testi Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ✓ Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) ✓ Barlett'in Küresellik Testi ✓ İBYÖ Toplam ve Alt Boyut Toplam Puanları Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)(maximum likelihood) ✓ χ^2/df ratio (X^2/df) ✓ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ✓ Tucker-Lewis Index (TLI) ✓ Comparative Fit Index (CFI) Bilinen Grup Karşılaştırılması ✓ Kruskal Wallis H testi ✓ Mann-Whitney U Testi Madde Analizleri ✓ Shapiro Wilk normallik testi ✓ Madde-Toplam Korelasyon Değerleri
GÜVENİRLİK		Değişmezlik	Test-Tekrar Test Uygulaması ✓ Eşleştirilmiş örneklem T Testi ✓ Pearson Korelasyon Analizi
		İç Tutarlılık	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Madde-Toplam Puan Korelasyon Değerleri Madde Analiz Sonuçları

3.9.1. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Geçerlik Çalışmaları

Geçerlik, ölçmeyi amaçlanan hedefin doğrudan, başka özelliklerden etkilenmeden, doğru ölçülebilmesidir. Ölçeğin kararlılığını ve kullanım amacına uygunluğunu, doğruluğunu değerlendirmek amacıyla yapılır (117). Çalışmada dil geçerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği, yüzey ve görünüm geçerliği yapılmıştır.

Dil Geçerliği

Dil geçerliği, kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarının ilk adımıdır ve ilk aşamada ölçek sahibinden ölçek kullanım izni alınmalıdır (116). Daha sonra anadili Türkçe olan ve çeviri yapacak uzmanların, orijinal ölçeğin diline, kültürüne ve terminolojisine hakim olması gerekmektedir (118, 119). Çeviri, birbirinden bağımsız en az iki uzman ile yapılmalıdır. Uzmanların çeviri sürecinde çalışma hakkında iletişim kurmamaları sonuçların bağımsızlığı konusunda önem taşımaktadır (120). Çeviri bittikten sonra her madde için çeviriler ayrı ayrı karşılaştırılır ve anlamsal, deyimsel, kavramsal, dilsel ve bağlamsal farklılıkları değerlendirir. Değerlendirme sonucunda ortak bir metin oluşturularak dil geçerliği sağlanır (118, 121). Uzman görüşü sonrasında ölçeğin geri çevirisi yapılmalıdır. Geri çeviri sırasında ilk çeviride olduğu gibi anlamsal, deyimsel, kavramsal, dilsel ve bağlamsal değerlere dikkat edilmelidir. Mümkünse çevirmenlerden en az birinin ana dili İngilizce olmalıdır (120). Geri çeviri tamamlandığında araştırmacı, geri çevirisi yapılan metin ile orijinal metni değerlendirmelidir. Bu değerlendirmenin amacı gramer farklılıklarını saptamak değil, anlamsal kaymaları belirleyebilmektir. Değerlendirme sonucunda ortak bir metin oluşturularak dil geçerliği sağlanır (120).

Araştırmada ilk olarak, İBYÖ geçerlik güvenirliği yapan araştırmacıdan, ölçeğin kullanım amacı belirtilerek, e-mail aracılığı ile izin alınmıştır (Ek 3). İBYÖ, İngilizce'yi iyi derecede bilen ve ana dili Türkçe olan, her iki kültüre ve ruh sağlığı terminolojisine hâkim bağımsız beş uzman tarafından Türkçe Çeviri formu kullanılarak Türkçe'ye çevrilmiştir (Ek 4). Ölçek çevirileri ayrı ayrı karşılaştırılmış, değerlendirme sonucunda ortak bir Türkçe metin oluşturulmuştur. Her iki dile hakim olan bir uzman tarafından Türkçe ölçek maddeleri tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin orijinali ve çevrilen versiyonu iki uzman tarafından anlam ve benzerlik açısından değerlendirilmiştir ve Türkçe'ye tekrar çevrilmiştir.

Kapsam Geçerliği

Her maddenin amacına uygunluğunu, amacını temsil etme derecesini göstermektedir (122). Bu amaçla sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri Davis tekniğidir (123). Bu tekniğe göre 5- 40 arasında uzman görüşü alınır (123). Uzmanlardan ölçekte yer alan her bir maddeyi “1 puan= madde uygun değil”, “2 puan=maddenin uygun şeikle getirilmesi gerekir”, “3 puan= madde hafifçe gözden geçirilmeli” ve “4 puan=madde çok uygun” şeklinde değerlendirmeleri istenir. Her uzmanın verdiği puanları değerlendirerek, maddeler çıkarılır ya da düzenlenir. KGI değerinin 0,80 ve üzeri olması gerekir (124).

Araştırmada da İBYÖ kapsam geçerliği Davis tekniği ile belirlenmiştir. Türkçe son şeklini alan İBYÖ uzman görüşü almak için on bir uzmana (yedi (7) Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi, iki (2) Psikiyatrist, bir (1) Psikolog, bir (1) Sosyolog), e-mail yoluyla gönderilmiş ve uzmanlardan her bir ölçek maddesini değerlendirmeleri istenmiştir (Ek 5).

Yüzey ve Görünüm Geçerliği

Yüzey geçerliği, ölçeğin ölçmek istediği özellikleri ölçüp ölçmediğini belirlemek amacı ile; araştırmacının, yakın çevresinin, araştırılan konu hakkında uzman olmayan kişilerin görüşlerinin alınmasıdır (113, 125). İfadelerin okunurluğu, anlaşılabilirliği, uzunluğu, açıklığı ve netliği değerlendirilir (113).

Görünüm geçerliliği için araştırma evreninde yer almayan ve örneklemin %10'unu oluşturan bireylere ölçek ile ilgili sorular sorulur ve geri bildirim alınır (113).

Araştırmada İBYÖ maddeleri araştırmacı, tez danışmanı ve uzmanlar değerlendirildikten sonra, ölçek araştırma evreninden bağımsız bir gruba uygulanmıştır. Psikiyatri servislerinde yatmakta olan, aktif intihar düşüncesi veya girişimi bulunan, araştırma evreni dışındaki on dört (14) bakım veren ile pilot çalışma yapılmıştır. Bu kapsamda katılımcılara;

1. Anket hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
2. Soruların sayısı hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
3. Soruların sırası mantıklı mı?
4. Cevap vermekte zorlandığınız veya anlayamadığınız sorular oldu mu?

5. Genel olarak anketin anlaşılabilirliği ve sadeliği nasıldı?
6. Anketle ilgili herhangi başka bir öneriniz var mı? (126) şeklinde sorular sorularak değerlendirmeleri istenmiştir.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, ölçme aracının ölçülmek istenen yapıyı ne kadar doğru ölçebildiğinin değerlendirilmesidir (127). Yapı geçerliğini belirleme sürecinde ölçek performansını ölçecek yapının tanımlanması, tanımlanan yapılardan hipotez oluşturulması ve bu doğrultuda çalışmalar yapılması ve yorumlanması yer almaktadır (128).

En sık kullanılan yöntem faktör analizidir. Analiz, ölçeğin tamamını ve maddelerin farklı boyutlar altında toplanma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır (129). Örneklem sayısının analiz yapabilmeye yeterli olup olmadığı belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi uygulanmaktadır. Test değerinin 0,50'den büyük olması gerekmektedir (113).

Faktör analizi için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmaktadır (113). AFA, hangi maddelerin birbiri ile gruplandığını ve bu gruplara ne kuvvetle bağlandığını açıklamayı amaçlarken; doğrulayıcı faktör analizinde ise, uyarlanan ölçeğin yapısı ile orijinal ölçek yapısını karşılaştırarak benzerlik ve farklılıkların ortaya çıkarılması, açıklayıcı faktör analizinden elde edilen bilgilerin sınanması ve doğrulanması amaçlanmaktadır (113, 130).

Açıklayıcı faktör analizinde bir faktörün en az iki maddeden oluşmaktadır ve 0,30'un üzerinde olması beklenir (113). Analizde Kaiseer Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Testi uygulanır. DFA ki-kare, yaklaşık hataların ortalama karekökü (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (Comperative Fix Index -CFI) Turker Lewis İndeksi (Turker Lewis Index -TLI) kullanılmaktadır (113, 129).

Araştırmada İBYÖ'nün yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan yöntemler Tablo 2'de gösterilmiştir.

3.9.2. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Güvenirlik Çalışmaları

Güvenirlik, ölçeğin ve sonuçlarının tutarlılık ve doğruluk derecesidir (122, 128). Ölçeğin aynı koşullarda, aynı amaçla, tekrarlanan ölçümlerle elde edilen değerlerinin kararlılığı ve tekrarlı ölçümlerde ulaşılan sonuçların birbirine yakınlığı ölçeğin güvenilirliğini göstermektedir (117, 131). Ölçekteki maddelerin testin bütünü ile uyumu (tutarlılık), farklı zamanlarda tekrarlı ölçümlerle aynı sonucun elde edilmesi (değişmezlik), ölçme aracı veya sonuçlarının birim aralığının küçük olması (duyarlılık) güvenilirlik ile ilgili önemli kavramlardır (132).

Değişmezlik; Ölçme aracının, tekrarlı değerlendirmelerde benzer ve tutarlı sonuç vermesi ve zamana göre değişmemesidir (113). Bunun için sıklıkla “test-tekrar test” ve “paralel form” yöntemi kullanılır (113, 130).

Test-tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının aynı grupta, aynı koşullarda tekrar uygulanmasıdır. Sıklıkla 2-4 hafta aralığında tekrarlanır. Bu sürenin çalışmayla ilgili bilgileri tekrar hatırlamasını engelleyecek kadar uzun fakat önemli değişim olmasına izin vermeyecek kadar kısa olması kabul edilir (117, 130). İki uygulamadan elde edilen r değerinin 0,70’in üzerinde; hatta 0,80 ile 1,00 arasında olması beklenir (129).

İç tutarlılık; bütün bölümlerinin aynı özelliği ölçüp ölçmediğinin değerlendirmesidir (129) ve aynı özelliği ölçmeyen maddeler çıkarılır (130). Değerlendirmede Cronbach Alfa Katsayısı kullanılır (126); değerin 0,70’den büyük olması beklenir ve ölçek güvenilir olarak kabul edilir (113).

Madde toplam puan analizi; maddelerden elde edilen puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır (113). Her bir maddenin korelasyon katsayısının yüksek olması maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir (113, 129).

İBYÖ toplam ve alt boyutları puan dağılımları; Cronbach's alpha, test-tekrar test güvenilirliği veya madde toplam korelasyonları gibi analizlerde kullanılmakta; alt boyutların puan dağılımları, her bir alt boyutun güvenilirliğinin değerlendirilmesi için incelenebilmektedir (122).

Bu çalışmada İBYÖ güvenilirlik çalışmaları doğrultusunda yapılan analizlerde; değişmezlik, tutarlılık ve madde toplam puan analizleri yapılmış ve İBYÖ Toplam ve Alt boyutları Puan Dağılımları incelenmiştir. Değişmezlik kapsamında test-tekrar test

yöntemi kullanılmış ve 50 bakım veren ile tekrar görüşülmüştür. Elde edilen veriler Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları ve korelasyon analizi ile belirlenmiştir.

3.10. Etik İzinler

Ölçek kullanımı için, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Fan-Ko Su'dan mail aracılığıyla izin alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın uygulanabilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (25.08.2022 tarihli ve karar no 0345) onay alınmıştır (Ek 6). Daha sonra hastanelerin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüklerinden resmi kurum izni alınmıştır (Ek 7). Araştırma verileri toplanmadan önce telefon ile görüşme sürecinde katılımcılara araştırmanın amacı ve önemi, gizlilik ilkesi hakkında bilgi verilmiştir. Telefon numaralarına gönderilen Google form anketiyle (Ek 2) aydınlatılmış onam formu onaylayan ve sözel olarak gönüllü katılımı kabul eden katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.11. Araştırma Takvimi

Araştırma takvimi Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Araştırma Takvimi

Tarih	Araştırmanın Adımları
Mayıs 2021-Temmuz 2021	Araştırma Konusunun Belirlenmesi
Temmuz 2021	Ölçek Sahibinden İzin Alınması
Nisan 2022	Araştırmanın Öneri Olarak Sunumu
Ağustos 2022	Etik Kurul Onayı
Ağustos 2022-Ekim 2022	Ölçeğin Dil Geçerliği
Kasım 2022- Ocak 2023	Uzman Görüşünün Alınması
Nisan 2023	Kurum İzni Alınması
Kasım 2023	Kurum İzni Alınması
Nisan 2023	Ölçeğin Pilot Uygulaması
Nisan 2023- Mart 2024	Veri Toplama
Nisan 2024- Haziran 2024	Araştırma Verilerinin Analizi
Haziran 2024- Temmuz 2024	Araştırma Raporunun Yazılması ve Sunumu

4. BULGULAR

İBYÖ'nün Türkçe geçerliğini ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları 'Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular', 'İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular' ve 'İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular' olmak üzere üç başlıkta aktarılmıştır.

4.1 Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=147)

Özellikler		$\bar{x} \pm ss$	<i>M (min-max)</i>
Yaş		46,85±12,20	48 (24-76)
		<i>n</i>	%
Cinsiyet	Kadın	86	58,5
	Erkek	61	41,5
Medeni durum	Evli	100	68,0
	Bekâr	47	32,0
Yaşadığı yer	Büyükşehir	141	95,9
	İlçe	6	4,1
Eğitim durumu	İlköğretim	67	45,6
	Ortaöğretim	46	31,3
	Yükseköğretim	34	23,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	81	55,1
	Çalışmıyor	66	44,9
Gelir düzeyi	Düşük	65	44,2
	Orta	81	55,1
	Yüksek	1	0,7
Ruhsal hastalık	Yok	133	90,5
	Var	14	9,5
Var olan ruhsal hastalık*	Anksiyete	14	100,0
Tedavi durumu	Evet	19	12,9
	Hayır	128	87,1
Yaratıcıya inanma	Hayır	6	4,1
	Evet	141	95,9
Yakınlık Derecesi	Anne	42	28,6
	Baba	17	11,6
	Kardeş	32	21,8
	Çocuk	15	10,2
	Eş	41	27,9
İntihar Girişimi Sayısı			2 (1-9)

Tablo 4 (Devam). Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=147)

Özellikler	n	%
İntihar Yöntemleri**		
Asılma	7	3,7
Ateşli silah kullanımı	7	3,7
Yüksekten atlama	39	20,4
İlaç kullanma	120	62,8
Diğer	18	9,4

n: Hasta sayısı, %: Sütun yüzdesi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, M: Medyan
*: Eksik veri bulunmaktadır. **:Çoklu yanıt alınmıştır.

Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4'te belirtilmiştir. Buna göre, bakım veren bireylerin yaş ortalamasının $46,85 \pm 12,20$ ($\text{min}=24$ - $\text{max}=76$) olduğu, %58,5'inin kadın, %68'inin evli, %95'inin büyükşehirde yaşadığı, %45,6'sının ilköğretim mezunu, %55,1'inin çalışmakta olduğu, %55,1 gelir düzeyini orta düzeyde algıladıkları saptanmıştır.

Bakım verenlerin %90,5'inin bir ruhsal bozukluğunun olmadığı, %9,5'inin anksiyete bozukluğu tanısına sahip olduğu, %87,1'inin tedavi almadığı ve %95,9'unun bir yaratıcının varlığına inandığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin bireye yakınlık derecesi incelendiğinde %28,6'sının anne, %11,6'sının baba, %21,8'inin kardeş, %10,2'sinin çocuk ve %27,9'unun eş olduğu belirlenmiştir.

Aktif intihar girişimi olan hastaların, intihar girişimi sayısı 2 ($\text{min}=1$ - $\text{max}=9$)'dir. Katılımcıların bakım verdikleri kişilerin intihar yöntemleri incelendiğinde %62,8'inin ilaç kullandığı saptanmıştır.

4.2. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Türk Kültürüne Geçerliliğine İlişkin Bulgular

4.2.1. Dil geçerliliği

Araştırma IBYÖ'nin İngilizce-Türkçe, Türkçe-İngilizce, İngilizce çevirileri bağımsız uzman ve çevirmenler tarafından yapılmış, ölçekteki maddeler geniş zaman fiil çekimleri ile ifade edilmiş olup; 1. Maddede bulunan "akrabalarından" ifadesi "akrabalardan" olarak değiştirilmiştir (1. Madde= "İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim"). Bu doğrultuda ölçeğin Türkçe son şekli verilerek dil geçerliliği tamamlanmıştır (Ek 8).

4.2.2. Kapsam Geçerliği

İBYÖ'nün ve ölçekteki her maddenin; amacına uygunluğunu, amacını temsil etme derecesini belirlemek amacıyla Davis tekniği kullanılmıştır. Bu doğrultuda on bir (11) uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda, ölçek maddelerinin KGİ değeri 0,81-1,00 değerleri arasında olarak hesaplanmıştır. İBYÖ maddelerinin KGİ değerleri Tablo 5'de belirtilmiştir.

Tablo 5. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Maddelerinin Uzman Görüşleri ve Kapsam Geçerlik İndeksi Dağılımı

Maddeler		Dil/ İfade Uygunluğu				KGİ
		1	2	3	4	
		Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Çok Uygun	KGİ Değeri
	Strongly Disagree Kesinlikle Katılmıyorum				11	1
	Disagree Katılmıyorum				11	1
	Undecided Kararsızım				11	1
	Agree Katılıyorum				11	1
	Strongly Agree Kesinlikle Katılıyorum				11	1
1	I will look for help from family members and relatives to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim.		2	2	7	0,81
2	I will look for help from neighbors and friends to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için komşulardan ve arkadaşlardan yardım isterim.		1	1	9	0,90
3	I will look for help from medical professionals to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için sağlık çalışanlarından yardım isterim.		1		10	0,90
4	I will look for help from religious resources to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için dini kaynaklarından yardım isterim.		2	2	7	0,81
5	I will look for help from resources on suicide prevention (books or the internet) to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için intiharı önlemeye yönelik kaynaklardan (kitaplar veya internet) yararlanırım.		2		9	0,81

6	I will help him/her go to the hospital punctually to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için zamanında hastaneye gitmesine yardım ederim.	1	1	9	0,90
7	I will help him/her take medicine on time to prevent him or her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için ilaçlarını zamanında almasına yardım ederim.			11	1
8	I will spend time to convey care to him/her to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için alması gereken bakımı sağlamak amacıyla zaman ayırırım.		1	10	1
9	I will teach him or her how to address their problems to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için sorunlarını nasıl çözebileceğini öğretirim.			11	1
10	I will watch his/her behavior to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için davranışlarını izlerim.			11	1
11	I will watch his/her emotions to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için duygularını izlerim.			11	1
12	I will watch his/her face to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için yüz ifadesini izlerim.			11	1
13	I will hear his/her spoken language to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için konuştuklarına dikkat ederim.	1		10	0,90
14	I will hide dangerous items (knives and medicines) to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için tehlikeli eşyaları (bıçaklar ve ilaçlar) saklarım.			11	1
15	I will keep watch on his/her whereabouts to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için nereye gittiğine dikkat ederim.		1	10	1
16	I will enlighten him or her on religion to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için onu dini konularda aydınlatırım.	1	1	9	0,90
17	I will take him/her to the hospital immediately when he/she is at a high risk for suicide. İntihar riski yüksek olduğunda onu hemen hastaneye götürürüm.		1	10	1
18	I will provide basic care for living (food, clothes, accommodation and transportation) to meet his/her needs. İhtiyaçlarını karşılamak için temel yaşam bakımını (yiyecek, giyecek, barınma ve ulaşım) sağlarım.		2	9	1
19	I will arrange activities (housework and exercise) to transfer his/her suicidal ideas. İntihar düşüncelerinden uzaklaştırmak için aktiviteler (ev işleri ve egzersiz) düzenlerim.			11	1

4.2.3. Yüzey ve Görünüm Geçerliği

Araştırmacı, uzmanlar ve tez danışmanı tarafından, ölçekteki ifadelerin okunurluğu, terimlerin anlaşılabilirliği ve cümlelerin uzunluğu, anlamın açıklığı ve netliği değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliği sonrasında ölçekteki ifadelerin uygun olduğu düşünülmüş, herhangi bir düzeltme yapılmamıştır.

İBYÖ'nün hangi özelliği ölçtüğünü değerlendirmek amacıyla, araştırma evreni dışında kalan on dört (14) bakım veren ile pilot çalışma yapılmıştır. Bu kapsamda ölçek maddelerinin açıklığı ve uygunluğu ile ilgili sorular sorulmuştur. Değerlendirmede pilot uygulamaya katılan katılımcılar ölçek maddelerinin açık, anlaşılır ve net olduğunu ifade etmiştir. Ölçekte herhangi bir düzeltme yapılmamıştır.

4.2.4. Yapı Geçerliği

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Çalışmada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda KMO=0,77, Bartlett's Testi sonucu 2052,00 olarak elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Böylece veri yapısının faktör oluşturmak için uygun olduğu ve maddelerin ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ölçekte hangi maddelerin birbiri ile gruplandığını ve bu gruplara ne kuvvetle bağlandığını açıklamak amacıyla yapılan AFA'ya ilişkin veriler Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 6. İntihar Bakım Yeterliği Ölçeği Faktör Varyansları ve Faktör Yükleri

Orijinal Ölçek Maddesi	Madde içerikleri	Faktör Yükle i					
		Faktör1	Faktör2	Faktör3	Faktör4	Faktör5	Faktör6
7	İntihar girişimini önlemek için ilaçlarını zamanında almasına yardım ederim.	0,769					
8	İntihar girişimini önlemek için alması gereken bakımı sağlamak amacıyla zaman ayırıyorum.	0,775					
10	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için davranışlarını izlerim.	0,808					
11	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için duygularını izlerim.	0,847					
12	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için yüz ifadesini izlerim.	0,805					
13	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için konuştuklarına dikkat ederim.	0,794					
17	İntihar riski yüksek olduğunda onu hemen hastaneye götürürüm	0,505					
3	İntihar girişimini önlemek için sağlık çalışanlarından yardım isterim.		0,913				
6	İntihar girişimini önlemek için zamanında hastaneye gitmesine yardım ederim.		0,859				
18	İhtiyaçlarını karşılamak için temel yaşam bakımını (yiyecek, giyecek, barınma ve ulaşım) sağlarım.		0,778				
9	İntihar girişimini önlemek için sorunlarını nasıl çözebileceğini öğretirim.			0,668			
14	İntihar girişimini önlemek için tehlikeli eşyaları (bıçaklar ve ilaçlar) saklarım.			0,844			
15	İntihar girişimini önlemek için nereye gittiğine dikkat ederim.			0,623			
19	İntihar düşüncelerinden uzaklaştırmak için aktiviteler (ev işleri ve egzersiz) düzenlerim			0,809			
1	İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim.				0,870		
2	İntihar girişimini önlemek için komşulardan ve arkadaşlardan yardım isterim.				0,849		
4	İntihar girişimini önlemek için dini kaynaklarından yardım isterim.					0,738	
16	İntihar girişimini önlemek için onu dini konularda aydınlatırım.					0,852	
5	İntihar girişimini önlemek için intiharı önlemeye yönelik kaynaklardan (kitaplar veya internet) yararlanırım.						0,864

Tablo 6 (Devam). İntihar Bakım Yeterliği Ölçeği Faktör Varyansları ve Faktör Yükleri

	Faktör1	Faktör2	Faktör3	Faktör4	Faktör5	Faktör6
Öz Değerler	36,045	11,763	10,794	9,436	8,340	5,596
Varyans Açıklama Oranları %	24,712	15,976	14,964	10,874	9,852	7,062
Cronbachs' Alpha (α)	0,92	0,870	0,798	0,797	0,702	-
Toplam Açıklanan Varyans Oranı= %76,377						
Kaiser Meyer Olkin (KMO) = 0,766						
Bartlett sınaması değeri=2052,004; $p=0,001^{**}$						
Cronbachs' Alpha (α)=0,849						

Analiz sonucuna göre faktör yükleri değerlendirildiğinde, İBYÖ orijinal ölçekten farklı olarak altı (6) faktörde ortaya çıkmıştır. Altıncı faktör tek maddeden (5. Madde= *İntihar girişimini önlemek için intiharı önlemeye yönelik kaynaklardan (kitaplar veya internet) yararlanırım*) oluşmuştur. Altıncı faktörün tek maddeden oluşması nedeniyle 5. Madde çıkarılmıştır; ölçek 18 maddeden ve beş faktörden oluşmuştur. Buna göre faktörlerin açıkladıkları varyans oranları, öz değerleri ve maddelerin faktör yükleri Tablo 6'da gösterilmiştir. Değişen modelde aşağıdaki alt boyutlar oluşmuştur. Bunlar:

Faktör 1: Sekiz maddeden (7., 8., 10., 11., 12., 13., 17. madde) oluşmaktadır. Faktör yükü 0,505 ile 0,847 aralığındadır. "*Proaktif Önleme*" şeklinde adlandırılmıştır. Özdeğeri 36,045; varyans açıklama oranı %24,71'dir.

Faktör 2: Üç maddeden (3., 6., 18. madde) oluşmaktadır. Faktör yükü 0,778 ile 0,913 aralığındadır. "*Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama*" şeklinde adlandırılmıştır. Özdeğeri 11,763; Varyans açıklama oranı %15,97'dir.

Faktör 3: Dört maddeden (9., 14., 15., 19. madde) oluşmaktadır. Faktör yükü 0,623 ile 0,844 aralığındadır. "*Günlük Yaşamı Destekleme*" şeklinde adlandırılmıştır. Özdeğeri 10,794; Varyans açıklama oranı %14,96'dır.

Faktör 4: İki maddeden (1., 2. madde) oluşmaktadır. Faktör yükü 0,849 ve 0,870 aralığındadır. "*Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama*" şeklinde adlandırılabilir. Özdeğeri 9,436; Varyans açıklama oranı %10,87'dir.

Faktör 5: İki maddeden (4., 16. madde) oluşmaktadır. Faktör yükü 0,738 ve 0,852 aralığındadır. "*Dini Kaynaklardan Yardım Arama*" şeklinde adlandırılmıştır. Özdeğeri 8,340; Varyans açıklama oranı %9,85'dir.

Tablo 13’de İBYÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları belirtilmiştir. İBYÖ toplam puan ortalaması $75,85 \pm 7,82$ ($M=33$, $Min=55$ - $Max=90$)’dır. Ölçekten elde edilen toplam puan $min=18$ $max=90$ aralığındadır. Ölçek alt boyutlarından “*Proaktif Önleme*” alt boyutunun puan ortalaması $32,13 \pm 3,04$ ($M=33$, $Min=24$ - $Max=35$); “*Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama*” alt boyutu puan ortalamasının $13,90 \pm 1,88$ ($M=15$, $Min=6$ - $Max=15$); “*Günlük Yaşamı Destekleme*” alt boyutu puan ortalamasının $16,52 \pm 3,34$ ($M=17$, $Min=8$ - $Max=20$); “*Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama*” alt boyutu puan ortalamasının $6,15 \pm 2,61$ ($M=6$, $Min=2$ - $Max=10$); “*Dini Kaynaklardan Yardım Arama*” alt boyutu puan ortalamasının $7,12 \pm 2,18$ ($M=7$, $Min=2$ - $Max=10$) olduğu belirlenmiştir.

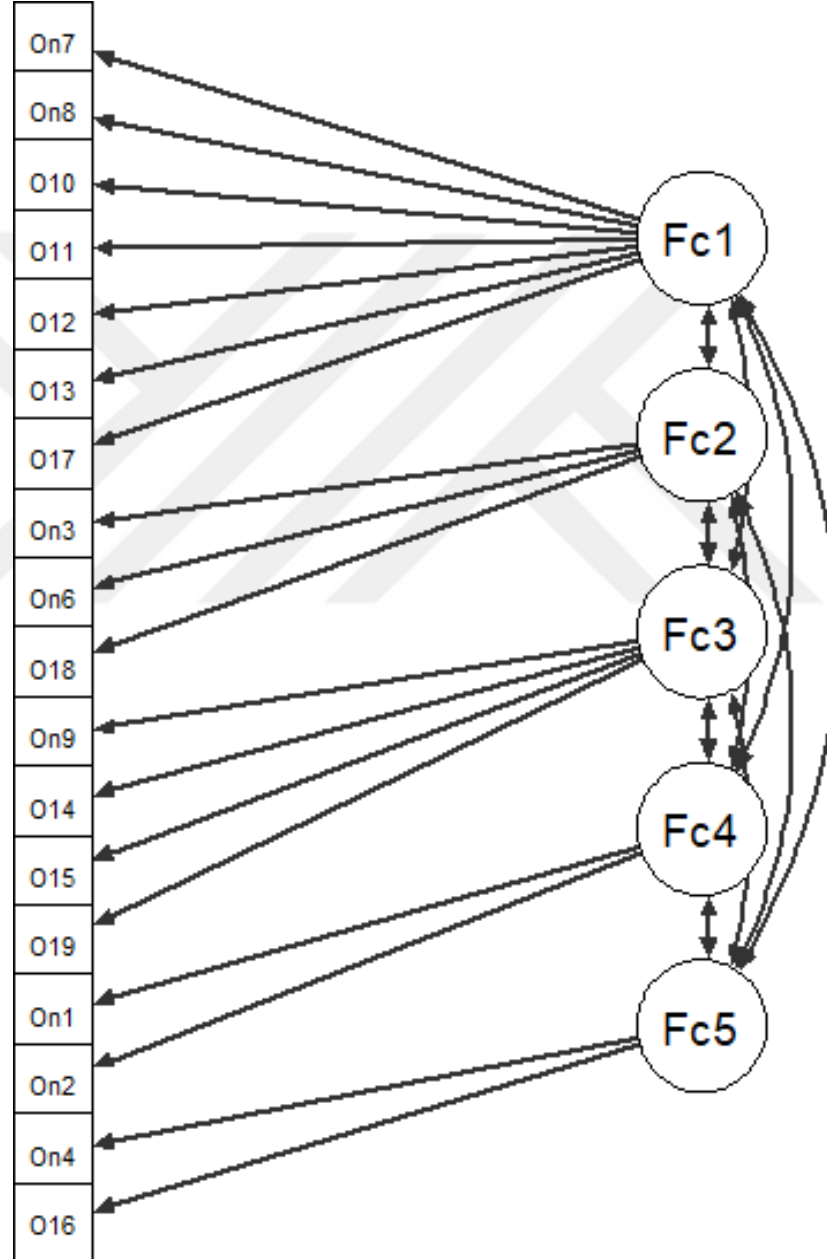
Tablo 13. İntihar Bakım Yeterliği Ölçeği Toplam ve Alt boyutları Puan Ortalamaları

İBYÖ Toplam ve Alt Boyutları		$\bar{x}$	ss	M	Araştırmadan elde edilen		Ölçekten elde edilen	
					Min	Max	Min	Max
Faktör 1	Proaktif Önleme	32,13	3,04	33	24	35	8	40
Faktör 2	Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama	13,90	1,88	15	6	15	3	15
Faktör 3	Günlük Yaşamı Destekleme	16,52	3,34	17	8	20	4	32
Faktör 4	Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama	6,15	2,61	6	2	10	2	10
Faktör 5	Dini Kaynaklardan Yardım Arama	7,12	2,18	7	2	10	2	10
Toplam Puanı		75,85	7,82	77	55	90	18	90

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, M: Medyan, Min=Minimum, Max=Maksimum

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

AFA sonrası 18 madde içeren ölçeğin yapısını doğrulamak amacıyla DFA yapılmıştır. Ölçek için elde edilen model istatistiksel olarak anlamlı şekilde beş alt boyutta oluşmuştur ($\chi^2=493,790$; $df=120$; $p<0,001$). Bu modele ilişkin uyum indekslerinin ($\chi^2/df=4,11$, CFI=0,90, TLI=0,93; RMSEA=0,08) kabul edilebilir uyum düzeyinde olduğu tespit edilmiş ve ölçeğin yapısı doğrulanmıştır (Tablo 8; Şekil 1).



Şekil 1. İntihar Bakım Yeterliği Ölçeğinin DFA Model Yapısı

Tablo 8. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin Uyum İndeks Değerleri

Model	χ^2 (df)	Uyum İndeksleri			
		χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA
İyi Uyum Değerleri		≤ 3	≥ 0.97	≥ 0.97	≤ 0.05
Kabul Edilir Uyum Değerleri		≤ 5	≥ 0.90	≥ 0.90	≤ 0.08
İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği	493,790 (120) p<0,001	4,11	0.90	0.93	0.08
Ölçeğe İlişkin Değerlendirme		Kabul Edilir Uyum	Kabul Edilir Uyum	Kabul Edilir Uyum	Kabul Edilir Uyum

Bilinen Grup Karşılaştırması

Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre İBYÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da belirtilmiştir.

Bakım verenlerin medeni durumları açısından incelendiğinde, ölçek toplam puanı ve “Günlük Yaşamı Destekleme” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); evli olanların puanlarının bekâr olanların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde, “Günlük Yaşamı Destekleme” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); ilçede yaşayan katılımcıların puanlarının büyükşehirde yaşayanların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde, ölçek toplam puan ve “Proaktif Önleme, Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama, Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama, Dini Kaynaklardan Yardım Arama” alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,01$); ilköğretim mezunu olanların puanlarının orta öğretim ve yükseköğretim mezunu olanların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin çalışma durumları açısından incelendiğinde, “Günlük Yaşamı Destekleme” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); çalışmayan katılımcıların puanlarının çalışanların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 9. Tanıtıcı özelliklerine göre İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	IBYÖ Toplam Puanı	Proaktif Önleme	Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama	Günlük Yaşamı Destekleme	Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama	Dini kaynaklardan yardım arama
	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)	M (IQR)
Medeni Durum						
Evli	77 (10)	34 (5)	15 (2)	19 (3)	6 (4,75)	7 (3)
Bekar	73 (10)	32 (6)	15 (3)	16 (7)	6 (4)	7 (3)
Z /P	2,298 0,022	1,865 0,062	1,068 0,286	3,063 0,002	1,053 0,292	0,530 0,596
Yaşadığı Yer						
Büyükşehir	76 (10)	33 (6)	15 (2)	17 (4)	6 (4)	7 (3)
İlçe	80 (3,75)	32 (3)	15 (1)	19 (1)	6 (0,75)	8 (6)
Z /P	0,858 0,391	0,426 0,670	0,693 0,488	2,228 0,026	0,662 0,508	0,925 0,355
Eğitim Durumu						
İlköğretim	79 (10)	35 (3)	15 (1)	18 (7)	4 (4)	9 (4)
Ortaöğretim	76 (8,25)	33 (6)	14,5 (3)	16 (6)	8 (3)	6 (3,25)
Yükseköğretim	74,5 (10)	31 (4,25)	14,5 (1)	16 (3)	6 (4)	6 (3,25)
KW /P	8,258 0,016	15,627 <0,001	10,175 0,006	1,893 0,388	15,307 <0,001	16,557 <0,001
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	75 (9)	32 (6)	15 (2)	16 (4)	6 (4)	6 (3)
Çalışmıyor	79 (10)	33 (4)	15 (1)	18 (8)	6 (5)	7,5 (3)
Z /P	1,527 0,127	1,623 0,105	1,666 0,096	2,484 0,013	0,200 0,842	1,660 0,097
Gelir Düzeyi Algısı						
Düşük	73 (9)	31 (6)	14 (3)	16 (6)	6 (4)	7 (3)
Orta	78 (9)	34 (5)	15 (1)	19 (3)	6 (4)	7 (4)
Z /P	13,790 0,001	6,021 0,049	10,497 0,005	12,639 0,002	3,644 0,162	3,324 0,190
Tedavi Durumu						
Evet	74 (10)	31 (5)	12 (4)	18 (7)	4 (4)	6 (4)
Hayır	77 (9,75)	33 (6)	15 (1)	17 (3,75)	6 (4)	7 (3)
Z /P	1,761 0,078	0,141 0,888	3,150 0,002	1,106 0,269	0,584 0,559	0,824 0,410
Yakınlık Derecesi						
Anne	80 (10)	35 (3)	15 (0,25)	19 (7)	5,5 (5)	7 (3)
Baba	87 (14,5)	35 (2)	15 (0)	18 (9)	8 (4)	10 (1)
Kardeş	74 (4,75)	30 (2)	14 (3)	16 (3)	6 (2,75)	6 (2,75)
Çocuk	80 (10)	30 (5)	15 (1)	19 (5)	6 (8)	8 (5)
Eş	72 (8)	29 (7)	14 (3)	16 (6)	6 (4,5)	6 (4)
KW /P	31,100 <0,001	35,251 <0,001	25,800 <0,001	3,395 0,494	9,378 0,052	45,582 <0,001

M: Medyan IQR: Çeyrekler Açıklığı KW: Kruskal Wallis H testi Z: Mann Whitney U testi

Bakım verenlerin gelir düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, ölçek toplam puan ve “Proaktif Önleme, Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama, Günlük Yaşamı Destekleme” alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); gelir düzeyini orta düzeyde algılayanların puanlarının gelir düzeyini düşük ve yüksek düzeyde algılayanların puanlarına göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi durumları açısından ele alındığında, “Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); tedavi olmayan katılımcıların puanlarının tedavi alanların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin yakınlık dereceleri açısından değerlendirildiğinde, ölçek toplam puan ve “Proaktif Önleme, Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama, Dini Kaynaklardan Yardım Arama” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$); anne ve babaların “Proaktif Önleme” puanlarının; anne, baba ve çocukların “Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama” alt boyutu puanlarının; babaların “Dini Kaynaklardan Yardım Arama” alt boyutu ve toplam ölçek puanlarının diğerlerinin puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Yaş ve Hastalarının İntihar Girişim Sayısı Ortalamasına Göre İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Toplam Alt Boyut Puanları ile Korelasyonu

		IBYÖ Toplam Puanı	IBYÖ Alt Boyutları				
			Proaktif Önleme	Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama	Günlük Yaşamı Destekleme	Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama	Dini kaynaklardan yardım arama
Yaş	r	0,126	0,180	0,138	-0,231	-0,011	0,319
	p	0,127	0,029	0,096	0,005	0,899	<0,001
Hastalarının İntihar Girişim Sayısı ortalaması	r	0,013	-0,66	-0,213	0,032	-0,123	0,155
	p	0,875	0,429	0,009	0,701	0,139	0,053

Bakım verenlerin yaş ve hastalarının intihar girişim sayısı ortalamasına göre intihar bakım ölçeğinin toplam ve alt boyut puanları ile korelasyonu Tablo 10’da belirtilmiştir.

Bakım verenlerin yaş ortalamaları ile “Proaktif Önleme ve Dini Kaynaklardan Yardım Arama” alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde, “Günlük Yaşamı Destekleme” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Bakım verenlerin hastalarının intihar girişim sayısı ortalamaları ile “Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama” alt boyutu puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.3. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği’nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.3.1 Değişmezlik Analiz Sonuçları

İBYÖ’nün değişmezliğini incelenmek için test-tekrar test yöntemi uygulanmıştır. İlk uygulamadan ($n=147$) 2-4 hafta sonra, ikinci uygulama ($n=50$) yapılmış ve iki ölçümden elde edilen puanların korelasyonuna bakıldığında yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,99$; $p=0,000$) (Tablo 11). Ayrıca her iki ölçümden elde edilen puanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0,86$; $p=0,39$) (Tablo 12).

Tablo 11. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu

Test-Tekrar Test Uygulaması	n	r	p
Ön Test ve Son Test Uygulama	50	0,988	<0,001

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 12. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Test-Tekrar Test Puanlarının Karşılaştırılması

Test-Tekrar Test Uygulaması	n	$\bar{x} \pm ss$	t	p
Ön Test Uygulama	50	76,54±7,43	0,864	0,392
Son Test Uygulama	50	76,42±7,37		

t: Eşleştirilmiş örneklem t testi

4.3.2 İç Tutarlılık (Cronbach Alpha) Analiz Sonuçları

İBYÖ tüm bölümlerinin aynı özelliği ölçüp ölçmediğinin değerlendirmek amacıyla yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbachs'Alpha testi kullanılarak değerlendirme yapılmaktadır. İBYÖ Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 13'te belirtilmiştir. Buna göre İBYÖ toplam Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $\alpha=0,85$, "Proaktif Önleme" alt boyutu için $\alpha=0,89$, "Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama" alt boyutu için $\alpha=0,87$, "Günlük Yaşamı Destekleme" alt boyutu için $\alpha=0,80$, "Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama" alt boyutu için $\alpha=0,80$, "Dini Kaynaklardan Yardım Arama" alt boyutu için $\alpha=0,70$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 13. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Güvenirlik Katsayıları

	İBYÖ Toplam	İBYÖ Alt Boyutları				
		Proaktif Önleme	Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama	Günlük Yaşamı Destekleme	Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama	Dini kaynaklardan yardım arama
Cronbachs' Alpha (α)	0,849	0,892	0,870	0,798	0,797	0,702

4.3.3 Madde Toplam Puan Analizleri

İBYÖ madde ayırt ediciliği madde-toplam puan korelasyonu ile incelenmiş, Tablo 14'de belirtilmiştir. İBYÖ madde-toplam puan korelasyonlarının 0,396- 0,813 aralığında değiştiği ve istatistiksel olarak iyi düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. İntihar Bakım Yeterliği Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Değerleri

		Öntest Toplam
1. İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim.	<i>r</i>	0,407
	<i>p</i>	<0,001
2. İntihar girişimini önlemek için komşulardan ve arkadaşlardan yardım isterim.	<i>r</i>	0,396
	<i>p</i>	<0,001
3. İntihar girişimini önlemek için sağlık çalışanlarından yardım isterim.	<i>r</i>	0,537
	<i>p</i>	<0,001
4. İntihar girişimini önlemek için dini kaynaklarından yardım isterim	<i>r</i>	0,402
	<i>p</i>	<0,001
6. İntihar girişimini önlemek için zamanında hastaneye gitmesine yardım ederim.	<i>r</i>	0,655
	<i>p</i>	<0,001
7. İntihar girişimini önlemek için ilaçlarını zamanında almasına yardım ederim.	<i>r</i>	0,627
	<i>p</i>	<0,001
8. İntihar girişimini önlemek için alması gereken bakımı sağlamak amacıyla zaman ayırırım.	<i>r</i>	0,514
	<i>p</i>	<0,001
9. İntihar girişimini önlemek için sorunlarını nasıl çözebileceğini öğretirim.	<i>r</i>	0,607
	<i>p</i>	<0,001
10. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için davranışlarını izlerim.	<i>r</i>	0,688
	<i>p</i>	<0,001
11. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için duygularını izlerim.	<i>r</i>	0,756
	<i>p</i>	<0,001
12. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için yüz ifadesini izlerim.	<i>r</i>	0,770
	<i>p</i>	<0,001
13. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için konuştuklarına dikkat ederim.	<i>r</i>	0,813
	<i>p</i>	<0,001
14. İntihar girişimini önlemek için tehlikeli eşyaları (bıçaklar ve ilaçlar) saklarım.	<i>r</i>	0,559
	<i>p</i>	<0,001
15. İntihar girişimini önlemek için nereye gittiğine dikkat ederim.	<i>r</i>	0,677
	<i>p</i>	<0,001
16. İntihar girişimini önlemek için onu dini konularda aydınlatırım.	<i>r</i>	0,434
	<i>p</i>	<0,001
17. İntihar riski yüksek olduğunda onu hemen hastaneye götürürüm	<i>r</i>	0,420
	<i>p</i>	<0,001
18. İhtiyaçlarını karşılamak için temel yaşam bakımını (yiyecek, giyecek, barınma ve ulaşım) sağlarım.	<i>r</i>	0,555
	<i>p</i>	<0,001
19. İntihar düşüncelerinden uzaklaştırmak için aktiviteler (ev işleri ve egzersiz) düzenlerim.	<i>r</i>	0,556
	<i>p</i>	<0,001

Tablo 15. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Madde Analiz Sonuçları

İBYÖ- 19 Madde	Madde	Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Test Korelasyonları	Madde Çıkarıldıktan Sonra Cronbach Alpha
Cronbach Alfa=0,783 Madde sayısı=19 $\bar{x}$ =79,15 n=147	M1	75,87	59,77	0,215	0,788
	M2	76,27	59,24	0,238	0,786
	M3	74,53	61,34	0,480	0,767
	M4	76,12	61,34	0,206	0,801
	M5	75,85	67,34	0,186	0,849
	M6	74,60	59,96	0,603	0,764
	M7	74,46	63,01	0,635	0,771
	M8	74,61	63,16	0,490	0,773
	M9	74,91	59,93	0,531	0,762
	M10	74,63	61,39	0,628	0,765
	M11	74,59	60,91	0,702	0,762
	M12	74,60	61,76	0,708	0,766
	M13	74,60	59,78	0,750	0,759
	M14	75,11	59,01	0,390	0,778
	M15	74,91	56,73	0,631	0,754
	M16	75,06	61,16	0,311	0,777
	M17	74,42	64,46	0,348	0,780
	M18	74,42	61,67	0,499	0,767
	M19	75,15	59,46	0,431	0,771

Tablo 15’te, İBYÖ maddeleri için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları ve madde çıktıktan sonraki cronbach alpha güvenirlik katsayıları görülmektedir ve her bir maddenin ölçme gücü incelenmiştir. Buna göre, 3. ve 6.- 19. aralığındaki maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının “0,30”un üzerinde olduğu, 1., 2. ve 4. maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayılarının “0,20 ile 0,24” arasında olduğu ancak bu üç maddenin ölçekten çıkarıldığında cronbach alfa güvenirlik katsayısının testin güvenirliğini önemli ölçüde değiştirmedeği; her bir maddenin testin güvenirliğine katkısının olumlu ve benzer yönde olduğu gözlenmiştir. Ancak 5. Maddenin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,19 olduğu ve madde çıkarıldığında cronbach alfa güvenirlik katsayısının testin güvenirliğini önemli ölçüde etkilediği gözlemlenmiştir.

5. TARTIŞMA

İntihar, tüm dünyada hızla artmakta olan bir toplum sağlığı sorunudur (24) ve erken dönemde müdahale hayat kurtarıcı olabilmektedir (11). İntiharı önlemeye yönelik müdahalelerin en önemlilerinden biri, aile üyelerinin intihar düşüncesi olan ya da girişiminde bulunan bireylere yönelik bakım davranışları ve bu konudaki farkındalığıdır (11, 12). Bu farkındalık bireylerde riskli davranışların erken dönemde belirlenmesi, koruyucu önlemlerin alınması ve riskin ortadan kaldırılması açısından gereklidir (13, 14). Bu nedenle aile üyelerinin intihar düşüncesi olan ya da girişiminde bulunan bireylere yönelik bakım davranışlarının tanımlanması önemlidir. Bu bağlamda araştırma, intihar eğilimi bireylere bakım verenlerin bakım yeterliliğini değerlendirmek amacıyla Sun ve ark. (108) tarafından geliştirilen “*İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin (Suicide Caring Competence Scale)*” Türkçe geçerliği ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Türkiye’de bu amaçla kullanılabilecek geçerlik ve güvenirliği yapılmış bir ölçek bulunmamaktadır. Ölçeğin, bakım verenlerin bakım yeterliğinin belirlenmesinin, üçüncül intiharı önleme müdahale çalışmaları kapsamında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu bölümde çalışma bulguları, “İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği’nin Geçerlik Değerlendirilmesi” ve “İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği’nin Güvenirlik Değerlendirilmesi” olmak üzere iki başlıkta ele alınmıştır.

5.1. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği’nin Geçerlik Değerlendirilmesi

5.1.1. Dil Geçerliği

Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarının en önemli adımlarından biri dil geçerliliğini sağlamaktır. Hem ruh sağlığı hem de hemşirelik alanında uzmanlaştığı için İngilizce’den Türkçe’ye çeviri aşamasında bağımsız beş (5) psikiyatri hemşireliği öğretim üyesine; Türkçe’den İngilizce’ye çeviri için her iki dile hakim ve İngilizce alanında uzmanlaşmış, İngiliz Dili ve Edebiyatından mezun bir İngilizce Öğretmenine; en son olarak tekrar İngilizce’den Türkçe’ye çevirisinin yapılması için iki psikiyatri hemşireliği öğretim üyesine gönderilmiştir. Uzmanlardan gelen çeviriler sonucunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltme ve düzenlemeler yapılarak ölçeğin dil geçerliği sağlanmıştır (Ek 8).

5.1.2. Kapsam Geçerliği

Bu çalışmada toplamda 11 uzman (yedi (7) Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi, iki (2) Psikiyatrist, bir (1) Psikolog, bir /1) Sosyolog) ile çalışılmıştır. Kapsam geçerliliği indeksi değerlerinin 0,80 ve üzeri olması gerekmektedir (124). İBYÖ maddelerinin kapsam geçerlik indekslerine bakıldığında 18 maddenin KGİ değeri 0,80'inin üzerinde bulunmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlemeler yapılarak kapsam geçerliği sağlanmıştır.

5.1.3. Yüzey ve Görünüm Geçerliği

Literatür doğrultusunda, İBYÖ maddeleri araştırmacı, uzmanlar ve tez danışmanı tarafından değerlendirilmiş ve uygun olduğuna karar verilerek değişiklik yapılmamıştır.

İntihar girişimi nedeniyle klinikte yatmakta olan ve araştırma örneklemini dışındaki 14 bakım veren ile pilot çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın sonunda alınan geri bildirimler doğrultusunda ölçeğin uygun ve yeterli açıklıkta olduğuna karar verilmiş ve herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

5.1.4. Yapı Geçerliği

Faktör Analizi

Faktör analizinin ilk aşamasında örneklem sayısının yeterliliğini değerlendirebilmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Testi yapılmaktadır (129). KMO değerinin 0,50'den büyük olması ve Bartlett Testinin anlamlı olması ($p < 0,05$) gerekmektedir (113). Bu alışmada $KMO = 0,77$ ve Bartlett Testi (Ki kare) = 2052,00 ($p < 0,001$) bulunmuştur. Veriler değerlendirildiğinde KMO değeri 0,70-0,79 aralığında olduğu için örneklemin faktör analizi için iyi düzeyde olduğu (113); Bartlett sınaması anlamlı düzeyde olduğu, değerkenler oluşturduğu matrisin anlamlı olduğu görölmüştür (134). Buna göre, İBYÖ için faktör analizi yapılabileceği ve örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu saptanmıştır.

Sun ve ark. (2014) tarafından yapılan orijinal ölçeğin faktör yüklerinin 0,46-0,97 arasında olduğu görölmüştür (108). Bu çalışmada ise ölçeğin faktör yükleri 0,50-0,91 arasında değerismektedir. Bu ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri kabul edilebilir değerlerdedir.

İBYÖ 'nün model-veri uyumunu değerlendirmek için AFA ve DFA yapılmıştır. AFA değişkenlerin hangi faktörler altında toplandığı, değişkenlerin faktör yükü, faktörlerin açıkladığı varyans oranı ve öz değer ölçütlerine bakılarak yorumlanmaktadır (136). Ölçekte maddeleri, hangi faktör altında yüksek yüke sahipse o alt boyutta olmasına karar verilir (113). İBYÖ orijinal formunda beş alt boyutta (proaktif önleme, günlük yaşamı destekleme, profesyonel kaynaklardan yardım arama, meslekten olmayan kişilerden yardım arama, dini kaynaklardan yardım arama) oluşmaktadır (36). İBYÖ Türkçe uyarlama çalışması sonucunda çıkan faktör yüklerine bakıldığında, orijinalinden farklı olarak altı (6) alt boyut ortaya çıkmıştır.

Altıncı faktör tek maddeden (5. Madde= *İntihar girişimini önlemek için intiharı önlemeye yönelik kaynaklardan (kitaplar veya internet) yararlanırım*) oluşmuş olup; faktör yükü 0,30'un altında kalmıştır ve belirgin bir şekilde hiçbir faktörde yüksek yüklenmediği görülmüştür. Literatürde bir faktörün en az iki maddeden oluşması ve faktör yükünün 0,30'un üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (113). Bu nedenle 5. Madde çıkarılmıştır, ölçek 18 maddeden oluşmuştur. Madde çıkarıldıktan sonra, ölçeğin orijinali ile uyumlu olarak beş (5) alt boyut oluşmuştur. Fakat alt boyutların madde dağılımı, ölçeğin orijinal madde dağılımından farklı bulunmuştur. Literatürde kültürel ve dil farklılıkları sebebi ile maddelerin farklı alt boyutlara dağılabileceği (135); alt boyutlara verilen isimlerin maddelerin ortak özellikleri, kuramsal alt yapı ve yüksek faktör olan maddelerin ifade ettikleri anlama göre isimlendirildiği belirtilmektedir (113). Buna göre İBYÖ Türkçe uyarlama sürecinin bir parçası olarak alt faktörler maddelerin ortak özellikleri dikkate alınarak ve orijinal ölçek ifadeleri de göz önünde bulundurularak adlandırılmıştır:

Faktör 1: “Proaktif Önleme” (6., 7., 9., 10., 11., 12., 16. madde)

Faktör 2: “Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama” (3., 5., 17. madde)

Faktör 3: “Günlük Yaşamı Destekleme” (8., 13., 14., 18. madde)

Faktör 4: “Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama” (1., 2. madde)

Faktör 5: “Dini Kaynaklardan Yardım Arama” (4., 15. madde)

Açıklayıcı faktör analizine göre değişkenlerin faktör yükü, bir maddenin ilgili madde ile korelasyonunu göstermektedir. Değerlendirmede 0,32-0,50 düşük düzeyde ilişki, 0,50-0,60 iyi düzeyde ilişki, 0,60-0,70 yüksek düzeyde ilişki, 0,70 ve üzeri mükemmel düzeyde ilişki şeklinde yorumlanmaktadır (134). Çalışmada İBYÖ'nün on sekiz (18) madde ve beş alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Alt boyutların faktör yüklerinin sırasıyla; 0,50-0,84; 0,77-0,91; 0,62-0,84; 0,84-0,87; 0,73-0,85 olduğu görülmüştür. Buna göre İBYÖ maddelerinin ilgili alt boyut ile ilişkisinin iyi ve mükemmel düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Açıklayıcı faktör analizine göre açıklanan varyans oranı, her bir faktörün açıkladıkları varyans miktarını göstermektedir. Elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse ölçeğin o kadar güçlü olduğu; öz değerler yükseldikçe faktörün açıkladığı varyans oranının da yükseldiği belirtilmektedir (113). Açıklanan toplam varyansın en az %50-60 olması beklenmektedir (113, 136). Bu çalışmanın toplam açıklanan varyans oranı %76 olarak saptanmıştır. Bu değer, modeldeki faktörlerin toplam varyansın büyük bir kısmını açıkladığını ve faktörlerin iyi tanımlandığını göstermektedir (136).

DFA, AFA ile belirlenen modelin test edilmesidir ve modelin uyum indeksi düzeyi değerlendirilir (133). Bu değerlendirmede kabul edilebilir uyum değerleri için Chi-square/df değerinin $\leq 5,00$; CFI değerinin $\geq 0,90$; RMSEA değerinin $\leq 0,08$ ve TLI değerinin $\geq 0,90$ olması gerekmektedir (137). İBYÖ değerleri incelendiğinde, $\chi^2/df= 4,11$, CFI=0,90, TLI=0,93; RMSEA=0,08 olduğu saptanmıştır. Buna göre İBYÖ uyum indeksinin kabul edilebilir düzeyde olduğu ve ölçeğin yapısının doğrulandığı belirlenmiştir.

Bilinen Grup Karşılaştırılması

Bilinen grup karşılaştırılması, ölçülmesi amaçlanan değişkenler bakımından aralarında fark olduğu düşünülen gruplara ölçeğin uygulanarak puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesidir (113). Çalışmada bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre İBYÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmış; bakım verenlerin yaş, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi algıları, ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi alma durumu, yakınlık derecesi, hastalarının intihar girişimi sayısına göre İBYÖ'nün farklı alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Buna göre İBYÖ'nün bilinen grup karşılaştırılmasında bilinen grupları ayırt edebildiği belirlenmiştir.

5.2. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Güvenirlik Değerlendirilmesi

5.2.1. Değişmezlik (Test-Tekrar Test) Analizi Sonuçları

Ölçeğin orijinal çalışmasında test- tekrar test uygulaması 2-4 hafta arayla 165 örneklemden 56'sına (%34); bu çalışmada ise 147 örneklemden 50'sine (%34) uygulanmıştır. Verilerin analizinde Pearson korelasyon analizi ve eşleştirilmiş örneklem t testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinden elde edilen korelasyon katsayısı (r) değerinin 0,70'in üzerinde olması (+1'e yaklaştıkça mükemmel korelasyon, -1'e yaklaştıkça mükemmel negatif korelasyon) ve p değerinin 0,05'ten küçük olması beklenmektedir (129). İBYÖ korelasyon analizinde $r=0,99$ ve $p<0,001$ olduğu saptanmıştır. Korelasyon analizi sonucuna bakıldığında, bakım verenlerle yapılan detaylı veri toplama sürecinden kaynaklı olarak, ölçeği içselleştirmiş olabilecekleri söylenebilir. Buna göre İBYÖ'den elde edilen sonuçların zaman içinde son derece tutarlı olduğu, değişmediği ve ölçüm hatalarının minimal düzeyde olduğu belirlenmiştir (122, 129).

Ayrıca yapılan eşleştirilmiş örneklem t testi sonucunda iki uygulaması arasında anlamlı bir fark olmaması, testin tutarlı olduğunu ve tekrar uygulandığında benzer sonuçlar verdiğini göstermektedir (122, 129). İBYÖ için eşleştirilmiş örneklem t testi sonucunda $p=0,392$ ($p>0,05$) olduğu, iki ölçüm arasında anlamlı farklılık olmadığı, sonuçların tutarlı ve güvenilir olduğu doğrulanmıştır.

5.2.2. İç tutarlılık (Cronbach Alpha) Güvenirlik Analizi Sonuçları

Çalışmada iç tutarlılık için Cronbach Alpha Katsayısı ve Madde Toplam Puan Güvenirliği kullanılmıştır.

Cronbach alpha güvenirlik katsayısı $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ ölçek güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha \leq 0,59$ ölçeğin güvenirliği düşük, $0,60 \leq \alpha \leq 0,79$ ölçek oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ yüksek derecede güvenilir şeklinde değerlendirilir (138). İBYÖ toplam ve alt boyutları güvenirlik katsayısı incelendiğinde toplam İBYÖ $\alpha=0,85$ ve alt boyutların sırasıyla $\alpha=0,89$; $\alpha=0,87$; $\alpha=0,80$; $\alpha=0,80$; $\alpha=0,70$ olduğu saptanmıştır. Buna göre iç tutarlılık güvenirlik analizine sonucunda, İBYÖ'nün güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Madde Toplam Puan Güvenirliği, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanını arasındaki ilişki incelemektedir. Madde seçiminde korelasyon katsayısının 0,25 (0,20) değeriinden büyük olması beklenir (138). Buna göre İBYÖ'deki tüm maddelerin, ölçek bütünü ile yüksek korelasyon gösterdiği; her bir maddenin ölçülmek istenen özelliği benzer şekilde ölçtüğu söylenebilir.

İBYÖ'nün madde çıkarıldıktan sonra Cronbach Alpha değerieleri incelendiğinde; düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon katsayıları incelendiğinde 18 maddenin ölçekten çıkarılması halinde cronbach alfa güvenirlilik katsayısının testin güvenirliliğini önemli ölçüde arttırmadığı ve bu nedenle her bir maddenin testin güvenirliliğine katkısının olumlu ve benzer yönde olduğu görülmektedir. Ancak 5. maddenin tek faktör altında yer almasının yanı sıra, ölçekten çıkarılması durumunda cronbach alfa güvenirlilik katsayısının önemli ölçüde yükselmesi nedeniyle 5. madde ölçekten çıkarılmıştır.

Sonuç olarak iç tutarlılık güvenirlilik analizi sonucuna göre, ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

5.3. Araştırmacının Uygulama Deneyimleri

Araştırma verileri, araştırmacının intihar girişiminde bulunmuş hastaların bakım veren 147 aile üyesi ile yüz yüze ya da telefon aracılığıyla yaptığı görüşmelerde, bire bir soru cevap şeklinde elde edilmiştir. Verilerin bu şekilde elde edilmiş olması; verilerin eksiksiz ve doğru bir şekilde toplanmasına olanak sağladığı, araştırmacının veri setinin kalitesini kontrol etme fırsatı sağladığı, veri gizliliği ve güvenirliliğini artırdığı için (139) araştırmanın güçlü bir yanıdır.

Diğer taraftan bakım verenlerle yapılan bire bir görüşmeler, bakım verenlere konu ile ilgili bir profesyonel ile (araştırmacı) konuşabilme imkanı sunmuş, bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için bir alan oluşturmuştur. Bakım verenler görüşme sırasında ve sonrasında şunları ifade etmişlerdir;

- Ölçeği doldururken gözden geçirmeleri gereken konular olduğunu ve bilgi eksiklerini fark ettiklerini,
- Birilerinin onları bakıma dahil ediyor ve onlarla ilgileniyor olmasının '*derin bir nefes almış gibi*' hissettirdiğini,

- İntihar riski olan bireye nasıl yaklaşımları gerektiklerini bilmediklerini ve bu yüzden kötü hissettiklerini,
- Özellikle anneler, intihar girişiminde bulunan erkek çocuklarına bakım verirken zorlandıklarını, çaresiz ve güçsüz hissettiklerini,
- İntihar girişiminde bulunan yakınları için ‘‘*Bana bir şey olursa ona kim bakacak, kim ilgilenecek?*’’ diyerek endişe duyduklarını,
- İBYÖ’nün ilk iki maddesi olan ‘*İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim*’ ve ‘*İntihar girişimini önlemek için komşulardan ve arkadaşlardan yardım isterim*’ maddelerine katılmıyorum demek zorunda kaldıklarını çünkü yaşadıkları damgalamadan ötürü kimsenin onlara yardım etmek istemediğini ve onlarla görüşmediklerini,
- Bazıları ise hastasının intihar riskini inkar ederek; bakım verdiği bireyin intiharı düşünse de ‘‘gerçekleştirmeyeceğine’’ emin olduğunu ifade etmişlerdir. Bu son ifadeye göre bazı bakım verenlerin intihar riskini hala inkar ettiği düşünülebilir.
- Ayrıca araştırmanın güvenilirlik çalışmaları kapsamında yapılan ikinci görüşme sürecinde hastane kontrollerine gitmek istemeyen hastalar ile de bire bir görüşmeler yapılarak, sağlık kuruluşlarına yönlendirilmeleri sağlanmıştır.

Genel olarak görüşmeler değerlendirildiğinde, bakım verenler sıklıkla öfke, hayal kırıklığı, çaresizlik, üzüntü, korku, endişe ve yetersizlik gibi duygular hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bakım verenlere duygularını ifade etme fırsatı sunması, araştırmanın gerekliliğini ortaya koymakta ve araştırmayı güçlü kılmaktadır.

Ayrıca intihar riski olan hastaların sistemde tanımlanmamış olması nedeniyle intihar riski olan hastaların sistemde tanımlanmadığı fark edilmiş ve hemşireler için bu konuda farkındalık oluşturulmuştur.

İntihar riski olan bireyler incinebilir hassas grupta yer alan bireyler olduğu için, hastanelerden kurum izni alma konusunda güçlükler yaşanmıştır. Dört ayrı kuruma başvurulmuş, bir kurum araştırma konusu nedeniyle, bir kurum farklı nedenle ile izin vermemiştir. Kurum izni alma süreci 8-15 ay arasında sürmüştür.

Araştırma örnekleminde daha fazla bakım verene ulaşabilmek için İstanbul ve İzmir’deki hastanelerden kurum izinleri alınmış, iki ayrı büyükşehirde veriler toplanmıştır. Bu nedenle süreci yönetmek güç olmuştur.

Veri elde etmek için yapılacak telefon görüşmelerinde, bakım verenlerin telefon numaraları, hastane hasta kayıt sisteminden elde edilmiştir. Ancak sistemde kayıtlı olan pek çok telefon numaranın geçersiz ve yanlış olduğu ya da numaranın kullanılmadığı saptanmıştır. Bu nedenle bazı hasta yakınlarına ulaşamaması veri kaybına neden olmuştur.

Veri elde etmek için yapılan telefon görüşmelerinde anket doldurma süresi ortalama 15-20 dakikadır. Ancak bazı bakım verenlerin kişisel paylaşımları doğrultusunda veri toplama süreci 90 dakikaya kadar uzamış, veri toplamak için daha fazla süreye ihtiyaç duyulmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Sonuçlar

Bakım verenlerin yaş ortalaması $46,85 \pm 12,20$ 'dır. %58,5'inin kadın, %68'inin evli, %95'inin büyükşehirde yaşadığı, %45,6'sının ilköğretim mezunu, %55,1'inin çalışmakta olduğu, %55,1 gelir düzeyini orta düzeyde algıladıkları saptanmıştır.

İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin Geçerlik Çalışmalarına İlişkin Sonuçlar

- Dil geçerliği ile Türkçe'ye çevirisi yapılmış, ölçek son şeklini almıştır.
- Kapsam geçerliği kapsamında İBYÖ'deki her maddenin amacına uygunluğunu, amacını temsil etme derecesini belirlemek amacıyla Davis tekniği kullanılmış; ölçek maddelerinin KGI değeri 0,80'nin üzerinde olduğu belirlenmiş ve kapsam geçerliği sağlanmıştır.
- Yüzey ve görünüm geçerliği kapsamında, ölçekteki ifadelerin okunurluğu, anlaşılabilirliği, uzunluğu, açıklığı ve netliği açısından uygun olduğu ifade edilmiş ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.
- Yapı geçerliği kapsamında, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için iyi düzeyde ve uygun olduğu saptanmıştır (KMO=0,77; Bartlett Testi=2052,004; $p=0,001$).

AFA sonuçlarına göre ölçeğin madde sayısı 18 olarak belirlenmiş, beş faktörlü yapı doğrulanmıştır. Ölçek alt boyutları "*Proaktif Önleme, Profesyonel Kaynaklardan Yardım Arama, Günlük Yaşamı Destekleme, Sağlık Çalışanı Dışındaki Kaynaklardan Yardım Arama, Dini Kaynaklardan Yardım Arama*" olarak orijinal ölçeğe benzer şekilde isimlendirilmiştir. İBYÖ maddelerinin faktör yüklerinin 0,50-0,91 arasında değiştiği görülmektedir. Buna göre İBYÖ maddelerinin ilgili alt boyut ile ilişkisinin iyi ve mükemmel düzeyde olduğu belirlenmiştir. Toplam Açıklanan Varyans Oranı %76,38'dir.

DFA sonuçlarına göre yapı geçerliliği sağlanmış; ölçeğin uyum indeksi değerlerinin “*kabul edilebilir düzeyde*” olduğu ve ölçeğin bilinen grupları ayırt edebildiği saptanmıştır.

Buna göre İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin Türk örnekleminde geçerli olduğu saptanmıştır. Araştırmanın “ **H_1** = *İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Türk örnekleminde geçerlidir*” hipotezi doğrulanmıştır.

İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin Güvenirlik Çalışmalarına İlişkin

Sonuçlar

- Güvenirlik çalışması kapsamında yapılan test-tekrar test korelasyon analizi ($r=0,91$; $p=0,000$) ve test-tekrar test puanları karşılaştırılması ($t=0,019$; $p=0,985$) sonucunda; ölçek sonuçlarının zaman aralığında değişmediği ve güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır.
- Güvenirlik çalışması kapsamında yapılan iç tutarlılığı analizinde, İBYÖ toplam ve alt boyutları Cronbach alpha güvenirlilik katsayısı incelendiğinde toplam İBYÖ $\alpha=0,85$ ve alt boyutların $\alpha=0,89$; $\alpha=0,87$; $\alpha=0,80$; $\alpha=0,80$; $\alpha=0,70$ olduğu saptanmıştır. Buna göre iç tutarlılık güvenirlilik analizine sonucunda, İBYÖ’nün yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

Buna göre İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeğinin Türk örnekleminde güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın “ **H_2** = *İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Türk örnekleminde güvenilir*” hipotezi doğrulanmıştır.

Sonuç olarak, İBYÖ 18 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan min=18 max=90 aralığındadır. Ölçekten alınan toplam puan ve alt boyut puanları arttıkça bakım verenlerin bakım yeterliliğinin arttığı şeklinde değerlendirilir.

İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Türkiye’de, intihar riski bulunan yakınlarına bakım verenlerin bakım yeterliliğini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır.

6.2. Öneriler

- Ölçeğin intihar eğilimi olan bireye doğrudan bakım veren 18 yaş üstü bireylerde kullanılması önerilir.
- İBYÖ intiharı önlemeye yönelik müdahale çalışmaları kapsamında;
İntihar riski bulunan bireylerin ailelerine yönelik, riskleri belirleme ve önleme kapsamında gerçekleştirilen eğitimlerin öncesi ve sonrasında eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılacak çalışmalarda,
İntihar riski bulunan bireylere bakım veren hemşirelerin psikososyal bakım ve eğitim becerilerini geliştirmeye yönelik yapılacak çalışmalarda,
İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakım verenlerinin bakım verme becerileri ile ilgili ilişkisel çalışmalarda (duygusal yükleri, etkileyen faktörler vb.) kullanılabilir.
- İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakım verenleri ile nitel araştırma yöntemi kullanılarak çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
2. Er G, Şimşek Z, Aker AT. İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği'nin (İGYTÖ) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013; 24:1-7.
3. Odağ C. İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları; 1995.
4. World Health Organization. Suicide. [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2023. TÜİK Kurumsal. [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://t.ly/6QGh8>
6. National Action Alliance for Suicide Prevention. National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action. The Action Alliance. [Internet]. 2012 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://theactionalliance.org/our-strategy/national-strateg/2012-national-strategy>
7. U.S. Department of Health and Human Services. National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action (Publication No. SMA12-4669). HHS. [Internet]. 2012 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/national-strategy-suicide-prevention.pdf>
8. World Health Organization. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries (WHO Publication No. 9789240026629). WHO. [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf?sequence=1>
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023). [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 21]. Available from:

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Ruh_Sagligi_Db/yayinlarimiz/URSEP_Baski.pdf

10. Psikiyatri Derneği. İntihar girişimlerine müdahale ve intiharı önleme stratejileri. Psikiyatri Derneği. [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://psikiyatri.org.tr/3543/intihar-girisimlerine-mudahale-ve-intihari-onleme-stratejileri>
11. Le Moal V, Lemey C, Walter M, et al. Toward Involvement of Caregivers in Suicide Prevention Strategies; Ethical Issues and Perspectives. *Front Psychol*. 2018 Dec 18;9:10-2.
12. Arbuthnott AE, Lewis SP. Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Sep 28; 9:35.
13. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Cien Saude Colet*. 2018 Nov;23(11):3767-3777.
14. Betz ME, Brooks-Russell A, Brandspigel S, et al. Counseling Suicidal Patients About Access to Lethal Means: Attitudes of Emergency Nurse Leaders. *J Emerg Nurs*. 2018 Sep;44(5):499-504.
15. Sun F, Long A, Huang X, Huang H. Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. *J Adv Nurs*. 2007;62(1):53-61.
16. Sun F, Long A. Theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *J Clin Nurs*. 2008; 17:1939-48.
17. Byrne S, Morgan S, Fitzpatrick C, Boylan C, Crowley S, Gahan H, et al. Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2008; 13:493-504.
18. Duran S, Gürhan N. Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *FÜ Sağ Bilimleri Tıp Dergisi*. 2012;26(1):39-44.
19. Randell BP, Wang W, Herting JR, et al. Family factors predicting categories of suicide risk. *J Child Fam Stud*. 2006;15(3):255-70.

20. Thakur V, Nagarajan P, Rajkumar RP. Coping and Burden among Caregivers of Patients with Major Mental Illness. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2022; 38(1):p 63-68
21. Zincir S, Sünbül M, Zincir S, Sünbül EA, Oguz M, Cengiz FF, Durmuş E, Kıvrak T, Sarı İ. Burden and depressive symptoms associated with adult-child caregiving for individuals with heart failure. *Sci World J*. 2014;2014:1-6.
22. Tel Aydın H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü Ve Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*. 2012; 13(3): 87 - 92.
23. Brannan A.M., Manteuffel B., Wayne Holden E., Heflinger C.A. Use of the Family Resource Scale in Children's Mental Health: Reliability and Validity Among Economically Diverse Samples. *Adm. Policy Ment. Health*. 2006; 33:182–197
24. Ronald W. Marris VD. The American Association of Suicidology Comprehensive Textbook of Suicidology. New York: The Guilford Press; 2000. p. 53.
25. Dölger HE, Yemişçigil A, Karali H, ve ark. İntihar Sonucu Ölüm Olgularının Retrospektif İncelenmesi. *Adli Tıp Derg*. 1991; 7:115-8.
26. Séguin M. Review of Suicide risk management: A manual for health professionals, second edition. Chehil S, Kutcher S. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2012;53(3):255-7.
27. Devrimci Özgüven H, Hoşgören Alıcı Y. İntihar Önleme. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2016;9(3).
28. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 8]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf;jsessionid=223F5E991F0B8E858FE4DA5497F25441?sequence=8
29. Sun FK, Long A, Boore J, et al. Suicide: A Literature Review And Its Implications For Nursing Practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005; 12:447-55.

30. Buila S, Swanke J. Patient-centered mental health care: Encouraging caregiver participation. *Care Management Journals*. 2010;11(3):146-50.
31. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, et al. Self-immolation a predictable methods of suicide: A comparison study of warning sign for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns*. 2011;37(8):1419-26.
32. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk: recommendation and rationale. *Ann Intern Med*. 2004 May 18;140(10):820-1.
33. Pavitra KS, Kalmane S, Kumar A, et al. Family matters! - The caregivers' perspective of Mental Healthcare Act 2017. *Indian J Psychiatry*. 2019 Apr;61(4)
34. Thapa P, Lama S, Pradhan N, Thapa K, Kumar R, Basnet M. Attitude Towards Suicide among Caregivers of Patients Admitted with Suicide Attempt to a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2021 Apr 30;59(236):374-9.
35. Türk Dil Kurumu. Sözlük. [Internet]. [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.
36. American Psychological Association. Suicide. *APA Dictionary of Psychology*. [Internet]. [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://dictionary.apa.org/suicide>.
37. Güler A. Yaşlılık ve intihar. 2017; 55:181-93.
38. Obuobi-Donkor G, Nkire N, Agyapong VIO. Prevalence of Major Depressive Disorder and Correlates of Thoughts of Death, Suicidal Behaviour, and Death by Suicide in the Geriatric Population-A General Review of Literature. *Behav Sci (Basel)*. 2021 Oct 21;11(11):142. doi:10.3390/bs11110142.
39. Aslan M, Hocaoglu Ç. Yaşlılarda İntihar Davranışı [Suicidal behavior in elderly]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(3):294-309.
40. Pickering WSF, Walford G. Durkheim's Suicide: A Century of Research and Debate. London: Routledge; 2000.
41. Ritzer G, Goodman DJ. *Sociological theory*. 6th ed. New York: McGraw Hill; 2004.

42. Moore MD. Durkheim's Types Of Suicide And Social Capital: A Cross-National Comparison Of 53 Countries. *International Social Science Journal*. 2016; 66:151-61.
43. Ritzer G. *Sociological Theory*. 3. Baskı. Çev: Arıcan Ü. 1992.
44. O'Rourke MC, Jamil RT, Siddiqui W. Suicide Screening and Prevention. *StatPearls*; 2022.
45. Peach L, Reddick TL. Counselors Can Make A Difference in Preventing Adolescent Suicide. *Sch Couns*. 1991; 39:107-10.
46. Palabıyıkoglu R. İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi. *Kriz Dergisi*. 1993;1(2):0-0.
47. Arango V, Undervvood MD, Gubbi AV, et al. Localized Alterations in Pre and Postsynaptic Serotonin Binding Sites in the Ventrolateral Prefrontal Cortex of Suicide Victims. *Brain Res*. 1995;688:121-33.
48. Mann JJ, Huang YY, Underwood MD, et al. A Serotonin Transporter Gene Promoter Polymorphism (5-HTTLPR) and Prefrontal Cortical Binding in Major Depression and Suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:729-38.
49. Muldoon MF, 'tossouv v JE, Manuck SB, et al. Low or Lowered Cholesterol and Risk of Death From Suicide and Trauma. *Metabolism*. 1993; 42:45-56.
50. Ordway GA. Pathophysiology of the locus coeruleus in suicide. *Ann N Y Acad Sci*. 1997 Dec 29;836:233-52.
51. McLean J, Platt S, Harris F, et al. Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review. *Health and Community Care*. 2008;6-11.
52. Gençtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal dışı Davranışlar. *Maya Yayınları*; Ankara: 1984. p.110:175-9.
53. Durkheim E. İntihar. 2. Baskı. Çev: Özer Ozankaya. Ankara: İmge Kitabevi; 1992. p.7.
54. Yalom ID. Nietzsche Ağladığında. Çev: Aysun Babacan. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2000. p.128-35.

55. Devrimci Özgüven H, Sercan M. İntiharı Anlama ve Müdahale Kitabı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019.
56. Freud S. Psikanalize Giriş Dersleri. Çev: Selçuk Budak. Ankara: Öteki Yayınevi; 1994.
57. Eskin M. İntiharda Bilişsel Davranışçı Sağaltım Yaklaşımları. Kriz Dergisi. 2007;15(2):15-35.
58. Bollen KA, Phillips DP. Imitative suicides: A national study of the effects of television news stories. *American Sociological Review*. 1982;47(6):802-9.
59. Phillips DP. The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *American Sociological Review*. 1974;39(3):340-54.
60. Gündoğan AO. Albert Camus ve Başkaldırma Felsefesi. 2. Baskı. İstanbul: Birey Yayıncılık; 1997.
61. Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, et al. Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(3):634-46. doi:10.1037/a0016500.
62. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575-600. doi:10.1037/a0018697.
63. Klonsky ED, Pachkowski MC, Shahnaz A, May AM. The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Prev Med*. 2021;152(Pt 1):106549.
64. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1754):20170268. doi:10.1098/rstb.2017.0268.
65. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*. 2011;32(6):295-8. doi:10.1027/0227-5910/a000120.
66. Bryan CJ, Rudd MD. Nonlinear change processes during psychotherapy characterize patients who have made multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;48(4):386-400.

67. Stone DM, Simon TR, Fowler KA, et al. Vital Signs: Trends in State Suicide Rates - United States, 1999-2016 and Circumstances Contributing to Suicide - 27 States, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Jun 8;67(22):617-24.
68. Doğan O, Özbek H. Özkıyım Girişimi Nedeniyle Yatırılan Hastaların Bazı Özellikleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1990; p.189-96. İzmir.
69. Aydın H, Battal S, Özşahin A, ve ark. İntihar Davranışının Sosyodemografik Özellikleri. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Serbest Bildiriler Kitabı. 1988; p.238-46. Ankara.
70. Adams DM, Overholser JC, Spirito A. Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. Can J Psychiatry. 1994; 39:43-8.
71. Robbins DR, Alessi NE. Depressive Symptoms and Suicidal Behavior in Adolescents. Am J Psychiatry. 1985;142(5):588-92.
72. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik Ajanlarla Yapılan İntihar Girişimlerinde Risk Etkenleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999; 9:4.
73. Tishler CL, McKenry PC, Morgan KC. Adolescent Suicide Attempts: Some Significant Factors. Suicide Life Threat Behav. 1981; 11:86-92.
74. Pillay AL, Wassenaar DR. Recent Stressors and Family Satisfaction in Suicidal Adolescents in South Africa. J Adolesc. 1997; 20:155-62.
75. Neehall J, Beharry N. Demographic and Clinical Features of Adolescent Parasuicides. West Indian Med J. 1994; 43:123-6.
76. Topbaş F. İşsizlik ve İntihar İlişkisi: 1975–2005 Var Analizi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2007; 13:161-2.
77. Kaya N. Neden İntihar Ediyorlar. İstanbul: Nesil Basım Yayın; 1999.
78. Burke M, González F, Baylis P, et al. Higher Temperatures Increase Suicide Rates in the United States and Mexico. Nature Clim Change. 2018; 8:723-9.
79. Ferrada-Noli M, Asberg M. Psychiatric Health, Ethnicity and Socioeconomic Factors Among Suicides in Stockholm. Psychol Rep. 1997; 81:323-32.

80. Ferrada-Noli M. A Cross-Cultural Breakdown of Swedish Suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 96:108-16.
81. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis.* 2004; 25:147-55.
82. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Suicide and Mental Disorders: Do We Know Enough? *Br J Psychiatry.* 2003;183:382-3.
83. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet.* 1993 Jul 31;342(8866):283-6.
84. Isometsä E, Sund R, et al. Post-discharge Suicides of Inpatients with Bipolar Disorder in Finland. *Bipolar Disord.* 2014;16(8):867-74.
85. Wand APF, Zhong B-L, Chiu HFK, et al. Covid-19: The Implications for Suicide in Older Adults. *Int Psychogeriatrics.* 2020:1-16.
86. Brent DA. Overrepresentation of Epileptics in a Consecutive Series of Suicide Attempters Seen at a Children's Hospital, 1978-1983. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1986;25:242-6.
87. Farrer LA. Suicide and Attempted Suicide in Huntington Disease: Implications for Preclinical Testing of Persons at Risk. *Am J Med Genet.* 1986;24:305-11.
88. Marzuk PM, Terney H, Tardiff K, et al. Increased Risk of Suicide in Persons with AIDS. *JAMA.* 1988;259:1333-7.
89. Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: The Turkish Version. *Psychol Rep.* 2003;93:1059-69.
90. Hooley JM, Franklin JC, Nock MK. Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18:435.
91. Eisenberg ME, Resnick MD. Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: the role of protective factors. *J Adolesc Health.* 2006;39(5):662-8. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.04.024.
92. Rutter PA, Freedenthal S, Osman A. Assessing protection from suicidal risk: psychometric properties of the Suicide Resilience Inventory. *Death Stud.* 2008;32(2):142-153. doi:10.1080/07481180701801295.

93. Osafo J, Asare-Doku W, Akotia CS. Exploring the role of religion in the recovery experiences of suicide attempt survivors in Ghana. *BMC Psychiatry*. 2023;23:219. doi:10.1186/s12888-023-04674-3.
94. Apaydın H, Özdemir Ş, Ünal AZ. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Bazı Değişkenlerle İntihar Girişimi İlişkisi. *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2016;(6):7-46.
95. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik Ajanlarla Yapılan İntihar Girişimlerinde Risk Etkenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999;9:4.
96. Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005;366:1471-1472.
97. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, et al. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2199-2205.
98. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:257-265.
99. Barnes LS, Ikeda RM, Kresnow M. Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;32:68-75.
100. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*. 2004;181:140-144.
101. Asare-Doku W, Osafo J, Akotia CS. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: A qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2017;17:178.
102. Morgan S, Rickard E, Noone M, et al. Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help - a psychosocial profile. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7:13. doi:10.1186/1753-2000-7-13.
103. Buus N. Adherence to anti-depressant medication: A medicine-taking career. *Soc Sci Med*. 2014;123:105-113. doi:10.1016/j.socscimed.2014.10.039.
104. Buus N, Caspersen J, Hansen R, et al. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *J Adv Nurs*. 2014;70:823-832. doi:10.1111/jan.12244.

105. McDonald G, O'Brien L, Jackson D. Guilt and Shame: Experiences Of Parents Of Self-Harming Adolescents. *J Child Health Care*. 2007;11:298-310.
doi:10.1177/1367493507080763.
106. Rose H, Cohen K, Kinney C. Mothers' Experiences Of Mental Health Services Following Their Children's Self-Harm. *Fam Sci*. 2011;2:196-202.
doi:10.1080/19424620.2011.628876.
107. Hjelmeland H, Akotia CS, Owens V, et al. Self-reported suicidal behavior and attitudes towards suicide and suicide prevention among psychology students in Ghana. *Uganda Norway Crisis*. 2008;29:20-31.
108. Sun FK, Chiang CY, Chen WJ, Wang RH, Huang HM, Lin HY. Development and psychometric testing of the Suicide Caring Competence Scale (SCCS) for family caregivers in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014 Aug;28(4):284-9.
doi:10.1016/j.apnu.2014.05.001. Epub 2014 May 17.
109. Talseth AG, Gilje F, Norberg A. Being Met—A Passageway To Hope For Relatives Of Patients At Risk Of Committing Suicide: A Phenomenological Hermeneutic Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2001;15:249-256.
doi:10.1053/apnu.2001.24811.
110. Sellin L, Asp M, Kumlin T, et al. To Be Present, Share And Nurture: A Lifeworld Phenomenological Study Of Relatives' Participation In The Suicidal Person's Recovery. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2017;12:1287985.
doi:10.1080/17482631.2017.1287985.
111. Lindgren BM, Aström S, Graneheim UH. Held to ransom: Parents Of Selfharming Adults Describe Their Lived Experience Of Professional Care And Caregivers. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2010;5:1-10.
doi:10.3402/qhw.v5i4.5199.
112. Hughes ND, Locock L, Simkin S, et al. Making sense of an unknown terrain: how parents understand self-harm in young people. *Qual Health Res*. 2017;27:215-225. doi:10.1177/1049732315623211.
113. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik Ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.

- 114.Rosner B. Fundamentals of Biostatistics, 6th edn. Toronto, Canada: Thomson, 2006.
- 115.Thorndike R, Christ T. Psikolojide Ve Eğitimde Ölçme Ve Değerlendirme. Ankara: Nobel Kitabevi; 2017.
- 116.Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(40):39-49.
- 117.Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-216.
- 118.Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing. 2018;26(3):199-210.
- 119.International Test Commission (ITC). Guidelines for translating and adapting tests. Int J Test. 2018;18(2):101-134. doi:10.1080/15305058.2017.1398166.
- 120.Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015;26(1):50-57.
- 121.Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. Paidéia. 2012;22(53):423-432.
- 122.Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Nobel yayınevi, 1. baskı, 2002.
- 123.Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2005; 28–30.
- 124.Taşkın Ç, Akat Ö. Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme. Bursa: Ekin Yayınevi, 2010, 2:16-26.
- 125.Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme- Güvenilirlik– Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(3):339–44.
- 126.Aktürk Z. Reliability and validity in medical research. Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi. 2012;39(2):316–9.

127. Altunışık R, Çoşkun R, Bayraktaroğlu S, ve ark. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Sakarya: Sakarya Yayıncılık; 2010.
128. Öncü H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. Ve Tic. Ltd. Şti.; 1994.
129. Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. In: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, editors. Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevileri; 2015. p. 193–234.
130. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003.
131. Gümüş B. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Kalite Matbası; 1977.
132. Atılgan H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Anıl yayıncılık, 2006, Bölüm 1-3:1-131.
133. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: Guilford Press; 2005. p. 154-186.
134. Gürbüz S, Şahin F. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017.
135. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). Using Multivariate Statistics (7th ed.). Pearson. Acar S, Savci S, Keskinoglu P, Akdeniz B, Gökçen N. Tampa Scale of Kinesiophobia for Heart Turkish Version Study: cross-cultural adaptation, exploratory factor analysis, and reliability. J Pain Res. 2016;9:445-451.
136. Karagöz Y. SPSS-AMOS-META applied statistical analysis. 2nd ed. Nobel Academic Publishing; 2019. p. 1043-44.
137. Acar S, Savci S, Keskinoglu P, Akdeniz B, Gökçen N. Tampa Scale of Kinesiophobia for Heart Turkish Version Study: cross-cultural adaptation, exploratory factor analysis, and reliability. J Pain Res. 2016;9:445-451.
138. Kalaycı, Ş. (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

139. Groves RM. Three eras of survey research. *Public Opinion Quarterly*.
2011;75(5):861-71.



EKLER

Ek 1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

1	Cinsiyet	☐ Kadın	☐ Erkek
2	Yaş		
3	Medeni durum	☐ Evli	☐ Bekar
4	Yaşadığı yer	☐ Büyükşehir	☐ İlçe
		☐ Kasaba	☐ Köy
5	Eğitim durumu	☐ Okuma-yazma Bilmiyor	☐ İlköğretim
		☐ Ortaöğretim	☐ Yükseköğretim
6	Çalışma durumu	☐ Çalışıyor	☐ Çalışmıyor
7	Gelir düzeyi algısı	☐ Düşük	☐ Orta
		☐ Yüksek	
8	Ruhsal hastalık tanısı alma durumu	☐ Var	☐ Yok
		Varsa belirtiniz:	
9	Tedavi alıp almama durumu	☐ Evet	☐ Hayır
10	Yaratıcı, üstün bir gücün varlığına inanma	☐ Var	☐ Yok
11	İntihar riski olan bireye yakınlık derecesi	☐ Anne	☐ Baba
		☐ Kardeş	☐ Çocuk
		☐ Eş	☐ Diğer
12	İntihar riski olan bireyin intihar girişimi öyküsü var ise, girişimi sayısı	 kez	
13	İntihar riski olan bireyin intihar girişimi öyküsü var ise, yöntemi (birden fazla işaretleyebilirsiniz)	☐ Ası ☐ Ateşli Silah Kullanma ☐ Yüksekten Atlama ☐ İlaç Kullanma ☐ Diğer:	

Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu (Google Form)

İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Bu araştırmanın amacı, intihar eğilimi olan yakınlarına bakım veren aile üyelerinin bakım yeterliliğini ölçmek amacıyla çalışmaya katılma konusunda gönüllü ve istekli olan bireyler ile İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

* Zorunlu soruyu belirtir

E-posta *

E-posta adresiniz

Araştırmanın içeriği ve amacı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün * soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- ☐ Evet, kabul ediyorum.
- ☐ Hayır, kabul etmiyorum.

Ek 3. Ölçek Kullanım İzni



Ek 4. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği Türkçe Çeviri Formu

İngilizce Orijinal Metin		Türkçe Çeviri
Strongly Disagree (1)		
Disagree(2)		
Undecided(3)		
Agree(4)		
Strongly Agree(5)		
1.	I will look for help from family members and relatives to prevent him/her from committing suicide.	
2.	I will look for help from neighbors and friends to prevent him/her from committing suicide.	
3.	I will look for help from medical professionals to prevent him/her from committing suicide.	
4.	I will look for help from religions resources to prevent him/her from committing suicide.	
5.	I will look for help from resources on suicide prevention (books or the internet) to prevent him/her from committing suicide.	
6.	I will help him/her go to the hospital punctually to prevent him/her from committing suicide.	
7.	I will help him/her take medicine on time to prevent him or her from committing suicide.	
8.	I will spend time to convey care to him/her to prevent him/her from committing suicide.	
9.	I will teach him or her how to address their problems to prevent him/her from committing suicide.	
10.	I will watch his/her behavior to observe the warning signs of suicide.	
11.	I will watch his/her emotions to observe the warning signs of suicide.	
12.	I will watch his/her face to observe the warning signs of suicide.	
13.	I will hear his/her spoken language to observe the warning signs of suicide.	
14.	I will hide dangerous items (knives and medicines) to prevent him/her from committing suicide.	
15.	I will keep watch on his/her whereabouts to prevent him/her from committing suicide.	
16.	I will enlighten him or her on religion to prevent him/her from committing suicide.	
17.	I will take him/her to the hospital immediately when he/she is at a high risk for suicide.	
18.	I will provide basic care for living (food, clothes, accommodation and transportation) to meet his/her needs.	
19.	I will arrange activities (housework and exercise) to transfer his/her suicidal ideas.	

Ek 5. Uzman Görüşü Formu

Maddeler		Dil/ İfade Uygunluğu			
		1	2	3	4
		Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Çok Uygun
	Strongly Disagree Kesinlikle Katılmıyorum				
	Disagree Katılmıyorum				
	Undecided Kararsızım				
	Agree Katılıyorum				
	Strongly Agree Kesinlikle Katılıyorum				
1	I will look for help from family members and relatives to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim.				
	Öneri:				
2	I will look for help from neighbors and friends to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için komşulardan ve arkadaşlardan yardım isterim.				
	Öneri:				
3	I will look for help from medical professionals to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için sağlık çalışanlarından yardım isterim.				
	Öneri:				
4	I will look for help from religions resources to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için dini kaynaklarından yardım isterim.				
	Öneri:				
5	I will look for help from resources on suicide prevention (books or the internet) to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için intiharı önlemeye yönelik kaynaklardan (kitaplar veya internet) yararlanırım.				
	Öneri:				
6	I will help him/her go to the hospital punctually to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için zamanında hastaneye gitmesine yardım ederim.				
	Öneri:				
7	I will help him/her take medicine on time to prevent him or her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için ilaçlarını zamanında almasına yardım ederim.				
	Öneri:				

Ek 5 (Devam). Uzman Görüşü Formu

8	I will spend time to convey care to him/her to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için alması gereken bakımı sağlamak amacıyla zaman ayırıyorum.				
	Öneri:				
9	I will teach him or her how to address their problems to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için sorunlarını nasıl çözebileceğini öğretirim.				
	Öneri:				
10	I will watch his/her behavior to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için davranışlarını izlerim.				
	Öneri:				
11	I will watch his/her emotions to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için duygularını izlerim.				
	Öneri:				
12	I will watch his/her face to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için yüz ifadesini izlerim.				
	Öneri:				
13	I will hear his/her spoken language to observe the warning signs of suicide. İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için konuştuklarına dikkat ederim.				
	Öneri:				
14	I will hide dangerous items (knives and medicines) to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için tehlikeli eşyaları (bıçaklar ve ilaçlar) saklarım.				
	Öneri:				
15	I will keep watch on his/her whereabouts to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için nereye gittiğine dikkat ederim.				
	Öneri:				
16	I will enlighten him or her on religion to prevent him/her from committing suicide. İntihar girişimini önlemek için onu dini konularda aydınlatırım.				
	Öneri:				
17	I will take him/her to the hospital immediately when he/she is at a high risk for suicide. İntihar riski yüksek olduğunda onu hemen hastaneye götürürüm.				
	Öneri:				
18	I will provide basic care for living (food, clothes, accommodation and transportation) to meet his/her needs. İhtiyaçlarını karşılamak için temel yaşam bakımını (yiyecek, giyecek, barınma ve ulaşım) sağlarım.				
	Öneri:				
19	I will arrange activities (housework and exercise) to transfer his/her suicidal ideas. İntihar düşüncelerinden uzaklaştırmak için aktiviteler (ev işleri ve egzersiz) düzenlerim.				
	Öneri:				

Ek 6. Etik Kurul İzni



Ek 6 (Devam). Etik Kurul İzni



Ek 7. Kurum İzni



Ek 7 (Devam). Kurum izni



Ek 8. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği- 19 Madde (Orijinal Form)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim.					
2	İntihar girişimini önlemek için komşulardan ve arkadaşlardan yardım isterim.					
3	İntihar girişimini önlemek için sağlık çalışanlarından yardım isterim.					
4	İntihar girişimini önlemek için dini kaynaklarından yardım isterim.					
5	İntihar girişimini önlemek için intiharı önlemeye yönelik kaynaklardan (kitaplar veya internet) yararlanırım.					
6	İntihar girişimini önlemek için zamanında hastaneye gitmesine yardım ederim.					
7	İntihar girişimini önlemek için ilaçlarını zamanında almasına yardım ederim.					
8	İntihar girişimini önlemek için alması gereken bakımı sağlamak amacıyla zaman ayırırım.					
9	İntihar girişimini önlemek için sorunlarını nasıl çözebileceğini öğretirim.					
10	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için davranışlarını izlerim.					
11	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için duygularını izlerim.					
12	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için yüz ifadesini izlerim.					
13	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için konuştuklarına dikkat ederim.					
14	İntihar girişimini önlemek için tehlikeli eşyaları (bıçaklar ve ilaçlar) saklarım.					
15	İntihar girişimini önlemek için nereye gittiğine dikkat ederim.					
16	İntihar girişimini önlemek için onu dini konularda aydınlatırım.					
17	İntihar riski yüksek olduğunda onu hemen hastaneye götürürüm.					
18	İhtiyaçlarını karşılamak için temel yaşam bakımını (yiyecek, giyecek, barınma ve ulaşım) sağlarım.					
19	İntihar düşüncelerinden uzaklaştırmak için aktiviteler (ev işleri ve egzersiz) düzenlerim.					

Ek 9. İntihar Bakım Yeterliliği Ölçeği- 18 Madde

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İntihar girişimini önlemek için aile üyelerinden ve akrabalarından yardım isterim.					
2	İntihar girişimini önlemek için komşulardan ve arkadaşlardan yardım isterim.					
3	İntihar girişimini önlemek için sağlık çalışanlarından yardım isterim.					
4	İntihar girişimini önlemek için dini kaynaklarından yardım isterim.					
5	İntihar girişimini önlemek için zamanında hastaneye gitmesine yardım ederim.					
6	İntihar girişimini önlemek için ilaçlarını zamanında almasına yardım ederim.					
7	İntihar girişimini önlemek için alması gereken bakımı sağlamak amacıyla zaman ayırırım.					
8	İntihar girişimini önlemek için sorunlarını nasıl çözebileceğini öğretirim.					
9	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için davranışlarını izlerim.					
10	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için duygularını izlerim.					
11	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için yüz ifadesini izlerim.					
12	İntiharın uyarıcı işaretlerini gözlemlemek için konuştuklarına dikkat ederim.					
13	İntihar girişimini önlemek için tehlikeli eşyaları (bıçaklar ve ilaçlar) saklarım.					
14	İntihar girişimini önlemek için nereye gittiğine dikkat ederim.					
15	İntihar girişimini önlemek için onu dini konularda aydınlatırım.					
16	İntihar riski yüksek olduğunda onu hemen hastaneye götürürüm.					
17	İhtiyaçlarını karşılamak için temel yaşam bakımını (yiyecek, giyecek, barınma ve ulaşım) sağlarım.					
18	İntihar düşüncelerinden uzaklaştırmak için aktiviteler (ev işleri ve egzersiz) düzenlerim.					

ÖZGEÇMİŞ

