



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ
VE İNTİHAR EDEN KİŞİLERE YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nur Sultan KARACA**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KESKİN**

**İSTANBUL
Mayıs 2023**



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ
VE İNTİHAR EDEN KİŞİLERE YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nur Sultan KARACA**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KESKİN**

**İSTANBUL
Mayıs 2023**



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nur Sultan KARACA tarafından hazırlanan *"Hemşirelik Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyleri ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30/05 /2023

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar KESKİN
Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Neslihan KESER ÖZCAN
İstanbul Üniversitesi / Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KENDİRKIRAN
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

(Enstitü Müdürünün Ünvanı, Adı, Soyadı)
Müdür

HEMŐİRELIK ÖĞRENCİLERİNİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE İNTİHAR EDEN KİŞİLERE YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

% 11

BENZERLİK ENDEKSİ

% 10

İNTERNET KAYNAKLARI

% 1

YAYINLAR

% 2

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 5
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	oka.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	% 1
7	www.hemarge.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1

30.05.2023

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Hemşirelik Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyleri ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ başlıklı bu çalışmayı başından sonuna kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Keskin’ in sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri ilgili laboratuvarında yaptığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Nur Sultan KARACA

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan ve fikirlerime önem vererek destek olan değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Keskin' e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve destekleri ile üzerimde emeği olan Sayın Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan' a,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip, sevgisini ve desteğini hep hissettiğim, bizleri koruyan kollayan çok kıymetli annem, babam ve abime,

Tez çalışmamın anket uygulama aşamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Haliç Üniversitesi Hemşirelik Bölümü değerli öğretim üyeleri ve öğrencilerine,

Teşekkür ederim. Sizlere sonsuz minnet ve şükranlarımı sunuyorum.

Mayıs, 2023

Nur Sultan KARACA

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ETİK BEYANI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. İntiharın Tanımı	4
2.2. İntiharın Tarihsel Süreci	5
2.3. İntihar ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	7
2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım	7
2.3.2. Toplum Bilimsel Yaklaşımlar	8
2.3.3. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı	9
2.3.4. Davranışçı Bilişsel Yaklaşımlar	9
2.3.5. Biyolojik Yaklaşımlar	10
2.3.6. Aile Sistem Yaklaşımı	11
2.4. İntiharın Epidemiyolojisi	12
2.5. İntiharın Risk Faktörleri	14
2.6. Damgalama (Stigmatizasyon)	17
2.6.1. Damgalamanın Tanımı	18
2.6.2. Damgalamanın Çeşitleri	19
2.6.3. Damgalamanın Bireyler Üzerindeki Etkileri	21
2.7. İntihara Yönelik Damgalama	22
2.8. İntiharı Önlemeye Yönelik Stratejiler	23
2.8.1. İntiharı Önlemede Hemşirenin Rolü	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	64
EKLER	80
ÖZGEÇMİŞ	94



KISALTMALAR

DSÖ	: ‘Dünya Sağlık Örgütü’
TDK	: ‘Türk Dil Kurumu’
WHO	: ‘World Health Organization’
TÜİK	: ‘Türkiye İstatistik Kurumu’
APA	: ‘American Psychiatric Association’
İBDÖ	: ‘İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği’
İYDÖ	: ‘İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği’
SPSS	: ‘Statistical Package for the Social Sciences’

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Kişisel Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	32
Tablo 4.2. Ailesel Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	33
Tablo 4.3. İntihar ve Profesyonel Destek Öyküsüne İlişkin Tanımlayıcı Özellikler	34
Tablo 4.4. Ölçüm Araçlarına İlişkin Ortalama Puanlar ve Normal Dağılım	35
Tablo 4.5. Ölçek Alt Boyutları Puan Farkları	36
Tablo 4.6. İBDÖ ve İYDÖ Arasındaki İlişki	37
Tablo 4.7. Tanımlayıcı Kişisel Özelliklere Göre İBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.8. Tanımlayıcı Ailesel Özelliklere Göre İBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.9. İntihar ve Profesyonel Destek Öyküsüne Göre İBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.10. Tanımlayıcı Kişisel Özelliklere Göre İYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.11. Tanımlayıcı Ailesel Özelliklere Göre İYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.12. İntihar ve Profesyonel Destek Öyküsüne Göre İYDÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	46

ÖZET

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ VE İNTİHAR EDEN KİŞİLERE YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışma “Hemşirelik Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyleri ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” amacıyla gerçekleştirilmiş olan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

Yöntem: Araştırma Kasım 2022-Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini 230 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Çalışmanın verileri “Tanımlayıcı özellikler Formu”, Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsü ve İntihar Öyküsü Bilgi Formu, “İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)” ve “İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 26 paket programında analiz edilmiştir. Çalışma öncesi etik izin, kurum izni alınmış katılımcılardan ise yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular ve Sonuçlar: İntihar bilgi düzeyi arttıkça intihara yönelik damgalama düzeyi azalmaktadır. Yaş, aile gelir düzeyi ve ailede intihar öyküsü gibi değişkenler İBDÖ ile ilişkili bulunurken, sınıf, anne eğitim düzeyi ve yakın çevrede intihar öyküsü gibi değişkenler ise İYDÖ ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmaya alınan diğer değişkenlerin ise İBDÖ ve İYDÖ ile ilişkisi bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: *İntihar bilgisi, intihara yönelik tutum, hemşirelik öğrencileri*

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSING STUDENT'S KNOWLEDGE ABOUT SUICIDE AND STIGMATIZING ATTITUDES TOWARDS INDIVIDUALS WHO ATTEMPTED SUICIDE

Objective: This descriptive cross-sectional study was conducted to examine the relationship between nursing student's knowledge about suicide and stigmatizing attitudes towards individuals who attempted suicide.

Method: The study was conducted between November 2022 and May 2023. The sample of the study consisted of 230 nursing students. The data of the study were collected using the 'Descriptive Characteristics Form', 'Psychiatrist/Psychologist Support History and Suicide History Information Form', 'Suicide Knowledge Scale (SKS)', and 'Stigma Towards Suicide Scale (STSS)'. The data were analyzed using the SPSS 26 package program. Prior to the study, ethical permission and institutional permission were obtained, and written informed consent was obtained from the participants.

Results and conclusions: As the knowledge about suicide increases, the level of stigmatization towards suicide decreases. Variables such as age, family income level, and a history of suicide in the family were found to be related to SKS, while variables such as class, mother's education level, and a history of suicide in the immediate environment were found to be related to STSS. The relationship between the other variables included in the study and SKS and STSS was not significant.

Keywords: *Suicide knowledge, attitudes towards suicide, nursing students*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

‘İntihar’ Arapça kökenli bir sözcük olup Türk Dil Kurumu sözlüğünde ‘bir kimsenin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi’ olarak belirtilmiştir (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 20 Kasım 2022).

Kişinin ruhsal ya da toplumsal sebeplerden ötürü kendi hayatına son vermek hedefiyle harekete geçmesi olan intihar kelimesinin kökü, Latince ‘sui’ ‘ben’ ve ‘cedere’ ‘öldürmek’ anlamını taşıyan sözcüklerin ‘kişinin kendini öldürmesi’ anlamında bir araya gelmesiyle ‘suicedere’ halini alarak İngilizce’ de ‘suicide’ olarak belirtilmektedir (Yılmaz, 2015).

İnsanoğlu varoluşundan bu yana birçok farklı nedenden dolayı hayatını sonlandırma düşüncesindedir (Şahin ve Ceylan, 2017). Psikoloji ve psikiyatri alanındaki ilerlemeler ile beraber çağdaş tıbbi destek alma imkanlarının çoğalması, yaşam şartlarının gelişmesi, teknoloji alanındaki gelişmeler, sağlık hizmetleri alanındaki gelişmeler, gelişmiş eğitim şartları ve bireysel özgürlüklere rağmen çağdaş dünyada intihar, önemli ve kapsamlı bir halk sağlığı sorunu olarak bilinmektedir (Rozanov, 2017). İntiharlar, sosyal ve kültürel farklılıkları bakımından, şekli ve görülme sıklığı, intihar vakasının toplum açısından oluşturduğu yargı ve tepki bakımından da oldukça fazla farklılıklar gösteren çok unsurlu, değişkenli niteliğe sahip, bunun yanı sıra toplumsal etkileri bulunan bir fenomendir (Bulut ve ark., 2012). Ruhsal sağlık sorunlarında olduğu kadar intihar girişiminde bulunan bireyler de toplum tarafından negatif tepkilerle karşılaşmakta ve damgalanmaktadır. Bu sebepten ötürü intihar girişiminde bulunan kişiler ve onların aileleri utanç duyduklarını belirtmektedir (Scocco et al., 2012). İntihar sözcüğü, Dünya Sağlık Örgütü’ ne (DSÖ) göre ‘kişinin istekli olarak kendini öldürme davranışı’ olarak adlandırılmaktadır. Ölüm sonucunu oluşturmayan intihar davranışını belirtmek için intihar girişimi anlatımı

kullanılmaktadır (World Health Organization, 2014). İntihar girişiminde bireyin hayatını tehdit edici ve bireyin kendisine karşı olan her hareketini içeren intihar girişimleri mevcuttur ve bu girişimler ölüm ile sonuçlanmaktadır. Tamamlanmış intiharda kişi içindeki saldırganlık içgüdülerinin etkisi ile ölüme ulaşmak istemektedir. Genellikle ölümlerle sonuçlanır. İntihar düşüncesinde ise, kişi hayatını sonlandırmak için çeşitli girişimlerde bulunacağına ilişkin belirtiler göstermektedir (Eskin, 2012).

İntihar girişiminde bulunan kişi sayısının, intihar davranışı sonucu yaşamını kaybedenlerden daha fazla olduğu bilinmektedir. Yaklaşık olarak ölümlerle sonuçlanan her intihar davranışı için yirmi intihar girişimi eyleminin gerçekleştiği bilinmektedir (World Health Organization, 2016). İntihar davranışı 2012 yılında dünyadaki bütün ölümlerin %1/4' ünü oluşturmakta, ölüm sebepleri sıralamasında ise on beşinci sırada bulunmaktadır (World Health Organization, 2014). 2015 yılı için, DSÖ (2017)' ne göre Türkiye' de intihar hızı yüz binde 8,7' dir (World Health Organization, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ölüm ile sonuçlanan intihar sayısı 2021 yılı için 4158 olarak bildirilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). Genel anlamda gençlerde ve orta yaşlı erişkinlerde gözlemlenen intihar girişimleri birey, aile, toplum ve ülkeler için sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan büyük oranda engel oluşturmaktadır (World Health Organization, 2014). İntihar düşüncesi için yatkınlık oluşturan risk faktörlerinin özellikleri genel olarak kadın olmak, 15-24 yaş grubu aralığında olmak, yakın zaman içerisinde gerçek ya da sembolik kayıplar görmek, yakın çevre ile iletişim sorunlarının bulunması, öncelikle depresyon varlığı ile ruhsal bir hastalığı bulunmak olarak belirtilmiştir (Alptekin, 2014).

'Damga' (stigma) Yunanca kökenli bir kelime olarak 'yara, iz, işaret' anlamını taşımaktadır. Türk Dil Kurumu sözlüğünde birçok anlamı bulunması ile birlikte, 'bir kimsenin adını kötüye çıkartan yüz kızartıcı durum' ve 'işaret' olarak belirtilmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 20 Kasım 2022). Geçmişte intihar eden bireylerin cesetlerinin tahrip edilmesi, intihar eden bireyin ailesinin maddi varlıklarına el konulması, kilise mezarlıklarının dışında defin, intihar eden kişilerin ailelerinin toplumdan dışlanması gibi gelenekler intihar eden bireyleri damgalamalarına sebep

olmuştur. Geçmişten bu zamana kadar intihar girişiminde bulunan bireyler bununla birlikte damgalanmayı da yaşamışlardır. İntihar girişiminde bulunan ve intihar davranışına yönelen bireyler çoğunlukla utanç duygusu hissettiklerini bildirmişlerdir. İntihar davranışında bulunmuş bireylere yönelik damgalayıcı tutumlar önemli sonuçlar yaratabileceği için damgalanmayı tespit etmek ciddi derecede önem arz etmektedir. Damgalama, bireylerin kendilerini çevrelerinden soyutlamasına sebep olurken aynı zamanda duygu ve düşüncelerini belirtmekte zorlanmalarına neden olmaktadır. Kişiyi yakın çevresinden ve ilişkilerinden koparabilmektedir (Öztürk, 2016).

İntihara ilişkin tutumlar oldukça karmaşık bir olgudur, sadece olumlu ve olumsuz yönleri açısından araştırılmamalıdır. Sağlık profesyonelleri intihar davranışında bulunan bireylere karşı olumsuz düşüncelere sahip olabilir, zaman zaman bu bireylerin dikkat çekmeye çalıştıkları düşüncesinde olabilirler. Sağlık çalışanlarının tutumları hastaların bakımlarının niteliğiyle doğrudan ilişkilidir. Ülkemizde çeşitli meslek mensuplarının ve sağlık profesyonellerinin intihar düşüncesine olan tutumlarını inceleyen araştırmalar son yıllarda artış göstermektedir. Genel anlamda, intihar düşünceleri ve girişimleri olan kişilerin bakımında görevli olan hemşirelerin intihara yönelik düşüncelerinin incelenmesi düzeyi, halen oldukça azdır (Yılmaz, 2015).

Bu doğrultuda, bu çalışmanın amacı, ileride bir sağlık profesyoneli olacak olan hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerini ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarını belirlemektir. Araştırmanın sonuçları, hemşirelik öğrencilerinin intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumları ve intihara yönelik damgalama tutumlarının belirlenmesinde önemli düzeyde bilgi sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntiharın Tanımı

İntihar, kişinin hayatına son vermeye yönelik duygu ve düşüncelerini, bu yöndeki girişimlerini ve kişinin hayatına son vermesini içeren kültürel, psikolojik, dini, ekonomik, sosyolojik ve çevresel gibi birden fazla boyutu olan kompleks bir durumdur (Carmona Navarro and Pichardo Martínez, 2012).

Literatürde intiharı tanımlamak için kullanılan birçok kavram mevcuttur ve bazen araştırmacılar tarafından farklı tanımlar kullanılmaktadır (Klonsky et al., 2015). Genel olarak intihar düşüncesi bireyin ölmek istediğini fakat ölmediğini gösteren bir kavramdır. İntihar düşüncesi bir bireyin intihar planları olduğunu yansıtmaktadır. İntihar davranışına yönelmeyi içeren düşünceler, kişilerin intiharı yaşamın dayanılmaz yönünden bir kaçış olarak düşünmeleri anlamına gelmektedir. İntiharı düşünür, tasarlar fakat intihar düşünme süreçlerine göre hareket etmezler. İntihar girişi, bireyin kendine zarar vermesini amaçlayan, ölüm isteği ile ölümcül olmayan bir davranıştır. İntihar düşüncesi ve girişimleri ile ilgili yapılmış olan birçok çalışma önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir ve altta yatan bir düşünce birliği bulunmaktadır. İntihar düşüncesi ve girişimi farklı terimlerdir ve detaylı bir şekilde incelenmeleri gerekmektedir (O'Connors et al., 2012; Klonsky et al., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre intihar, intihar davranışı ve intihar girişimi olmak üzere iki farklı biçimde sınıflandırılmaktadır. İntihar davranışı, kişinin bilinçli bir şekilde ve kendi arzusu ile hayatını sonlandırmasıdır. İntihar girişimi, kişinin bilinçli olarak kendine zarar vermesi ve kişinin kendini yok etmek, zehirlemek, zarar vermek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümle sonuçlanmayan tüm bilinçli girişimleri içermektedir (WHO, 2014).

Amerikan Psikiyatri Derneği' ne (American Psychiatric Association (APA)) göre ise intihar, sıklıkla majör bir depresyon bağlamında ortaya çıkar veya diğer ruhsal hastalıkların bir sonucu olarak kendini öldürme eylemi olarak ortaya çıkmaktadır. Ölümle sonuçlanan intihar davranışları tamamlanmış intihar, ölümle sonuçlanmayanlar ise intihar girişimi olarak incelenmektedir (Yıldırım, 2020).

İntihar girişimini tamamlayan kişilerden daha fazla sayıda bireyin intihar girişiminde bulunmakta olduğu, onlardan da fazla bireyin intihar etmeyi planladığı bilinmektedir (Towsend, 2016). Kişinin intihar girişiminde bulunması yaşamına son verme isteğinin gerçekten var olmasıyla birlikte; acı ve umutsuzluk gibi duygularını sergilemek amacını da içerebilmektedir (Şevik ve ark., 2012). Bireyin bir defa intihar girişiminde bulunmuş olması bu davranışını yinelenmesi ihtimali açısından büyük bir risk unsurudur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin sonraki intihar girişimlerinin %20' sinin ölümle sonuçlandığı bilinmektedir (Uluşahin ve Öztürk, 2015).

2.2. İntiharın Tarihsel Süreci

İntiharın tarihi sürecine baktığımızda bu davranışın geçmiş zamanlara dayandığı bilinmektedir. Bazı jeolojik kazı faaliyetlerinde intihar ederek yaşamlarını sonlandırmış bireylerin kalıntılarına ulaşılmıştır. Aslında kahramanlık ve çeşitli anlamlar yüklenen bireyin kendi yaşamına son verme davranışının bazı ilkel ve eski toplumlar açısından kabul görülebilen bir davranış olarak değerlendirildiği çalışmalarda belirtilmiştir (Teğın, 2014).

Birçok toplumun intihar davranışına yaklaşımının ilkel düzeydeki korkudan etkilendiği bilinmektedir. Eski Yunan' da intihar davranışının Platon ve Aristoteles tarafından ayıplanmasına karşın devlet tarafından çeşitli yasalarla kontrol altına alınmıştır. Attike adı verilen kanun ile hayatına son vermeyi amaçlayan kişinin nedenlerini devlete bildirerek izin alması mecburi hale getirilmiştir (Bulut ve ark., 2012).

Roma dönemi incelendiğinde ise intihar davranışı ile ilgili çeşitli düşüncelerin egemen olduğuna rastlanılmaktadır. Askerlerin gerek duyulduğunda intihar girişiminde bulunabilecekleri ve ahlaki açıdan bu davranışın yanlış olmadığı düşüncesi savunulurken diğer taraftan da fakir halka yasalar ile intiharın yasak hale getirilmesi durumu savunulmuştur. Soyluların intihar davranışları erdemli bir davranış olarak görülürken, köylülerin intihar davranışı korkakça bir davranış olarak değerlendirilmiş, intihar, köylüler ve askerler için yasaklanmıştır. Orduda intihar

girişiminde bulunan ve yaşamını yitirmeyen askerler için cezai yaptırımlar uygulanmıştır (Minois, 2008). Bunun yanı sıra bu dönemde yasalarla beraber Katolik Kilise' nin de farklı cezalar ile intihar davranışıyla uğraşı içinde olduğu anlaşılmaktadır. Kilise, intihar davranışını şeytani bir davranış olarak değerlendirmiş ve intihar eden kişileri lanetlemiş ve cenazelerini de kabul etmemiştir (Sayıl, 1996).

Orta Çağ döneminde papazlar ve burjuvaların günlükleri adli belge olarak değerlendirilmiş ve intihar bilgileri için oluşturulan kaynaklar olarak kullanılmıştır. Günlüklerdeki verilerin tutarsız ve eksik olması sebebiyle gerçek bilgilere erişmek zordur. Bu sınırlı bilgilere karşın intihar davranışı kadın ve erkeklerde ve tüm toplumsal gruplarda görülmüştür. Orta Çağ' da intihar, şeytanın kışkırtmaları sonucunda isteyerek gerçekleşen ölüm veya delice davranış olarak görülmüş ve kadvralar üzerinde eziyetler yapılarak ayıplanmıştır (Minois, 2008).

Rönesans döneminde intihara yönelik düşünceler değişim göstermekle birlikte Protestan çevreler tarafından bireyi intihara yönelten etmenin şeytan olduğu ve kendi ölümüne sebebiyet vermenin günahının sorumlusu olduğu ifade edilmektedir. "Kişinin yaşamını sadece yaratıcı sonlandırabilir" düşüncesi devamlılığını sürdürmüş ve yasaklanmıştır. İslamiyet' te de intihar, farklı birisinin yaşamına son vermek olarak ele alınmıştır. Ölümle sonuçlanan davranışa ceza verilmezken, girişimde bulunan ve ona yardım eden kişilere ceza verilmiştir (Minois, 2008; Bulut ve ark., 2012).

Türk tarihi açısından ise Osmanlı döneminde cumhuriyet sonrasındaki dönemle kıyaslanınca intihar vakalarının daha az olduğu bilinmektedir (Kılıç, 2013). Bunun yanı sıra intihar, dinin temsilcisi olarak bilinen idare açısından da toplum açısından da kabul edilmemiştir (Gökalp, 2009). Bu döneme ait bilgileri, intihar eden bireyin arkasında bıraktığı acı, heyecan, umutsuzluk içerikli yazılar ve gazete haberleri oluşturmaktadır. Gazetelerde intihar vakaları yayınlanırken okurun merak duygusunu canlandıracak şekilde intiharın hikayesini, nasıl gerçekleştiğini detaylı olarak anlatıp intihar eden bireyi aciz gösterecek terimler kullanılarak yapılmıştır (Kılıç, 2013). İslam dininde intiharın yasak olması ve Osmanlı devletinin olumsuz düşüncelerine karşın nadir de olsa Timur' a esir olarak düşen Beyazıd' ın intihar davranışı gibi olaylar toplum tarafından erdemli bir davranış olarak kabul edilmiştir (Gökalp, 2009).

2.3. İntihar ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

İntiharın etiyojisine ve tanımlanmasına ilişkin bilişsel, psikodinamik, toplumbilimsel ve biyolojik olmak üzere birçok sayıda kurama rastlanılmaktadır. Bu kuramsal yaklaşımların birçoğu dayandıkları fikirlerin anlayış amaçlarını aşmamaktadır. İntihar kuramlarının birçoğunda öne çıkarılan modellerin sınırlılıklarına değinilmediği saptanmaktadır. Bu kuramların bir diğer ortak yanı ise intihar vakalarını tamamıyla açıklama ve tüm intihar olgularında belirtilen kuramın geçerli olduğu iddiasında olmalarıdır (Balıca, 2019).

İntiharların etiyojisine ait olarak; Psikodinamik Yaklaşım, intiharda ‘bilinçaltı öfkenin’ etkisi; Bilişsel Yaklaşım ‘dünyaya, kendine ve geleceğine negatif bir bakış’; Toplum Bilimsel Yaklaşım ‘toplumsal bir olgu’; Sosyal Öğrenme Yaklaşımı ‘stres içeren durumlara karşı yaygın bir tepki’ ve Biyolojik Yaklaşım ise intiharı ‘biyokimyasal ve genetik’ sebeplerle ifade etmektedir. İntihar davranışının bireyler arasında değişkenlik göstermesi, farklı türlerinin ve farklı sebeplerinin olması farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Tatlıoğlu, 2012).

2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Freud, 1918 yılında Viyana’ da psikanaliz sempozyumunda intihar ile ilgili ‘bilimsel yönden çözüme kavuşturulmamış bir problemdir’ ifadesinde bulunmuştur. Bunun yanı sıra Freud, normal davranışlar ve anormal davranışlara açıklık getirmek için kendisinden önce çok dikkate alınmayan bazı ifadeleri; bilinçaltı ve bilinç dışı gibi, ortaya sürerek kişinin bazı davranışlarının geçmiş ve çocukluk yaşantılarına dayandığını ifade etmiştir. Sigmund Freud’ un bu fikirleri ışığında ortaya çıkan psikodinamik görüş; her ne kadar ‘çözüme kavuşmamış’ olsa da bireyin geçmiş yaşantısında yaşadığı terk edilme, ayrılık ya da kayıp sonucunda bilinçaltında meydana gelen kızgınlık ve öfkenin bireyin kendisine yönelmesi ile intihar davranışı arasında bir ilişkinin bulunduğunu iddia etmektedir (Tatlıoğlu, 2012).

Freud, intihar davranışını depresyonla ilişkili bir olgu olarak görmüştür. Yaklaşımına göre kişi depresyondayken gerçek ya da hayali bir sevgi nesnesinin kaybıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu kayıp duygusu bireyin kendisini terk edilmiş hissetmesine ve yaşamı anlamsız bulmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple kişi kendi öz saygısını azaltmakta; diğer bir açıdan kaybedilen nesneye dair düşmanca hisler duymaya başlamaktadır. Kaybedilen sevgi nesnesine dair biriktirilen düşmanca hislerin bireyin kendi içine dönmesiyle birlikte intihar gibi zarar verici davranışları ortaya çıkardığı bilinmektedir (Demirkol, 2013).

2.3.2. Toplum Bilimsel Yaklaşımlar

Sosyolojik kuramlar genel olarak intiharın nedenlerini bireyin kendisinde bulmak yerine toplumda bulunmasına yönelmişlerdir. Durkheim genel anlamda intihar tutumunu, yaş, cinsiyet, ahlak, medeni durum, eğitim durumu, dini inanç, sosyal yalıtılmışlık, etnik köken, milliyet, maddi durum, politik durum vb. sosyal öğelere dayandırmıştır. Durkheim toplumda köklü değişimlerin bulunmadığı dönemlerde intihar oranlarının sabit kaldığını, aksine toplumsal değişimlerin hız kazandığı reform dönemlerinde ise intihar oranlarının arttığını belirtir (Atlı, 2007).

Durkheim, intihar olgusunu iki esas unsurda incelemiştir. Birincisi, bireyin kendini toplumun bir parçası olarak görmemesi, ikincisi ise kişinin gerçekçi olmayan isteklerini toplumun denetleyememesidir (Çalık, 2017).

İntihar toplumsal bir olgudur. Topluma bağlılık oranı yüksek olan bireylerde intihar durumlarının, grup özdeşleşmesi yapamayan bireylere oranla daha nadir olduğu, intihar oranının evlenmemiş veya boşanmış bireylerde evli olanlardan, dindar olmayanlarda dinine bağlı bireylerden daha fazla olduğunu saptanmıştır (Harmancı, 2015). İnsanların yaşamın zorluklarına dayanabilmek için kendisini bir vizyona bağlaması gerektiğini vurgulayan Durkheim, kişinin aile, din, millet gibi toplumsal topluluktan herhangi birine özenle bağlanmasını ve kendisini ona vermesini tavsiye eder (Bulut ve ark., 2012). Bencil insanların intihar davranışı topluma bağlı olanlara

göre fazladır. Durkheim'in kuramına genel bir bakış açısıyla yaklaşıldığında psikolojik etkilerden ziyade sosyolojik faktörlerin üzerine yoğunlaşmıştır (Ecevit, 2019).

2.3.3. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı

Sosyal Öğrenme Yaklaşımı açısından intihar eylemi öğrenme sonucunda meydana gelmektedir. İntiharı düşüncesi olan, intihar girişiminde bulunan ya da intihar davranışını planlayan bireyler de intihar davranışını başkalarından öğrenmekte veya yaşanan olumsuz olaylar sonucunda bu davranışını gerçekleştirmektedir. Bireyin intihar girişiminde bulunmasında kültürel düşünceler, intihar aletlerinin ulaşılabilirliği, stresin yüksek olduğu yaşantı biçimleri belirleyici olabilmektedir (Eskin, 2014).

İntihar davranışını meydana getirmek için gerek duyulan araçların erişilebilirliği ve bu davranış için geliştirilen etkiler bu davranış için belirleyici niteliktedir. Aile bireylerinde intihar davranışlarının, aile bireylerinde intihar davranışı olmayanlardan daha fazla olması, intihar davranışında bulunan bireylerin bu davranışı öğreniyor veya taklit ediliyor olabileceğini akla getirmektedir (Yavuz, 2013).

2.3.4. Davranışçı Bilişsel Yaklaşımlar

Bu yaklaşımın savunucuları, öğrenilmiş intihar davranışının uyarıcı, tepki etkileşimini ortaya çıkarmasını hedeflemektedir. Davranışçılar intihar davranışının öğrenildiğini ve sorun çözme unsuru olarak geliştirildiğini ifade etmektedir. Çevreden gelen destek ile depresyon ve intihar davranışına açıklık getirmek hedeflenmiştir. Daha önceden intihar girişimine sebep olan durumlar için diğer sonuçların gösterilmesi ile hastaların gerektiğinde aile bireyleri ve çevrelerini de düzenleyerek intihar içermeyen alternatifleri görmelerinin sağlanabileceği ve uygulayabilmeleri için yapılandırabilecekleri savunulmaktadır (Er, 2011).

Bireylerin davranışlarının ve duygularının ne ve nasıl olacağını, olaylar hakkındaki düşünceler ve yorumlar belirlemektedir. Davranışçı bilişsel kurama göre kişilerin psikolojik sorunlarının temelinde düşünce yanlışları bulunmaktadır.

Davranışçı bilişsel kuramda ruhsal problemlerin nedeni bireylerin düşünce tarzlarındaki hataları, yanlışlıkları ve fonksiyonel olmayan düşünce ve davranışlarıdır (Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Bu kuram intihar davranışını açıklarken katı tutum tarzının üzerinde durmuştur. Düşüncelerinde zekanın işleyişinde katılık olan ve ona göre davranan bireyler problemlerine çözüm ararken de olması gereken uyumlulukta davranamazlar. Bu tutum onların çözüm üretmesini engellemektedir. Çözüm üretememek bireyleri umutsuzluğa iter. Bu sebeple bu kişilerde intihar davranışı olasılığı daha fazla görülmektedir (Schotte and Clum, 1987).

2.3.5. Biyolojik Yaklaşımlar

İnsanın biyolojik yapısının ve genlerinin intihar etmede önemli bir unsur olduğu görüşünü savunan biyolojik yaklaşım araştırmacıları, evlat edinme, tek yumurta ikizleri deneyleri ve aile bireylerinde intihar davranışının bulunması gibi unsurları araştırarak çeşitli hipotezlerde bulunmuşlardır. Biyokimyasal yapı ve ailevi yatkınlık olmak üzere iki esas açıdan incelenen biyolojik yaklaşımda ayrıca cinsiyet unsurunun da intihar davranışı üzerindeki etkisi araştırılmaktadır (Yağdıran, 2019).

Kalıtımsal olarak isimlendirilen genetik mirasın taşınması durumu çerçevesinde intiharın değerlendirildiği ilk görüşte; intiharın genler aracılığıyla nesilden nesile aktarıldığı ve aile bireylerinde daha öncesinde intihar durumu yaşayanların, aile bireylerinde intihar girişimi bulunmayanlara göre daha yüksek olasılıkla intihar ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle evlat edinilen çocuklar ve ikiz çocuklarda uygulanan araştırmalar sonucunda, çevresel unsurlarında etki etmesi ile ailevi yatkınlığın intihar davranışı açısından anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Eskin, 2012).

Biyolojik kuramdaki ikinci görüş ise; kişilerin endokrin yapılarındaki değişim ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin araştırıldığı incelemeler sonucunda meydana gelmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda insan vücudundaki biyokimyasal değişimin intihar davranışına etki ettiği görülmektedir. Özellikle serotonin nörotransmitterinin eksikliğinden söz eden bu yaklaşımda, serotonin nörotransmitterinin azlığının

depresyonu harekete geçirdiği ve depresyondaki kişilerin intihar etme olasılığının diğer kişilere oranla daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra yaşamını şiddet içeren bir yöntemle sonlandıran intihar vakaları sonrasında yapılan ölüm sonrası araştırmalarında beyin sapında serotonin nörotransmitterinin düşük düzeyde bulunduğu saptanmıştır. Serotonin nörotransmitterinin yanı sıra dopamin nörotransmitterinin azlığının da intihar tutumu üzerinde etkili olduğuna yönelik yapılan araştırmalar da bulunmaktadır (Eskin, 2012).

Belirtilen bu bilgiler doğrultusunda biyolojik kuramın, özel olarak insanın genetik yapısı ve nörotransmitter düzeyleri ile intihar tutumunu açıklamaya çalıştığı görülmektedir. İntihar davranışının sebebine tam olarak açıklık getirilemese de vücudumuzdaki biyokimyasal değişimin duygu ve düşüncelerimize etki edebileceği ve bu nedenle de hem ruhsal sorunların çözümlenmesinde hem de intihar davranışının açıklanmasında önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir (Öztürk, 2004). Bunların yanı sıra kişinin biyolojik bir varlık olduğu gibi sosyal ve psikolojik özelliklerinin göz ardı edilerek tek başına biyokimyasal değişim ve kalıtım ile birlikte intihar davranışında bulunma arasında bir ilişkinin oluşturulmasının da yetersiz kalabileceği bildirilmiştir (Yağdıran, 2019).

2.3.6. Aile Sistem Yaklaşımı

İntihar davranışı ile aile ilişkileri incelendiğinde, işlevsel ve işlevsel olmayan aile özelliklerinin betimlenmesi önemli olmaktadır. Bulut (2012)' a göre; işlevsel aile, sorunlarına çözüm odaklı yaklaşabilen, birbirleriyle duygusal bağları bulunan ve dolaylı olmayan bir iletişim tarzının bilincinde olan ailelerdir (Bulut ve ark., 2012). İşlevsel olmayan aileler ise iletişimi sıkıntılı, aile üyeleri arasındaki bağların tutarsız ve kurallara bağımlı olduğu, belli rollerin bireylere zorla yüklendiği aileler olarak tanımlanmaktadır (Yiğit, 2009).

İntihar davranışında bulunan kişilerle ilgili aile ve özelliklerinin bahsedildiği birçok araştırmada, genel anlamda dengesiz, mutsuz ve tartışmalı ev ortamlarına değinilmektedir. Bunun yanı sıra intihar davranışı olan genç bireylerin, anne ve babalarını sevgisiz, kaba, olumsuz eleştirilerde bulunan ve reddedici olarak algıladıkları da iletilmektedir (Yiğit, 2009).

2.4. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar davranışı yaşam boyu meydana gelen küresel bir durumdur. DSÖ 2021 yılı verilerine göre geçen her 40 saniye içinde bir birey, her yıl ise 700,000' den fazla birey intihar ederek yaşamına son vermektedir. İntihar sebebiyle ölüm oranlarına bakıldığında zaman bu oranın erkeklerde kadınların yaklaşık iki katı olduğu saptanmakta olup geç yetişkin grubun intihar ölümleri açısından en fazla risk grubunda olduğu bildirilmiştir (WHO, 2021).

Yaşa standardize edilmiş intihar oranlarındaki farklılıklar DSÖ belgeleri arasında görülebilmektedir. DSÖ tarafından intihar oranları, Afrika (12,0/100,000), Avrupa (12,9/100,000) ve Güneydoğu Asya (13,4/100,000) bölgeleri 2016 yılında dünya ortalamasının üzerinde olarak bildirilmiştir. Güneydoğu Asya bölgesinde yaşa göre standardize edilmiş kadın intihar oranı (11,5/100,000), küresel kadın ortalamasına (7,5/100,000) kıyasla çok daha yüksektir. Erkeklerde, Afrika bölgeleri (16,6/100,000), Amerika (14,5/100,000), Güneydoğu Asya (15,4/100,000) ve özellikle Avrupa (21,2/100,000) küresel erkek ortalamasından (13,7/100,000) daha yüksek intihar oranlarına sahiptir (WHO, 2019). 2019 yılında meydana gelen intiharların %77' si düşük ve orta gelirli olan ülkelerde yaşanmıştır. İntihar, dünyadaki bütün ölümlerin %1,3' ünü oluşturmakta ve 2019 yılında on yedinci ölüm sebeplerindedir. 15 ile 19 yaşları arasındaki kişilerde ise intihar dördüncü ölüm sebebidir (WHO, 2021). 2016 yılında intihar sebebiyle ölümlerin %52' sinin ise 45 yaşından önce olduğu bildirilmiştir (WHO, 2019). En sık kullanılan intihar yöntemlerinin ise ası, böcek ilacı ve ateşli silahlar ile meydana geldiği bildirilmiştir (WHO, 2021).

Gelişmiş ülkelerde ölüm verilerinin başta gelen on nedeninden biri intihardır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki bütün ölüm verilerinin en önde gelen on nedeninden biri olan intihar, kanser, kalp hastalıkları, kazalar, serebrovasküler hastalıklar, pnömoni, diyabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada bulunmaktadır (Atasoy ve ark., 2014). Bütün ölümlerin yaklaşık olarak %0,9' unun intihar sonucu olduğu, dünya genelinde yaklaşık olarak her gün 1000 kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir (Benjamin et al., 2000).

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre her yıl 1 milyon kadar kişi intihar nedeniyle hayatına son vermektedir (Aktaran: Metin ve ark., 2014). Dünya Sağlık Örgütü yaklaşık olarak son 50 yıl içerisinde intiharların %60 oranında arttığını bildirmektedir. İntihar olayından dolayı hayatını kaybedenlerin sayısının, küresel anlamda silahlı olaylardan hayatını kaybedenlerin sayısından daha fazla ve trafik kazalarıyla hayatını kaybedenlerin sayısı ile de neredeyse eşit sayıda olduğu görülmüştür (Aktaran: Keskin, 2011).

2021 yılında Türkiye'de intihar ederek hayatını kaybetmiş olan 4158 kişinin yaklaşık 3238' i (%78) erkek ve 920' si (%22) kadındır. Bu ölümlerin 2026' sı (%49) ası yöntemi ile gerçekleşmiş olup bunu takiben 1094' ü (%26,3) ateşli silahlar, 520' si (%12,5) yüksekten atlama yöntemi ve 194' ü (4,6) kimyevi madde kullanarak gerçekleşmiştir. Bu oranlara bakıldığında toplumumuzda bireylerin kendini öldürmek için en fazla ası yöntemini tercih ettiği söylenebilmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de erkekler kendilerini öldürmek için ateşli silahlar gibi daha öldürücü yöntemler seçerken kadınlar daha fazla kimyasal madde kullanımını tercih etmektedir (TÜİK, 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>., Erişim Tarihi: 09 Nisan 2023).

Türkiye' de ki yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısını ifade eden kaba intihar hızı, 2020 yılında yüz binde 4,44 iken 2021 yılında yüz binde 4,94 olmuştur. İntihar edenlerin %17' si ilkökul mezunu, %25,7' si ortaokul mezunu, %26,1' i lise mezunu ve %14,9' u yükseköğretim mezunudur. Ayrıca intihar eden insanların %1,7' sinin 15 yaşından küçük olduğu, %33,8' inin 15-29 yaş aralığında olduğu, %36,4' ünün 30-49 yaş aralığında olduğu ve %28,1' inin 50 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmiştir.

Yine intihar eden kişilerin %40,8' inin hiç evlenmemiş olup %45,8' inin medeni durumunun evli olduğu ve %4,5' inin eşi vefat etmiş olup, %9' unun boşanmış olduğu rapor edilmiştir. İntihar edenlerin %26,1' inin hastalık nedeniyle, %7,8' inin geçim zorluğu ve %4,6' sının aile geçimsizliği nedeniyle intihar ettiği raporlanmış bununla birlikte 4158 intihardan 852' sinin nedeninin bilinmediği belirtilmiştir (TÜİK, 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar.>, Erişim Tarihi: 09 Nisan 2023). Ülkemizde intihar düşüncesi ve intihar girişimi açısından intiharın yaygın olarak görüldüğü ülkeler ile benzerlik gösterdiği ifade edilmektedir (Eskin, 2014).

İntihar davranışının 1990 yılı itibariyle küresel anlamda artış göstermesiyle birlikte DSÖ ve Birleşmiş Milletler (BM) intiharın önlenmesi için broşürler yayınlamış ve intiharın önlenmesine ilişkin eylem planları DSÖ tarafından oluşturulmuştur (WHO, 2012; WHO, 2014). DSÖ'nün 2005 yılında Helsinki' de yaptığı toplantı önerileri ışığında 2006 yılında 'Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı' hazırlanmıştır. Planın beşinci maddesinde 'intiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek' maddesi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.5. İntiharın Risk Faktörleri

İntihar önlenebilir bir fenomen olarak bilindiğinden bu riski değerlendirirken risk faktörlerini göz ardı etmemek gerekmektedir. İntihar girişimlerinin risk faktörleri; önceden yaşanan girişimler, psikiyatrik hastalıklar, ailevi sorunlar, alkol kullanımı ve madde bağımlılığı olarak bilinmektedir. Bu aşamada risk unsurları hakkında bilgi sahibi olmanın intihar davranışına engel olabileceği öngörülmektedir (Ecevit, 2019).

DSÖ intihar davranışının risk faktörlerini; kişisel, ilişkisel, yaşadığı çevre ile ilgili, toplumsal ve sağlık sistemi ile ilgili olmak üzere beş basamakta değerlendirmiştir (WHO, 2014). Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, fiziki veya ruhsal hastalıklar, çocukluk dönemi, stresli yaşam şartları gibi kişisel veya çevresel faktörlerin intihar davranışı açısından risk oluşturduğu bilinmektedir (Atay ve Gündoğar, 2004).

İntihar davranışının süreç olarak karmaşıklığı içinde bu sınıflandırmada bulunan etmenlerin tek başlarına insanları intihar davranışına yönlermeyeceği açık olarak bilinmektedir. Risk faktörlerinin çok nedenli bir süreç olan intihar davranışında, diğer faktörlerle birleştiğinde öldürücü etkiye sahip olabileceği bilinmektedir (Eskin, 2003).

Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, aile de intihar öyküsü bulunması, kişinin daha önce intihar girişiminde bulunması, sosyoekonomik durum, kişisel özellikler gibi faktörlerden oluşmaktadır. DSÖ raporlarında bölgesel farklılıklar ile birlikte ergenler ve ileri yaş kişilerde intihar riski daha yüksek olarak bildirilmiştir (WHO, 2014). Ergenlikle birlikte yaşanan biyolojik, psikososyal ve sosyal değişimlere kişinin uyum sağlamada zorlanması, alkol ve madde kullanımının ve duygudurum bozukluklarının bu dönemde ortaya çıkması intihar oranlarının yüksek olmasının sebepleri arasında olduğunu belirtmektedir (Öncü, 2017). Kendisini önemsiz ve yaşamak için bir nedeni olmadığını düşünen yaşlılar da ise risk daha fazla ve intihar girişimleri daha ölümcül yöntemlerden oluşmaktadır (Turecki and Brent, 2016; Öncü, 2017). Dünyada ölümle sonuçlanmış intihar girişimlerinin erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu bilinmekte, bunun yanı sıra intihar girişiminin kadınlarda daha fazla görüldüğü bilinmektedir (Dahlen and Canetto, 2002). Alkolün kötüye kullanımı ve agresif davranışların erkeklerde sıklıkla görülmesi, erkeklerdeki intihar düzeyinin daha fazla olmasını kısmi olarak açıklayabilmektedir (Mann, 2002). Türkiye’ de kadın ve erkeklerdeki intihar sayılarına baktığımızda 2021 yılında gerçekleşen 4158 intihar vakasının yaklaşık 3238’ i erkek ve 920’ si kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir (TÜİK, 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>., Erişim Tarihi: 09 Nisan 2023).

Birçok araştırma fiziksel hastalığın olması ile intihar arasında ilişki olduğunu ve bu hastalıkların intihar riskini arttırdığını göstermektedir (Van Orden et al., 2010). Kanseri, epilepsi, AIDS ve multiple skleroz gibi fiziksel hastalıkların varlığında risk daha fazladır (Mann, 2002). Fiziksel hastalıklarda görülen ağrı, fiziksel görünümde bozulma, fiziksel sınırlamalar ve sosyal izolasyon gibi faktörlerin riski 2-3 kat daha arttırdığı gözlemlenmektedir (Saxena and Fleischmann, 2014).

Psikolojik faktörler; intihar davranışında bulunan kişilerin yaklaşık olarak %90'ı psikiyatrik hastalık tanısına sahiptir. Birçok araştırmada intihar vakalarında en sık görülen ruhsal rahatsızlık depresyon olarak tanımlanmıştır (Alptekin ve Duyan, 2014). Depresyon intihar oranını arttıran en önemli duygudurum bozukluklarından. Kendini değersiz hisseden, özsaygısı azalmış depresyon tanılı kişilerin ceza hak ettikleri düşünceleri ve işe yaramazlık düşünceleri intihar düşüncelerini artırır (Uluşahin ve Öztürk, 2015). İleri düzeyde depresyon sebepli intiharların fazla olduğu toplumlarda diğer depresyon tanılı kişiler için rol model oluşmaktadır (Stack and Kposova, 2008). Ruhsal hastalık tanısı almış intihar vakalarının 25,7' si alkol maddeyi kötüye kullanım, %16,2' si kişilik bozukluğu ve %43,2' si duygu durum bozuklukları tanılarına almış bireylerden oluşmaktadır (Arsenault- Lapierre et al., 2004). Şizofreni tanısının verdiği maddi ve manevi yükü birlikte hastalık belirtilerinin neden olduğu belirsizlikler, korkular ve umutsuzluklar bireyi intihar davranışına sürükleyebilir (Eskin, 2012). Şizofreni tanısı bulunanların %20-50' si intihar girişiminde bulunmaktadır. Özellikle hastalığın akut döneminde birden, anlaşılması zor araçlar ile intihar edildiği sıklıkla görülmekle birlikte alkol ve maddenin kötüye kullanımı intihar riskini arttırmaktadır (Uluşahin ve Öztürk, 2015).

Sosyal faktörler; boşanma, ailesel stres, eş ve arkadaş kaybetme, yalnız yaşam, sosyal desteğin azalması, sosyal izolasyon ölümle sonuçlanan intihar girişimleri açısından en önemli risk faktörlerindedir (Van Orden et al., 2010). Savaşlar, çocukluk dönemi yaşanan istismarlar, evsizlik gibi stresli hayatın getirdiği olaylar ve intihar aletlerine kolaylıkla ulaşım, sağlık alanları ve sosyal hizmetlere ulaşım zorluk gibi çevresel faktörler intihar riskinin ciddi şekilde artmasına sebep olmaktadır (Van Orden et al., 2010; Öncü, 2017). Kırsal alanda yaşam, ateşli silahlara kolay ulaşım, işsizlik durumu gibi stres seviyesini arttıran etmenler de intihar davranışını harekete geçirebilmektedir (Mann, 2002).

İntihar davranışı riskinin yüksek olarak saptandığı sınıflardan diğeri de daha önce intihar girişiminde bulunan kişilerdir. İntihar girişiminin bir sene sonrasında dahi, intihar sebebiyle ölme riskinin diğer sebeplerden dolayı ölme riskinden çok daha yüksek olduğu bilinmektedir (Saxena and Fleischmann, 2014).

İntihar girişimini takiben ilk on iki ay, özellikle de üç ile altıncı aylar intihar riskinin en yüksek olduğu dönemleri oluşturmaktadır (Owens ve ark., 2002).

Askerlerde intihar davranışları incelendiğinde yalnızlık, travma sonrası bozukluklar ve uyum zorlukları gibi faktörler intihar davranışında riski faktörü olurken, genç erkek çoğunluğu olduklarından riskler bakımından özel bir grubu da oluşturmaktadır (Özmenler, 2017).

Sağlık Bakanlığı ve DSÖ tarafından cezaevi intiharları üzerinde ortak bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada çaresizlik duygusu, hücrede tek başına kalma, intihar davranışı bakımından önemli risk faktörü olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra ileri yaşlarda olan ve ağır suçlardan yatan kişilerin şartlı tahliye gibi haklarını kaybettikleri dönemler riskli vakitler olarak tanımlanmıştır (Erim, 2017).

İntihar davranışına olan eğilimi artıran risk etmenlerinin fazla olmasına karşılık, umutlu olmamızı sağlayacak korucu etmenler de mevcuttur. Bunlara bakıldığında güçlü ve sağlıklı aile bağları, sosyal destek kaynakları, kendine olan özsaygı, duygusal iyilik hali, yeterli sosyal beceriler, sorun çözme becerileri, iyi düzeyde bir beden sağlığı ve eğitilmiş olma kişileri intihardan koruyacak etmenler arasında yer almaktadır (Alptekin ve Duyan, 2014). Bunun yanı sıra ruhsal, fiziksel ve zihinsel hastalıklarda ve madde bağımlılığında etkili tedavi yöntemlerinin ve ulaşılabilir bakımın olması, yardıma ihtiyaç duyulduğu anda çeşitli destek ve klinik girişimlere ulaşabilme, aile ve toplumun verdiği destekte bireyleri intihardan koruyacak faktörler arasında bulunmaktadır (Townsend, 2016).

2.6. Damgalama (Stigmatizasyon)

Damgalama (stigmatization), bireyin kendi içinde yaşadığı toplumun normal olarak değerlendirdiği ölçülerin dışında sayılması sebebiyle, bireye itibarını zedeleyici yönelimde bulunması olarak tanımlanmaktadır (Çömez ve Sarıkaya, 2017). Başka bir ifadeyle, klişe ve ayırma ile karakterize, etiketleme, mevki kaybı ve ayrımcılığa neden olan kuvvetli bir sosyal süreçtir (Nyblade et al., 2019).

Damgalamanın günümüzde kullanımı ise, rezillik veya utanç işareti, bireyin itibarının kınanmış veya lekeli sayılması şeklinde belirtilmektedir. Damgalanan kişi, bireysel ve sosyal kimliğinde azımsanan ve önemsiz sayılan öz nitelikler taşımaktadır (Yaman ve Güngör, 2014).

2.6.1. Damgalamanın Tanımı

Damga (stigma) dilbilimsel olarak bir addır. Damgalama ise damgalamak fiili üzerinden türetilmiş bir eylemin verisidir. Damgalanma kavramı da damgalanmak fiilinden türetilmiş fiili bir sürecin ismidir. Genellikle Türkçe literatüründe, damgalama ve damgalanma kavramları birlikte ‘damgala(n)ma’ şeklinde yazılarak kullanılmaktadır. Damgala(n)ma teriminin İngilizce literatürde karşılığının “stigmatization” olarak geçmesinden dolayı İngilizce literatürde her iki fiilin aynı andaki varlığı üzerine kavramsallaştırılması sebebiyle genellikle Türkçe’ye bu şekilde çevrilmektedir (Sevim, 2018). Türk Dil Kurumu Sözlüğü’ n de mecazi ifadeyle “kişinin ismini kötü olarak tanımlayan, yüz kızartıcı olay” şeklinde ifade edilen damga, “bir şeyin üstüne; belirlemek, ayırtıcı olması amacıyla gösterge koymak, damga yapıştırmak, bir bireye; gerçeklik dayanağı olmadan negatif anlamıyla herhangi bir kalite ya da özellik eklemek, kişiye yüz kızartıcı bir suç yaftalamak” olarak belirtilmektedir (<https://www.tdk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 09 Nisan 2023). Orta Çağ’ da suçlu bireylerin, suçlu olduğunun göstergesi olarak vücutlarına yanıklar veya kesikler aracılığıyla işaretler eklenmesi kelimenin günümüzdeki karşılığına kaynaklık etmektedir (Goffman, 2018).

Damgalamayı önyargılar ve olumsuz inançlar oluşturmaktadır (Yaman ve Güngör, 2013). Kişiler çocukluk döneminden itibaren çevresini ve ailesini gözlemleyerek, olaylara karşı bakış açısı geliştirerek değer yargılarını şekillendirmektedir (Yaman ve Güngör, 2013). Çocukluk döneminden itibaren gözlemlenen davranış, söz ve yargılamalar, ön yargıların benimsenmesini kolaylaştırmaktadır (Özmen ve Erdem, 2018).

Yetişkinlik dönemine gelindiğinde ise yaşanan olaylara ve kişilere karşı farkında olmadan önyargılar edinilmektedir (Yaman ve Güngör, 2013).

Damgalanma, kişilerin kendisini önemsiz hissetmesine sebep olmaktadır. Damgalamanın kişilerin benlik saygısını ve sosyal kabulünü azalttığı, kişilerarası ilişkilerini sınırlandırmasına sebep olduğu bildirilmektedir. Damgalamanın kişilerin profesyonel destek almasına engel olarak, yalnızlığa ve kendine zarar vermesine sebep olabilecek rahatsızlıkların sürecini uzattığı ve intihar girişimlerini arttırdığı bilinmektedir (Pitakchinnapong and Rhein, 2019).

Damgalamanın, bireylerin hayat standartlarını iyileştirecek olanaklar, gelir kaybı, iş bulmakta zorluk, tedaviye uyum sorunları gibi birden fazla kişisel değer duyguları açısından olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Corrigan et al., 2013).

Kişiler birden çok sebeple damgalanmaya maruz kalabilmektedir. Tüberküloz, kanser, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, lepra, epilepsi, AIDS, alkol ve ilaç bağımlılıkları, damgalanmaya maruz kalınan bazı hastalıklardan olup, damgalamanın en çok etkilediği gruplardan biri de psikiyatrik hastalıklardır (Ersoy ve Varan, 2007; Çam ve Çuhadar, 2011;). Kişiler, cinsiyet, deri rengi gibi doğuştan gelen özellikleri, ideoloji, etnik köken, kıyafet, inançlar, gibi sosyokültürel konuları sebebiyle de damgalanmaya maruz kalabilmektedir (Özmen ve Erdem, 2018).

2.6.2. Damgalamanın Çeşitleri

Damgalama öncelik olarak etki ettiği alana göre, birincil damgalama ve ikincil damgalama olarak sınıflandırılabilir. Birincil damgalama, doğrudan damgalama ve etkin damgalama şeklinde de tanımlanmaktadır. Bireyin kendine yönelik olan damgalama çeşididir. İkincil damgalamada, dolaylı damgalama, hissedilen damgalama ve beraberlik yöntemiyle damgalama olarak tanımlanabilmektedir. Kişinin aile bireyelerine, yakınlarına ve arkadaşlarına yayılan damgalama türüdür. Damgalanan kişiyle ilişkisi olan bireylerin de etkilendiği psikolojik ve sosyal bir sürekliliktir (Bos et al., 2013).

Birincil damgalamanın, bireyin özelinde değerlendirilebilen hissedilen damgalama ve içselleştirilmiş damgalamayı kapsayıcı olduğu söylenebilmektedir. Hissedilen damgalama, algılanan damgalama olarak da bilinmektedir. Damgalanan bireyin damgalamaya dair hissettikleridir. Utanç, korku, davranışlarını gizlemeye çalışması gibi duygular yaşamasıdır (Özmen ve Erdem, 2018).

Kendine yönelik damgalama-etiketleme veya içselleştirilmiş damgalama kişinin kendisine yönelik olumsuz, klişe düşünce ve davranışlarının ortaya çıkması durumudur. Belirgin önyargıların kişide davranışları etkilediği görülmektedir. Kişide oluşan duygusal reaksiyonların ise genel olarak öz yeterlilik ve benlik saygısı algılarında düşüklük hissine yol açtığı bilinmektedir (Corrigan, 2010). Damgalanan bireyin yöneltmeleri kabul etmesi, özümsemesi, toplulukların inanışlarını içselleştirmesi, bu sebeple kendi içinde bu olayın mevcut olduğunu kavramasıdır (Yıldız ve ark., 2012). Bireyin kendi kendisinin tutumlarını, inançlarını, önyargılarını damgalamasıdır (Simmons et al., 2015). Damgalamaya maruz kalan birey de oluşan psikolojik ve sosyal etkilerdir (Bos et al., 2013). Değer verilmeyen bireyin, kendini topluluğun üyesi olarak hissetmemesi, bir süre sonra çevresindeki insanlardan uzaklaşmasına neden olmaktadır (Yıldız ve ark., 2012).

Toplumsal olan damgalama, sosyal olan damgalama ile eşit görülebilir. Toplumsal olan damgalama, genel halk tarafından benimsenen stereotip, önyargılar ve ayrımcılık içeren inançlar üzerinde toplanmaktadır (Simmons et al., 2015). Ailenin veya akrabaların, tam olarak düşünüldüğünde ise toplumun damgalanmış bir kişiye veya bir topluluğa karşı göstermiş olduğu psikolojik ve sosyal reaksiyonlar, tahammülü olmayan davranışlardır (Balkanlıoğlu, 2012). Toplumsal damgalama, içselleştirilmiş damgalamaya yol açar (Corrigan, 2010).

Yapısal damgalama, tecrübe edilen damgalama olarak belirtilmektedir. Yapısal olan damgalama, topluluktaki bireylere göre, sosyopolitik kuvvetlerle olanakların aza indirgenmesi, hükümet bütçelerinden yeteri kadar pay ayrılmaması gibi sistemde fırsat eşitsizliği ve adaletsizlik oluşturulmasıdır (Corrigan et al., 2014). Toplumdaki bazı mevki ve bilimsel sistemlere karşı yapılan damgalamanın yasallaşmış hali olarak görülebilir. Gerçek ayrımcılığın deneyimlendiği ve bireyin katılımının kısıtlandığı bir

aşamadır (Bos et al., 2013). Buna örnek olarak, seçim bürosu açma, oy kullanma, evlenme evlat edinme gibi haklardan mahrum olan ruhsal rahatsızlığı olan bireyler; bu sebeple aslında tam bir vatandaş olarak da görülmemektedir (Corrigan et al., 2014).

2.6.3. Damgalamanın Bireyler Üzerindeki Etkileri

Damgalamayı ve bireyler üzerindeki etkilerini bilmek için öncelikle, insanların deneyimlerinin bilinmesi gerekli olmasına karşın, damgalamaya birçok unsur neden olabilir. Bu unsurların arasında kültürel nedenler, düşük eğitim düzeyi ve kişisel yaklaşımlar yer almaktadır. Diğer yandan, günümüzde teknolojik gelişimlere her geçen gün yenisinin eklenmesi, iletişim ağlarıyla kaplı dünyamızda kişi olarak her an yeni bir uyarı ve imajla karşılaşılmasına neden olmaktadır. Birden fazla iletişim araçlarından gelen veriler nedeniyle anksiyete kişileri her zamankinden daha fazla sınıflandırmaya ve ayrımcı tutuma itmektir (Yaman ve Güngör, 2013).

Damgalanma, kişiler açısından utanma olarak belirtilen bir olayı belirtmektedir. Sosyal izolasyon, yaşam fırsatlarını minimuma indirme ve destek arayışından kaçınmaya sebep olmaktadır. Bunun yanı sıra toplumdan gelen olumsuz davranışlar, damgalama ve ayırım yaygın ve sosyal birleşmenin önünde önemli bir yetersizlik olarak tanımlanır. Damgalama ve damgalanma düşüncesi, psikolojik hastalıkların terapisinde her derecede önemli bir engel oluşturmaktadır. Damgalama, hastaların özgürlüklerini veya engellerini belirlemektedir (Çam ve Çuhadar, 2011).

Kaynaklarda belirtildiğine göre algılanan, deneyimlenen damgalamanın ruhsal hastalığı bulunan kişilerin, depresyon ve kaygı düzeylerini arttırdığı, gizlilik ve başa çıkma planı olarak sosyal yaşamdan daha fazla geride durmalarına sebep olduğu, hayat kalitesini öz yeterliliğini benlik saygısını ve sosyal işlevselliğini azalttığı belirtilmiştir (Sibitz et al., 2011; Świtaj et al., 2016; Kleim et al., 2008; Lysaker et al., 2008; Bekiroğlu ve Demiröz, 2020; Gerlinger et al., 2013).

Damgalama, bireyin benliğine ait diğer kişilerin olumsuz algılarını barındırdığı için zaman geçtikçe bireye yönelik kalıp yargı ve etiketleme oluşmakta, oluşan bu damgalamaya dair bireyde içgörü oluşumuna ve benlik duygusunun tekrardan düzenlenmesine sebep olmaktadır. Bireyde bu durum sonrasında ‘biz’, ‘o’ ve ‘onlar’ farklılığı oluşturmaktadır. Bu ayrım, davranışsal seviyede bireye yönelik kalıp yargılara uygun duygusal reaksiyonlar gösterilmesine ve sonrasında bu kalıp yargılara uygun tutumlara neden olmaktadır. Bu çeşit davranışlar bireyin benimsemesine, benliğini yapılandırarak kendini diğer kişilerin algıladığı gibi algılamasına neden olmaktadır (Kapıkıran ve Kapıkıran, 2013).

2.7. İntihara Yönelik Damgalama

İntihar davranışına yönelik tutum genel olarak olumsuzdur ve çoğunlukla damgalama tutumu olarak görünmektedir. İntihara yönelik damgalamanın, destek arama tutumunu aza indirdiği belirtilmiştir. İntiharı kuşatan damgalama (stigma) oldukça komplekstir ve damgalamanın nedenlerinden biri olan bilgi eksikliği önemli bir paya sahiptir (Öztürk ve Akın, 2016). İntihar davranışına yönelik bilgi düzeyinin intihara yönelik damgalamayı önemli düzeyde azalttığı bilinmektedir (Öztürk ve Akın, 2018). Bunun yanı sıra intihar davranışına yönelik bilgi düzeyi ve intihara yönelik damgalama seviyesinin düşüklüğü, intiharda destek arama davranışını pozitif açıdan etkilemektedir (Calea et al., 2014).

Batterham et al. (2019)’ın depresyon tanısı bulunan kişilerde intihara yönelik damgalama ve bilgi düzeylerini incelediği araştırmada kadın bireylerde intihar davranışına yönelik bilgi düzeyinin fazla bulunduğu, damgalamanın erkek bireylere oranla az bulunduğu belirtilmiştir (Batterham et al., 2019). Rivera Segarra et al. (2018)’nın tıp fakültesi öğrencileriyle uyguladıkları araştırmada erkek bireylerin damgalama tutumlarının kadın bireylerden fazla olduğu belirtilmiştir (Rivera Segarra et al., 2018).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinin intihar girişiminde bulunan kişilere yönelik davranışları, intihar davranışına yönelik bilgi düzeyleri ve ilgili unsurların araştırıldığı bir çalışmada, öğrencilerin damgalama alt boyutunda gösterilen maddeleri onaylama oranının düşük olduğu, izolasyon/depresyon alt boyutu maddelerini onaylama seviyelerinin diğer alt boyutlara oranla yüksek olduğu bildirilmiştir (Öztürk ve Akın, 2018).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada intihar davranışına daha az maruz kalma, erkek cinsiyeti, eğitim düzeyinin düşük olması, yaşlılık ve kültürel açıdan çeşitli altyapılardan olmak, daha az bilgi düzeyine sahip olmak ile ilişkilendirilmiş, erkek olmak, genç yaş ve kültürel açıdan çeşitli altyapılara sahip olmanın ise daha damgalayıcı olmak ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Batterham et al., 2013) Almanya’da yapılan bir çalışmada intihara yönelik bilgi düzeyinin buna yönelik damgalamayla negatif açıdan anlamlı bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Ludwig et al., 2021).

2.8. İntiharı Önlemeye Yönelik Stratejiler

İntihar davranışı yalnızca kişiyi değil, kişinin tüm ailesini, yakın çevresini ve tüm toplumu etkileyen yıkıcı bir davranıştır. İntiharın önlenebilen bir davranış olduğunu bilmeli ve yüksek görülme sıklığı ve sebep olduğu yüksek morbidite ve mortalite sebebiyle intihar eylemlerinin engellenmesine dair araştırmaların yapılması gereklidir. Yalnızca topluluktaki intihar davranışı ile ilgili tabular ve damgalama düşüncesi intiharın başlıca bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmesini zorlaştırmakta, bireylerin destek arayışına da engel olmaktadır (Özgüven Devrimci ve Alıcı Hoşgören, 2016).

İntihar davranışını önlemeye yönelik stratejiler, birincil, ikincil ve üçüncül düzey girişimler olarak sınıflandırılabilir. Birincil önlemede bütün toplulukta kişilerin intihar davranışına yönelimini arttıran unsurların belirtilerek yok edilmesi ve intiharın görülme sıklığının azaltılması; ikincil önlemede risk gruplarının ve risk faktörlerinin belirlenerek bu topluluklara dair önleyici yaklaşımların geliştirilmesi; üçüncül önlemede ise intihar girişiminde bulunan bireylerin tedavi edilmesi ve bununla birlikte intihar davranışının tekrar ortaya çıkmasının engellenmesi hedeflenmektedir.

2.8.1. İntiharı Önlemede Hemşirenin Rolü

İntihar girişiminde bulunmuş birçok hasta acil kliniklere başvurmaktadır. Acil klinikler, tıbbi müdahalelere ulaşım, taburcu olma sonrasında bakımın devam ettirilmesi ve kişinin taburcu olma sonrasında bakımını planlayıp güvenli bir şekilde taburculuğunun sağlanmasında önemli bir yer edinmektedir (Capoccia ve Labre, 2015). İntihar girişimi sonrasında acil klinikte verilen bakımın niteliği bireylerin sonrasında kendine zarar verme ihtimalini azaltarak intihar davranışını önleme ve iyileşme sürecinde önemli bir aşamadır (Hill et al., 2019). Psikiyatri kliniklerine yapılan hasta yatışının giderek azalması ve taburculuk sonrası kişilerin psikiyatri polikliniklerine ulaşmaması sebebiyle intihar girişiminde bulunan kişilere acil klinikte verilen bakım tek müdahale sayılabilir (Stanley, 2015). Acil klinikte yapılan işlemlerin intihar nedeniyle gerçekleşen ölüm olaylarını yıllık %20 oranında azaltabileceğini iletmektedir (Capoccia and Labre, 2015).

Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler, intihar riski yüksek olan ruhsal ve fiziksel hastalıkları bulunan hastalarla etkileşimleri sebebiyle intiharın yönetimi ve önlenmesinde önemli bir yer edinmektedir. Bir hemşirenin, sağlığın iyileştirilmesinde, geliştirilmesinde ve bakımında hastalara bakım verici kimliği, sağlık ortamında hastalarla uzun vadede temas halinde bulunmalarını ve bu sebeple intihar davranışı konusunda da ciddi öneme sahip bir etki içinde olmalarını sağlamaktadır (Siau et al., 2019).

Hagen et al. (2017) ruh sağlığı hemşirelerinin intihar girişiminde bulunan bireylere bakım verme tecrübeleri ile ilgili yapılan nitel çalışmada tecrübeli hemşirelerin intihar girişimini önlemede önemli bir role sahip olduğunu belirtmiştir. Klinikte yatan hastaların yetersiz bakım alması intihar girişimine sebep olabilmekte ve eğitim almış tecrübeli hemşirelerin risklerin farkında olup bu davranışı önleyebilmekte olduğunu bildirmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan hemşireler olumlu davranış sergilemektedir (Hagen et al., 2017; Stevens and Nies, 2018). Yapılan araştırmalarda olumsuz tutum gösteren hemşirelerin mesleki özel eğitimlerde kendilerini eksik hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Shaw and Sandy, 2016).

İntiharı önleme çalışmaları çok yönlü ve multidisipliner olmalıdır. Devletin koordinasyonu ile aile, okul, işyeri ve ilgili kuruluşlar seviyesinde planlı bir şekilde, geniş bir fenomenle gerçekleştirilmelidir (Alptekin ve Duyan, 2014; Sayıl, 1996).

Ülkemizde bu alanda yapılan örnek bir uygulama Ankara Üniversitesi bünyesinde 1994 ve 2011 yıllarında etkin olan Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde uygulanmıştır. Bu kuruluşta intihar davranışı için risk grubu şeklinde bilinen hükümlülere, ergenlere, şizofreni tanısı bulunan bireylere ve depresyon olgularına ait ikincil seviye önlem alma uygulamaları, intihar teşebbüsünde bulunan kişilere ait üçüncül seviye önlem alma uygulamaları uygulanmıştır. Sonrasında Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Sağlık Bakanlığı koordinasyon içinde çalışmış, Türkiye'de geniş bir biçimde acil kliniklerde kriz odakları oluşturulmuş ve bu merkezlerde intihar girişiminde bulunan kişilere yönelik üçüncül düzey önlem alma yaklaşımı gerçekleştirilmektedir. Ayrıca bu merkezlerde intihar girişimleri ile ilgili sistemli veri toplanmakta ve yayınlar yapılmaktadır. İntihar davranışı hem bireysel hem de toplumsal açıdan kompleks bir davranıştır. İntiharı önlenmesi için birçok kaynağın birlikte çalışmasına ihtiyaç duyulur. Planlar ve hedefler doğru belirlenmeli ve multidisipliner bir şekilde çalışılmalıdır (Özgüven Devrimci ve Alıcı Hoşgören, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Amaç: Bu çalışma ‘Hemşirelik Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyleri ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Tipi: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı desende gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri: Bu araştırma, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde, Kasım 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İlgili Sağlık Bilimleri Fakültesinde İngilizce ve Türkçe öğrenim veren iki hemşirelik bölümü bulunmaktadır. Bu çalışmada Türkçe Hemşirelik eğitimi veren Hemşirelik Bölümü öğrencileri çalışmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini; Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2022-2023 eğitim öğretim yılında öğrenim gören 350 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada minimum örneklem hacminin hesaplanması amacıyla bilinen evrenlerde örneklem hesaplama formülü kullanılmıştır (Baş, 2010). Yapılan örneklem hacmi hesaplama işlemi aşağıda verilmiştir.

$$N*(t^2*p*q)$$

n:

$$d^2 *(N-1) + t^2 (p*q)$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı (350)

n: Örneklem büyüklüğü

t: Anlamlılık ($\alpha=0.05$ için $t=1.96$)

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (Bu çalışma için %50 olarak alınmıştır)

q: incelenen olayın görülmemesi sıklığı (p: %50 olduğundan q değeri %50 olarak alınmıştır)

d: Örneklem hatası (Bu çalışma için 0.05 olarak alınmıştır)

$$350 * (1.96^2 * 0.50 * 0.50)$$

$$n: \dots\dots\dots = 184$$

$$0.05^2 * 349 + (1.96^2 * 0.50 * 0.50)$$

Yapılan hesaplama sonucu 350 kişilik bir evrende, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile alınabilecek minimum örneklem sayısının 184 kişi olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın veri toplama aşamasında veri kayıpları ve araştırmadan ayrılmayı isteyen öğrenciler olabileceği düşünülerek %20'lik ek örneklem (36 kişi) alınmıştır. Bu durumda bu çalışma için alınabilecek yeterli örneklem sayısının 220 kişi olması gerektiği tahmin edilmiştir. Veri toplama aşaması sonunda 230 hemşirelik öğrencisi bu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etme

Araştırma Dışlanma Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

Veri Toplama Araçları: Çalışmanın verileri “Tanımlayıcı özellikler Formu”, “İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)” ve “İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

Tanımlayıcı Özellikler Formu: Öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, kendileri ya da ailelerinde daha önce intihar ile ilgili öykülerini vb. sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulan formdur.

İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ): İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ), Caezar et al. (2012) tarafından geliştirilen dört intihar bilgisi sahasını yorumlayan 27 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach α güvenilirlik katsayısı ,85 olarak belirlenmiştir.

İBDÖ her maddeye “Doğru”, “Yanlış” ya da “Bilmiyorum” tepkilerinin verilebildiği üçlü likert tipte bir ölçektir. Ölçekteki “1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 27” nolu maddeleri “YANLIŞ”, “3, 6,8, 10, 12, 15, 17, 18, 22, 24, 26” nolu maddeleri “DOĞRU” olarak işaretleyenler 1 puan almaktadır. Ölçeğin toplam olarak puanı madde puanlarının birleştirilmesiyle oluşturulmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek puanlar 0-27 aralığında değişmekte olup, ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması intihara dair bilgi seviyelerinin yüksek bulunduğuna belirtmektedir. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır.

Belirtiler/Semptomlar: Bu alt boyut intihar belirtilerini değerlendirmekte olup 6 maddeden oluşmaktadır (7,8,12,19,22,24. Maddeler).

Nedenler/Tetikleyiciler: Bu boyut intihar etme sebeplerini ve intiharı tetikleyici faktörleri değerlendirmekte olup 10 maddeden oluşmaktadır (2,9,11,14,20,21,23,25,26,27. Maddeler).

Risk Faktörleri: Bu boyut intihara yönelik risk faktörlerini değerlendirmekte olup 7 maddeden oluşmaktadır (4,6,10,15,16,17,18. Maddeler).

Tedavi ve Önlem: Bu boyut intiharın tedavisi ve önlemlerine yönelik bilgi düzeyini değerlendirmekte olup 4 maddeden oluşmaktadır (1,3,5,13).

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ): Batterham et al. (2013b) bu ölçeği intihara ve intihar girişimi öyküsü bulunan kişilere dair damgalama davranışlarını yorumlamak amacıyla gerçekleştirmiştir. İYDÖ, 5’li Likert tarzı ölçek olarak intihara dair bir ya da iki sözcükten oluşan maddeler kesinlikle katılmıyorum (1 puan),

katılmıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılıyorum (4 puan), kesinlikle katılıyorum (5 puan) anlatımlarıyla statüleştirilir. Ölçek doğrultusunda olumlu ve olumsuz anlatımlar olmak üzere toplamda 55 madde yer almaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu (damgalama alt boyutu (örneğin, ‘zayıftır’, ‘başkalarını cezalandırıyor’, ‘işe yaramazdır’); izolasyon/depresyon alt boyutu (örneğin, ‘dış dünyadan kopmuştur’, ‘yabancılaşmıştır’) ve yüceltme/normalleştirme alt boyutu (örneğin, ‘asilcedir’, ‘yaptığı anlaşılabilir’)) bulunmaktadır. Batterham et al. (2013b) ölçeğin damgalama alt boyutu için 0,95, izolasyon/depresyon alt boyutu için 0,90 ve yüceltme/normalleştirme alt boyutu için 0,88 değerinde Cronbach alfa katsayısıyla yüksek bir iç tutarlılık gösterdiğini ve genel ölçek için Cronbach alfa değerinin 0,93 şeklinde saptandığını ifade etmişleridir. Bahsedilen üç unsurun toplam varyansın %46’sını açıklığa kavuşturduğu ve bütün maddelerin bir tek faktördeki yüklerinin en az 0,45 şeklinde olduğu belirtilmiştir (Batterham et al., 2013b). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Öztürk ve ark. (2017) tarafından uygulanmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda Cronbach alfa katsayısı 0,90; faktör yükleri 0,38–0,77 bulunmuştur. Türkçe formunda ölçeğin ifade ettiği varyans miktarı %34,07 bulunmuştur. 58 maddeli ölçekteki 3 maddenin (bir yükür, başkalarını cezalandırıyor, zayıftır) faktör yükleri 0,332’nin alt seviyesinde olduğu için ölçekten çıkarılmıştır (Öztürk ve ark., 2017). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach α güvenilirlik katsayısı ,84 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe formunda faktörler şu şekildedir.

Damgalama: Toplam varyansın %14,88’ini açıklamaktadır. Faktör için elde edilen Cronbach α güvenilirlik kat sayısı .90’dır. Bu faktör 2-4, 8, 9, 15-17, 20-22, 24, 26, 32, 36, 38-42, 44, 47, 48, 50-54. Maddelerden oluşmaktadır.

İzolasyon/Depresyon: Toplam varyansın %11,68’ini açıklamaktadır. Cronbach α güvenilirlik katsayısı .87’dir. Bu faktör 1, 6, 10, 12-14, 19, 23, 25, 27-29, 37, 45, 49, 55. Maddelerden oluşmaktadır.

Yüceltme/Normalleştirme: Toplam varyansın %7,51'ini açıklamaktadır. Cronbach α güvenirlilik kat sayısı .79'dur. Bu faktör 5, 7, 11, 18, 30, 31, 33-35, 43, 46. Maddelerden oluşmaktadır.

Ölçekte 5, 7, 11, 18, 30, 31, 33, 34, 35, 43, ve 46. Maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması intihara yönelik damgalamanın artması anlamına gelmektedir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach α güvenirlilik katsayısı .85 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada bulunan bulgular, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows versiyon 26,0 paket programı ile incelenmiştir. Bulguların normal şekilde dağılım gösterip göstermediğini saptamak için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş, normal dağılımın sağlanabilmesi için $\pm 1,5$ referans alınmıştır. Verileri analiz ederken; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum- maksimum değerler gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Değişkenler arası farkların aranmasında parametrik değişkenler için bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA kullanılırken, parametrik olmayan değişkenler için Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi gibi testlerden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < .05$ tercih edilmiştir.

Etik İlkeler: Araştırmanın etik olarak uygun olduğunun belirlenmesi için Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından etik kurul izni alınmıştır (Evrak Tarih ve Sayısı: 25.01.2023/2). Etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmanın uygulama aşamasının yapılacağı Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden uygulama izni için başvurulmuş ve izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışmada kullanılmış olan ölçüm araçları için ilgili yazarlardan e-posta aracılığıyla izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu araştırmanın sonuçları çalışmanın yürütüldüğü örneklem ile sınırlıdır. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçüm araçlarıyla sınırlıdır.

Araştırmanın Soruları:

- Hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri nasıldır?
- Hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ile ilişkili sosyo-demografik değişkenler nelerdir?
- Hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin damgalama tutumları nasıldır?
- Hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin damgalama tutumları ile ilişkili sosyo-demografik değişkenler nelerdir?
- Hemşirelik öğrencilerinin intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumları nelerdir?

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kişisel Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n:230)

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	179	77,8
	Erkek	51	22,2
Yaş	21 ve altı	146	63,5
	22 ve üstü	84	36,5
Medeni Durum	Evli	10	4,3
	Bekar	220	95,7
Sınıf	1	72	31,3
	2	60	26,1
	3	66	28,7
	4	32	13,9
Yaşadığı Yer	Kent	170	73,9
	Kırsal	60	26,1

Örneklemin %77,8'i kadın öğrencilerden oluşmakta olup %63,5'i 21 ve daha az yaşta. Öğrencilerin tamamına yakını (%95,7) bekar olup büyük oranda (%73,9) kentte yaşamaktadır. Öğrencilerin çoğunluğu (%31,3) 1. sınıf öğrencilerden oluşurken %13,9'luk bir kısmını ise 4. sınıflar oluşturmaktadır.

Tablo 4.2. Ailesel Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n:230)

Değişken	Kategori	n	%	Değişken	Kategori	n	%
Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul	88	38,3	Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul	61	26,5
	Ortaokul	45	19,6		Ortaokul	53	23,0
	Lise	83	36,1		Lise	94	40,9
	Yükseköğretim	14	6,1		Yükseköğretim	22	9,6
Aile Gelir Düzeyi	Düşük	11	4,8				
	Orta	200	87,0				
	Yüksek	19	8,3				

Öğrencilerin anne eğitim düzeylerinin ağırlıklı olarak ilkokul ve lise düzeyinde olduğu görülürken (sırası ile %38,3 ve %36,1) ortaokul mezunu olanlar %19,6 ve yükseköğretim mezunu olanlar ise %6,1 olarak belirlenmiştir. Baba eğitim düzeyi incelendiğinde ilkokul %26,5, ortaokul %23,0, lise %40,9 ve yükseköğretim ise %9,6'dır. Öğrencilerin aile gelir düzeyleri incelendiğinde büyük çoğunlukla (%87,0) orta gelir düzeyi olduğu ifade edilmiştir.

Tablo 4.3. İntihar ve Profesyonel Destek Öyküsüne İlişkin Tanımlayıcı Özellikler (n:230)

Değişken	Kategori	n	%	Değişken	Kategori	n	%
Psikiyatrist/Psikolog başvurusu	Evet	68	29,6	Daha önce intihar düşüncesi varlığı	Evet	28	12,2
	Hayır	162	70,4		Hayır	202	87,8
Psikiyatrik Tanı	Almış	37	16,1	İntihar düşüncesini dile getirme	Evet	12	5,2
	Almamış	193	83,9		Hayır	218	94,8
Psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanan	Evet	32	13,9	Ailede intihar öyküsü	Evet	6	2,6
	Hayır	198	86,1		Hayır	224	97,4
Ailede Psikiyatrik tedavi öyküsü	Evet	30	13,0	Yakın çevrede intihar öyküsü	Evet	56	24,3
	Hayır	200	87,0		Hayır	174	75,7

Profesyonel destek amacıyla daha önce psikiyatrist ya da psikoloğa başvuranların oranı %29,6 olup psikiyatrik tanı alanların oranı %16,1 ve tanı sebebiyle ilaç kullanmış olanların oranı ise %13,9'dur. öğrencilerin %13'ünün ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmaktadır. Daha önce intihar düşüncesi olduğunu belirten öğrencilerin oranı %12,2 olup %5,2'si intihar düşüncesi dile getirmiştir. Ailesinde intihar öyküsü olanların oranı %2,6 iken yakın çevresinde intihar öyküsü olanların oranı %24,3 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Ölçüm Araçlarına İlişkin Ortalama Puanlar ve Normal Dağılım (n:230)

Ölçüm Aracı	Min	Max	X	SS	Basıklık /SS	Çarpıklık /SS
İBDÖ	4	20	12,2	3,0	,054/,320	,100 /,160
Belirtiler/Semptomlar Alt Boyutu	0	5	1,5	1,1	,455/,320	,696/,160
Nedenler/Tetikleyiciler Alt Boyutu	0	9	2,9	2,1	,574/,320	382/,160
Risk Faktörleri Alt Boyutu	1	8	4,8	1,8	1,019/,320	-,136/,160
Tedavi ve Önlem Alt Boyutu	0	4	3,0	1,0	-,037/,320	-,836/,160
İYDÖ	138	222	176,9	18,1	-,376/,320	-,202/,160
Damgalama Alt Boyutu	43	129	79,4	14,5	,512/,320	-,081/,160
İzolasyon/Depresyon Alt Boyutu	40	80	63,3	6,8	,714/,320	-,192/,160
Yüceltme/Normalleştirme Alt Boyutu	18	50	37,0	6,2	,367/,320	-,580/,160

Örneklemin İBDÖ puanları 4-20 arasında değişirken örneklem ortalaması $12,2 \pm 3,0$ olarak hesaplanmıştır. İBDÖ' ye ait alt boyutlar incelendiğinde "Belirtiler/semtomlar alt boyutu" puan ortalaması $1,5 \pm 1,1$, "Nedenler/tetikleyiciler alt boyutu" puan ortalaması $2,9 \pm 2,1$, "Risk faktörleri alt boyutu" $4,8 \pm 1,8$ ve "Tedavi ve önlem alt boyutu" puan ortalaması $3,0 \pm 1,0$ 'dır.

Örneklemin İYDÖ puanları 138-222 puan arasında değişirken örneklem ortalaması $176,9 \pm 18,1$ puan olarak hesaplanmıştır. İYDÖ' ye ait alt boyutlar incelendiğinde "Damgalama alt boyutu" puan ortalaması $79,4 \pm 14,5$, "İzolasyon/depresyon alt boyutu" puan ortalaması $63,3 \pm 6,8$ ve "Yüceltme/normalleştirme alt boyutu" puan ortalaması $37,0 \pm 6,2$ puandır.

Ölçüm araçlarına ve alt boyutlarına ilişkin normal dağılım incelemesi için basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanmıştır. Elde edilen basıklık ve çarpıklık değerleri ölçüm araçlarının hem toplam puan bazında hem de alt boyut bazında normal dağılım sergilediklerini göstermiştir.

Tablo 4.5. Ölçek Alt Boyutları Puan Farkları

	Ölçüm Aracı	Min	Max	X	SS	Anlamlılık
*İBDÖ	^d Belirtiler/Semptomlar Alt Boyutu	,00	,83	,25	,19	F:407,883
	^c Nedenler/Tetikleyiciler Alt Boyutu	,00	,90	,29	,21	p: ,000 Greenhouse
	^b Risk Faktörleri Alt Boyutu	,14	1,14	,68	,17	Gaisser/ Bonferroni
	^a Tedavi ve Önlem Alt Boyutu	,00	,1,00	,76	,24	
*İYDÖ	^c Damgalama Alt Boyutu	1,54	4,61	2,83	,52	F:266,113 p: ,000 Greenhouse
	^a İzolasyon/Depresyon Alt Boyutu	2,50	5,00	3,96	,43	Gaisser/ Bonferroni
	^b Yüceltme/Normalleştirme Alt Boyutu	1,64	4,55	3,37	,56	

*Puanlar standardize edilmiştir (puan ortalamaları madde sayılarına bölünmüştür); post test: Bonferroni; a>b>c>d

Çalışmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarının kullanım düzeylerini belirlemek amacıyla ölçek alt boyut puanlarına ait standardize değerler karşılaştırılmıştır.

Örneklemin İBDÖ alt boyutlar incelendiğinde “Belirtiler/semptomlar alt boyutu” standardize puan ortalaması $,25\pm,19$, “Nedenler/tetikleyiciler alt boyutu” standardize puan ortalaması $,29\pm,21$, “Risk faktörleri alt boyutu” standardize puan ortalaması $,68\pm,17$ ve “Tedavi ve önlem alt boyutu” standardize puan ortalaması $,76\pm,24$ tür. Elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir (F:407,883; $p<.000$). Yapılan ileri analiz sonucu İBDÖ alt boyutlarının aldıkları standardize puanlar yüksekten düşüğe doğru “Tedavi ve önlem alt boyutu”, “Risk faktörleri alt boyutu”, “Nedenler/tetikleyiciler alt boyutu” ve “Belirtiler/semptomlar alt boyutu” şeklindedir.

İYDÖ' ye ait alt boyutlar incelendiğinde “Damgalama alt boyutu” standardize puan ortalaması $2,83\pm,52$, “İzolasyon/depresyon alt boyutu” standardize puan ortalaması $3,96\pm,43$ ve “Yüceltme/normalleştirme alt boyutu” puan ortalaması $3,37\pm,56$ puandır. Elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir (F:266,113; $p < ,000$). Yapılan ileri analiz sonucu İYDÖ alt boyutlarının aldıkları standardize puanlar yüksekten düşüğe doğru “İzolasyon/depresyon alt boyutu”, “Yüceltme/normalleştirme alt boyutu” ve “Damgalama alt boyutu” şeklindedir.

Tablo 4.6. İBDÖ ve İYDÖ Arasındaki İlişki (n:230)

Ölçüm Aracı	n	X	SS	r	r ²	p
İBDÖ	230	12,2	3,0	-,309	,10	,000
İYDÖ		176,9	18,1			

*Pearson korelasyon

Örneklemin İBDÖ puan ortalaması $12,2\pm3,0$ ve İYDÖ puan ortalaması $176,9\pm18,1$ puan olarak hesaplanmıştır. İki değişken arasındaki korelasyon incelendiğinde istatistiksel olarak ters yönlü ve anlamlı ilişkinin olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre İBDÖ puanı arttıkça İYDÖ puanı azalmaktadır. İYDÖ hesaplama özelliği nedeniyle puan arttıkça intihara yönelik damgalama düzeyinin arttığını gösteren bir ölçüm aracıdır. Bu nedenle İBDÖ ile İYDÖ arasındaki ters yönlü ilişki; intihara yönelik bilgi düzeyi arttıkça, intihara yönelik damgalama düzeyinin azalması anlamına gelmektedir.

Tablo 4.7. Tanımlayıcı Kişisel Özelliklere Göre İBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:230)

Değişken	Kategori	n	X	SS	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	179	12,2	2,9	t: -,095
	Erkek	51	12,2	3,1	p: ,925
Yaş	^b 21 ve altı	146	11,8	2,9	t: -2,069
	^a 22 ve üstü	84	12,7	3,1	p: ,040
*Medeni Durum	Evli	10	112,95		Z: -,125
	Bekar	220	115,62		p: ,901
Sınıf	1	72	11,8	3,1	
	2	60	12,0	2,7	F: 1,542
	3	66	12,6	3,1	p: 204
	4	32	12,8	3,2	
Yaşadığı Yer	Kent	170	12,2	3,1	t: -,149
	Kırsal	60	12,3	2,9	p: ,882

*Normal dağılım sergilemediğinden parametrik olmayan test kullanılmıştır; a>b

Kadın öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,2 \pm 2,9$ ve erkek öğrencilerin puan ortalaması $12,2 \pm 3,1$ olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (t: -,095; $p > ,05$). Bulguya göre İBDÖ puanları cinsiyete göre değişmemektedir.

21 ve daha az yaşa sahip olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $11,8 \pm 2,9$ ve 22 ve daha büyük olanların puan ortalaması $12,7 \pm 3,1$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t: -2,069; $p < ,05$). Bulguya göre İBDÖ puanları yaşa göre değişmektedir. Yaşı 22 ve daha fazla olanların İBDÖ puan ortalamaları yaşı 21 ve daha az olanlardan yüksektir.

Medeni durumu evli olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalama sıraları 112,95 ve bekar öğrencilerin puan ortalama sırası 115,62 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (Z: -,125; $p > ,05$). Bulguya göre İBDÖ puanları medeni duruma göre değişmemektedir.

1. sınıf öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $11,8 \pm 3,1$, 2.sınıfların $12,0 \pm 2,7$, 3.sınıfların $12,6 \pm 3,1$ ve 4.sınıfların $12,8 \pm 3,2$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (F:1,542; $p > ,05$). Bu bulguya göre İBDÖ puanları sınıf değişkenine göre farklılık göstermemektedir.

Kentte yaşayan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,2 \pm 3,1$ ve kırsalda yaşayan öğrencilerin puan ortalaması $12,3 \pm 2,9$ olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (t: -,149; $p > ,05$). Bulguya göre İBDÖ puanları yaşanan yere göre değişim göstermemektedir.

Tablo 4.8. Tanımlayıcı Ailesel Özelliklere Göre İBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:230)

Değişken	Kategori	n	Ortalama Sıra	Anlamlılık
*Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul	88	120,54	K-W:4,718 p: ,194
	Ortaokul	45	122,48	
	Lise	83	103,46	
	Yükseköğretim	14	132,79	
*Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul	61	124,16	K-W:5,890 p: ,117
	Ortaokul	53	114,68	
	Lise	94	105,11	
*Aile Gelir Düzeyi	^{ab} Düşük	11	130,77	**K-W:7,313 p: ,026
	^b Orta	200	111,17	
	^a Yüksek	19	152,26	

*Normal dağılım sergilemediğinden parametrik olmayan test kullanılmıştır;

**Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır; $a > b$

Anne eğitim düzeyi ilköğretim olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalama sıraları 120,54, ortaokul olanların 122,48, lise olanların 103,46 ve yükseköğretim olanların 132,79' dur ve istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (K-W:4,718; $p > ,05$). Öğrencilerin İBDÖ puanları anne eğitim düzeyine göre değişim göstermemektedir.

Baba eğitim düzeyi ilköğretim olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalama sıraları 124,16, ortaokul olanların 114,68, lise olanların 105,11 ve yükseköğretim olanların 137,86 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (K-W:5,890; $p>,05$). Öğrencilerin İBDÖ puanları baba eğitim düzeyine göre değişim göstermemektedir.

Aile gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalama sıraları 130,77, orta düzey olanların 11,17 ve yüksek düzey olanların 152,26'dır. Öğrencilerin İBDÖ puanları aile gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (K-W:7,313; $p<,05$). Aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin İBDÖ puanları aile gelir düzeyi orta düzey olan öğrencilerden anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.9. İntihar ve Profesyonel Destek Öyküsüne Göre İBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n:230)

Değişken	Kategori	n	X	SS	Anlamlılık
Psikiyatrist/Psikolog başvurusu	Evet	68	12,1	3,1	t: -,124
	Hayır	162	12,2	2,9	p: ,901
Psikiyatrik Tanı	Almış	37	12,6	2,7	t: ,929
	Almamış	193	12,1	3,1	p: ,354
Psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanan	Evet	32	12,4	3,0	t: ,417
	Hayır	198	12,1	3,0	p: ,677
Ailede Psikiyatrik tedavi öyküsü	Evet	30	13,2	2,9	t: 1,962
	Hayır	200	12,1	3,0	p: ,051
*Daha önce intihar düşüncesi varlığı	Evet	28	117,63		Z: -,181
	Hayır	202	115,21		p: ,856
*İntihar düşüncesini dile getirme	Evet	12	134,25		Z: -1,009
	Hayır	218	114,47		p: ,313
*Ailede intihar öyküsü	^a Evet	6	177,58		Z: -2,329
	^b Hayır	224	113,84		p: ,020
Yakın çevrede intihar öyküsü	Evet	56	12,5	3,1	t: 1,061
	Hayır	174	12,1	3,0	p: ,290

*Normal dağılım sergilemediğinden parametrik olmayan test kullanılmıştır; $a>b$

Daha önce psikiyatrist ya da psikolog başvurusu olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,1 \pm 3,1$ puan ve başvurusu olmayanların puan ortalaması $12,2 \pm 2,9$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($t: -,124$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İBDÖ puan ortalaması daha önce psikiyatrist ya da psikoloğa başvurma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Daha önce psikiyatrik tanı almış olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,6 \pm 2,7$ puan ve tanı almamış olanların puan ortalaması $12,1 \pm 3,1$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($t: ,929$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İBDÖ puan ortalaması daha önce psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanmış olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,4 \pm 3,0$ puan ve ilaç kullanmamış olanların puan ortalaması $12,1 \pm 3,0$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($t: ,417$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İBDÖ puan ortalaması psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $13,2 \pm 2,9$ puan ve ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olmayanların puan ortalaması $12,1 \pm 3,0$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($t: ,1962$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İBDÖ puan ortalaması ailede psikiyatrik tedavi alma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Daha önce intihar düşüncesi olduğunu belirten öğrencilerin İBDÖ puan ortalaması 117,63 ve daha önce intihar düşüncesi olmadığını belirtenlerin ortalaması 115,21 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (Z: -,181; p> ,05). Bu bulguya göre İBDÖ puanları daha önce intihar düşüncesi varlığıyla ilişkili değildir.

İntihar düşüncesini dile getirdiğini belirten öğrencilerin İBDÖ puan ortalaması 134,25 ve dile getirmediğini belirten öğrencilerin ortalaması 114,47 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (Z: -1,009; p> ,05). Bu bulguya göre İBDÖ puanları daha önce intihar düşüncesini dile getirme durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Ailesinde intihar öyküsü olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalaması 177,58 ve ailesinde intihar öyküsü olmayan öğrencilerin ortalaması 113,84 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z: -2,329; p< ,05). Bu bulguya göre İBDÖ puanları ailesinde intihar öyküsü bulunma durumuna göre değişim göstermektedir. Ailesinde intihar öyküsü bulunan öğrencilerin İBDÖ puanları intihar öyküsü bulunmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksektir.

Yakın çevresinde intihar öyküsü bulunan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,5 \pm 3,1$ puan iken bulunmayanların puan ortalaması $12,1 \pm 3,0$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (t:1,061; p> ,05). Bu bulguya göre İBDÖ puan ortalaması yakın çevresinde intihar öyküsü olma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Tablo 4.10. Tanımlayıcı Kişisel Özelliklere Göre İYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:230)

Değişken	Kategori	n	X	SS	Anlamlılık
Cinsiyet	Kadın	179	176,6	18,0	t: -,523
	Erkek	51	178,1	18,7	p: ,601
Yaş	21 ve altı	146	176,3	18,0	t: -,867
	22 ve üstü	84	178,6	18,2	p: ,387
*Medeni Durum	Evli	10	111,85		Z: -,177
	Bekar	220	115,67		p: ,859
**Sınıf	1	72	^{ab} 176,1	16,9	
	2	60	^a 181,8	17,9	F: 3,684
	3	66	^{ab} 177,4	18,1	p: 013
	4	32	^b 168,9	19,3	
Yaşadığı Yer	Kent	170	177,0	18,2	t: ,112
	Kırsal	60	176,7	18,1	p: ,911

*Normal dağılım sergilemediğinden parametrik olmayan test kullanılmıştır; **Post test: Scheffe; a>b

Kadın öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları $176,6 \pm 18,0$ ve erkek öğrencilerin puan ortalaması $178,1 \pm 18,7$ olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (t: ,523; $p > ,05$). Bulguya göre İYDÖ puanları cinsiyete göre değişmemektedir.

21 ve daha az yaşa sahip olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları $176,3 \pm 18,0$ ve 22 ve daha büyük olanların puan ortalaması $178,6 \pm 18,2$ olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (t: -,867; $p > ,05$). Bulguya göre İYDÖ puanları yaş gruplarına göre değişmemektedir.

Medeni durumu evli olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalama sıraları 111,85 ve bekar öğrencilerin puan ortalama sırası 115,67 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (Z: -,177; $p > ,05$). Bulguya göre İYDÖ puanları medeni duruma göre değişmemektedir.

1.sınıf öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları 176,1±16,9, 2.sınıfların 181,8±17,9, 3.sınıfların 177,4±18,1 ve 4. sınıfların 168,9±19,3 puan olup puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:3,684; p< ,05). 2. Sınıf öğrencilerin İYDÖ puanları 4. Sınıf öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksektir. Bu bulguya göre 2. Sınıf öğrencilerin intihara yönelik damgalama düzeyleri 4. Sınıflara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Kentte yaşayan öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları 177,0±18,2 ve kırsalda yaşayan öğrencilerin puan ortalaması 176,7±18,1 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (t: ,112; p> ,05). Bulguya göre İYDÖ puanları yaşanılan yere göre değişim göstermemektedir.

Tablo 4.11. Tanımlayıcı Ailesel Özelliklere Göre İYDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:230)

Değişken	Kategori	n	Ortalama Sıra	Anlamlılık
*Anne Eğitim Düzeyi	^b İlkokul	88	108,11	**K-W:9,040 p: ,029
	^b Ortaokul	45	103,73	
	^a Lise	83	132,70	
	^b Yükseköğretim	14	97,79	
*Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul	61	108,69	K-W:4,041 p: ,257
	Ortaokul	53	107,92	
	Lise	94	126,10	
	Yükseköğretim	22	107,36	
*Aile Gelir Düzeyi	Düşük	11	145,50	K-W:2,400 p: ,301
	Orta	200	114,30	
	Yüksek	19	110,74	

*Normal dağılım sergilemediğinden parametrik olmayan test uygulanmıştır;

**Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır; a>b

Anne eğitim düzeyi ilköğretim olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalama sıraları 108,11, ortaokul olanların 103,73, lise olanların 132,70 ve yükseköğretim olanların 97,79'dur ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (K-W:9,049; $p < ,05$). Öğrencilerin İYDÖ puanları anne eğitim düzeyine göre değişmektedir. Anne eğitim düzeyi lise olan öğrencilerin intihara yönelik damgalama tutumları diğer gruplardan daha yüksektir.

Baba eğitim düzeyi ilköğretim olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalama sıraları 108,69, ortaokul olanların 107,92, lise olanların 126,10 ve yükseköğretim olanların 107,36 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (K-W:4,041; $p > ,05$). Öğrencilerin İYDÖ puanları baba eğitim düzeyine göre değişim göstermemektedir.

Aile gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalama sıraları 145,50, orta olanların 114,30 ve yüksek olanların 110,74 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (K-W:2,400; $p > ,05$). Bu bulguya göre öğrencilerin İYDÖ puanları aile gelir düzeyine göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.12. İntihar ve Profesyonel Destek Öyküsüne Göre İYDÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n:230)

Değişken	Kategori	n	X	SS	Anlamlılık
Psikiyatrist/Psikolog başvurusu	Evet	68	176,3	18,3	t: -,367
	Hayır	162	177,2	18,1	p: ,714
Psikiyatrik Tanı	Almış	37	174,8	21,2	t: -,790
	Almamış	193	177,4	17,5	p: ,431
Psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanan	Evet	32	176,8	20,3	t: -,044
	Hayır	198	177,0	17,8	p: ,965
Ailede Psikiyatrik tedavi öyküsü	Evet	30	173,3	19,3	t: -1,180
	Hayır	200	177,5	18,0	p: ,239
*Daha önce intihar düşüncesi varlığı	Evet	28	103,75		Z: -,997
	Hayır	202	117,13		p: ,319
*İntihar düşüncesini dile getirme	Evet	12	112,50		Z: -,160
	Hayır	218	115,67		p: ,873
*Ailede intihar öyküsü	Evet	6	84,50		Z: -1,157
	Hayır	224	116,33		p: ,247
Yakın çevrede intihar öyküsü	^b Evet	56	172,3	19,3	t: -2,236
	^a Hayır	174	178,4	17,6	p: ,026

*Normal dağılım sergilemediğinden parametrik olmayan test kullanılmıştır; a>b

Daha önce psikiyatrist ya da psikolog başvurusu olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları $176,3 \pm 18,3$ puan ve başvurusu olmayanların puan ortalaması $177,2 \pm 18,1$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (t: -,367; $p > ,05$). Bu bulguya göre İYDÖ puan ortalaması daha önce psikiyatrist ya da psikoloğa başvurma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Daha önce psikiyatrik tanı almış olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları $174,8 \pm 21,2$ puan ve tanı almamış olanların puan ortalaması $174,4 \pm 17,5$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($t: -,790$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İYDÖ puan ortalaması daha önce psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanmış olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları $176,8 \pm 20,3$ puan ve ilaç kullanmamış olanların puan ortalaması $177,0 \pm 17,8$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($t: -,044$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İYDÖ puan ortalaması psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları $173,3 \pm 19,3$ puan ve ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olmayanların puan ortalaması $177,5 \pm 18,0$ puan olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($t: -1,180$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İYDÖ puan ortalaması ailede psikiyatrik tedavi alma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Daha önce intihar düşüncesi olduğunu belirten öğrencilerin İYDÖ puan ortalaması $103,75$ ve daha önce intihar düşüncesi olmadığını belirtenlerin ortalaması $117,13$ olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($Z: -,997$; $p > ,05$). Bu bulguya göre İYDÖ puanları daha önce intihar düşüncesi varlığıyla ilişkili değildir.

İntihar düşüncesini dile getirdiğini belirten öğrencilerin İYDÖ puan ortalama sırası 112,50 ve dile getirmediğini belirten öğrencilerin ortalama sırası 115,67 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (Z: -,160; $p > ,05$). Bu bulguya göre İYDÖ puanları daha önce intihar düşüncesini dile getirme durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Ailesinde intihar öyküsü olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalama sırası 84,50 ve ailesinde intihar öyküsü olmayan öğrencilerin ortalama sırası 116,33 olup istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (Z: -1,157; $p > ,05$). Bu bulguya göre İYDÖ puanları ailesinde intihar öyküsü bulunma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Yakın çevresinde intihar öyküsü bulunan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $172,3 \pm 19,3$ puan iken bulunmayanların puan ortalaması $178,4 \pm 17,6$ puan olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t: -2,236$; $p < ,05$). İBDÖ puan ortalaması yakın çevresinde intihar öyküsü olma durumuna göre değişim göstermektedir. Bu bulguya göre yakın çevresinde intihar öyküsü bulunanların intihara yönelik damgalama tutumları daha düşüktür.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda elde edilen sonuçlara göre; intihar bilgi düzeyi arttıkça intihara yönelik damgalama düzeyi azalmaktadır. Yaş, aile gelir düzeyi ve ailede intihar öyküsü gibi değişkenler İBDÖ ile istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, sınıf, anne eğitim düzeyi ve yakın çevrede intihar öyküsü gibi değişkenler ise İYDÖ ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmaya alınan diğer değişkenlerin ise İBDÖ ve İYDÖ ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada minimum doğru cevaplanan özelliklerin (%22,91) “Belirtiler” alt boyutunda, maksimum doğru cevaplanan özelliklerinse (%67,11) “Tedavi/Önlem” alt boyutunda görüldüğü saptanmıştır. Chan et al. (2014) Avusturya’ da üniversitede yaptıkları araştırmada, katılım gösterenlerin İBDÖ’ n den aldıkları ortalama puan $17\pm 2,9$ şeklinde saptanmıştır (Chan et al., 2014). Calear et al. (2012) İBDÖ ile üniversite öğrencileri ve üniversite görevlileri ile yaptıkları araştırmada katılım gösterenlerin intihar davranışına yönelik bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Calear et al., 2012). Alt boyutlar olarak bakıldığında, minimum doğru cevaplanan özelliklerin (%45,0) ‘Belirtiler’ alt boyutunda, maksimum doğru cevaplanan özelliklerin ise (%91,0) ‘Tedavi/Önlem’ alt boyutunda saptandığı belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmada örneklemin İBDÖ puanları 4-20 arasında değişirken örneklem ortalaması $12,2\pm 3,0$ olarak hesaplanmıştır. İBDÖ’ ye ait alt boyutlar incelendiğinde “Belirtiler/semptomlar alt boyutu” puan ortalaması $1,5\pm 1,1$, “Nedenler/tetikleyiciler alt boyutu” puan ortalaması $2,9\pm 2,1$, “Risk faktörleri alt boyutu” $4,8\pm 1,8$ ve “Tedavi ve önlem alt boyutu” puan ortalaması $3,0\pm 1,0$ ’ dır. Elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında puanlar arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı seviyede farklı bulunduğu saptanmıştır.

Yaş değişeni ile İBDÖ puan ortalamaları aralığındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında, özel olarak 18-24 yaş topluluğunda intihara ilişkin bilgi düzeylerinin bu yaş topluluğundan daha fazla yaşa sahip olanlara oranla fazla bulunduğu saptanmıştır (Segal, 2001; Calear et al., 2012; Batterham et al., 2013).

Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin yaş ortalama skalası ile İBDÖ toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları aralığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Batterham et al. (2013) tarafından aynı ölçek kullanılarak yapılan araştırmada, 18-24 yaş arası topluluğun bilgi düzeylerinin 50 yaş ve üzerindeki topluluğa oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Batterham et al., 2013). Caelear et al. (2012)' in İBDÖ ile üniversite öğrencileri ve üniversite görevlilerinin ele alındığı bir araştırmada, 18-24 yaş topluluğunda intihar bilgi düzeyleri daha ileri yaş topluluğundaki kişilere oranla daha fazla saptanmıştır (Caelear et al., 2012). Yapılan bu çalışmada 21 ve daha az yaşa sahip olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $11,8 \pm 2,9$ ve yaşı 22 ve daha büyük olanların puan ortalaması $12,7 \pm 3,1$ olup aradaki fark istatistiki olarak anlamlı saptanmıştır. İBDÖ puanları yaşa göre değişmektedir. Yaşı 22 ve daha fazla olanların İBDÖ puan ortalamaları yaşı 21 ve daha az olanlardan yüksektir. Yapılan bu çalışmada İBDÖ puan ortalamaları ve yaş faktörü diğer çalışmalara göre farklı olarak saptanmıştır. Yaş arttıkça intihara ilişkin bilgi düzeyinin arttığı bulunmuştur. Bulunan bu sonucun çalışmanın yalnızca belirlenen yaş gruplarında ki örneklem üzerinde gerçekleştirilmesi ile ilgili olması varsayılabılır. Bu kapsamda yaş aralığının daha kapsamlı olarak ayarlandığı örneklem toplulukları ile yaş ve intihara yönelik bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin araştırılması planlanabilir. Genç nüfusun intihara ilişkin bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla intiharın risk faktörlerinin ve belirtilerinin erken dönemde benimsenmesi ve gerekli eğitimlerin verilmesi planlanabilir.

Medeni durum ve cinsiyet parametrelerine göre İBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bakıldığında Batterham et al. (2013) yaptıkları çalışmada kadın bireylerin erkek bireylere ve evlenmemiş bireylerin evlenen bireylere oranla intihara yönelik bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Batterham et al., 2013). Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu araştırmada medeni durum ve cinsiyete göre intihara yönelik bilgi düzeyleri aralığında fark bulunmadığı belirtilmiştir (Öztürk, 2016). Chan et al. (2014) tıp öğrencileri ile yaptıkları araştırmada ise intihara yönelik bilgi düzeyleri açısından erkek birey ve kadın birey olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlam içeren fark bulunmamıştır (Chan et al., 2014). Caelear et al.

(2012) üniversite öğrencileri ve görevlilerini içeren örneklem ile yapmış oldukları araştırmada erkek bireylerin ve kadın bireylerin İBDÖ puan ortalamaları aralığında istatistiksel olarak anlam içeren fark bulunmamıştır (Clear et al., 2012). Yapılan bu çalışmada kadın öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,2\pm 2,9$ ve erkek öğrencilerin puan ortalaması $12,2\pm 3,1$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlenmemiştir. İBDÖ puanları cinsiyete göre değişmemektedir. Medeni durumu evli olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalama sıraları 112,95 ve bekar öğrencilerin puan ortalama sırası 115,62 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlenmemiştir. İBDÖ puanları medeni duruma göre değişmemektedir. Literatür bu çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Aile gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalama sıraları 130,77, orta düzey olanların 11,17 ve yüksek düzey olanların 152,26'dır. Öğrencilerin İBDÖ puanları aile kazanç seviyelerine göre istatistiki açıdan anlam içeren fark bulunmuştur. Aile kazanç seviyesi fazla olan öğrencilerin İBDÖ puanları aile kazanç seviyesi orta düzey olan öğrencilerden anlamlı derecede yüksektir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde İBDÖ ve aile kazanç seviyesi ile alakalı bilgi içeren çalışmalara rastlanmamıştır.

Psikiyatrist ve psikoloğa başvurusu olma hikayesi ile intihara yönelik bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, Batterham et al. (2013) araştırmasında depresyon, anksiyete durumu, psikososyal distress gibi psikiyatrik bir hastalığı olan kişiler ile psikiyatrik hastalığı bulunmayan bireyler arasında intihar bilgi düzeylerine yönelik fark bulunmamıştır (Batterham et al., 2013). Öztürk (2016)'ün yapmış olduğu araştırmada ise psikiyatrist ve psikoloğa başvurup psikiyatrik tanı konmuş olan öğrencilerin intihara yönelik bilgi düzeylerinin daha fazla bulunduğu görülmüştür. Callear et al. (2014) araştırması ile Chan et al. (2014) araştırmasında yüksek intihar bilgi düzeyleri ile psikolojik destek arayışı tutumu aralığında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Chan et al., 2014; Clear et al., 2014). Yapılan bu çalışmada ise daha önce psikiyatrist ya da psikolog başvurusu olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,1\pm 3,1$ puan ve başvurusu olmayanların puan ortalaması $12,2\pm 2,9$ puan olup aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir.

Bu bulguya göre İBDÖ puan ortalaması daha önce psikiyatrist ya da psikoloğa başvurma durumuna göre değişim göstermemektedir. Daha önce psikiyatrik tanı almış olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,6\pm 2,7$ puan ve tanı almamış olanların puan ortalaması $12,1\pm 3,1$ puan olup aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Bu veriler ışığında İBDÖ puan ortalaması daha önce psikiyatrik tanı alma durumuna göre değişim göstermemektedir. Yapılan çalışmalar doğrultusunda kişinin intiharın önlenabilir olması ve risk faktörleri konusunda yeteri kadar bilginin olması, uzman destek yardımı açısından daha olumlu bir davranış sergileyeceğini düşündürmektedir. Psikiyatrik hastalıkları olan ve intihar davranışı yönünden risk içeren bireylere intiharın terapisi ve önlenabilir olması açısından eğitim organizasyonları ile içgörülerinin artması ve psikolojik destek aramalarının desteklenebileceği düşünülmektedir.

İntihar girişimi hikayesi ile intihara yönelik bilgi düzeyleri arasında da bir ilişki bulunabileceği için, bireylerin öncesindeki intihar girişimine oranla intihara ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki farkın bulunup bulunmadığı değerlendirildi. Bu konuyla ilgili önceden yapılmış araştırmalara bakıldığında, Öztürk' ün (2016) yapmış olduğu araştırmada öncesinde herhangi birine intihar davranışında bulunabileceğini ifade ettiğini, intihar davranışında bulunabileceğini planladığını veya intihar davranışını gösterdiğini belirten öğrencilerin İBDÖ “Belirtiler”, “Neden ve Tetikleyiciler” alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları anlam içeren seviyede daha fazla bulunurken, “Tedavi ve Önlem” alt boyutu puan ortalamaları anlam içeren seviyede daha düşük bulunmuştur. Batterham et al. (2013) yapmış oldukları çalışmada intihar düşüncesi veya girişimi bulunan kişilerin intihara yönelik bilgi düzeylerinin belirli bir düzeyde daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Batterham et al., 2013). Yapılan bu çalışmada öncesinde intihar düşüncesi olduğunu belirten öğrencilerin ve daha önce intihar düşüncesi olmadığını belirten öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları aralığındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Bu bulguya göre İBDÖ puanları daha önce intihar düşüncesi varlığıyla ilişkili değildir. İntihar düşüncesini dile getirdiğini belirten öğrencilerin ve dile getirmediğini belirten öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları aralığındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak

belirlenmemiştir. Bu veriler doğrultusunda İBDÖ puanları daha önce intihar düşüncesini dile getirme durumuna göre değişiklik göstermemektedir.

Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu araştırmada öğrencilerin aile bireylerinde ve yakın çevresinde psikiyatrik muayene veya tedavi hikayesi ve ailelerinde intihar etmiş olarak ölen veya girişimde bulunmuş herhangi birisinin bulunmasına göre İBDÖ puan ortalamaları aralığında istatistiki açıdan anlam içeren fark saptanmamıştır. Batterham et al. (2013) yapmış oldukları çalışmada öncesinde intihar vakası ile karşı karşıya kalmış bireylerin daha fazla intihar hakkında bilgilerinin oldukları saptanmıştır (Batterham et al., 2013). Yapılan bu çalışmada ailesinde intihar öyküsü olan öğrencilerin İBDÖ puan ortalama sırası 177,58 ve ailesinde intihar öyküsü olmayan öğrencilerin ortalama sırası 113,84 olup aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak bulunmuştur. Bu veriler ışığında İBDÖ puanları ailesinde intihar öyküsü bulunma durumuna göre değişim göstermektedir. Ailesinde intihar öyküsü bulunan öğrencilerin İBDÖ puanları intihar öyküsü bulunmayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksektir. Bu çalışma bulguları Batterham et al. (2013) yaptıkları çalışma bulgularını desteklemektedir. Yakın çevresinde intihar öyküsü bulunan öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları $12,5 \pm 3,1$ puan iken bulunmayanların puan ortalaması $12,1 \pm 3,0$ puan olarak aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Bu verilere göre İBDÖ puan ortalaması yakın çevresinde intihar öyküsü olma durumuna göre değişim göstermemektedir.

İntihara yönelik tutumları değerlendiren araştırmalar incelendiğinde, Yılmaz ve ark. (2009) intihar girişiminde bulunmuş bireylere dair öğrencilerin bakış açısını inceledikleri araştırmada öğrencilere Sosyal Uzaklık Ölçeği uygulanmış ve çoğunluğu öncesinde intihar girişiminde bulunan bireylere karşı korumacı olmayı planladıklarını belirtmişlerdir (Yılmaz, 2009). Avusturya' da ki psikologların intihar etmiş bireylere yönelik davranışlarının incelendiği bir araştırmada katılanların intihar etmiş bireylere yönelik davranışları genel olarak olumlu saptanmıştır (Gagnon and Hasking, 2012). Norheim et al. (2013) araştırmasında ruh sağlığı uzmanlarının intihar davranışına yönelik davranışlarının pozitif bulunduğunu saptamışlardır (Norheim et al., 2013). Nebhinani et al. (2013) Hindistan' ın taşra bölgelerinde yapmış oldukları araştırmada

intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik hemşirelik öğrencilerinin geniş anlamda olumlu davranışlarda oldukları saptanmıştır (Nebhinani et al., 2013). Avusturyalı ve Türk tıp öğrencilerinde yapılan farklı bir araştırmada, Avusturyalı tıp öğrencileri intihar vakalarına daha olumlu tutumlarda bulunurken, Türk öğrencilerin Avusturyalı öğrencilere oranla reddedici bir davranışta oldukları bulunmuştur (Eskin ve ark., 2011).

Bu araştırmada kullanılmış İYDÖ' nin kullanıldığı farklı araştırmalara bakıldığında, Öztürk (2016)' ün İYDÖ ölçeği kullanılarak yapmış olduğu çalışmada 'Damgalama' alt boyutunda en fazla onaylanan ilk dört özellik sırası ile; 'tuhaftır', 'öfkeli/şiddete meyillidir', 'başarısızlıktır' ve 'günahkardır' özellikleri olurken, en az onaylanan özellik ise 'barbardır' özelliği olarak saptanmıştır (Öztürk, 2016). Batterham et al. (2013) üniversite öğrencileri ve görevlilerinin kapsama alındığı örnekleme yapılan araştırmada ölçeğin "Damgalama" alt boyutu özelliklerinin onaylanma oranı az olarak bulunmuştur. 'Damgalama' alt boyutunda en çok onaylanan ilk dört özellik sırası ile 'başkalarını cezalandırıyor', 'bencildir', 'incitcidir' ve 'umursamazdır' özellikleri olurken, en az onaylanan ise 'günahkardır' özelliği olarak bulunmuştur (Batterham et al., 2013). Chan et al. (2014) araştırmasında benzeri olarak 'Damgalama' alt boyutu özelliklerin onaylanma oranı düşük olup, 'İzolasyon/Depresyon' alt boyutu özelliklerinin onaylanma oranları diğer alt boyutlara oranla daha fazla saptanmıştır (Chan et al., 2014). Boğahan ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışmada İYDÖ alt boyut puan ortalamalarından 'izolasyon/depresyon' puan ortalamasının diğer alt boyutlara oranla fazla olduğu görülmüştür (Boğahan ve ark., 2018). Yapılan bu çalışmada örneklemin İYDÖ puanları 138-22 puan arasında değişirken örneklem ortalaması $176,9 \pm 18,1$ puan olarak hesaplanmıştır. İYDÖ' ye ait alt boyutlar incelendiğinde 'Damgalama alt boyutu' puan ortalaması $79,4 \pm 14,5$, 'İzolasyon/depresyon alt boyutu' puan ortalaması $63,3 \pm 6,8$ ve 'Yüceltme/normalleştirme alt boyutu' puan ortalaması $37,0 \pm 6,2$ puandır.

Yapılan bazı çalışmalar yaşın ilerlemesi ile intihara yönelik damgalayıcı tutumların da azaldığını belirtmektedir (Fisher and Goldney, 2003; Griffiths et al., 2008). İntihara yönelik damgalama içeren davranışların bireylerin destek arayıcı tutumlarına olan etki mekanizmasını inceleyen bir araştırmada geçen yaş topluluğu ile daha ileri yaş topluluğu aralığında damgalama tutumları açısından anlam içeren fark bulunmamıştır (Chan et al., 2014). Batterham et al. (2013) alışmasında 18-24 yaş grubundaki kişilerin 25-49 ve 50 yaş ve üstü kişilere göre intihar eden bireylere yönelik daha olumlu tutumlara sahip oldukları saptanmıştır (Batterham et al., 2013). Batterham et al. (2013b)' in yapmış olduğu İYD kullanılan farklı bir araştırmada da yaş değişeni ile intihara yönelik damgalama davranışları aralığında anlam içeren fark bulunmazken, ileri yaş aralığındaki bireylerin geçen bireylere göre intihar davranışını Yüceleştirme/Normalleştirme alt boyut puan ortalamaları daha fazla saptanmıştır (Batterham et al., 2013b). Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması değeri ile İYD' nin alt boyut puan ortalamaları aralığında anlam içeren fark saptanmamıştır. Yapılmış araştırmalar incelendiğinde durum ile ilgili farklı sonuçlara ulaşıldığı bilinmektedir. Bu çalışmada 21 ve daha az yaşa sahip olan ğrencilerin İYD puan ortalamaları 176,3±18,0 ve 22 ve daha büyük olanların puan ortalaması 178,6±18,2 olarak aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Veriler doğrultusunda İYD puanları yaş gruplarına göre değişmemektedir.

Nebhinani et al. (2013) hemşirelik ğrencilerinde uyguladıkları araştırmada, erkek bireylerin kadın bireylere oranla intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik daha olumlu davranışlarda buldukları belirlenmiştir (Nebhinani et al., 2013). İYD' ni içeren başka bir araştırmada ise erkek bireylerin kadın bireylere oranla 'Damgalama' alt boyutu puanları daha fazlayken, kadın bireylerin 'İzolasyon/Depresyon' alt boyut puanları daha fazla saptanmıştır (Batterham et al., 2013). Batterham et al. (2019) Avustralya' da depresyon tanısı bulunan kişilerle yapmış olduğu araştırmada kadın bireylerin intihara yönelik bilgi düzeylerinin fazla bulunduğu ve damgalama davranışının erkek bireylere oranla daha az bulunduğu saptanmıştır (Batterham et al., 2019). Rivera Segarra et al. (2018) tıp fakültesi ğrencilerinin intihara yönelik

davranışlarının saptanması açısından 123 öğrenci ile yapmış oldukları araştırmada cinsiyet durumunun damgalama davranışıyla anlam içeren düzeyde ilişkili bulunduğu, erkek bireylerin damgalama puanlarının kadın bireylerden daha çok olduğunu bildirilmişlerdir (Rivera Segarra et al., 2018). Kore’de intihar girişimi ya da depresyon öyküsü bulunan kişilere yönelik toplumsal damgalanma ile ilgili unsurların belirlenmesi planı ile yapılmış olan farklı bir araştırmada erkek bireylerin damgalama içeren davranışlarının daha çok bulunduğu belirlenmiştir (Park et al., 2015). Bunun yanı sıra Chan et al. (2014) yaptıkları çalışmada erkek birey ve kadın bireyler aralığında intihara yönelik damgalama davranışlarına yönelik farklılık olmadığını saptamışlardır (Chan et al., 2014). İntihara yönelik toplumsal araştırmacıların davranışlarını inceleyen farklı bir araştırmada kadın birey ve erkek bireyler aralığında intihar davranışına yönelik davranışlar açısından farklılık bulunmadığı görülmüştür (Kodaka et al., 2013). İntihar davranışında bulunan bireylere yönelik sağlıkçıların davranışlarını araştıran farklı bir araştırmada, erkek birey ve kadın bireylerin intihar davranışında bulunan bireylere yönelik davranışları aralığında farklılık bulunmamıştır (Er ve ark., 2013). Bu çalışmada ise kadın öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları $176,6 \pm 18,0$ ve erkek öğrencilerin puan ortalaması $178,1 \pm 18,7$ olarak aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Veriler ışığında İYDÖ puanları cinsiyete göre değişmemektedir. Yukarıdaki benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Önceden yapılmış araştırmalar medeni durumun intihara yönelik davranışlara etki göstermediğini içermektedir. Buna örnek olarak Chan et al. (2014), Er ve ark. (2013) ve Öztürk (2016)’ün yaptıkları araştırmalarda medeni durumun intihar davranışına yönelik davranışlarda etki etmediğini bildirmektedir (Er ve ark., 2013; Chan et al., 2014; Öztürk, 2016). Yukarıdaki benzer çalışmalarla yapılan bu çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir. Yapmış olduğumuz bu araştırmada bekar ve evli olan öğrencilerin İYDÖ alt boyut puan ortalamaları aralığında anlam içeren farklılık saptanmamıştır. Çalışma verileri kapsamında, medeni duruma yönelik intihar davranışına dair damgalama davranışlarının değişmediği ifade edilebilir.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf ve fakültelerin intihar davranışına yönelik damgada bulunma davranışlarına etki edebileceği düşünülerek literatür incelendiğinde Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada ilahiyat fakültesi ve sınıf düzeyi üçüncü sınıf olan öğrencilerin intihar davranışına yönelik fazlaca damgalayıcı davranışlarının olduğunu bilinirken, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ise farklı alandaki öğrencilere oranla intihar davranışını daha normal değerlendirdikleri bilinmektedir (Öztürk, 2016). Boğahan ve ark. (2018) hemşirelik öğrencilerinde intihara yönelik damgalamanın belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada birinci sınıfta olan öğrencilerin damgalama alt boyutu puan ortalamalarının farklı sınıflardaki öğrencilere oranla en fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışma kapsamında öğrencilerin sınıf seviyesi arttıkça intihar davranışına dair damgalama içeren davranışlarının minimuma indirildiği söylenebilir (Boğahan ve ark., 2018). Japonya' da tıp öğrencilerini içeren bir araştırmada sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerin intihar davranışına yönelik daha olumlu davranış gösterdikleri, sınıf düzeyi azaldıkça ise olumsuz davranış ve düşüncelerinin fazlaştığı saptanmıştır (Sato et al., 2006). Tayvan' da ikinci sınıfta okuyan öğrenci hemşirelere intihar davranışına yönelik yapılan eğitimin öğrenme verilerini incelemek amacı ile yapılmış olan araştırmada, deney topluluğunda bulunan katılım gösteren kişilerin kontrol grubundaki katılımcılara oranla ahlaki açıdan negatif olmadıkları, intiharın kabul görülmesine ve intihar girişiminde bulunan kişilere yönelik daha çok olumlu davranışta buldukları saptanmıştır (Sun et al., 2011). Park et al. (2015) 18–74 yaş aralığında 1522 kişiyle yaptıkları araştırmada eğitim düzeyi düşük bulunanların damgalama davranışlarının daha fazla bulunduğu saptanmıştır (Park et al., 2015). Eskin (2017)' in üniversite ve lise öğrencileriyle yapılan araştırmada lise öğrencilerinin, üniversite öğrencilerine oranla intihar davranışının psikiyatrik bir rahatsızlık olarak bilindiğini daha çok düşünürken, üniversite öğrencileri ruhsal problemlerin başka kişilere bildirilmesinin daha iyi olacağına inandıkları belirlenmiştir (Eskin, 2017). Yapılan bu çalışmada ikinci sınıf öğrencilerin İYDÖ puanları dördüncü sınıf öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksektir. Bu bulguya göre ikinci sınıf öğrencilerin intihara yönelik damgalama düzeyleri dördüncü sınıflara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Literatür bu çalışma

bulgularıyla paralellik göstermektedir. İkinci sınıfta okuyan öğrencilerde damgalama tutumlarının fazla bulunması hemşirelik mesleğine uyumluluk aşamasında bulunmaları, dördüncü sınıf öğrencilerinin intihara yönelik damgalama düzeylerinin ikinci sınıfta olan öğrencilere göre düşük olması eğitimde uygulamalı ve teorik olarak verilen derslerin psikososyal yaşam becerilerini ve empatik yaklaşımı arttırdığı düşünülmektedir.

Anne eğitim düzeyi ilköğretim olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalama sıraları 108,11, ortaokul olanların 103,73, lise olanların 132,70 ve yükseköğretim olanların 97,79' dur ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Öğrencilerin İYDÖ puanları annelerinin eğitim düzeyine göre değişmektedir. Anne eğitim düzeyi lise olarak bilinen öğrencilerin intihara yönelik damgalama tutumları diğer gruplardan daha yüksektir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde İYDÖ ve aile gelir düzeyi ile ilgili bilgi içeren çalışmalara rastlanmamıştır.

Psikiyatrist veya psikolog desteği hikayesi ve intihar hikayesinin intihar davranışına yönelik damgalama davranışlarını ne şekilde etki altına aldığını araştıran araştırmalara bakıldığında, Calear et al. (2014)' ın İYDÖ ile yaptıkları araştırmasında önceden psikiyatrist veya psikoloğa başvurusu bulunan bireylerde 'Damgalama' alt boyutu puan ortalamaları az olarak saptanmıştır (Calear et al., 2014). Yapılan başka bir çalışmada ise intihar davranışına yönelik damgalama davranışlarının azaltılmasına yönelik bilgiler içeren psikoeğitim uygulamalarının bireylerin uzman desteği alma tutumlarını olumlu açıdan etki gösterdiği saptanmıştır (Taylor Rodgers ve Batterham, 2014). Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin İYDÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, öncesinde bir psikiyatrist veya psikoloğa başvurusu olan öğrencilerin 'Damgalama' alt boyutu puan ortalamaları başvurusu olmayan öğrencilere oranla istatistiki açıdan anlamlı olmamakla beraber daha düşük saptanmıştır (Öztürk, 2016). Bu çalışmada daha önce psikiyatrist ya da psikolog başvurusu olan öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları 176,3±18,3 puan ve başvurusu olmayanların puan ortalaması 177,2±18,1 puan olup, aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Bu bulguya göre İYDÖ puan ortalaması daha önce psikiyatrist ya da psikoloğa başvurma durumuna göre değişim göstermemektedir.

Yapılmış araştırmalar incelendiğinde öncesinde intiharı düşünen veya intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihara yönelik daha olumlu davranışları içerdiği görülmüştür (Joe et al., 2007; Batterham et al., 2013; Yeğenoğlu, 2015). Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada ise öncesinde birine intihar davranışında bulunabileceğini bildiren, intihar davranışında bulunmayı planlamış ya da intihar girişiminde bulunan öğrencilerin 'Yüceleştirme/Normalleştirme' ve 'İzolasyon/Depresyon' alt boyut puan ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Öztürk, 2016). Joe et al. (2007) yaptıkları çalışmada intihar davranışının kabul görülebilirliği ile intiharı planlama aralığında pozitif açıdan ilişkili bulunduğu saptanmıştır (Joe et al., 2007). Batterham et al. (2013) yaptıkları çalışmada öncesinde intihar davranışını düşünen bireylerin 'Damgalama' alt boyut puan ortalamaları daha düşükken, intihar davranışını 'Yüceleştirme/Normalleştirme' alt boyut puan ortalamaları daha fazla saptanmıştır (Batterham et al., 2013). Bir başka araştırmada ise intihar davranışını kabul görülebilen bir hareket olarak değerlendiren bireylerde intihar ihtimali daha fazla saptanmıştır (Yeğenoğlu, 2015). Yapılan bu çalışmada daha önce birisine intihar edebileceğini söyleyen öğrencilerin ve dile getirmediğini belirten öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları aralığındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Bu bulguya göre İYDÖ puanları daha önce intihar düşüncesini dile getirme durumuna göre değişiklik göstermemektedir. İntihar düşüncesi olduğunu belirten öğrencilerin ve intihar düşüncesi olmadığını belirten öğrencilerin İYDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiki açıdan anlamlı olarak belirlenmemiştir. Veriler ışığında İYDÖ puanları daha önce intihar düşüncesi varlığıyla ilişkili değildir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde Er ve ark. (2013) acil sağlık personellerinin intihar davranışında bulunan bireylere dair davranışlarını inceleyen araştırmasında aile bireyleri ve yakın çevresinde intihar öyküsü olan bireylerde intihar öyküsü olmayan bireylere oranla davranışlar yönünden fark bulunmadığı bildirilmiştir (Er ve ark., 2013). Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada yakın çevresinde intihar etmiş olarak ölen/intihar girişiminde bulunan kişinin bulunmasının öğrencilerin intihar davranışına yönelik damgalama davranışlarına etki etmediği saptanmıştır. Bu çalışmada yakın çevresinde intihar öyküsü bulunan öğrencilerin İBDÖ puan

ortalaması yakın çevresinde intihar öyküsü olma durumuna göre değişim göstermektedir. Bu bulguya göre yakın çevresinde intihar öyküsü bulunanların intihara yönelik damgalama tutumları daha düşüktür.

Öztürk (2016)' ün yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin İYDÖ' nin 'Damgalama' alt boyutu puan ortalamaları ile İBDÖ toplam puan ortalamaları aralığında ilişki bulunmuş olarak negatif ilişki belirlenmiştir. Chan et al. (2014) araştırmasında İBDÖ toplam puan ortalamaları ile İYDÖ' nin 'İzolasyon/Depresyon' alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif açılı bir ilişki bulunmuştur (Chan et al., 2014). Batterham et al. (2013) araştırmasında da İBDÖ toplam puan ortalamaları ile İYDÖ' nin 'İzolasyon/Depresyon' puan ortalamaları aralığında pozitif açılı bir ilişki bulunmuştur ve intiharı normalleştiren/yüceleştiren öğrencilerin intihara yönelik bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Batterham et al. (2013) ile Chan et al. (2014) yapmış oldukları farklı iki çalışmada ise intihara yönelik bilgi düzeyleri ile intihar davranışına yönelik damgalama davranışları arasında negatif açıdan ilişki bulunmuştur (Batterham et al., 2013; Chan et al., 2014). Beautrais et al. (2004) araştırmasında ise intihara yönelik davranışlar ile intihara yönelik bilgi düzeyleri arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür. Yapılan bu çalışmada ise örneklemin İBDÖ puan ortalaması $12,2 \pm 3,0$ ve İYDÖ puan ortalaması $176,9 \pm 18,1$ puan olarak hesaplanmıştır. İki değişken arasındaki korelasyon incelendiğinde istatistiksel olarak ters yönlü ve anlamlı ilişkinin olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre İBDÖ puanı arttıkça İYDÖ puanı azalmaktadır. İYDÖ hesaplama özelliği nedeniyle puan arttıkça intihara yönelik damgalama düzeyinin arttığını gösteren bir ölçüm aracıdır. Bu nedenle İBDÖ ile İYDÖ arasındaki ters yönlü ilişki; intihara yönelik bilgi düzeyi arttıkça, intihara yönelik damgalama düzeyinin azalması anlamına gelmektedir.

Yapılan çalışmaların incelenmesi sonrasında intihara yönelik bilgi düzeyleri fazla bulunan öğrencilerin intihar davranışını daha fazla izolasyon ve depresyon ile birleştirdikleri ve intihar davranışını daha normal olarak gördükleri saptanmıştır. Kişilerin intihar hakkındaki düşünceleri ve bilgi düzeyleri belirlenerek risk altında bulunan kişilere psikolojik yardım arama davranışının, verilecek eğitimlerle geliştirilmesi planlanabilmektedir. İntihar vakaları ile daha sık karşılaşan psikiyatri

servisi çalışanları ve acil sağlık personellerinin intihar davranışına yönelik bilgi düzeylerini arttırma ve damgalamaya yönelik davranışlarını azaltmaya yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, bu bireylerin intihara yönelen kişilere karşı daha iyi bakım vermelerine katkıda bulunacaktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmanın bulgularına göre şu sonuçlara ulaşılmıştır.

- İBDÖ alt boyutlarından “Tedavi ve önlem alt boyutu” en yüksek kullanıma sahipken “Belirtiler/semptomlar alt boyutu” en az kullanıma sahip alt boyut olmuştur.
- İYDÖ alt boyutlarından “İzolasyon/depresyon alt boyutu” en yüksek puana sahipken “Damgalama alt boyutu” en az puana sahip boyut olmuştur.
- İntihar bilgi düzeyi arttıkça intihara yönelik damgalama düzeyi azalmaktadır.
- Cinsiyet, medeni durum, sınıf, yaşanılan yer, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi daha önce profesyonel desteğe başvurma durumu, daha önce psikiyatrik tanı alma durumu, psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanma durumu, ailede psikiyatrik tedavi alma durumu, daha önce intihar düşüncesi varlığı, daha önce intihar düşüncesini dile getirme durumu ve yakın çevrede intihar öyküsü gibi değişkenler İBDÖ ile ilişkisizdir.
- Yaş, aile gelir düzeyi ve ailede intihar öyküsü gibi değişkenler İBDÖ ile ilişkilidir.
- Cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşanılan yer, baba eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi, daha önce profesyonel desteğe başvurma durumu, daha önce psikiyatrik tanı alma durumu, psikiyatrik tanı sebebiyle ilaç kullanma durumu, ailede psikiyatrik tedavi alma durumu, daha önce intihar düşüncesi varlığı, daha önce intihar düşüncesini dile getirme durumu ve ailede intihar öyküsü gibi değişkenleri İYDÖ ile ilişkili değildir.
- Sınıf, anne eğitim düzeyi ve yakın çevrede intihar öyküsü gibi değişkenler İYDÖ ile ilişkilidir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- İntihar bilgi düzeyinin artışı intihara yönelik damgalama düzeyini azalttığından dolayı hemşirelik öğrencilerinin intihar bilgi düzeyini arttıracak psiko eğitimlerin verilmesi planlanabilir.
- Hemşirelik öğrencilerinin intihara yönelik damgalama düzeylerini inceleyen ileri çalışmaların yapılması planlanabilir.
- Hemşirelik öğrencilerinde intihar bilgi düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelendiği başka çalışmaların yapılması önerilmiştir.



KAYNAKLAR

- Alptekin, K. & Duyan, V.** (2014). İntihar ve İntiharı Önleme. 1. Baskı. Yeni İnsan Yayınevi. İstanbul.
- APA. American Psychological Association.** (<https://www.apa.org/topics/suicide/>)
Erişim Tarihi: 09.04.2023.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G.,** (2004), Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry* , 4(4), 37. doi: 10.1186/1471-244X-4-37.
- Atasoy, N., Saraçlı, Ö., Sankır, H.** (2014). Zonguldak il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı, sosyodemografik, klinik ve ailesel risk etkenleri. Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları, No: 2.
<https://cdn3.beun.edu.tr/w3/w3eski/wp-content/uploads/2013/08/yayinlar/sosyodemografik-zonguldak.pdf> adresinden erişildi.
- Atay, M. & Gündoğar, D.** (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme, *Kriz Dergisi*, 12(3), 39-52.
- Atlı, Z.** (2007). İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)' nin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yayınlanmış Tez: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Eskin).
- Balkanlıoğlu, M. A.,** (2012). “Alevi, Sünni Evliliklerinin Aile İlişkileri ile Çocuk Yetiştirme Üzerine Etkileri ve Sosyal Damgalama”, *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi*, 62, 163-182.
- Balıca, G.** (2019). Acil Servis Çalışanlarının İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Tutumlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu ile İlişkisi, Yayınlanmış Tez: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat (Danışman: Doç. Dr. Nurşah Başol).
- Baş, T.** (2010). Anket Nasıl hazırlanır, uygulanır değerlendirilir? Seçkin Yayıncılık. 6. Baskı. Ankara.

- Batterham, P. J., Calear A.L., & Christensen H.** (2013a). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in community. *Suicide and Life Threatening Behavior*; 43(4), 406-17. doi: 10.1111/sltb.12026.
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H.** (2013b). The Stigma of Suicide Scale: Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 13–21. doi: 10.1027/0227-5910/a000156.
- Batterham, P.J., Han, J., Calear, A.L., Anderson, J., Christensen, H.** (2019). Suicide stigma and suicide literacy in a clinical sample. *Suicide Life Threat Behav*, 49(4), 1136-1147. doi: 10.1111/sltb.12496.
- Beautrais, A.L., Horwood, L.J., Fergusson, D.M.** (2004). Knowledge and attitudes about suicide in 25-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 38(4), 260–5. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01334.x.
- Bekiroğlu, S. & Demiröz, F.** (2020). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalamanın incelenmesi, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 24(1), 41-52.
- Benjamin, J., Sadock, M.D., Virginia A. M.D. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins,** (2000). Sadock, *Psychiatric Emergencies*. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 3-344. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.159.2.327> adresinden erişildi.
- Biggs, E., Sonmez, C.C., Stanley, B.** (2015). *Cognitive Behavioral Therapy for Preventing Suicide Attempts: A Guide to Brief Treatments Across Clinical Settings*. <https://www.taylorfrancis.com/series> adresinden erişildi.
- Boğahan, M., Türkleş, S., Örekeci Temel, G.** (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde İntihara Yönelik Damgalamanın Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırman Geliştirme Dergisi*; 21(3), 58-69. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/73049/1190676> adresinden erişildi.

- Bos, A.E.R., Pryor, J.B., Reeder, G.D., Stutterheim, S.E.,** (2013), “Stigma: Advances in Theory and Research”, *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9. doi: [10.1080/01973533.2012.746147](https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147).
- Bulut, E.R., Küçüker, H., Bulut, N.S.** (2012). İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34(1), 128-137. doi: 10.7197/1305-0028.942.
- Capoccia, L. & Labre, M.** (2015). *Caring for Adult Patients with Suicide Risk: A Consensus-Based Guide For Emergency Departments*. Education Development Center, Inc, Suicide Resource Prevention Center, Waltham, Ma. https://sprc.org/wp-content/uploads/2022/11/EDGuide_full-1.pdf adresinden erişildi.
- Carmona-Navarro, M. & Pichardo-Martínez, M.** (2012). Attitudes of Nursing Professionals Towards Suicidal Behavior: Influence of Emotional Intelligence. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(6), 1161-8. doi: 10.1590/s0104-11692012000600019.
- Chan, W.I., Batterham, P., Christensen, H., & Galletly, C.** (2014). Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australasian Psychiatry*; 22(2), 1-8. doi: [10.1177/1039856214522528](https://doi.org/10.1177/1039856214522528).
- Clear, A. L., Batterham, P.J., & Christensen, H.** (2012). The Literacy of Suicide Scale: Psychometric properties and correlates of suicide literacy. Unpublished manuscript. *Kriz Dergisi*; 34(1), 13-21. doi: 10.1027/0227-5910/a000156.
- Clear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H.** (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), 525-530. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.027.
- Corrigan, P.W.,** (2010), “Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness”, *Clinical Psychology Review*, 30, 907–922.

- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J.** (2013). The effects of news stories on the stigma of mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 179-82. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182848c24.
- Corrigan, P.W., Druss, B.G. and Perlick, D.A.,** (2014), “The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care”, *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. doi: 10.1177/1529100614531398.
- Çalık, B.** (2017). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde intihara yönelten faktörlerin belirlenmesi, Yayınlanmış Tez: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayfer Açıkgöz).
- Çam, O. & Çuhadar, D.** (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çömez, T. & Sarıkaya, N.A.** (2017) Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin engelli bireyleri damgalamaya ilişkin düşünceleri ve uygulamaları. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3(3), 145-152.
- Dahlen, E.R. & Canetto, S.S.** (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. *Death Studies*, 26(2), 99-116. doi: 10.1080/074811802753455235.
- ‘Damga’.** Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü’ nde, <https://www.tdk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 22.04.2023.
- Demirkol, M.** (2013). İntihar olasılığı: Kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme, Yayınlanmış Tez: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı Psikoloji) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün).

- Ecevit, H. B.** (2019). Üniversite Öğrencilerinde Alkol Kullanımı ve İntihar Eğilimi Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, (Yayınlanmamış Tez). Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs (Danışman: Doç. Dr. Sertan Kağan).
- Er, G.** (2011). İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Sağlık Personelinin Tutumları; Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış Tez: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa (Danışman: Prof. Dr. Zeynep Şimşek).
- Er, G., Şimşek, Z., Aker, A.T.** (2013). İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği' nin (İGYTÖ) geliştirilmesi; geçerlik ve güvenirlik. Türk Psikiyatri Dergisi; 24(4), 260-5.
https://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C24S4/6_13003_intiharGirisimi.pdf adresinden erişildi.
- Erim, B.R.** (2017). Cezaevi nüfusunda intihar davranışı ve müdahale ilkeleri. Türk Psikiyatri Dergisi, Psikiyatride Güncel, 7(1), 73-81.
- Ersoy, M. & Varan, A.** (2007). Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu' nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2), 163-71.
- Eskin, M.,** (2003). İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara.
- Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., Altınyazar, V.** (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 46(9), 813-23. doi: 10.1007/s00127-010-0254-7.
- Eskin, M.** (2012), İntihar Açıklama, Değerlendirme ve Önleme, 2. Baskı, HYB Yayıncılık, Ankara.
- Eskin, M.** (2012). Bölüm 5: Risk Etmenleri. İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme, HYB Basım Yayın. Ankara.
- Eskin, M.** (2014). İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme, 1. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

- Eskin, M.** (2017). Gençler arasında intihar düşüncesi, girişimi ve tutumları. *Türk Psikoloji Dergisi*; 32(80), 97-119. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/260051> adresinden erişildi.
- Fisher, L.J. & Goldney, R.D.** (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 18(1), 33–40. doi: [10.1002/gps.769](https://doi.org/10.1002/gps.769).
- Gagnon, J. & Hasking, P.A.** (2012). Australian psychologists' attitudes towards suicide and selfharm. *Australian Journal of Psychology*; 64(2), 75-82. doi: [10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x).
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., Correll, C. U.** (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. doi: [10.1002/wps.20040](https://doi.org/10.1002/wps.20040).
- Goffman, E.** (2018). Damga: Örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar. 6. Baskı, Heretik Yayıncılık, Ankara. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2284152> adresinden erişildi.
- Gökalp, H.** (2009). İntihar kültürü ve Ferhad'ın İntiharı'nın divan şiiri aşk anlayışında etkileri. *Turkish Studies International Periodical for the languages, literature and history of Turkish or Turkic*, 4(2), 493-517. [Journal of Turkish Studies](https://doi.org/10.1002/wps.20040) adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09.04.2023.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F.** (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatr*; 18(8), 25. doi: [10.1186/1471-244X-8-25](https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25).
- Hagen, J., Knizek, B. L., ve Hjelmeland, H.** (2017). Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 31-37. doi: [10.1016/j.apnu.2016.07.018](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018).
- Harmancı, P.** (2015). Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi, Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 1 (Suppl 1).

- Hiçdurmaz, D. & Öz, F.** (2011). Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(2), 68-78.
<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88500> adresinden erişildi.
- Hill, N. T., Shand, F., Torok, M., Halliday, L., ve Reavley, N. J.** (2019). Development of Best Practice Guidelines for Suicide-Related Crisis Response and Aftercare in The Emergency Department or Other Acute Settings: A Delphi Expert Consensus Study. BMC Psychiatry, 7(19), 1-6. doi: 10.1186/s12888-018-1995-1.
- Hunter, B. & Smith, P.** (2007). Emotional Labour: Just Another Buzz Word. International Journal of Nursing Studies, 44 (6), 859-861 doi: [10.1016/j.ijnurstu.2006.12.015](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.12.015).
- ‘İntihar’.** Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlükleri’ nde. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Kapıkıran, N., Kapıkıran Ş.** (2013). Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi., 5 (40), 131- 141.
- Keskin, Y.** (2011). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ve İntihar Olasılığının Belirlenmesi, Yayınlanmış Tez: Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serpil Türkleş).
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R.-D., Hayward, P., Corrigan, P.** (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. Journal of Mental Health, 17(5), 482-491. doi: [10.1080/09638230701506283](https://doi.org/10.1080/09638230701506283).
- Kılıç, R.** (2013). Gerçeklik ve kurgu olarak Osmanlı’dan Cumhuriyet’e İstanbul’da intihar. Modern Türklük Araştırmaları Dergisi, 10(4), 43-70. doi: 10.1501/MTAD.10.2013.4.41.
- Klonsky, E. D., May, A. M. & Saffer, B. Y.** (2015). Suicide, suicide attempts, and suicidal Ideation. The Annual Review of Clinical Psychology, 12, 307-30. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.

- Kodaka, M., Inagaki, M., Postuvan, V., Yamada, M.** (2013). Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry*; 59(5), 452-9. doi: 10.1177/0020764012440674.
- Ludwig, J., Dreier, M., Liebherz, S., Härter, M., & Von Dem Knesebeck, O.** (2021). Suicide literacy and suicide stigma– results of a population survey from Germany, *Journal Of Mental Health*, 517-523. doi: 10.1080/09638237.2021.1875421.
- Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., ve Roe, D.** (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 98(1-3), 194-200. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.035.
- Mann, J.J.** (2002). A current perspective os suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*, 136(4), 302-11. doi: 10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010.
- Metin, A., Çileli, G., Koçar, İ. & Dokgöz, H.** (2014). Mersin İlinde Gerçekleşen İntihar Olgularının Sosyodemografik Özellikleri, *Adli Tıp Bülteni*, 19(1), 49-52. https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_44352/TBLM-19-49.pdf adresinden erişildi.
- Minois, G., Çev. Acar, N.** (2008). İntiharın Tarihi İstemli Ölüm Karşısında Batı Toplumunu. Dost Kitabevi. Ankara.
- Nebhinani, M., Nebhinani, N., Tamphasana, L., Gaikwad, A.D.** (2013). Nursing students'attitude towards suicide attempters: A study from rural part of northern India. *Journal of neurosciences in Rural practice*; 4(4), 400-407. doi: 10.4103/0976-3147.120240.
- Norheim, A.B., Grimholt, T.K., & Ekeberg, Ø.** (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*; 13(90), 3-10. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-90> adresinden erişildi.

- Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K., Bond V., Ekstrand M.L., Lean R.M., Mitchell, E.M.H., Nelson, R.E., Sapag, J.C., Siraprapasiri, T., Turan, J., Wouters, E.** (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*, 17(1), 25. doi: 10.1186/s12916-019-1256-2.
- O’Connors, S., Jobes, S., Yeargin, M. K., Fitzgerald, M. E., Rodriguez, V. M. & Conrad, A. K.** (2012). A cross-sectional investigation of the suicidal spectrum: Typologies of suicidality based on ambivalence about living and dying. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 461–7. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.09.007.
- Owens, D., Horrocks, J., ve House, A.** (2002). Fatal and Non-Fatal Repetition of Self-Harm: Systematic Review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199. doi: 10.1192/bjp.181.3.193.
- Öncü, B.** (2017). İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dizini, Psikiyatride Güncel*, 7(1),1-14.
- Özgüven Devrimci, H., Alıcı Hoşgören, Y.,** (2016). İntiharı Önleme. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 9(3), 71-6.
- Özmenler, K.N.** (2017). Asker intiharları. *Türk Psikiyatri Dizini, Psikiyatride Güncel*, 7(1), 82-88.
- Özmen, S., Erdem, R.** (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Öztürk, O.** (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 3. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Öztürk, A.** (2016). Üniversite Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Yayınlanmış Tez: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Programı, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Semiha Akın).*
- Öztürk, A., Akın S.** (2016). The Turkish Version Of Literacy Of Suicide Scale (Loss): Validity And Reliability On A Sample Of Turkish University Students. *UHPPD*, 20– 42. doi: [10.17360/UHPPD.2016723150](https://doi.org/10.17360/UHPPD.2016723150).

- Öztürk, A., Akın, S. Durna Z.** (2017). Testing the Psychometric Properties of the Turkish Version of the Stigma of Suicide Scale (SOSS) with a Sample of University Students. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 8(2), 102-109. doi: [10.14744/phd.2017.38981](https://doi.org/10.14744/phd.2017.38981).
- Öztürk, A., & Akın, S.** (2018). Evaluation of knowledge level about suicide and stigmatizing attitudes in university students toward people who commit suicide. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2), 96-104. doi: 10.14744/phd.2018.49389.
- Park, S., Kim, M.J., Cho, M.J., Lee, J.Y.** (2015). Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. *International Journal of Social Psychiatry*; 61(8), 811-817. doi: 10.1177/0020764015597015.
- Pitakchinnapong, N., Rhein, D.** (2019). Exploration of the causation of stigmatization of mental illness in Thailand: perceptions of Thai University students. *Human Behavior, Development and Society*.; 20(2), 2-19.
- Rivera Segarra, E., Rosario Hernandez, E., Carminelli Corretjer, P., Tollinchi Natali, N., Polanco Frontera, N.** (2018). Suicide stigma among medical students in Puerto Rico. *Int J Environ Res Public Health*, 15(7), 1366-1373. [10.3390/ijerph15071366](https://doi.org/10.3390/ijerph15071366).
- Rožanov, V.** (2017). *Stress and Epigenetics in Suicide*. 1nd ed., Academic Press. United Kingdom.
- Sağlık Bakanlığı (SB)**, (2011). TC. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. (2011). TC. Sağlık Bakanlığı. Ankara. <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/30333/0/ulusal-ruh-sagligi-eylemplanipdf.pdf> adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09.04.2023.
- Sato, R., Kawanishi, C., Yamada, T., Hasegawa, H., Ikeda, H., Kato, D., Furuno, T., Kishida, I., Hirayasu, Y.** (2006). Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: Preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*; 60(5), 558-562. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01558.x.
- Sayı, I.** (1996), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı*, 3. Baskı, ANTİP A. Ş. Yayınları, Ankara.

- Saxena, S., ve Fleischmann, A.** (2014). Who Launches The First World Suicide Report. *Lancet Psychiatry*, 1(4), 255-256. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70336-0.
- Schotte, D.E., Clum, G.A.** (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1): 49-54. doi: [10.1037/0022-006X.55.1.49](https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.49).
- Scocco, P., Castriotta, C., Toffol, E., Preti, A.** (2012). Stigma of Suicide Attempt (STOSA) Scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) Scale: Two new assessment tools. *Psychiatry Research*; 200(2-3), 872-878. doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.033.
- Segal, D.L.** (2001). Levels of knowledge about suicide facts and myths among younger and older adults. *Clinical Gerontologist*; 22(2), 71-80. doi: [10.1300/J018v22n02_06](https://doi.org/10.1300/J018v22n02_06).
- Sevim, K.** (2018), Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Damgalama Eğilimi Arasındaki İlişki. Yayınlanmış Tez: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Taner Artan).
- Shaw, D. G., ve Sandy, P. T.** (2016). Mental health nurses' attitudes toward self-harm: curricular implications. *HealthSaGesondheid*, 21(1), 406-414. doi: [10.1016/j.hsag.2016.08.001](https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.08.001).
- Stack, S. ve Kposowa, A.J.** (2008). The association of suicide rates with individuallevel suicide attitudes: A cross-national analysis, 89(1), 39-59. doi: [10.1111/j.1540-6237.2008.00520.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2008.00520.x).
- Siau, C.S, Wee, L.H., Adnan, T.H., Yeoh, S.H., Perialathan, K., Wahab, S.** (2019). Malaysian nurses' attitudes toward suicide and suicidal patients: a multisite study. *J Nurses Prof Dev.*, 35(2), 98-103, doi: 10.1097/NND.0000000000000520.

- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M., Bachmann, A., Schrank, B., Benesche, T., Schulze, B., Woppmann, A.** (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(1), 28-33. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.08.010.
- Simmons, L.A., Yang, N.Y., Wu, Q., Bush, H.M., Crofford, L.J.**, (2015), "Public and Personal Depression Stigma in a Rural American Female Sample", *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 407-12. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.015.
- Stevens, K.P. ve Nies, M.A.** (2018). Factors related to nurses' attitudes towards the suicidal patient: An integrative review. *Clinical Research and Trials*, 4(2), 1-6. doi: [10.15761/CRT.1000211](https://doi.org/10.15761/CRT.1000211).
- Sun, F.K., Long, A., Huang, X.Y., Chiang, C.Y.** (2011). A quasi-experimental investigation into the efficacy of a suicide education programme for second-year student nurses in Taiwan. *J Clin Nurs*; 20(5-6), 837-846. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03503.x.
- Świtaj, P., Chrostek, A., Grygiel, P., Wciórka, J., ve Anczewska, M.** (2016). Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders. *Community mental health journal*, 52(3), 370-8. doi: 10.1007/s10597-014-9800-1.
- Şahin, D. & Ceylan, H.** (2017). İntihar Araştırmaları ve Psikolojik Otopsi. *Ayrıntı Dergisi*, 5(56), 1-4. <https://www.dergiayrinti.com/index.php/ayr/article/view/969/1743> adresinden erişildi.
- Şevik, A.E., Özcan, H. & Uysal, E.** (2012). İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 218-225. https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_15_4_218_225.pdf adresinden erişildi.

- Tatlıhoğlu, K.** (2012). Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: Sosyal psikolojik bir değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2): 133-155. doi: [10.11616/AbantSbe.278](https://doi.org/10.11616/AbantSbe.278).
- Taylor-Rodgers, E. & Batterham, P.J.** (2014). Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord*; 168, 65-71. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.047.
- Teğın, N.** (2014), Siirt İlinde İntihar Girişimleri ve İntihar Olayları Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma. Yayınlanmış Tez: Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ (Danışman: Doç. Dr. Zahir Kızmaz).
- Townsend, M.C.** (2016). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care İn Evidence-Based Practice*, 9nd ed. F.A.Davis Company. Philadelphia.
- Turecki, G., ve Brent, D.A.** (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227-39, doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
- TÜİK,** (2016). 'İstatistiklerle Türkiye'. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara. <https://www.tuik.gov.tr/> adresinden erişildi.
- TÜİK,** (2021), "İntihar İstatistikleri". <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>. adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09.04.2023.
- Uluşahin, A. & Öztürk, O.** (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Tuna Matbaacılık A.Ş., Ankara. <https://www.scribd.com/document/368198296/M-Orhan-Ozturk-Aylin-Ulu%C5%9Fahin-Ruh-Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-ve-Bozukluklar%C4%B1-01-pdf#> adresinden erişildi.
- Uluşahin, A., Öztürk, O.** (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. Ankara.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E.A. ve Joiner Jr. T.E.** (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*, 117(2), 575-600. doi: 10.1037/a0018697.

- Yağdıran, F.** (2019). Sosyolojik Açıdan İntihar Olgusu ve Sosyal Medyaya Yansıyan İntihar Eğilimlerinin Analizi, Yayınlanmış Tez: İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya (Danışman: Doç. Dr. Vehbi Bayhan).
- Yaman, E. & Güngör, H.** (2013). Damgalama (Stigma) Ölçeği' nin Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Değerler Eğitimi Dergisi, 11(25), 251-270.
- Yaman, E. & Güngör, H.** (2014). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve damgalama eğilimine ilişkin öğretmen görüşleri. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi., 7(18), 824-851.
- Yavuz, Ö.Y.** (2013). Benlik Kurguları İntihar ve İntihara Yönelik Tutumlar. Yayınlanmış Tez: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Eskin).
- Yeğenoğlu, İ.** (2015). İntiharın anlamı, intihar ve intihara yönelik tutumlar. Yayınlanmış Tez: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın. (Prof. Dr. Mehmet Eskin).
- Yıldırım, Z. C.** (2020). Yetişkin Acil Biriminde Çalışan Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi, Yayınlanmış Tez: Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Selma Doğan).
- Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C., Üçok, A.** (2012), “Şizofreni Hastaları, Hasta Yakınları ve Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Kendini Damgalama”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13(1), 1-7.
- Yılmaz, Ç., Güzel, Ç., Sevinç, H., Erkut, D., Uzunoğlu, S., & Emül, H.M.** (2009). Daha önce özkıyım davranışında bulunanlara tıp fakültesi dışındaki öğrencilerin bakışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi; (Suppl 1) 10(1), 97-98. <http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=7664> adresinden erişildi.

- Yılmaz, M.** (2015). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları. Yayınlanmamış Tez: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Hülya Bilgin).
- Yiğit, T.** (2009). Nevşehir İlinde İntihar Girişiminde Bulunan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri ve Risk Faktörleri, Yayınlanmamış Tez: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya).
- World Health Organization (WHO),** (2012). Public health action for the prevention of suicide; a framework, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/?sequence=1> adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09.04.2023.
- World Health Organization.** (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Luxembourg, Who Press. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=HDEiCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=World+Health+Organization+\(2014\).+Preventing+Suicide:+A+Global+Imperative.+Luxembourg:+WHO+Press.&ots=dxhN9hTTzK&sig=X1QOJWZ13Em2P-d3fmNQdEh8dBY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=HDEiCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=World+Health+Organization+(2014).+Preventing+Suicide:+A+Global+Imperative.+Luxembourg:+WHO+Press.&ots=dxhN9hTTzK&sig=X1QOJWZ13Em2P-d3fmNQdEh8dBY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09.04.2023.
- World Health Organization** (2016). Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit. Pilot Version 1.0. Geneva, WHO Document Production Services. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf;sequence=1> adresinden erişildi.
- World Health Organization.** (2017). World Health Statistics 2017, Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. France, WHO Press. pp. 61. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1> adresinden erişildi.

World Health Organization. (2019). “Suicide in The World: Global Health Estimates. World Health Organization”.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09.04.2023.

World Health Organization. (2021). World Health Statistics 2021: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 09.04.2023.



EK 1: TANIMLAYICI ÖZELLİKLER, PSİKİYATRİST/PSİKOLOG DESTEĞİ ÖYKÜSÜ VE İNTİHAR ÖYKÜSÜ BİLGİ FORMU

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE İNTİHAR EDEN KİŞİLERE YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında ‘Hemşirelik Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ amacıyla yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu araştırma, İstanbul ili Avrupa kıtasında yer alan bir vakıf üniversitesinde gerçekleşecektir. Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapılacağı vakıf üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik (Türkçe) öğrencileri olarak toplam 400 kişi oluşturacaktır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden evrenin tümüne ulaşmak hedeflenmiştir.

Bu araştırma kapsamında, sizden Sosyodemografik bilgi formu, bunun yanı sıra Psikiyatrist/Psikolog Desteği Öyküsü ve İntihar Öyküsü bilgilerini içeren form, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) anketlerini doldurmanız istenecek ve araştırma sonlandırılacaktır.

Ankette, katılımcıların kimlik bilgileri talep edilmemektedir. Kişisel bilgilerinizle ilgili sorulara verdiğiniz cevaplar araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra vazgeçme hakkına sahiptir. Araştırmadan ayrılmanız durumunda sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

Nur Sultan KARACA

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

YUKARIDA KONUSU VE AMACI BELİRTİLEN ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA ARAŞTIRMACI TARAFINDAN YAPILDI. ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ OLARAK KATILDIĞIMI VE ARAŞTIRMADAN İSTEDİĞİM ZAMAN AYRILABİLECEĞİMİ BİLİYORUM. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI, BU ÇALIŞMA SONUÇLARININ KULLANILMASINI KISITLAMAMAYI, YAYIN, RAPOR VE BENZERİ BİLİMSEL DÖKÜMANLAR DA KULLANILMASINI KABUL EDİYORUM.

Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiyorum.

1) Kendinizi en çok hangi cinsiyetle özdeşleştiriyosunuz?

Kadın

Erkek

Söylemek istemiyorum

2) Yaşınız?

18-21

22-25

26-35

36-45

46 ve üzeri

3) Medeni haliniz?

Evli

Bekar

- 4) Aile gelir düzeyi algınız?
 Düşük
 Orta
 Yüksek
- 5) Annenizin eğitim düzeyi?
 Okur-yazar değil
 Okur-yazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Lisans ve Lisansüstü
- 6) Babanızın eğitim düzeyi?
 Okur-yazar değil
 Okur-yazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Lisans ve Lisansüstü
- 7) Sınıfınız?
 1. Sınıf
 2. Sınıf
 3. Sınıf
 4. Sınıf
- 8) Yaşamınızın çoğu nerede geçti?
 Kent (İl merkezi)
 Kırsal (İlçe/belde/köy)

- 9) Daha önce bir psikiyatrist/psikoloğa başvurduunuz mu?
 Evet
 Hayır
- 10) Cevabınız evet ise bir tanı aldınız mı?
 Evet
 Hayır
- 11) Eğer doktorunuz size bir tanı koydu ise buna yönelik ilaç kullandınız mı?
 Evet
 Hayır
- 12) Ailenizde psikiyatrik muayene veya tedavi öyküsü bulunan biri var mı?
 Evet
 Hayır
- 13) Hiç intihar etmeyi düşündünüz mü? Ya da böyle bir girişimde bulundunuz mu?
 Evet
 Hayır
- 14) Daha önce birisine intihar edebileceğinizi söylediniz mi?
 Evet
 Hayır
- 15) Ailenizde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan biri oldu mu?
(Örneğin; anne, baba, kardeş)
 Evet
 Hayır

16) Yakın çevrenizde intihar ederek ölen ya da intihar girişiminde bulunan biri oldu mu? (Örneğin; komşu, arkadaş, akraba)

Evet

Hayır



EK 2: İNTİHARA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (İBDÖ)

Sevgili Arkadaşlar; lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve doğru veya yanlış şekilde işaretleyin. Mümkün olduğunca boş madde bırakmamaya özen gösteriniz. Cevaplar gizli tutulacaktır.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiçbir şey yapılamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikirlerini değiştirebilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Geçmişte intihara teşebbüs eden birinin hiç intihara teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihar etme olasılığı daha yüksektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihar etmeye teşvik edecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. İntihar girişiminde bulunan kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Çok az insanın intihar düşüncesi vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlara göre daha yüksektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. İntihara teşebbüs eden çoğu insan gelecek planları yapmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
20. Eğer birine doğrudan “kendini öldürmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihara teşebbüs etmesine yol açabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. İntihara yol açan dürtü ve sebepler daha öncesinden bilinmektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. İntihara teşebbüs eden kişiler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 3: İNTİHARA YÖNELİK DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (İYDÖ)

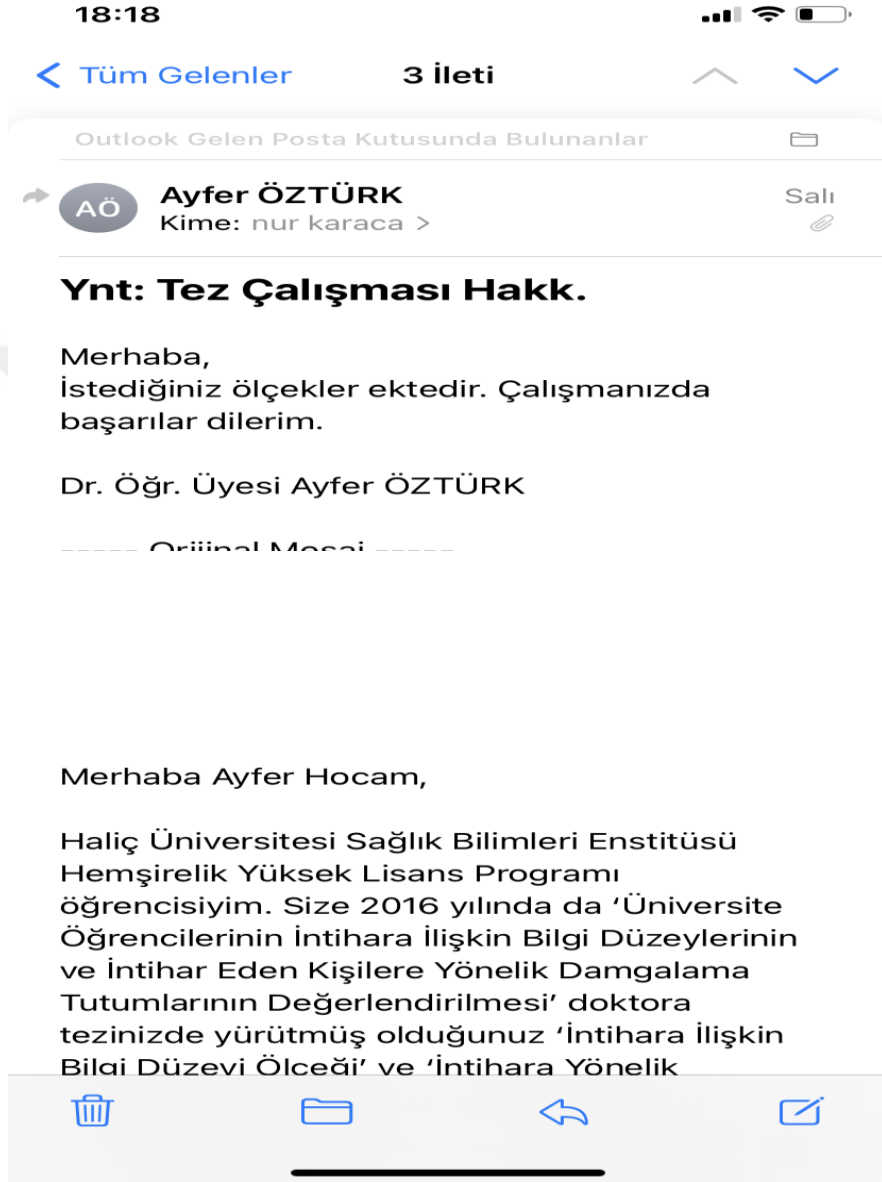
Lütfen kendi yaşamlarına son veren (intihar ederek ölen) kişilerle ilgili tanımlamalara ne ölçüde katıldığınızı aşağıdaki ölçeği kullanarak puanlayınız.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
1. Kendisine ve çevresine yabancılaşmıştır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kibirlidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. İlgi çekme arayışındadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barbardır / kabadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cesurdur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kırılmıştır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kendini (bir davaya) adamıştır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Korkaktır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zalimdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dünyadan elini eteğini çekmiştir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kararlıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Depresyondadır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dış dünyadan kopmuştur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ruhsal olarak Rahatsızdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bir utançtır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Günahkardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Başarısızlıktır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Korkusuzdur/gözü pektir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. İncinmiştir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. İncitcidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cahildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ahlaksızdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Acı çekmektedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Sorumsuzdur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Toplumdan soyutlanmıştır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tembeldir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Yalnızdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Kaybolmuştur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.Perişandır/Zavallıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Motive olmuştur /Güdülenmiştir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Asildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Acınası haldedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Güçlüdür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.Mantıklıdır/akılcıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Gerçekçidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Umursamazdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Üzgündür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Bencildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Duygusuzdur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Yüzeyseldir/sığdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.Utañ vericidir/rezildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Tuhaftır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.Sağlamdır /dayanıklıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Aptaldır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Kapana kısılmıştır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Mazereti kabul edilebilir/ anlaşılırdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Adil değıldir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
48. Affedilemezdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Mutsuzdur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Haklı görülemez /onaylanamaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Doğal değildir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. İşe yaramazdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Kindardır / intikam peşindedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Öfkeli / şiddete meyillidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. İçine kapanıktır /çekingendir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 4: ÖLÇEK İZİNİ



EK 5: ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 25.01.2023

Sayı: 2

Konu: Etik Kurulu İznİ

Sayın Nur Sultan Karaca,

Yapmış olduğunuz başvuru Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Keskin'in danışmanlığında planladığınız "Hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı çalışmanız kurumumuzun 25.01.2023 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Güzeltepe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12 34060 Eyüpsultan – İSTANBUL
Tel: (0 212)-924-24-44 | Faks: (0 212)-999-78-52
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ		T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi : 10.12.2015 Revizyon Tarihi : 16.09.2020 Revizyon No : 02 Sayfa No : 1/1	
Tarih: 25.01.2023	Karar No:				
Toplantı Sayısı:	Nur Sultan Karaca'nın Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Keskin'in danışmanlığında yürüteceği "Hemşirelik öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input checked="" type="radio"/>	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr.Üy. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input type="radio"/> Hayır <input checked="" type="radio"/>	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var <input type="radio"/> Yok <input checked="" type="radio"/>	Evet <input checked="" type="radio"/> Hayır <input type="radio"/>	
ETKU:10					

EK 6: KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.03.2023-65346



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-61706067-302.14.01-65346
Konu : Tez Çalışması Kurum İzni Nur Sultan
Karaca

20.03.2023

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Nur Sultan Karaca'nın "Hemşirelik Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tez çalışmasını Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde yapması uygun bulunmuştur. Gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. Sibel Erkal İLHAN
Ana Bilim Dalı Başkanı

Ek:SULTAN NUR KARACA DİLEKÇE HEMŞİRELİK (1 Sayfa)

Belge Doğrulama Kodu : *BS406BTM0* Pin Kodu :21791

Adres:Ötüşehiçe Mahallesi, 15 Temmuz Şehitler Caddesi, No:14/12 Eyüp Sultan/İSTANBUL
Telefon:0 (212) 924 24 44 Faks:0 (212) 999 78 52
e-Posta:info@halic.edu.tr Web:www.halic.edu.tr
Kep Adresi : tchalicuniversitesi@hs03.kep.tr

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd7cK-5510&cD-BS406BTM0&S-65346>

Bilgi için: S.İLHAN
Unvanı: Ana Bilim Dalı Başkanı



ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Nur Sultan KARACA

ÖĞRENİM DURUMU:

Lisans : 2014, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER

- Amerikan Hastanesi, Acil Servis
Hemşiresi..... 2014-2015,
- Koç Üniversitesi Hastanesi, Acil Servis Ekip Lideri
Hemşiresi..... 2017-.....