

TC
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSK-YL-2007-0003

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İOÖ)'NİN KLİNİK
ÖRNEKLEMDEKİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI

Zehra ATLI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Mehmet Eskin

AYDIN-2007

ÖNSÖZ

Son yıllarda sosyal, ekonomik, kültürel ve teknolojik olarak yaşanan hızlı gelişmeler günümüz toplumlarında yoğun bir stres yaratmakla beraber ruhsal bunalımları da beraberinde getirmektedir. Çıkış yolu bulamayan kendini çaresiz ve umutsuz hisseden birey intiharı bir çözüm seçeneği olarak görmektedir. İntihar özellikle de gençler arasında tehdit edici ve günden güne büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında ülkemizde intihardan ölüm oranları daha düşük olmasına karşın son yıllarda oranlarda hızlı bir artış yaşanmaktadır. İntihar sağlıklı bireylerde de görülebilmekle beraber yapılan çalışmalar psikiyatrik hastalarda intiharın daha çok görüldüğüne işaret etmektedir. Bu nedenle özellikle klinik alanda intihar riskini önceden değerlendirmede kullanılacak değerlendirme araçlarına ihtiyaç vardır. Ülkemizde ise bu amaçla kullanılan geçerli ve güvenilir araçların az olması bu çalışmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Çalışma sürecinde en önemli zorluk uygulama aşamasında yaşanmıştır. İntiharın halen daha tabu olarak görülmesi, insanları ürküten ve insanların tepkisi çeken bir olgu olması kişilerin çalışmaya katılmayı kabul etmesinde sıkıntı yaratmıştır. Böyle bir sıkıntıya rağmen gerekli örneklem büyüklüğü sağlanmış, uygulama başarıyla tamamlanmıştır. Yapılan çalışmanın ileriki çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
EKLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. İntihar ve Önemi	1
1.2. İnsanlar Neden Kendini Öldürür?	6
1.2.1. Biyolojik Yaklaşımlar	6
1.2.2. Psikolojik Yaklaşımlar	8
1.2.2.1. Psikodinamik kuram	8
1.2.2.2. Schneidman'ın intihar kuramı	9
1.2.2.3. Umutsuzluk kuramı	10
1.2.2.4. Kaçış kuramı	11
1.2.3. Sosyolojik Yaklaşım	13
1.2.3.1. Durkheim'in sosyolojik kuramı	13
1.2.4. Bütüncül Bir İntihar Süreci Modeli	15
1.3. İntihar Risk Değerlendirmesi	16
1.3.1. İntihar Riskini Ölçmenin Önemi	16
1.3.2. İntihar Riskinin Ölçülmesi Neden Zor?	17
1.3.3. Risk Değerlendirmesinin Amacı Nedir?	19
1.3.4. Değerlendirme Türleri	20
1.3.5. Kendini Bildirim Araçları İle Risk Değerlendirmesi	21

1. 4. Araştırmanın Amacı	31
2. GEREÇ VE YÖNTEM	32
2. 1. Örneklem	32
2. 1. 1. Başvuru Nedenleri	33
2. 1. 2. Kullanılan İlaçlar	33
2. 1. 3. Tanı	34
2. 2. Veri Toplama Araçları	36
2. 2. 1. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	36
2. 2. 1. 1. Alt ölçekler	36
2. 2. 1. 2. Ölçek puanları	38
2. 2. 1. 3. Psikometrik özellikleri	39
2. 2. 1. 4. Türkçe Uyarlaması	40
2. 2. 2. Kişisel Bilgi Formu	41
2. 2. 3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	42
2. 2. 4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	43
2. 2. 5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	44
2. 3. İşlem	35
2. 4. İstatistiksel Çözümleme	46
3. ARAŞTIRMA BULGULARI	47
3.1. Tanımlayıcı İstatistikler	47
3. 2. Güvenirlik Analizleri	48
3. 2. 1. İç Tutarlık	48
3. 2. 2. İki-Yarım Güvenirliği	48
3. 3. Geçerlik Analizleri	49
3. 3. 1. Aynılık (Convergent) Geçerlik	49
3. 3. 2. Ayırteci Geçerlik	50
3. 3. 3. Yapı Geçerliği:	53
3. 4. Özgüllük-Duyarlık	56
4. TARTIŞMA	59
4. 1. Ölçme, Güvenirlik ve Geçerlik	60
4. 1. 1. Güvenirlik	61
4. 1. 2. Geçerlik	62
4. 1. 2. 1. Ölçüt-bağıntılı geçerlik	62

4. 1. 2. 1. 1. Aynılık / Eşzamanlı geçerliği	62
4. 1. 2. 1. 2. Ayırdetme geçerlik	63
4. 1. 2. 1. 3. Yapı Geçerliği	64
4. 1. 3. Duyarlık ve Özgüllük	66
5. SONUÇ	68
ÖZET	71
SUMMARY	73
KAYNAKLAR	75
ÖZGEÇMİŞ	88
TEŞEKKÜR	89

SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA:	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI:	Düzeltilmiş Uyuma İndeksi
CFI:	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
BDE:	Beck Depresyon Envanteri
BUÖ:	Beck Umutsuzluk Ölçeği
DFA:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DİE:	Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
F:	F test
GFI:	Uyuma İndeksi
HVA:	Hemovanillik asit
IRS:	Dürtüsellik Ölçeği
İÖÖ:	İntihar Olasılığı Ölçeği
χ^2 :	Ki-kare
MHPG:	3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol
MMPI:	Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
n:	Örneklem sayısı
NNFI:	Normlaştırılmış Uyum İndeksi
p:	Anlamlılık Değeri
r:	Korelasyon
SBQ:	İntihar Davranışı Anketi (Suicide Behaviors Questionnaire)
SIQ:	İntihar Düşüncesi Envanteri (Suicidal İdetion Questionnaire)
SPSS:	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Program (Statistical Package for Social Sciences)
ss:	Standart Sapma

SSI-SR:	İntihar Düşüncesi Kendini Bildirim Ölçeği (Self-rated scale for suicide ideation)
SSRI:	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
X:	Örneklem Ortalaması
RBSÖ:	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RMSEA:	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
t:	t test
sd:	Serbestlik Derecesi
Δ :	Delta
YEM:	Yapısal Eşitlik Modeli
YSNE:	Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri
5-HIAA:	5-hydroxyindoleacetic

ÇİZELGELER

		Sayfa
Çizelge 1.	Yaşa bağlı intihar oranları	5
Çizelge 2.1.	Gruplara göre katılımcıların demografik özellikleri	32
Çizelge 2.2.	Çalışma grubu katılımcılarının hastaneye geliş şikayeti, kullandıkları ilaçlar ve tanıları açısından dağılımı	35
Çizelge 2.3.	Kontrol grubu katılımcılarının daha önce tedavi görüp görmedikleri ve kullandıkları ilaçlar açısından dağılımı	35
Çizelge 3.1.	Örneklem gruplarına göre ölçek ortalama ve standart sapmaları	47
Çizelge 3.2.	İÖÖ ölçekleri alfa katsayıları	48
Çizelge 3.3.	İntihar olasılığı ölçeğinin madde toplam korelasyonları	48
Çizelge 3.4.	Toplam ölçek ve alt ölçek ortalama puanlarının intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan gruplar ile halihazırda intihar düşüncesi olan ve olmayan gruplardaki ortalama puanları	50
Çizelge 3.5a.	İÖÖ alt ölçeklerinin diskriminant fonksiyon analiz sonuçları (intihar düşüncesi olup olmama)	51
Çizelge 3.5b.	Halihazırda intihar düşüncesi olup-olmayanların sınıflandırılması	51
Çizelge 3.5c	İÖÖ alt ölçeklerinin diskriminant fonksiyon analiz sonuçları (intihar girişiminde bulunup bulunmama)	52

Çizelge 3.5d	İntihar girişimi olan-olamayan kişilerin sınıflandırılması	52
Çizelge 3.6.	Ölçeğe ilişkin DFA sonuçları: uyma indexleri ve χ^2 değeri	54
Çizelge 3.7.	Alt ölçeklerle toplam skor arasındaki korelasyonlar	54
Çizelge 3.8.	Madde faktör yükleri	55
Çizelge 3.9a.	İÖÖ'nin psikiyatrik grup için varsayılan kesme noktaları ve bunlara karşılık gelen psikometrik özellikler	56
Çizelge 3.9b.	İÖÖ'nin tüm örneklem için varsayılan kesme noktaları ve bu kesme noktalarına karşılık gelen psikometrik özellikler	57

EKLER

		Sayfa
EK-1	Çalışma grubuna yönelik Bilgi Formu	91
EK-2	Kontrol grubuna yönelik Bilgi Formu	94

1. GİRİŞ

1.1. İntihar ve Önemi

İntihar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya Sağlık Örgüt'üne göre her yıl dünyada 1 milyon kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir, bu oranın 10–20 katı kişi ise intihar girişiminde bulunmaktadır (DSÖ 2000). Bu da demektir ki dünyada her 40 saniyede 1 kişi intihar etmektedir ve 2–4 saniyede de 1 kişide intihar girişiminde bulunmaktadır. Son 45 yılda dünyadaki intihar oranı %60 artış göstermiştir ve 2020 yılında intihar sonucu ölenlerin sayısının 1,5 milyona ulaşması beklenmektedir.

DSÖ'nün sunduğu bu oranlar dünyadaki intihara ilişkin ölüm oranları hakkında genel bir fikir edinmemize yardımcı olmasına karşın bazı nedenlerden dolayı asıl oranların çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerden biri DSÖ'ye halen pek çok ülkenin üye olmamasıdır. Örneğin DSÖ'nün verilerinde Afrika ülkelerine ilişkin herhangi bir bilgi mevcut değildir. Ayrıca üye ülkelerin bildirdiği oranlar ise düzenlilik arz etmemektedir. İntihar oranlarının güvenilirliğine ilişkin soru işaretlerinin en önemli nedeni ise birçok ülkede intiharın halen bir tabu olarak kabul edilmesi ve intihar sonucu ölümlerin damgalanmaktan korkularak saklanmasıdır (Bertolote ve Fleischmann 2002).

DSÖ (2000)'nün verilerine göre hem kadın hem de erkekler için en yüksek oranlar Avrupa'da, özellikle aynı tarihsel ve sosyokültürel özellikleri paylaşan Doğu Avrupa ülkelerindedir (Estonya, Litvanya, Letonya, Fırlendiya, Macaristan ve Rusya). Ancak bu ülkelerden oldukça farklı bir bölgede yer alan Sri Lanka ve Küba'da da oranlar yüksektir. En düşük oranlar ise Doğu Akdeniz ülkelerinde yani daha çok Müslüman ülkelerin

bulunduğu alanda gözlemektedir. Bu durum bazı Orta Asya Cumhuriyetleri için de geçerlidir.

Genel nüfusta 1970 ile 2000 yılları arasında intihar girişimi yaygınlığına yönelik yapılan araştırmaların gözden geçirildiği bir çalışmanın sonucuna göre dünya genelinde farklı ülke ve kültürlerde intihar girişim oranları resmi kayıtlara göre 100 binde 2,6 ile 542 arasında yer almaktadır. Nüfus araştırmalarından elde edilen 1 yıllık görülme sıklığı ise 100 binde 700 ile 1100 arasında iken yaşam boyu yaygınlık oranı 100 binde 720 ile 5930 arasındır (Welch 2001).

Amerika'da yapılan ve 5877 (15–54 yaş) kişinin katıldığı Ulusal Komorbidite Araştırması'nda katılımcıların %13,5'inin hayatlarında en az 1 kez intihar etmeyi düşündükleri, %3,9'uzunun bunu planladıkları ve %4,9'uzunun ise intihar girişiminde buldukları saptanmıştır. (Kessler ve ark 1999). Yine 2000 yılında niversite öğrencileri üzerinde Amerika'da yapılan bir başka çalışmada 15977 öğrenciden %9,5'inde intihar düşüncesi olduğu ve %1,5'inin ise intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Kisch ve ark 2005).

Oranları cinsiyet açısından incelediğimizde DSÖ (2000)'nün verilerine göre kadınların daha çok olduğu in dışında birçok ülkede intihardan ölümler erkekler arasında daha yaygındır. Ancak bunun tam tersi olarak kadınlar da erkeklere göre daha çok intihar girişiminde bulunmaktadır. 1950'de intihar sonucu ölen erkeklerin kadınlara oranı 3,2 iken, 1995'de bu oran 3,6'ya yükselmiştir.

Levi ve ark (2003) DSÖ'nün veri tabanını kullanarak 1965 ile 1999 yılları arasında 47 ülkede intihar sonucu gerçekleşen ölüm oranlarını araştırmışlardır. Kadın ve erkeklerdeki oranlar ülkelere göre özetle şu şekilde saptanmıştır:

- 1980–1984 yılları arasında Avrupa Birliği (European Union) lkelerinde erkeklerde 100 binde 16,1'e çıkan intihar oranları 1995 ile 1999 yıllarında 100 binde 14,4'e düşmüştür. Kadınlarda ise aynı oran 100 binde 6,5'den 4,6'ya gerilemiştir.

- Benzer örüntü bazı Doğu Avrupa ülkelerinde de gözlenmiştir. Almanya’da intihar oranları erkeklerde 100 binde 23,4’den 16,6’ya; Danimarka’da 31,4’den 18,5’a düşmüştür.
- Bu oranların tersine 1980 ile 1984 ve 1995 ile 1999 dönemleri karşılaştırıldığında intihar sonucu ölümler Rusya’da önemli derecede artış göstermiştir (erkekler: 100 binde 37,7’den 58,3’e, kadınlar: 100 binde 8,5’den 9,5’e).
- Amerika ülkelerinde intihar oranlarında erkeklerde önemli bir değişim gözlenmezken kadınlarda düşme saptanmıştır.
- 1950’den 1990’nın başlarına kadar Japonya’da intihardan ölüm oranlarında düzenli bir azalma gözlenmiştir.
- İrlanda, İngiltere, İtalya, İspanya, Avusturya gibi Avrupa ülkelerinde de oranlarda artış saptanmıştır.

Yaşla beraber intihar genellikle artış göstermesine rağmen, gelişmiş ülkelerde, özellikle de Avustralya ve Yeni Zelanda da, intihar ölümleri genç erkekler arasında son 30 yıl içinde 3 kat artış göstermiştir (Goldney 2002). Örneğin 25 ile 34 yaş arası erkekler için Yeni Zelanda’da intihar oranı 1996’da 100 binde 44 iken bu oran Avustralya’da 100 binde 31 idi. 15 ile 24 yaş arası genç yetişkinler için intihar 3. ölüm nedeni, 24 ile 35 yaş grubu içinse 2. ölüm nedenidir. 1952’den 1996’ye kadarki dönem içerisinde Amerika’da intihar oranları genel nüfus için düşerken, genç yetişkinler için oran 3 katına çıkmıştır (Witte ve ark 2005).

Wasserman ve ark (2005) DSÖ verilerinden yararlanarak 90 ülkede 15 ile 19 yaşlarında 12064 intihar vakasını incelemişlerdir. 1980 ile 2004 yılları arasında ortalama intihar oranı 100 binde 7,4 (erkeklerde: 100 binde 10,5, kadınlarda: 100 binde 4,1) olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada 1965 ile 1999 yılları arasında 15 ile 19 yaş aralığında erkeklerde intihar oranları artma eğilimi gösterirken kadınlarda oranlar sabit kalmıştır ya da çok az bir azalma göstermiştir.

Bu gerçek, ulusların genç nüfusuna yönelik önemli bir halk sağlığı tehdidini ortaya koymaktadır.

Türkiye'ye bakılacak olursa, diğer birçok ülkeyle karşılaştırıldığında Türkiye'de intihardan ölümler oldukça azdır. Ancak son yıllarda ülkemizde de intihar oranlarının arttığı belirtilmektedir (Sayıl 1992, Altındağ ve ark 2001, Devrimci ve Sayıl 2003).

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) (2000) verilerine göre ülkemizde intihar oranlarında 1977 yılından 1997 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir artış yaşanmıştır ve bu yıldan sonra ise intihar oranlarında bir azalma olduğu gözlenmektedir. 1980 yılında 100 binde 1.69 olan oran 1990 yılında 2.42'ye ve 2000 yılında 2.76'ya çıkmıştır. Her 10 yılda bir aradaki artışın büyüklüğü dikkat çekicidir. İntihar oranının Türkiye'ye göre çok daha fazla olduğu İsveç ile Türkiye karşılaştırılacak olursa 1980 ile 88 yılları arasında İsveç'teki intihar oranındaki artış hızı sadece %0,01 iken Türkiye'de %5,5'dir (Eskin 1993). İki ülke için bir birinden oldukça farklı olan bu oranlar da ülkemiz için durumun ne kadar kritik olduğunu net bir şekilde göstermektedir.

Yaş grupları açısından incelenecek olursa tüm dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de en yüksek intihar oranına sahip yaş aralığının 15 ile 24 yaş olduğu görülmektedir (DİE 2000). DİE verileri incelendiğinde genel görüşün aksine 0 ile 24 yaş arası kadınların erkeklere göre daha yüksek intihar oranlarına sahip olduğu görülmektedir. Özellikle de kadınlardaki bu oran ergenlik döneminde büyük bir artış sergilemektedir. Ancak ergenlik sonrası dönem ile beraber intihar oranları erkeklerde artış göstermektedir.

DİE tarafından sunulan oranlar hesaplanırken her yaş aralığına düşen nüfus dikkate alınmamıştır; her yaş aralığındaki nüfus dikkate alındığında oranların ülkemizde de yaşla beraber artış gösterdiği ve 65 yaş üzeri yaş grubunun en yüksek orana sahip olduğu söylenebilir.

Eskin (1993) tarafından DİE verilerinden yararlanılarak ve her yaş aralığına düşen nüfus dikkate alınarak hesaplanan intihar oranları aşağıdaki çizelge 1'de sunulmaktadır.

Çizelge 1: Yaşa bağlı intihar oranları (intihar sayısı/100 000 kişi) (Eskin 1993)

Yaş	Toplam	Kadın	Erkek
5-14	0,3	0,2	0,3
15-24	3,5	3,5	3,5
25-34	3,3	2,6	4,2
35-44	3,3	1,8	4,8
45-54	3,5	2,3	4,5
55-64	4,1	2,5	5,7
65 ve üstü	5,6	3,0	8,2

Ülkemizde 1998 ile 2001 yılları arasında dünya genelinde yapılan bir çok-merkezli çalışmada Ankara Mamak bölgesinde 4 yıllık dönem içerisinde toplam 737 kişinin (514 kadın ve 223 erkek) intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür (Devrimci-Özgüven ve Sayıl 2003). Erkekler için yıllık ortalama oran 100 binde 46.89 iken kadınlar için 100 binde 112,89'dur. Bu sonuç literatürdeki kadınların erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulunduğu genel görüşünü desteklemektedir

Balcı ve Albek (2003)'in Eskişehir ilindeki intiharları geriye dönük olarak değerlendirdikleri çalışmasında 1997 ile 1999 yılları arasında 94 kişinin kendini öldürdüğü görülmüştür. Kendini öldüren kişilerin %69,1'ini erkekler oluşturmaktadır. Yaş aralığı açısından en ağırlıklı olan grubun 15 ile 34 yaş grubu olduğu ve 55 yaşın üzerindeki intiharların kadınlara göre erkeklerde daha sık rastlandığı görülmüştür. Bu çalışmada da erkeklerin kadınlara göre daha fazla intihar ettikleri ve gençler ile ileriki yaşlarda intihar oranlarının arttığı genel bilgisinin desteklendiği görülmektedir.

2000 yılında Manisa ili kent merkezinde yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi ve intihar girişimi yaygınlığı sırasıyla %6,6 ve %2,3 olarak tespit edilmiştir (Deveci ve ark 2005).

Görüldüğü gibi intihar sonucu ölüm oranları işin ne kadar ciddi olduğunu göstermektedir. Her intihar ölümü için geride kalan birçok kişi duygusal ve sosyal olarak acı çekmektedir. Kişinin yaşamını kaybetmesi ve yakınlarının yaşadığı sıkıntıların yanı sıra büyük bir ekonomik kayıp ile de karşı karşıya gelmektedir. Özellikle de gençler arasındaki intiharların arttığı düşünülürse bir toplumun büyük emekler ile yetiştirdiği evlatlarını intihara kurban vermesinin duygusal, ekonomik ve sosyal olarak ne kadar büyük

bir sıkıntı yaratacağı açıktır. Bu nedenle bu önemli konunun bilimsel olarak ele alınması önem arz etmektedir.

1. 2. İnsanlar Neden Kendini Öldürür?

Bu sorunun cevabı birçok kuramcı tarafından farklı açılarla ele alınmıştır.

1. 2. 1. Biyolojik Yaklaşımlar

Biyolojik yaklaşım çerçevesinde yapılan çalışmalar 2 grupta toplanabilir. Bunlardan ilki *genetik çalışmalarıdır*. Genetik çalışmaları aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarını içerir.

İntiharın genetik yönünü inceleyen bir gözden geçirme çalışmasında yaklaşık 20 çalışmanın bulgularına dayanılarak intihar davranışı sergileyen kişilerin yakın akrabalarında intihar davranışının görülme riskinin 5 kat daha fazla olduğu görülmüştür ve riskin tamamlanmış intiharlarda, intihar girişimlerine göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Baldessarini ve Hennen 2004). Ancak bu sonuç, çevresel faktörler ile genetik faktörlerin birbirinden ayırt edilememesi nedeni ile kalıtsallığı tam olarak destekleyememektedir. Aynı çalışmada genetik faktörleri çevresel faktörlerden ayırt edebilmek için yapılan ikiz çalışmalarına da yer verilmiştir. Bu yönde yapılan 7 çalışmanın tamamında, intihar riskinin tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak ikiz çalışmaları da genetik faktörleri çevresel faktörlerden tam olarak ayırt edememektedir.

İlgili çalışmada gözden geçirilen 3. grup çalışma türü ise evlat edinme çalışmalarıdır. Araştırmacılar şüana kadar literatürde aynı veri kaynağını kullanan sadece 3 çalışmanın kalıtımı çevresel faktörlerden ayırabilmek amacıyla evlat edinilen kişiler üzerine çalıştığını belirtmektedir. Sonuçlar intihar davranışı sergileyen ya da ruhsal bir bozukluğa sahip olan kişilerin biyolojik ailelerinde intihar riskinin daha yüksek olduğu yönündedir. Bu bulgular Brent ve Mann (2005)'ın gözden geçirme çalışmalarının bulguları tarafından da desteklenmektedir.

İntiharın genetik yönü üzerinde yapılan çalışmalar umut verici olsalar da neyin kalıtsal olduğu halen akıllarda soru işareti bırakmaktadır. Kalıtsal olan intiharın kendisi olabileceği gibi intihar ile yakından ilişkili olan psikiyatrik hastalıklar ya da dürtüsellik, saldırganlık gibi kişilik özellikleri hatta intihardan koruyucu risk faktörleri de olabilir.

Biyolojik yaklaşım çerçevesinde yapılan diğer çalışmalar ise bireyin biyokimyasal yapısında herhangi bir değişiklik olup olmadığını inceleyen *biyokimyasal çalışmalardır*. Bu çalışmalarda kimyasal madde olan sinirsel ileti maddeleri (nörotransmitterler) üzerinde çalışılır. Serotonin intihar ile ilişkisi açısından en çok çalışılan sinirsel ileti maddesidir. Bu yaklaşım çerçevesinde birçok çalışma bir serotonin yıkım ürünü olan 5-hydroxyindoleacetic asit (5-HIAA) düzeyi ile intihar davranışı arasında bir ilişkinin olduğunu önermektedir (Banki ve ark 1984, van Prag 1986, Nordstrom ve ark 1994, Sprex-Varoquaux ve ark 2001, van Heeringen 2003). Bu madde intihar davranışında bulunan kişilerde, intihar davranışında bulunmayan kişilere oranla daha düşük oranda bulunmaktadır.

Serotonin ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye odaklanan bu çalışmalarda elde edilen bir diğer bulgu ise düşük 5-HIAA düzeyine sahip hastaların daha çok şiddet içeren intihar girişiminde bulduklarıdır. Bu bulgu da düşük serotonin düzeyinin saldırganlıkla ilişkili olabileceğini akla getirmektedir.

Ayrıca bazı çalışmalar da serotonin düzeyinin dürtüsellikle ilişkili olabileceğini destekler bulgular sunmaktadır. Örneğin Cremniter ve ark (1999) 120 intihar girişimcisi üzerinde yaptıkları çalışmada düşük 5-HIAA düzeyinin dürtüsel intihar grubunda anlamlı düzeyde düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu bulguya ek olarak Dürtüsellik Ölçeği (IRS) puanları ile 5-HIAA düzeyi arasında da ters bir ilişki saptanmıştır. Bir diğer çalışmada cinayet işleyen 35 tutuklu incelenmiştir. Bulgular, tutukluların 1/3'ünün intihar girişiminde bulduklarını ve kişilerin 5-HIAA düzeylerinin intihar girişiminde bulunmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışmada dürtü kontrol bozukluğu olanların olmayanlara göre daha düşük 5-HIAA düzeyine sahip oldukları da tespit edilmiş (Lidberg ve ark 2000).

Serotonin üzerinde yapılan çalışmalar her ne kadar düşük serotonin miktarı ile intihar davranışı arasında bir ilişkiden söz ediyorlarsa da bazı çalışmalar da depresyon tedavisinde serotonin miktarının artışı için kullanılan Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerinin (SSRI) gençler ve çocuklarda intihar davranışını tetiklediği yönünde bulgular sunmaktadır (Mahendran 2006, Fergusson 2007). Bu bulgu tüm çalışmalar tarafından desteklenmiyor olsa da akla şöyle bir soru gelmektedir: “Eğer serotonin miktarının azlığı intihar davranışının bir nedeni olarak düşünülüyorsa o zaman neden SSRI kullanan gençlerde ve çocuklarda daha fazla intihar davranışı görülmektedir?”

Serotonin üzerinde çok çalışılan sinirsel ileti maddesi olsa da dopamin ve norepinefrin üzerinde de araştırmalar yapılmıştır (Jones ve ark 1990, Engstrom ve ark 1999). Engstrom ve ark (1999) intihar girişiminde bulunan kişilerde bulunmayan kişilere göre daha düşük HVA (dopamin yıkım ürünü olan homovanillik asit) düzeyi ve daha düşük HVA/MHPG (norepinefrin yıkım ürünü) oranı tespit etmişlerdir.

İntihar davranışına ilişkin biyokimyasal çalışmalar kortizol başta olmak üzere hormonlar üzerinde de durmuştur. van Praag (1986) biyolojik intihar araştırmalarını gözden geçirdiği çalışmasında depresif hastalarda kortizol düzeyinin yüksek bulunduğunu ancak bunun intihar davranışı ile ilişkisini destekleyecek kanıtların yetersiz olduğunu belirtmektedir. Bir başka açıdan depresif hastalardaki kortizol düzeyinin yüksek olması stresle de açıklanabilir. Bilinmektedir ki stres insanlardaki kortizol düzeyini arttırmaktadır (Vande ve ark 1994, Gonong 2002). Bu nedenle kortizol düzeyi yüksek olan ve intihar davranışı sergileyen depresif hastaların bu davranışlarının doğrudan kortizol düzeyine mi yoksa kortizol düzeyinin yükselmesine neden olan strese mi bağlanması gerektiği kafalarda soru işareti bırakmaktadır.

1. 2. 2. Psikolojik Yaklaşımlar

1. 2. 2. 1. Psikodinamik kuram

Freud (1916)’a göre kişiyi intihara götüren süreç bilinçdışında gerçekleşen bir sevgi nesnesinin yitimi ile başlar. Kişi yaşanan bu kayıp ile derin acılı bir duygudurum içerisine girer ve kişinin çevreye olan ilgisi kaybolur. Özdeğerlilik ve özsaygıda bozulmalar olur.

Çevreye olan ilgisini kaybeden kişi sevgi nesnesinden çektiği libidosunu (cinsel enerji) yeni bir nesneye yatıramaz; böylece boşta kalan bu enerji benliğe geri döner. Benliğe geri dönen libido yitirilen nesne ile özdeşim için kullanılır. Buradaki özdeşim benliğin yitirilen nesne ile içsel kaynaşmasını ve bütünleşmesini içerir. Kişinin benliği yitirilen sevgi nesnesi haline gelmiş olur. Terk edilmeden dolayı ortaya çıkan saldırgan duygular ise sevgi nesnesinden öc alma ve onu yok etmek için sevgi nesnesi haline gelen benliğe yöneltilir. Sonuç olarak kişi kendi isteği ile kendi canına kıymış olur (Odağ 2002). Odağ (2002)'ın da belirttiği gibi Freud'un "*özkıyıda saldırganlık benliğe yöneltilir*" cümlesi bu geniş tanımlamanın sadece ufak bir parçası gibi görünmektedir.

Freud'un görüşüne göre eğer kişinin benliği yitirilen sevgi nesnesi haline geliyorsa ve kişi asıl olarak kaybettiği sevgi nesnesinden öc almak istiyorsa o zaman kişi kendisini değil kendisini terk eden sevgi nesnesinin hayatına son vermek istemektedir. Oysaki intihar "*bireyin bilerek ve isteyerek canına kendi eliyle son vermesi*" olarak tanımlanmaktadır. O zaman Freud'un açıklamaya çalıştığı bu davranış intihar kabul edilebilir mi? Bu da teorinin kendi içindeki çelişkisini sergilemekte gibi görünmektedir.

1. 2. 2. 2. Schneidman'ın intihar kuramı

İntiharla ilgili önemli çalışmaları ve katkıları olan bir diğer isim ise Schneidman'dır. Schneidman (1985)'a göre intihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir (Odağ 2002).

Leenaars (1988), Schneidman'ın intihara ilişkin teorisini 10 maddede özetlemektedir (Lester 1998):

1. Kişi dayanılmaz acısına ve bundan nasıl kaçacağına odaklanır.
2. Kişi yetişkinliğinde bir travma geçirir.
3. Ölüm, kişiye dayanılmaz olan yalıtılmışlık ve rahatsızlık durumunu çözmeye imkanı tanıyarak bir çözüm sağlar.
4. Kişi tüm bilinçli yaşantısına son vermeyi arzulamaktadır ve bu amacını başarmaya çalışmaktadır.
5. Kişi yıkıma uğrar; kendisini reddedilmiş, başarısız ve umutsuz hisseder.
6. Kişi çelişkili duygular, istekler ve davranışlar arasında kararsız kalır.

7. Kişi yoğun duyguları ve çelişkili mantığı ve algıları ile kendisini zehirler.
8. Kişi sahneden çekilmek, uzaklaşmak, gitmek ve yok olmak ister.
9. Kişi yaşamını kısaltan davranış örüntüleri sergiler.
10. Kişinin iletişimleri bilinçaltı psikodinamik implikasyonlara sahip olmaya başlar.

1. 2. 2. 3. Umutsuzluk kuramı

İntihar riskini arttıran psikiyatrik hastalıkların başında depresyon yer almaktadır (Ateşçi ve ark 2002, Spießl ve ark 2002, Hills ve ark 2005). Majör depresyona sahip hastalar için yaşam boyu intihar riski %6–15 olarak bildirilmektedir (Inskip ve ark 1998, Möler ve Grunz 2000). Peki, her depresyon hastası neden kendini öldürmemektedir? Çünkü depresyon ve intihar arasındaki ilişkide anahtar rolün umutsuzluk olduğu düşünülmektedir. Birçok çalışmada depresyon, intihar ve umutsuzluk arasında yakın bir ilişki olduğu ve umutsuzluğun intihar davranışını yordayan önemli bir bilişsel değişken olduğu belirtilmektedir (Minkoff ve ark 1973, Beck ve ark 1985, Enns ve ark 1997, Kuo ve ark 2004, Stewart ve ark 2005).

Beck intihar ve depresyon arasındaki ilişkiyi bilişsel kuram çerçevesinde ele almıştır. Bilişsel modele göre depresyona yatkınlığı olan kişiler kendilerini, dış dünyayı ve geleceklerini olumsuz değerlendirirler. Depresif kişi kendini yetersiz, değersiz ve kusurlu bulur. Geçmişte olan olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutar ve başkaları tarafından beğenilmediğini düşünür. Kendinden çok şey talep edildiğini, dünyanın aşılamayacak güçlüklerle dolu olduğunu düşünür. Aynı şekilde gelecek karanlık, başarısızlıklara gebe, ümitsiz bir durum olarak algılanır. Beck (1963) yaptığı çalışmalar sonucu hastalardaki intihar davranışlarının belirli bilişsel çarpıtmalardan kaynaklandığını öne sürmektedir (Durak 1994). Ona göre hasta objektif ve gerçekçi bir nedeni olmadığı halde deneyimlerine yanlış anlamlar yüklemekte ve amacına ulaşmak için çaba sarf etmediği halde bunlardan negatif sonuçlar beklemektedir. Bu durum gelecekte olumsuz beklentiler olarak tanımlanan umutsuzluk olarak adlandırılmıştır. İntihar ise kişinin bu çaresiz durumuna bir çözüm, bir kurtuluş yolu olarak görülür. Kişi böylelikle kendini, yaşadığı dayanılmaz acılardan kendi canına kıyarak kurtarmış olur.

Abraham ve ark (1989) depresyonun bir alt tipi olan ve umutsuzluk duygularının daha yoğun olduğu umutsuzluk depresyonundan bahsetmektedirler. Onlara göre, umutsuzluk depresyonunun en önemli belirtilerinden biri intihardır.

Depresyon, umutsuzluk ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen son çalışmalar depresif belirtiler kontrol edildiğinde dahi umutsuzluğun güçlü bir yordayıcı olduğunu göstermektedir (Kuo ve ark 2004, Stewart ve ark 2005). Özetle, umutsuzluğun intihar davranışı için bağımsız bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

1. 2. 2. 4. Kaçış kuramı

Kaçış kuramı ilk kez Baechler (1980) tarafından önerilmiştir (Baumeister 1989). Baecher intiharı basitçe rasyonalist bir görüş olarak ele almıştır ve bir problem çözme aracı olarak görmüştür. Baecher'in teorisi intiharın bir kaçış şekli olduğunu anlamada önemli bir basamak olmasına karşın yeterince ayrıntılı değildi ve tümüyle rasyonalist açıdan ele alınmıştı. Bu nedenle Baumeister kaçış teorisini tekrar ele almıştır (Baumeister 1989). Teori kişinin intihar düşüncesini ve davranışını nasıl geliştirdiğine ilişkin test edilebilir bir mantık sunmaktadır. Ona göre insanı kendi canına kıymaya götüren süreç 6 basamaktan oluşmaktadır:

1. Standartların yetmemesi
2. Benliğe ilişkin atıflar
3. Yüksek kendilik farkındalığı
4. Olumsuz duygulanım
5. Bilişsel yıkım
6. Yıkımın sonuçları

Şimdi de bu basamakları kısaca inceleyelim.

Birinci basamak, kişinin halihazırdaki koşullarının gerek kendisinin gerekse diğer önemli kişilerin koyduğu standartları karşılamadığı inancını içerir. Bu inanç gerçekçi olmayan yüksek beklentiler ya da son dönemki stresli yaşam olayları ya da her ikisi sonucu ortaya çıkabilir. Düşük beklentisi olan bir kişi stresli bir yaşam ile karşılaşarsa büyük bir

olasılıkla intiharı düşünmeyecektir ancak beklentileri yüksek olan bir kişi intiharı düşünecektir.

İkinci basamakta, yüksek beklentilerden doyum sağlayamamanın bir sonucu olarak kişi kendisine olumsuz atıflarda bulunur. Birey hayal kırıklığına neden olan sonuçlar için kendisini suçlar. Bu da düşük benlik saygısına neden olur. Kişinin kendisini suçlaması da intihar eğilimli kişilerin özelliği olan kendilik değersizliğini ve kendini reddetmeyi besler. Bu formülasyonu destekler şekilde olumsuz yaşam olaylarını kendi içsel, sabit ve genelleştirilmiş yetersizliğine atfeden kişiler daha çok depresyona, umutsuzluğa ve intihar düşüncesine sahiptir.

Üçüncü basamakta, standartların yetmemesi ve kişinin suçu kendisine atfetmesinin sonucu olarak kişi yetersiz, çekici olmayan ve suçlu bir benliğe odaklanarak yüksek kendilik farkındalığı geliştirir. Yüksek kendilik farkındalığına ilişkin doğrudan kanıt birçok intihar notunun kendine referans şeklinde yazılmış olmasıdır. Dolaylı kanıt ise depresyondaki kendine odaklı kronik dikkat durumunun varlığıdır. Kendilik farkındalığı mükemmeliyetçilikle de ilgidir. Mükemmeliyetçilik, beklenen standartların karşılanamaması sonucu ortaya çıkabilecek bir eksikliği yakalamak için kişinin sürekli kendisine odaklanmasına neden olur.

Dördüncü basamakta, depresyon ve kaygı gibi olumsuz duygular ortaya çıkar çünkü olumsuz yaşantılara odaklanan yüksek kendilik farkındalığı benliği suçlamaktadır.

Beşinci basamak, bilişsel yıkımı içerir yani kişide daha az anlamlı, daha az bütünlük içinde düşünce ve farkındalığa ilişkin kişide sübjektif bir değişimin oluşumudur. Bu değişim kişinin olumsuz duygulanımı tarafından oluşturulan itici duruma bir tepki olarak oluşur. Bilişsel yıkımın 3 temel bileşeni vardır:

1. Sadece şüana odaklanan dar zaman perspektifi
2. Uzun dönem amaçlar yerine kısa dönem amaçları gerçekleştirmeye yönelik eylem
3. Daha geniş düşünceler ve duygular yerine anlık hareketler ve duyular üzerinde odaklaşma

Tüm bu bileşenler de kişinin umutsuzluğa düşerek bir an önce bu durumdan kurtulmak isteği ile sonuçlanır.

Altıncı basamak ise bilişsel yıkımın ortaya çıkardığı 4 sonuç ile ilgilidir:

1. Kişi intihara yönelik içsel sınırlamalarını es geçer.
2. Kişi kendini pasif bir kurban olarak algılar.
3. Kişi yaşadığı güçlü olumsuz duyguları bastırır.
4. Kişi diğerlerine göre daha fazla işlevsel olmayan tutumlara ve rasyonel olmayan bilişlere sahip hale gelir.

Ayaktan hasta nüfusunda kaçış teorisini test eden Dean ve Range (1999) teoriyi destekler bulgular elde etmiştir. Araştırmada path analizi sonucu sosyal olarak istenen mükemmeliyetçilik (diğerleri tarafından beklenen, gerçekleştirilmesi imkansız ancak diğerlerinin onayını almak için yerine getirilmesi gereken beklentiler) ile depresyon, depresyon ile umutsuzluk, umutsuzluk ile hem intihar düşüncesi hem de yaşama nedenleri ve yaşama nedenleri ile intihar düşüncesi arasında anlamlı etkileşimler bulunmuştur.

1. 2. 3. Sosyolojik Yaklaşım

1. 2. 3. 1. Durkheim'in sosyolojik kuramı

Durkheim intiharı toplumsal bir olgu olarak ele alır. Ona göre toplumsal özellikler bir toplumdaki intihar oranlarını belirler. Teorisi 2 boyuta dayanır: sosyal bütünleşme (toplumdaki bireylerin birbirine ne kadar bağlı olduklarının derecesi) ve toplumsal düzenleme (toplumun kurallarının, normlarının ve değerlerinin gücü). Durkheim'in teorisine göre toplumsal düzenleme ve bütünleşmenin çok zayıf ya da çok güçlü olması intihara yol açar (Varnik ve ark 2003). Bu iki farklı boyuta göre 4 farklı intihar türünden bahseder:

1. *Bencil İntihar*: Sosyal bütünleşmişliğin düşük olduğu durumlarda meydana gelir.
2. *Elcil İntihar*: Sosyal bütünleşmişliğin yüksek olduğu durumlarda meydana gelir.
3. *Kuralsızlık İntiharı*: Sosyal düzenlemenin düşük olduğu durumlarda meydana gelir.

4. *Ölümcül İntihar*: Sosyal düzenlemenin yüksek olduğu durumlarda meydana gelir.

Görüldüğü gibi sosyal bütünleşmişlik boyutunun bir ucunda bencil bir ucunda ise elcil; sosyal düzenleme boyutunun ise bir ucunda ölümcül bir ucunda ise kuralsızlık intiharları vardır.

Durkheim toplumda köklü değişmelerin olmadığı dönemlerde intihar oranlarının sabit kaldığını, aksine toplumsal değişmelerin hızlandığı reform dönemlerinde intihar oranlarının arttığını belirtir. Üç Baltık eyaletinin (Estonya, Letonya ve Litvanya) iki farklı sosyopolitik dönem içerisinde incelendiği bir çalışmada Durkheim'in bu teorisini destekler sonuçlar elde edilmiştir (Varnik ve ark 2003).

Tartaro ve Lester (2005)'in tutuklu intiharları üzerinde yaptıkları çalışmalarında tutukluların da toplumun bir üyesi olduğunu ve kurumlardaki intihar oranlarının dışarıdaki aynı sosyal faktörler tarafından etkilenebildiğini varsaymışlardır. Sonuç olarak doğum oranının tutuklu intihar oranı ile negatif, boşanma oranı ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan ilişki Durkheim'in teorisi ile uyumaktadır.

Odağ (2002)'in de değindiği gibi intiharın nasıl meydana geldiğini kendi içinde bütünleştirmeye çalışan tüm bu kuramlardan her biri intiharın bilinmeyen bir yanına ışık tutar. Örneğin intiharı açıklarken Durkheim'in toplumsal kuramında bireysel, Freud'un psikoanalitik kuramında toplumsal öğelerin eksik olduğu açık bir şekilde ortadır.

Her kuramın intihar gibi karmaşık bir olgunun bir yönünü aydınlattığı gerçeği göz önüne alındığında bu konuda bütüncül bir yaklaşım sunan Eskin (2003)'in intiharı bir süreç olarak ele alan ve bu sürecin nasıl işlediğini dinamik bir biçimde anlatan modeli üzerinde durmakta yarar vardır.

1. 2. 4. Bütüncül Bir İntihar Süreci Modeli

Eskin (2003) modelinde, intihar sürecini betimleyen, kişiye özgü (içsel: biyolojik, psikolojik özellikler vb) ve çevresel (dışsal: olumsuz yaşam olayları, toplumsal koşullar) faktörleri beraberce ele almıştır.

Modelde intihar sürecinde doğrudan etkili olan yakın etmenler 4 grupta toplamıştır:

1. *Yakınlaştırıcı etmenler*
2. *Risk etmenleri*
3. *Koruyucu etmenler*
4. *Tetikleyici etmenler*

Bütün bu etmenlerin bileşeni olarak kişi belli düzeyde ruhsal acı yaşar. İntihar davranışının ortaya çıkması için kişinin yaşadığı acının kişinin dayanabileceği eşik seviyesinin üzerinde olması gerekir. Ancak bu gerekli ve yeterli koşul değildir. Modelde intihar sürecinde doğrudan etkili olmayan ancak acı eşliğini etkileyerek dolaylı olarak sürece katkı sağlayan uzak etmenler de 4 grupta ele alınmıştır:

1. *İntiharın kültürel anlamı*
2. *Yardım aramaya karşı tutumlar*
3. *İntihara ve intihar davranışında bulunanlara karşı tutumlar*
4. *Temel kültürel değerler*

Bu tür sosyokültürel etmenler bir yandan bireyin intihar davranışına yönelip yönelmeyeceğini belirlerken diğer taraftan da sosyal destek gibi faktörler üzerindeki etkisi ile koruyucu ve risk etmenleri üzerinde etkili olacaktır.

Bir örnek üzerinde tartışmak gerekirse ailesinde daha önce intihar eden kişilerin olduğu bir genci ele alalım. Öncelikle bu kişinin aileden gelen genetik bir yüke sahip olduğunu söyleyebiliriz. Bu genetik yük intihar davranışı için yakınlaştırıcı bir etmen ise de tek başına yeterli olmayabilir. Aynı zamanda bu gencin madde bağımlısı olduğunu farz edelim. Bir risk etmeni olan madde kullanımı gencin intihar riskini arttıracaktır. Eğer bu genç madde kullanımına ilişkin herhangi bir tedavi almıyorsa ve yeterince de sosyal destek göremiyorsa kişinin koruyucu etmenler açısından da olumsuz konumda olduğu

söylenbilir. Ancak tüm bunlar da gencin intihar davranışı için yeterli etmenler değildir. Tüm bunlara ek olarak bu genç kız arkadaşından da ayrılmış olsun. Böylelikle kişi için yaşadığı bu olumsuz yaşantı, intihar davranışını tetikleyici bir unsur durumuna gelecektir. Genç kendini çaresiz ve yapayalnız hissedecektir. Ancak böyle bir durumda dahi kişi intiharı bir çözüm olarak görmeyebilir. Bu noktada belirleyici olacak olan gencin ruhsal acı eşiği olacaktır. Ruhsal acı eşiği ise yukarıda da bahsedildiği gibi bir takım sosyokültürel etmenler ile etkileşim içerindedir. Eğer gencin içerisinde bulunduğu toplum intiharı sıkıntılı anlarda başvurulacak bir seçenek olarak görüyorsa o zaman gencin intihar olasılığı artacaktır. Yine o toplumda eğer sıkıntılı anlarda yardım istemek hoş karşılanmıyorsa bu da gencin intihara sürüklenmesine yardım edecektir. Böylelikle genç dayanılmaz acıdan kurtulmak için tek çözüm yolu olarak intiharı düşünecektir. Görüldüğü gibi kişinin intihara götüren süreç hiç de basit bir süreç değildir. Birçok etmenin bir araya gelmesi birbiri ile etkileşmesi gerekmektedir.

1. 3. İntihar Risk Değerlendirmesi

1. 3. 1. İntihar Riskini Ölçmenin Önemi

Özellikle son yıllarda tehdit edici boyutlarda hızla artan intihar oranları nedeni ile intihar ülkemiz dahil bir çok ülke için önemli bir sağlık problemidir. İntihar sonucu ölüm, doğal nedenler sonucu ölümden çok daha ayrı ve trajik bir olaydır. Kişinin çevresindekilere ve içinde yaşadığı topluma maddi ve manevi zarar sağlar. Bu nedenle intihar riskini değerlendirerek intiharı önceden tanıyabilmek ve önleyebilmek klinisyenler için son derece önemli hale gelmektedir.

İntihar riskini ölçmek önemlidir çünkü etkili bir risk değerlendirmesi, ruh sağlığı tedavisine ihtiyacı olan kişilerin tanınmasında ve böylece kaynakların bu doğrultu da gerekli kişilere ayrılabilmesinde, klinisyene yardım eder. Unutulmamalıdır ki iyi bir tedavinin ön koşulu iyi bir değerlendirmedir.

Diğer yandan risk değerlendirmesi risk altında olan kişilerin tanınabilmesi için ilk taramayı sağlar. Böylelikle ölçme sadece intihar girişiminde bulunan kişilerin tedavisinde değil aynı zamanda intihar girişiminde bulunmamış ancak risk altında olan kişilerin

önceden tanınıp gerekli önlemlerin alınmasında koruyucu sağlık alanı için önemli bir basamaktır.

Ayrıca risk değerlendirmesi için geliştirilen güçlü ölçüm araçları hayati önem taşıyan bu alanda yapılacak araştırmalar için de son derece önem taşımaktadır. İntihar davranışına ilişkin yapılacak çalışmalarda psikometrik açıdan güçlü ölçüm araçlarının kullanılması daha güvenilir ve tutarlı bilgiler elde edilmesini sağlayacak ve böylelikle önüne geçilmesi gereken ciddi bir sorun haline gelen intiharın önlenmesinde atılacak adımlara katkı sağlayacaktır.

Ancak intihar yukarıda da bahsedildiği gibi basit bir süreç olmaktan ziyade son derece karmaşık ve anlaşılması zor bir süreçtir. Bu nedenle klinisyenin bir kişinin intihar edip etmeyeceğini önceden kestirebilmesi birçok teorik ve pratik nedenden dolayı güçtür.

1. 3. 2. İntihar Riskinin Ölçülmesi Neden Zor?

Murphy (1984), intiharı yordamanın neden zor bir iş olduğunu tartıştığı makalesinde bu konudaki en temel sorunun intiharın nadir bir olay olmasından kaynaklandığını belirtmektedir. İntiharı yordamada yaşanan zorluğu bir testin sahip olması gereken özellikler çerçevesinde tartışmıştır.

Risk altındaki kişileri tespit etmede kullanılan bir testin doğruluğu (accuracy) iki bileşene sahiptir: *özgüllük ve duyarlılık*. Bir testin belli bir durumdaki tüm vakaları yakalayabilme becerisine duyarlılık denilirken, o duruma ait olmayan tüm vakaları dışlayabilme becerisine ise özgüllük denir. Yani duyarlı bir test, test edilecek durumun varlığında pozitifdir. Durumun yokluğunda ise bir testin negatif olması istenilir. İntihar açısından ele aldığımızda intihar edecek kişileri seçmek için kullanılacak metotlar kaçınılmaz suretle çok sayıda yanlış pozitifler içerecektir. Yani kişi intihar etmeyecek olsa dahi test tarafından kişinin intihar edeceği varsayılacaktır. Bunun sebebi ise olayın ortaya çıkış sıklığı düştükçe herhangi bir vakanın pozitif olarak tanımlanabilmesinin istatistiksel olasılığının azalacak olması ve buna bağlı olarak yordamanın gücünün de düşecek olmasıdır. İstatistikler son yıllarda oranların arttığını bildiriyorsa da intihar oldukça nadir

olarak ortaya çıkan bir olaydır. Bu nedenle klinik düzeyde gelecekte kimlerin intihar edeceğini tespit etme üzerinde odaklanmak yerine yakın bir zaman içerisinde kimlerin intihar etme riski altında olduğunu tespit edebilme daha pratik ve yararlı sonuçlar sunacaktır.

Pokorny (1983) intiharı yordamaya ilişkin yaptığı çalışmasında 4800 savaş gazisi üzerinde çalışmıştır. Katılımcılara çeşitli çalışmalarda intiharı yordadığı desteklenen çeşitli ölçek maddelerinin ve risk faktörlerinin bir araya getirilerek oluşturulan bir ölçüm bataryası verilerek bu kişilerin gelecekteki intihar davranışları yordamaya çalışılmıştır. Kullanılan ölçüm bataryasındaki birçok madde intihar ve intihar girişimi ile ilişkili bulunmasına karşın gelecekte intihar edecek kişileri yakalamaya ilişkin tüm girişimler başarısız olmuştur. Yapılan her denemede birçok yanlış pozitif tanımlanmıştır. Bu sonuç risk değerlendirmesi için kullanılan yöntemlerin düşük duyarlılık ve düşük özgüllüğüne ve de intihar oranlarının düşüklüğüne bağlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada Pokorny risk değerlendirmesinde yanlış pozitifler olmaksızın gelecekteki intiharların yarısını doğru bir şekilde tanımlayabiliyorsak, %50 oranındaki yanlış negatiflerin tolere edilebileceğini belirtmektedir.

Bir başka çalışmada ise intihar risk değerlendirmesi için psikiyatrik hastalara verilen ve önceden psikometrik çalışmaları yapılmış olan 5 ölçeğin çok yüksek bir duyarlılığa ve düşük bir özgüllüğe sahip olduğu görülmüştür. Bu da birçok yanlış pozitifin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Cochrane-Brink ve ark 2000).

Yaşanan zorluklardan bir ikinci ise intihar davranışı öncesi ya da sonrası intihar eden kişileri test etmedeki yani yeterli bilgi toplamadaki sıkıntıdır (Lester 1970). Tamamlanmış intiharlar dönüşü olmayan bir süreç olması nedeni ile risk değerlendirmesi doğrudan yapılamamaktadır.

İntiharı yordamanın bir diğer zorluğu ise intihar davranışı derken neyi kastettiğimizle ilgilidir. İntihar davranışı denildiğinde içerisine 3 tip davranış şekli girmektedir: tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesi. Yani intihar davranışı, düşünce ile başlayıp ölümlü sonuçlanan geniş bir yelpazede yer alır. İntihara ilişkin davranıştaki

çeşitlilik, değerlendirme ya da yordama yapacak uzmanın işini güçleştirmektedir (Maris 2002).

Hawton (1987) bahsedilen bu üç neden dışında tanımlanan, risk faktörlerinden kaynaklanan nedenler de ortaya sürmektedir. Ona göre genel olarak tanımlanan risk faktörleri (örn: yaş ya da cinsiyet) yüksek risk gruplarını tanımlarken yararlı olabilirken, aynı risk faktörleri kişideki yani bireysel intihar riskini yordamada neredeyse yok denecek kadar az yarar sağlayabilmektedir. Ayrıca intihar risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalar, herhangi bir tedavinin sağlanıp sağlanmadığı göz önüne alınmaksızın belli bir zaman dilimi içinde kendini öldürme girişiminde bulunan kişiler üzerinde gerçekleşen çalışmalardır. Oysaki alınan tedavi kişinin intihar riskini etkileyebilmektedir. Bir diğer sıkıntı ise araştırılan risk faktörlerinin uzun dönem mi yoksa kısa dönem risk faktörleri olup olmadığıdır. Uzun dönem risk faktörleri kısa dönem risk faktörleri ile benzer olmayabilir. Ayrıca, uzun dönem risk faktörlerinin sabit olması gerekir. Çünkü zaman içerisinde risk faktöründe meydana gelecek bir değişiklik (örneğin kişinin evliken boşanması) kişinin düşük risk grubundan çıkıp yüksek risk grubuna girmesine neden olabilir. Son olarak ise risk faktörlerinin evrensel olmadığı söylenebilir. Yatan psikiyatrik hastalar için geçerli olabilecek bir risk faktörü intihar girişimcileri için geçerli olmayabilir.

1. 3. 3. Risk Değerlendirmesinin Amacı Nedir?

Eskin (2003) intihar adlı kitabında intihar değerlendirmesinin 4 amacından bahsetmektedir:

1. Risk Seviyesinin Belirlenmesi: Değerlendirmesi yapılan kimsenin intihar risk seviyesinin ne olduğu (düşük, orta, şiddetli) daha sonra alınacak tedbir ve stratejilerin belirleyici olacaktır.

2. Sorun Alanının Belirlenmesi: Kişinin intihar etmesine yol açan sorunlarının bilinmesi, kişisel mi yoksa sosyal mi olduğu yardım stratejileri konusunda önemli ipuçları verecektir.

3. *Tedavi Planının Belirlenmesi:* Risk değerlendirmesi yaparken elde edilecek bilgiler nasıl bir tedavi planı ile sorunun üstesinden gelinebileceğini gösterecektir.

4. *Tedavi Şeklinin Belirlenmesi:* Risk değerlendirmesi sırasında kişinin risk seviyesi ve sorunu hakkında edinilecek bilgiler kişiye hangi tedavi şeklinin uygun olduğu (ayaktan mı yoksa hastaneye yatarak mı ya da ilaçla mı yoksa psikoterapi ile mi) konusunda yol gösterecektir.

1. 3. 4. Değerlendirme Türleri

Risk değerlendirmesi bir klinisyen aracılığı ile yüz yüze yapılabileceği gibi kendini değerlendirme araçları ile de yapılabilir. Değerlendirmede klinik görüşmenin mi yoksa ölçme araçlarının mı daha önemli bir bilgi kaynağı oluşturduğuna ilişkin çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Greist ve ark 1973, Erdman ve ark 1987, Levine ve ark 1989). Bu çalışmalarda hastaların, intihar düşüncelerinden, yüz yüze görüşmeden ziyade kendini bildirim araçlarına daha rahatlıkla bahsedebildikleri bulunmuştur. Kaplan ve ark (1994)'nın kendini bildirim araçları ile klinik görüşmeyi karşılaştırdıkları çalışmalarında kendini bildirim araçları ile yüz yüze görüşme arasında geçmişteki intihar davranışlarına ilişkin verilen bilgide herhangi bir fark elde edilmezken, halihazırdaki intihar düşünceleri açısından kendilerini, kendini bildirim araçlarına daha rahat açabildikleri görülmüştür. Bu da diğer çalışmalar ile tutarlık göstermektedir.

Wingate ve ark (2004) risk değerlendirmesinde klinisyenin yargısının göz ardı edilmemesi gerektiğini ancak kendini bildirim araçlarının temel veri kaynağı olarak kullanılması gerektiğini önermektedirler. Araştırmacılara göre bunun nedenlerinden biri klinisyenin yüz yüze görüşme sonrası abartılı bir değerlendirme yapabilmesidir. Gerçekten de kendini bildirim araçlarından elde edilen bilgi ile klinisyenin yüz yüze görüşme sonrası kullandığı bildirim ölçeklerinden elde edilen bilgi arasındaki uyuşmayı inceleyen bir çalışmada klinisyenlerin kişiyi, kişinin kendisine göre, daha çok intihara eğilimli olarak değerlendirdikleri görülmüştür (Joiner ve ark 1999).

Deneyimli klinisyenler tarafından yapılacak ayrıntılı bir değerlendirmenin yararı kuşkusuz ki göz ardı edilemez. Ancak standardize klinik ölçekler acil değerlendirmelerde

ek olarak kullanılacak etkili araçlar olabilirler. Örneğin özellikle sınırlı psikiyatrik eğitim almış sağlık çalışanları (aile hekimleri, acil servis uzmanları gibi) ve zamana duyarlı durumlar için yararlı bilgi sağlama araçları olacaklardır (Cochrane-Brink ve ark 2000). Kendini bildirim araçlarının zamandan tasarruf sağlamasının yanı sıra, yukarıda da bahsedildiği gibi intihar gibi kişisel bir konuyu dile getirmesinin sağladığı kolaylık, kişinin kimliğinin gizli kalması, standart bir ölçüm sunması gibi ek avantajları da önemini arttırmaktadır (Kaplan 1994).

Packman ve ark (2004)'nın intihar risk değerlendirmesini tartıştıkları makalelerinde ayrıntılı bir değerlendirme için yapılandırılmış görüşmeler, tarama listeleri, standart psikolojik araçlar ve intihar risk ölçeklerinin bir arada kullanıldığı bir yöntem önermektedirler.

1. 3. 5. Kendini Bildirim Araçları İle Risk Değerlendirmesi

İntihara ilişkin ilk değerlendirmeler basitçe demografik bilgilerin evet/hayır şeklinde ifade edildiği tarama listeleri şeklindeydi. Zamanla ölçüm araçları intihar davranışının çeşitli yönlerini değerlendiren farklı alt ölçeklere sahip daha kapsamlı envanterlere doğru gelişme göstermiştir. Genellikle bu ölçekler derecelendirme tipi maddelerden oluşmaktaydı. Son zamanlarda yaygınca kullanılan ölçüm araçlarının ise önceki tarama listelerinin geliştirilmiş şekilleri olduğu söylenebilir (Range ve Knott 1997).

İntihar, 3 bileşenden oluşur:

1. Bilişsel bileşenler (umutsuzluk gibi)
2. Duygusal bileşenler (depresyon gibi)
3. Davranışsal bileşenler (intihar girişim öyküsü gibi)

İntiharın bu farklı bileşenlerini ölçmek için farklı pek çok ölçüm aracı geliştirilmiştir (Range ve Antonelli 1990, Range ve Knot 1997). Örneğin bir çalışmada yaygın olarak kullanılan 6 ölçek (Umutsuzluk Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği, Yaşama Nedenleri Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Envanteri) 308 üniversite öğrencisine verilmiştir (Range ve Antonelli 1990). Sonuçlar bu 6 ölçeğin

birbirinden farklı faktörleri ölçtüğünü göstermiştir. Bu da bize klinisyenin ölçme aracını seçerken ölçmek istediği intihar bileşeni doğrultusunda karar vermesi gerektiğini göstermektedir.

Range ve Knot (1997) intihar değerlendirmesinde kullanılan ve her birinin çeşitli avantaj ve dezavantajları olan 20 değerlendirme aracından bahsetmiştir. Bu araçlardan bazıları daha kısa bazıları ise daha uzundur. Bazıları yetişkinlere yönelik iken bazıları çocuk ve ergenlere yöneliktir. Her birinin kullanım amacı ve psikometrik özellikleri değişmektedir. Kısacası önemli olan hangi ölçeğin daha iyi olduğu değil hangi ölçeğin, hangi amaçla kime ve ne zaman kullanılacağıdır.

Şimdi de dünyada ve Türkiye’de intihar risk değerlendirmesinde sıklıkla kullanılan kendini bildirim dayalı ölçeklerden bazılarını görelim.

İntihar Düşüncesi Kendini Bildirim Ölçeği (self-rated scale for suicide ideation-SSI-SR)

İntihar Düşüncesi Kendini Bildirim Ölçeği (Beck ve ark 1988) bir klinisyen bildirim aracı olan ve psikiyatrik hastaların intihar düşüncelerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş olan İntihar Düşüncesi Ölçeği’nin (Beck ve ark 1979) kendini bildirim versiyonudur.

Toplam 19 maddeden oluşmaktadır. 3’lü Likert tipi (0–2 aralığı) ölçek üzerinden cevaplanması istenen ölçekten elde edilecek toplam puan 38’dir. 3 faktörden oluşmaktadır:

1. Aktif intihar isteği
2. Hazırlık
3. Ölüm isteği

Bu 3 faktörden ilk ikisi İntihar Düşüncesi Ölçeği ile benzerken 3. faktör farklıdır.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı yapılan iki çalışmada sırasıyla .95 ve .90 bulunmuştur (Beck ve ark 1988, Steer ve ark 1993). Sözü edilen ölçeğin geçerliğinin de olumlu olduğu

bildirilmiştir (Beck ve ark 1988). Ayrıca ölçeğin intihar girişimi olanlarla olmayanları ayırt ettiği ve kısa dönem için olumlu yordayıcı geçerliğe sahip olduğu görülmüştür (Rudd ve ark 1993).

Yüksek psikometrik özelliklere sahip olan ve kullanımı kolay olan ölçek hem klinik hem de araştırma amaçlı kullanılabilir. Ancak görüldüğü gibi ölçek intihar riskini sadece intihar düşüncesi üzerinden değerlendirmektedir. Tek boyutlu oluşu ölçeğin eksiklikleri arasındadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması yoktur.

İntihar Davranışı Anketi (Suicide Behaviors Questionnaire- SBQ)

Linehan (1981) tarafından geliştirilen ve orijinali 4 sayfalık yapılandırılmış görüşme olan anket (Range 2005), yapılan bir çalışmada faktör analizi yoluyla 4 soruya indirgenmiştir (Cole 1988). Her sorunun puanlanma aralığı farklıdır. Toplam skor 5–19 arasında değişmektedir. Bu 4 soru şunlardır:

1. Kendinizi öldürmeyi hiç düşündünüz mü ya da kendinizi öldürmeyi hiç denediniz mi? (6'lı Likert tipi)
2. Geçtiğimiz son 1 yıl içerisinde kendinizi öldürmeyi ne sıklıkla düşündünüz? (5'li Likert tipi)
3. Kendinizi öldüreceğinizi ya da öldürebileceğinizi hiç birilerine söylediniz mi? (3'lü Likert tipi)
4. Bir gün kendinizi öldürme girişiminde bulunabilme olasılığınız nedir? (5'li Likert tipi)

Cotton ve arkadaşlarının çalışmasında iç tutarlığın klinik örneklem için .75, klinik olmayan örneklem için .80 olduğunu bildirilmiştir (Range 2005). Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 2 hafta ara için .95'dir. Aynı çalışmada yaşama nedenleri ölçeği ile anlamlı ancak küçük bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuş.

Anketin Türkçe uyarlama çalışması Bayam ve ark (1995) tarafından yapılmıştır. Aynı araştırmacılar yaptıkları çalışmada ölçeğin test-tekrar-test güvenilirlik katsayısını .92; iç tutarlık katsayısını .73 bulunmuştur. Anketin maddeleri ile Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck İntihar Niyeti Ölçeği ve Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

arasındaki korelasyon katsayıları .12 ile .60 arasında değişmektedir. Araştırmacılar anketin Türk toplumunda kullanılabilirlik ve güvenilirliği yüksek bir ölçüm aracı olduğunu belirtmişlerdir.

Anket açık, kısa ve doldurulması ve puanlanması kolay bir ankettir. Ancak kolaylıkla anlaşılması nedeni ile sahte cevaplar verilebiliyor. Ayrıca ölçeğin halihazırda var olan intihar eğilimini araştırmaması ölçeğin eksiklikleri arasındadır (Range ve Knott, 1997).

İntihar Düşüncesi Envanteri (Suicidal İdetion Questionnaire- SIQ)

Reynold'ın bildirdiğine göre İntihar Düşüncesi Envanterinin 15 ile 30 madde arasında değişen birkaç versiyonu (junior high version, senior high version ve yetişkin versiyonu) vardır (Range 2005) Yetişkin versiyonu 25 maddeden oluşur. Sorular, kişinin geçen 1 ay içerisindeki intihar düşüncesine göre 7'li Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanır

Reynold'ın yaptığı çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı ergenler için .96, genç yetişkinler için .96 ve genç ergenler için .93 bulunmuştur (Range 2005). Madde toplam korelasyonu ise .72 ile .76 arasında değişmektedir. Yine aynı çalışmada Reynold ölçeğin ergen depresyonu, yetişkin depresyonu, umutsuzluk, anksiyete ve olumsuz yaşam olayları pozitif ilişkili bulunurken, benlik saygısı ile negatif ilişkili bulunmuştur (Range ve Knott, 1997).

Üniversite öğrencileri üzerinde çalışılan bir çalışmada içerisinde İntihar Düşüncesi Envanterinin de bulunduğu 6 ölçekli bir ölçek bataryasının intihar davranışının % 63'ünü açıkladığı bildirilmiş (Range ve Antonelli 1990).

Ölçeğin her yaş grubu için ayrı versiyonun bulunması ve yüksek güvenilirlik ve geçerliğinin oluşu ölçeğin avantajları arasındadır. Ancak intihar girişiminde bulunan 28 ergenden oluşan bir örneklem üzerinde çalışılan bir çalışmada ölçeğin yüksek intihar riski taşıyan ergenleri düşük intihar riski taşıyan ergenlerden ayırt edemediği belirtilmiştir (Ritter 1990). Ölçeğin Türkçe uyarlaması yoktur.

Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE)

Literatürdeki birçok çalışma kişinin kendisine zarar verme riskini artırabilecek negatif faktörler üzerinde durmaktadır. Bunun aksine Linehan ve ark (1983) kişilerin bir ya da daha fazla güçlkle karşılaştıklarında yaşamlarını sürdürmelerine yardım eden bilişsel faktörleri incelemeyi seçmişlerdir. Araştırmacılara göre intihar eğilimli kişiler, intihar eğilimli olmayan kişilerden inanç sistemleri açısından farklılaşmaktadırlar. Bu düşünceden hareketle, insanları hayata bağlayan inançları ve bu inançların derecelerini belirlemede kullanılacak bir ölçek geliştirmişlerdir.

Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır ve cevaplayıcılar her maddede, o maddeye verdikleri önem derecesini 6'lı Likert tipi ölçek üzerinden belirtmektedirler. Yüksek puanlar kişiyi hayata bağlayan daha fazla yaşama nedenine sahip olduğuna işaret etmektedir. 6 alt ölçekten oluşmaktadır:

1. Hayatta kalma inancı
2. Baş etme inancı
3. Aileye karşı sorumluluk
4. Çocukla ilgili kaygılar,
5. Sosyal açıdan onaylanmama korkusu
6. Ahlaki engeller

Ölçek hem klinik örneklem hem de normal örneklemeler üzerinden elde edilen yeterli psikometrik özelliklere sahiptir (Linehan ve ark 1983, Osman ve ark 1992, Pinto ve ark 1998). Ölçeğin birçok versiyonu mevcuttur. Genç yetişkinlere yönelik versiyonu (17-30 yaş) toplam 32 maddedir ve 5 faktörden oluşmaktadır (aile ilişkileri, akran ilişkileri, baş etme inançları, gelecek beklentisi, olumlu kendilik değerlendirmesi) (Gutierrez ve ark 2002). Bu alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları ise .94-.88 arasında değişmektedir ve ölçeğin geçerliğine ilişkin de olumlu bulgulara değinilmiştir.

Ölçeğin kısa formu da Ivanoff ve ark (1994) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 12 maddedir. Ölçeğin bu kısa versiyonunun psikometrik özelliklerinin de doyurucu derecede olduğu bildirilmiştir.

YSNE'nin Türkçe uyarlaması Durak ve ark (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin de incelendiği çalışmada 70 maddelik bir ölçek haline getirilen YSNE'nin geçerlik ve güvenirlik düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise intihar olasılığı arttıkça insanları yaşama bağlayan nedenlerin de azaldığı bulunmuştur (Durak-Batıgün 2005).

Ölçeğin en güçlü özelliği maddelerinin olumlu olması nedeni ile insanlara yaşamlarının olumlu yönlerini göstermesi ve böylelikle intihardan koruyucu bir etkiye sahip olabilecek olmasıdır (Range ve Knott 1997). Bir diğer avantajı ise varoluşsal bir teorik temelini olmasıdır. Dezavantajı ise orijinal ölçeğin 48 madde olması nedeni ile uygulamasının zaman alabilecek olmasıdır.

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)

İntihar davranışı ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar intihar davranışında bulunan insanların bulunmayanlara göre farklı birtakım özelliklere sahip olduğu sonucuna varmıştır (Brezo ve ark 2006). Örneğin, intihar girişimini yordamadaki en önemli treytlerin öfke, kaygı, nörotizm, dışadönüklük, dürtüsellik, düşmanlık ve psikotizm olduğu saptanmıştır (Brezo ve ark 2006). Aynı taramada intihar düşüncesi ile ilişkili treytlerin ise nörotizm, psikotizm, içedönüklük ve mükemmeliyetçilik olduğu belirtilmiştir. İntihar ve kişilik özelliklerinin arasındaki bu güçlü ilişki intihar davranışını yordamada kişilik testlerinin önemini ön plana çıkarmaktadır. Her ne kadar kişilik testlerinin intihar riskini yordama güçlerinin olup olmadığı araştırmalar tarafından tam olarak gösterilememişse de yine bu alanda yardımları olabileceği düşünülmektedir (Eyman ve Eyman, 1991; Johnson ve ark 1997).

Kişilik testleri içerisinde en yaygın olarak kullanılan test ise MMPI'dir (Harthaway ve McKinley 1943; akt: Savaşır, 1981). Bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu objektif olarak değerlendirmeyi amaçlayan bir testtir. Test "doğru", "yanlış" ve "bilmiyorum" şeklinde cevaplandırılan toplam 566 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin 10 klinik, 3 geçerlik olmak üzere toplam 13 alt ölçeği vardır.

Klinik Alt Ölçekler

1. Hipokandriasis

2. Depresyon
3. Histeri
4. Psikopatik sapma
5. Maskulinite-feminite
6. Paranoya
7. Psikasteni
8. Şizofreni
9. Hipomani
10. Sosyal içe dönüklük

Geçerlik Alt Ölçekleri

1. Yalan
2. Sıklık
3. Düzeltme

Testin ülkemizde standardizasyonu Savaşır (1981) tarafından yapılmıştır. Erol (1981) tarafından geçerlik çalışması yapılan testin normal ve hasta grubu anlamlı bir şekilde birbirinden ayırt ettiği ve ülkemizde de uygulanabileceği gösterilmiştir.

Yapılan araştırmalar MMPI'nin intihar risk değerlendirmesinde kullanışlı bir değerlendirme aracı olup olmadığı konusunda çelişkilidir. Bu nedenle birçok araştırmacı MMPI'nin intiharı yordamada kullanılamayacağı sonucuna varmıştır (Clopton ve ark 1983, Watson ve ark 1984, Spirito ve ark 1988, Eyman ve Eyman, 1991, Johnson ve ark 1997).

Genel eğilim MMPI'nin risk değerlendirmesinde kullanışlı bir araç olmadığı yönünde ise de elde edilen MMPI profillerinden intihar riskine ilişkin bir takım yorumlar çıkartılabilmektedir. İntihar düşüncesi taşıyan kişilerin 2. ölçek (depresyon) hemen her zaman yükselir. En sık görülen MMPI ikili kodu ise 27/72'dir. Kuşkusuz her 27/72 koduna sahip kişiler intihar etmez. Bu noktada belirleyici olan kişinin enerji düzeyini gösteren 9. ölçeğin (mani) de yükselip yükselmediğidir. Kişinin enerji düzeyi fazlaysa intihar düşüncesini eyleme aktarma olasılığının daha fazla olduğu söylenebilir. 27/72 kod tipinin yanında göz önünde tutulması gereken diğer ölçekler de 4. ve 8. ölçeklerdir (psikopatik

sapma ve şizofreni). Bu iki ölçek kişinin eyleme geçmesinde rol oynayan dürtüsellığı ve yargı hatalarını yansıtır (Graham 1982).

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Daha önce umutsuzluk kuramında da değinildiği gibi, birçok çalışmada depresyon, intihar ve umutsuzluk arasında yakın bir ilişki olduğu kabul edilmektedir (Minkoff ve ark 1973, Beck ve ark 1985, Beck ve ark 1989, Kuo ve ark 2004, Stewart ve ark 2005).

Depresif hastaların yaşadıkları yoğun umutsuzluk ve çaresizlik duyguları nedeni ile intihara başvurdukları belirtilmektedir. İntihar, depresyon ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin incelendiği birçok çalışmada ise depresyon kontrol edildiğinde dahi umutsuzlukla intihar arasındaki ilişkinin anlamlılığını koruduğu görülmüştür (Kazdin ve ark 1983, Cole 1988, Steer ve ark 1993, Kuo ve ark 2004, Stewart ve ark 2005). Buradan hareketle umutsuzluğun intihar davranışı için anahtar bir psikolojik faktör olduğu söylenebilir.

Umutsuzluk ve intihar arasındaki bu güçlü ilişkiden yola çıkarak Beck ve ark (1974) umutsuzluğu ölçmek için Beck Umutsuzluk Ölçeğini geliştirmişlerdir [Ölçekle ilgili ayrıntılı bilgi yöntemde belirtilmiştir]. İntihar girişimde bulunan yatan hastalar ve ayaktan hastalar üzerinden yapılan iki ayrı çalışmada ölçekten 9 ve üzerinde puan alan hastaların daha düşük puan alan hastalara göre gelecekte intihar etme olasılıklarının çok daha fazla olduğu bulunmuştur (Beck ve ark 1985; Beck ve ark 1990). Ancak bir başka çalışmada aynı kesme noktası intihar girişiminde bulunmuş yatan hastalar için 13 olarak saptanmıştır (Nimeus ve ark 1996). Yapılan çalışmalar intiharın umutsuzluk ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu gösteriyorsa da sadece kişideki umutsuzluk duygularını ölçmek intihar risk değerlendirmesinde yeterli olmayacaktır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Bilindiği gibi intihar riskini arttıran psikiyatrik hastalıkların başında depresyon gelmektedir (Ateşçi ve ark 2002; Spießl ve ark 2002; Hills ve ark 2005). Depresyon kişide yoğun üzüntü ve çaresizlik duyguları yaratır.

Beck (1963)'in bilişsel kuramına göre depresif hastalar kendilerini, dış dünyayı ve geleceklerini olumsuz değerlendirirler. Böylelikle kişi yaşadığı yoğun keder ve umutsuzluk duygularından kurtulmak için intiharı tek çare olarak görür ve kendi canına kıyar. Depresyon ve intihar arasındaki bu yakın ilişki depresyon değerlendirmesinin intihar riskini değerlendirmede önemli olabileceğini göstermektedir.

Beck (1961) tarafından geliştirilen BDE toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve dürtüsel belirtileri ölçer (Savaşır ve Şahin 1997) [Ölçekle ilgili ayrıntılı bilgi yöntemde belirtilmiştir].

İntihar ile ilgili pek çok çalışmada BDE puanları ile intihar davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış (Beck ve ark 1993, Ivarsson ve Larsson 1998, Beck ve ark 2004). Ancak bazı çalışmalar bu ilişkinin anlamlı olmasına karşın çok zayıf bir ilişki olması nedeni ile intihar riskini yordamada BDE'nin yararlı bir araç olmayabileceğini belirtmişlerdir (Lester ve Beck 1977, Grunebaum ve ark 2005).

Yapılan çalışmalar depresyon ve intihar arasında bir ilişki olduğunu öne sürüyor olsalar da daha önce de değinildiği gibi bu ilişkideki anahtar faktörün depresif duygulardan ziyade umutsuzluk duyguları olabileceğine ilişkin pek çok bulgu vardır. Bu nedenle BDE ile intihar riskini değerlendirmek net bir bilgi sağlamaktan uzak gibi görünmektedir.

İntihar risk değerlendirmesinde kullanılan ve yukarıda tanıtılan ölçüm araçları bu amaçla kullanılan araçların sadece bazılarıdır. Görüldüğü gibi bahsedilen ölçüm araçlarının kendilerine göre birtakım avantajları da, dezavantajları da vardır. Bazıları uygulamada uzun oluşu ile sıkıntı yaratırken bazıları da intiharı tek yönlü inceleyerek intiharın diğer yönlerini dışlamaktadır ki bu da risk değerlendirmesinde büyük bir eksikliğe neden olmaktadır. BUÖ, BDE, YSNE ve MMPI gibi ölçekler ise intihar ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler açısından bir değerlendirme yaptığı için dolaylı bir ölçüm sağlamaktadırlar. Şimdi de İÖÖ'ni tanıyalım ve bu ölçeği diğer ölçeklerden ayıran özelliklerin neler olduğunu tartışalım.

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

İntihar değerlendirmesi için sıklıkla kullanılan ölçeklerden biri de Cull ve Gill (1990) tarafından intihar girişimi riski taşıyan ergen ve yetişkinleri tanımak için geliştirilen İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)'dir. Umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek intihara ilişkin ileride ayrıntılı bir şekilde üzerinde durulacak olan farklı bir kuramsal yaklaşım temelindedir. Bu nedenle ölçeğin diğer araçlardan farklı olarak intihar gibi karışık bir olguyu pek çok boyut ile değerlendiren bir araç olduğu söylenebilir.

Ölçekten alınan puanlar intihar olasılığının yükseldiğine işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal çalışması İÖÖ'nin yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Cull ve Gill, 1990). Sınırlı da olsa ölçeğin psikometrik özelliklerine ilişkin ülkemizde yapılan çalışmalar da İÖÖ'nin güvenilir ve geçerli olduğuna ilişkin bulgular içermektedir (Eskin 1992, Eskin 1993, Tuğcu ve ark 1997). [Ölçekle ilgili teknik bilgiler materyal ve metod bölümünde ayrıntılı bir şekilde verilecektir.]

İÖÖ'ini diğer değerlendirme araçları ile karşılaştırdığımızda öncelikle bir kendini bildirim aracı olduğu söylenebilir. Yukarıda da bahsedildiği gibi kendini bildirim araçları intiharı değerlendirmede, gerek yüz yüze gerekse klinisyen tarafından derecelendirilen ölçeklere göre kişinin kendisini daha rahat ifade edebilmesi açısından çok daha objektif ve doğru bilgi kaynaklarıdır (Greist ve ark 1973, Erdman ve ark 1987, Levine ve ark 1989, Kaplan ve ark 1994, Joiner ve ark 1999).

Diğer bir avantajı İÖÖ'nin ne uzun ne de kısa bir ölçme aracı olmasıdır. Bu özelliği güvenilirlik açısından ele alınırsa olumlu sonuç doğurmaktadır çünkü bilindiği gibi bir ölçüm aracının çok uzun ya da çok kısa olması güvenilirliğini olumsuz etkilemektedir. İÖÖ'nin en önemli ve en önde gelen avantajlarından biri de ölçeğin intihara ilişkin birden fazla teorik açıklamaya dayandırılmış olmasıdır. Ayrıca temel alınan teorik açıklamaların çeşitliliğine bağlı olarak ölçek intiharın 2 bileşeni (bilişsel ve duygusal) üzerinden intiharı değerlendirmektedir (Range ve Knott 1997). Birçok ölçek tek boyut üzerinde bir değerlendirme yapabilmektedir. Diğer yandan ölçek hem kullanımda hem de maddiyat

açısından ekonomiktir. Ölçeğin uygulama, puanlama ve yorumlanması 20 dakikadan daha az bir sürede gerçekleşmektedir (Cull ve Gill 1990).

1. 4. Araştırmanın Amacı

İntihar oranlarının artarak büyük bir sorun haline gelen ülkemizde intihar davranışını önceden tanıyabilmek ve önleyebilmek önemli hale gelmektedir. Yukarıda da bahsedildiği gibi ülkemizde intihar risk değerlendirmesinde kullanılabilen değerlendirme araçları görece azdır. Sonuç olarak bu alanda kullanılacak hem kullanımda hem de maddi açıdan ekonomik değerlendirme araçlarının sağlık alanına kazandırılması kuşkusuz ki toplumsal ve ekonomik açıdan büyük yarar sağlayacaktır.

Yukarıda bahsedilen gereklilik doğrultusunda bu çalışmanın amacı İÖÖ'nin klinik örneklemdaki psikometrik özelliklerini aşağıdaki 3 başlık altında incelemektir:

- Geçerlik
- Güvenirlik
- Kesme noktası

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2. 1. Örneklem

Bu çalışma, 217 kişiden oluşan çalışma grubu ve 211 kişiden oluşan karşılaştırma grubu olmak üzere 14–76 yaş arasında okuma yazma bilen ve en az ilkokul mezunu toplam 428 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu oluşturan 217 katılımcı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında yatmakta olan (31 katılımcı) ve ayaktan tedavi gören (186 katılımcı) gönüllü hastalar arasından seçilmiştir. Katılımcıları seçerken kullanılan *dışlama ölçütleri* şunlardır:

1. Organik bir rahatsızlığı olan hastalar
2. Zeka geriliği olan hastalar
3. Hastalığı aktif dönemde olan hastalar çalışma grubuna alınmamıştır.

Karşılaştırma grubu ise, Aydın il merkezinde oturan kişisel ilişkilerle ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından rastgele seçilmiştir. Veri toplama araçlarının verildiği ancak yarım bırakılmış olması nedeni ile toplam 68 katılımcının uygulama bilgileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılanların 272'si kadın, 156'sı erkektir. Tüm grubun yaş ortalaması 37.35 (ss = 12,73)'tir. Katılımcıların gruplara göre yaş, eğitim, cinsiyet ve medeni durum açısından dağılımları çizelge 2.1'de verilmektedir.

Çizelge 2.1: Gruplara göre katılımcıların demografik özellikleri

	Psikiyatrik Poliklinik (n=186)	Psikiyatrik Yatan (n=31)	Kontrol (n=211)
Cinsiyet (n/%)			
Kadın	116 (%62,4)	13 (%41,9)	143 (%67,8)
Erkek	70 (%37,6)	18 (%58,1)	68 (%32,2)

Çizelge 2.1 (Devam): Gruplara göre katılımcıların demografik özellikleri

Medeni Durum (n/%)			
Evli	118 (%63,4)	16 (%51,6)	130 (%61,6)
Bekar	56 (%30,1)	9 (%29,0)	68 (%32,2)
Boşanmış	10 (%5,4)	4 (%12,9)	8 (%3,8)
Dul	2 (%1,1)	2 (%6,5)	5 (%2,4)
Eğitim (n/%)			
İlkokul	25 (%13,4)	4 (%12,9)	20 (%9,5)
Ortaokul	18 (%9,7)	6 (%19,4)	10 (%4,7)
Lise	64 (%34,49)	8 (%25,8)	65 (%30,8)
Yüksekokul	79 (%42,7)	13 (%42,0)	116 (%45,0)
Yaş (n/%)			
14–24	41 (%43,2)	3 (%3,2)	51 (%53,7)
25–34	37 (%44,0)	7 (%8,3)	40 (%47,6)
35–44	43 (%43,9)	12 (%12,2)	43 (%43,9)
45–54	47 (%41,6)	3 (%2,7)	63 (%55,8)
55–64	14 (%46,7)	6 (%20,0)	10 (%33,3)
65 +	2 (%66,7)	0 (%0,0)	1 (%33,3)

2. 1. 1. Başvuru Nedenleri

Çalışmada ilgili psikiyatri kliniğine tedavi için başvuru nedenleri 4 grupta incelenmiştir:

- Ruhsal (sıkıntı, mutsuzluk, hayattan zevk alamama, kaygı, sinirlilik gibi)
- Sosyal (ailevi sorunlar, derslerden düşük not alma, ayrılık gibi)
- Tıbbi (tansiyon yükselmesi, menopoz, cilt sorunu, ağrılar gibi)
- Diğer (kontrol, ilaç yazdırma, yakınlarının isteği, daha rahat hissetmek gibi)

Çalışma grubunda yer alan katılımcılar, %83,9 oranla en fazla ruhsal nedenlerle hastaneye başvurmuştur.

2. 1. 2. Kullanılan İlaçlar

Hastaların kullandığı ilaçlar ise 6 grupta incelenmiştir.

1. Antidepresanlar

2. Anksiyolitikler
3. Antipsikotikler
4. DuygudurumDüzenleyicileri
5. Karışık (birden fazla ilaç grubu)
6. Diğer (ilaç kullanan ama bilgi formuna yazmayanlar)

İlaç grupları içerisinde en fazla antidepresan (%39,5) ilaçlar kullanılmaktadır. Daha sonra %8,2 ile anksiyolitikler gelmektedir.

2. 1. 3. Tanı

İncelenen tanı grupları ise şöyledir:

1. Depresif Bozukluklar
2. Anksiyete Bozuklukları
3. Psikotik Bozukluklar
4. Duygudurum Bozuklukları
5. Nadir görünen tanılar (somatoform bozukluklar, madde bozuklukları, uyku bozuklukları gb)
6. Diğer (tanısı ertelenenler ya da anket üzerine hekim tarafından tanısı yazılmayanlar)

Tanılar açısından baktığımızda ise katılımcılar en fazla depresif bozukluklar (%30,4) ve anksiyete bozuklukları (%25,8) tanılarına sahiptir.

Çalışma grubu katılımcılarının hastaneye geliş şikayeti, kullandıkları ilaçlar ve tanıları açısından dağılımları çizelge 2.2’de ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Karşılaştırma grubu katılımcılarının daha önce tedavi görüp görmedikleri ve tedavi görüyorlarsa kullandıkları ilaçlar açısından dağılımları ise çizelge 2.3’de verilmiştir.

Çizelge 2.2: Çalışma grubu katılımcılarının hastaneye geliş şikayeti, kullandıkları ilaçlar ve tanıları açısından dağılımı

	Psikiyatrik poliklinik	Psikiyatrik yatan	Toplam
Hastaneye geliş şikayeti (n/%)			
Ruhsal	151 (81,2)	31 (100,0)	182 (83,9)
Sosyal	12 (6,5)	0 (,0)	12 (5,5)
Tıbbi	11 (5,9)	0 (,0)	11 (5,1)
Diğer	12 (6,5)	0 (,0)	12 (5,5)
Kullanılan ilaçlar (n/%)			
Antidepresanlar	50 (46,3)	4 (13,8)	54 (39,4)
Anksiyolitikler	11 (10,2)	0 (,0)	11 (8,0)
Antipsikotikler	6 (5,6)	1 (3,4)	7 (5,1)
Duygudurum Düzenleyicileri	2 (1,9)	2 (6,9)	4 (2,9)
Karışık	36 (33,3)	17 (58,6)	53 (38,7)
Diğer	3 (2,8)	5 (17,2)	8 (5,8)
Depresif Bozukluklar	60 (32,3)	6 (19,4)	66 (30,4)
Tanı (n/%)			
Anksiyete Bozuklukları	49 (26,3)	7 (22,6)	56 (25,8)
Psikotik Bozukluklar	8 (4,3)	3 (9,7)	11 (5,1)
Duygudurum Bozuklukları	5 (2,7)	2 (6,5)	7 (3,2)
Çoklu Tanı	17 (9,1)	9 (29,0)	26 (12,0)
Nadir Görülenler	30 (16,1)	2 (6,5)	32 (14,7)
Diğer	17 (9,1)	2 (6,5)	19 (8,8)

Çizelge 2.3: Kontrol grubu katılımcılarının daha önce tedavi görüp görmedikleri ve kullandıkları ilaçlar açısından dağılımı

	Kontrol Grubu
Daha Önce Tedavi Görüp Görmeme (n/%)	
Tedavi görmedim	172 (%81,5)
Geçmişte tedavi gördüm	28 (%13,3)
Şuan tedavi görüyorum	5 (%2,4)
Hem geçmişte tedavi gördüm hem de şuan tedavi görüyorum	6 (%2,8)
Kullanılan ilaçlar (n/%)	
Antidepresanlar	4 (%1,9)
Anksiyolitikler	1 (%0,5)
Antipsikotikler	1 (%0,5)
Duygudurum Düzenleyicileri	0 (%0,0)
Karışık	2 (%0,9)
Diğer	2 (%0,9)

2. 2. Veri Toplama Araçları

2. 2. 1. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Cull ve Gill (1990) tarafından intihar girişimi riski taşıyan ergen ve yetişkinleri tanımak için geliştirilen İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) 36 maddeden oluşmaktadır ve “hiçbir zaman ya da nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “çoğu zaman ya da her zaman” gibi 4’lü Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Maddeleri kızgınlık, umutsuzluk ve benlik kavramı üzerine odaklanarak intihar ile ilgili iyi geliştirilmiş teorik açıklamalara dayandırılmıştır.

2. 2. 1. 1. Alt ölçekler

İÖÖ dört alt ölçeğe sahiptir: intihar düşüncesi, umutsuzluk, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi. Şimdi kısaca her bir alt ölçeği kuramlar temelinde inceleyelim.

Umutsuzluk Alt Ölçeği: Umutsuzluk kuramı insanları intihara götüren en önemli etkenin umutsuzluk duygusu olduğunu varsayar. Daha önce de bahsedildiği gibi umutsuzluk aynı zamanda depresyonun da önemli belirtileri arasında yer almaktadır. Hatırlanacağı gibi, Beck’in bilişsel modeline göre depresyona yatkınlığı olan kişiler kendilerini, dış dünyayı ve geleceklerini olumsuz değerlendirmektedirler (Durak ve Palabıyıkoglu 1994). Beck bu olumsuz değerlendirmeleri “umutsuzluk” olarak adlandırmıştır ve intihar davranışının da kişinin yaşadığı bu umutsuzluğa bir çözüm, bir çıkış yolu olduğunu belirtmiştir. Buradan hareketle yapılan birçok çalışma umutsuzluğun depresyon kontrol edildiğinde dahi intihar davranışını yordayan önemli bir bilişsel faktör olduğunu desteklemektedir (Kazdin ve ark 1983, Cole 1988, Steer ve ark 1993, Kuo ve ark 2004, Stewart ve ark 2005).

Bu bilgiler ışığında diyebiliriz ki kişinin umutsuzluğunun yoğunluğunun ölçülebilmesi kişinin intihar davranışının olasılığını bilmek için önemlidir. İÖÖ’nin umutsuzluk alt ölçeği de intihar davranışı ve umutsuzluk arasındaki bu önemli ilişkiden yola çıkarak geliştirilmiş toplam 12 maddeden (“pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum”, “bir şeylerin iyi olacağı konusunda umutsuzum” gibi) oluşmaktadır ve kişinin umutsuzluğunu ölçmektedir. Puan aralığı 12-48’dir.

Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Alt Ölçeği: Benliğe karşı oluşan olumsuz atıflarla intiharın ilişkisini gösteren çeşitli çalışmalar vardır (Overholser ve ark 1995; Wilburn ve Smith 2005). İnsanı intihara götüren süreci 6 basamakta inceleyen Kaçış Kuramını (Baumeister 1989) hatırlayacak olursak, sürecin ikinci basamağında kişi yüksek beklentilerinden doyum sağlayamamanın sonucu olarak kendisine olumsuz atıflarda bulunmaktadır. Kişi beklentilerinin karşılanamamasının sebebini kendisinde arayarak kendisini suçlar ve böylelikle benlik saygısı düşer. Bu nedenle intiharda özsaygı yitiminin ön planda olduğu söylenebilir.

Olumsuz kendilik değerlendirmesini umutsuzluk kuramı açısından da değerlendirebiliriz. Şöyle ki Fenichel'e göre kişide oluşan özsaygı yitimi o denli yoğundur ki kişi onu yeniden kazanma umudunu yitirmiştir (Dilbaz ve Seber 1994).

İÖÖ'nin olumsuz kendilik değerlendirmesi alt ölçeği de bu kuramlar temelinde kişinin benliğine ilişkin olumsuz atıflarını ölçen toplam 9 madde ("Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum", "İnsanların bana olduğum gibi değer verdikleri hissediyorum" gibi) içermektedir. Puan aralığı 9-36'dır.

Düşmanlık Alt Ölçeği: Freud'un psikoanalitik kuramına göre intihar, sevgi nesnesinin kaybedilmesi ile ortaya çıkan saldırganlığın benliğe yöneltilmesinin bir sonucudur (Odağ, 2002). Terk edilmekten dolayı ortaya çıkan, kabul edilemeyen, düşmanca dürtülere yönelik bir savunma olarak da düşünülebilir. Çünkü sevilen kişiye yönelik kaybedilmekten duyulan ve bilinç dışında yaşanan öfke/nefret gibi ikircikli (ambivalan) duyguların sevgi nesnesine boşaltılması kişide suçluluk ve anksiyete yaşatacaktır. Kişideki düşmanlık duyguları ne denli yoğun olursa kişinin intihar davranışı sergileme olasılığı o denli artış gösterecektir. Bu bağlamda İÖÖ'nin düşmanlık alt ölçeğini oluşturan maddeler bu teorik temel çerçevesinde geliştirilmiştir. Toplam madde sayısı 7'dir ("tepem atınca bir şeyler fırlatırım", "başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum" gibi). Puan aralığı 7-28'dir.

İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği: İntihar süreci düşünce ile başlar. Kişi intihar eylemini gerçekleştirmeden önce bu konuda planlar yapar. Kişinin eyleme geçip geçmemesinde bu yöndeki kararlığı önem taşır. Literatüre baktığımızda özellikle çoklu intihar girişiminde bulunan kişilerin daha yoğun intihar düşüncesi sergiledikleri görülmektedir (Larsson ve Ivarsson 1998, Sayar ve ark 2003, Forman ve ark 2004). Özetle intihar düşüncesinin intihar davranışı için iyi bir yordayıcı olduğu söylenebilir. İÖÖ'nin intihar düşüncesi alt ölçeği de bu ilişkiyi temel alınarak hazırlanmış ve kişinin intihar düşüncesinin yoğunlunu ölçen 8 madde (“Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum”, “Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum”) içermektedir. Puan aralığı 8-32'dir.

2. 2. 1. 2. Ölçek puanları

Ölçekten 2 tür puan elde edilmektedir:

1. Ağırlıklı puan
2. Standardize T puanı.

Her iki tür puan da hem toplam puan hem de alt ölçek puanları için geçerlidir. T-puanları ile el kitabındaki tablodan hem toplam puan hem de alt ölçek puanları için bir kişinin istatistikî olarak öldürücü intihar girişiminde bulunan kimseler grubunda yer alma olasılığını bildiren bir olasılık puanı elde edilir.

Ölçeği geliştirenlerin önemle üzerinde durduğu bir konu olasılık puanının bir kişinin ölümle sonuçlanan bir girişimde bulunacağını bildirmemesidir. Yani elde edilen puan değerlendirmeciye kişinin intihar girişiminde bulunup bulunmayacağını değil ne kadar bir olasılıkla böyle bir girişimde bulunabileceği hakkında bilgi vermiş olur (Cull ve Gill, 1990) . Ölçeğin el kitabında Cull ve Gill (1990) ölçekten elde edilen olasılık puanlarının hangi sınırlar içerisinde ne şekilde yorumlanacağını da belirtmişlerdir:

0-24 (normal): Normal ya da klinik düzeyde olmayan intihar riski. Rutin izleme ve destekleyici müdahaleler. Bu aralıkta puana sahip kişinin eğer başka bir klinik gözlem aksini belirtmiyorsa zaman içinde değişip değişmediği izlenebilir.

25–40 (hafif): Bu düzeydeki bir risk puanı kişinin herhangi bir düzeyde intihar düşüncesi olmaksızın yaşadığı depresyonun bir belirtisi olabilir. Uygun müdahale yöntemini belirlemek için klinik görüşme yapılmalıdır. Olası müdahale yöntemleri ayaktan psikoterapi, artan terapist desteği ve hastanın intihar riskinin artıp artmadığını ayırt edebilmek için hastanın yakınları ile diyalog halinde olmayı içerebilir. Psikotrop ilaç kullanımı olasıdır ancak zorunlu değildir.

50–74 (orta): Aşırı olmamakla beraber ciddi intihar riskini yansıtır. İleri gözlemler için kişi ya hastaneye yatırılmalıdır ya da yoğun bir çevre desteği ile beraber kişi ayaktan izlenmelidir. Psikotrop ilaç kullanımı gereklidir.

75–100 (şiddetli): Yüksek derece intihar riskini gösterir. Kişi acilen hastaneye yatırılmalıdır ve birebir sürekli takibi yapılmalıdır. Psikotrop ilaç kullanımı gereklidir.

Bu çalışmada ölçek puanları hesaplanırken bahsedilen puanlama şekillerinin Amerikan toplumuna yönelik olması nedeni ile her iki tür puanlama şekli de kullanılmamıştır. Ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir.

2. 2. 1. 3. Psikometrik özellikleri

Ölçeğin orijinal psikometrik çalışmaları yetişkinlerin çoğunlukta olduğu bir örneklem kullanılarak yapılmıştır (Cull ve Gill, 1990). İÖÖ aynı zamanda sağlıklı lise öğrencileri (Osman ve ark 1998, D’Attilio ve Campbell 1990, Eskin 1993a, b, Tatman ve ark 1993), ergen sağlık kliniğine başvuran gençler (Capelli ve ark 1995), evsiz gençler (Larzelere ve ark 1996), alkol bağımlısı erkekler (Demirbaş ve ark 2002) gibi örneklemelerde de çalışılmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılığı hem çift hem tek numaralanmış katılımcılar üzerinde analiz edilmiştir. Her iki analizde de tüm ölçek için iç tutarlık katsayısı .93 bulunmuştur. Çift numaralanmış katılımcılarda iç tutarlık katsayısı alt ölçekler için umutsuzluk: .85, intihar

düşüncesi: .89, olumsuz kendilik değerlendirmesi: .68 ve düşmanlık: .76 olarak saptanmıştır. Tek numaralanmış katılımcılar için ise umutsuzluk: .86, intihar düşüncesi: .89, olumsuz kendilik değerlendirmesi: .62 ve düşmanlık: .75'dir. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .92, iki yarım güvenirligi ise 3 hafta ara ile .93'tür (Cull ve Gill 1990).

Orijinal çalışmada ölçeğin aynılık geçerliği MMPI'dan geliştirilen "İntihar Tehlikesi Ölçeği" ile sınanmış ve .70'lik bir korelasyon katsayısı elde edilmiştir (Cull ve Gill 1990). Aynı çalışmada İÖÖ'nin psikiyatrik bozukluğu olmayan ergenler, psikiyatrik bozukluğu olan ergenler ve intihar girişimde bulunmuş ergenleri ayırt edebildiği de görülmüştür. Yapılan bir başka çalışmada ise aksi sonuçlar elde edilmiştir (Tatman ve ark 1993).

Ölçeğin yordayıcı geçerliğini belirlemek için 855 ergen üzerinde çalışan Larzelere ve ark (1996) İÖÖ'den elde edilen puanların gelecekteki intihar girişimini yordadığını saptamışlardır. Ancak İÖÖ'deki el kitabındaki orijinal kesme noktaları kullanıldığında ölçeğin, risk grubundaki kişilerin sadece %27,6'nı tespit edebildiği görülmüştür. Bu nedenle araştırmacılar alternatif bir kesme noktası kullanarak ölçeğin duyarlılığını % 48,3'e çıkarmışlardır.

Tatman ve ark (1993)'nin çalışmasında orijinal çalışmanın aksine lise öğrencileri üzerinden yapılan analizler sonrasında 3 faktör elde edilmiştir: intihar umutsuzluğu, kızgın engellenme (angry frustation) ve düşük kendilik yeterliği.

İÖÖ, başka ölçeklerin geçerlik çalışmalarında (Miller ve ark 1986, Osman ve ark 1993) ve çeşitli yapıların intihar riski ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda da kullanılmıştır (D'Attilio ve Campbell 1990, Wood ve ark 1991, Rudd ve ark 1993).

2. 2. 1. 4. Türkçe uyarlaması

İÖÖ, ilk kez Eskin (1993) tarafından Western Psychological Services'den izin alınarak Türkçeye çevrilmiştir. Ölçek Eskin tarafından Türkçeye çevrildikten sonra biri psikolog olan dil alanında uzman iki kişi tarafından da kontrol edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Eskin'in yapmış olduğu Türkçe çevirisi kullanılmıştır.

Eskin (1993)'nin Türk üniversite öğrencileri ile yaptığı güvenilirlik çalışmasından elde edilen bulgular olumludur. Bu çalışmada ölçeğin test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı .95 (aralık: 47.8 gün), iç tutarlılık .89 olarak bulunmuştur. Aynı ölçeğin İsveç versiyonu ile yapılan çalışmada ise ölçeğin test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı .89 (aralık: 48.3 gün), iç tutarlılık katsayısı ise .87 olarak bulunmuştur (Eskin 1992).

Ölçek daha sonra Tuğcu (1996) tarafından da normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığının incelendiği bir çalışmanın parçası olarak Türkçeye çevrilmiş ve geriye çeviri (back translation) yöntemi ile dil alanında uzman kişiler tarafından test edilmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin güvenilirliği normal bireylerden oluşan toplam 100 katılımcı üzerinde çalışılmıştır. Analiz sonuçlarına göre iç tutarlılık katsayısı toplam puan için .87, alt ölçekler için .74 (umutsuzluk), .75 (intihar düşüncesi), .49 (olumsuz kendilik değerlendirmesi) ve .59 (düşmanlık) olarak saptanmıştır. Test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı 4 hafta ara ile toplam puan için .98 bulunmuştur. Aynı çalışmada ölçekten elde edilen toplam ve alt ölçek puanları açısından normal (100 katılımcı) ve depresif hasta (100 katılımcı) grupları karşılaştırılmış ve hasta grubuna ilişkin ortalamaların ($X = 77,95$) anlamlı şekilde normal gruba ($X = 54,49$) göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ülkemizde toplam 226 (178 kadın ve 48 erkek) üniversite öğrencisi üzerinde çalışılarak ölçeğin faktör analizinin yapıldığı bir çalışmada orijinal çalışmanın aksine ölçekten 3 faktör elde edilmiştir: *intihar düşüncesi*, *düşmanlık* ve *olumsuz kendilik değerlendirmesi* (Or 2003). Çalışmada, orijinal çalışmada elde edilen umutsuzluk alt ölçeğinin maddelerinin diğer 3 alt ölçek maddeleri arasında bölüşüldüğü bildirilmiştir. Bu 3 faktör toplam varyansın %33,68'ini açıklamaktadır. Aynı çalışmada ölçeğin alfa katsayısı tüm ölçek için .86, alt ölçekler için .65 ile .82 arasındadır.

2. 2. 2 Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılara ait kişisel bilgileri içeren bir formdur. Araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Psikiyatrik hastalar ve kontrol grubu için ayrı ayrı olmak üzere

iki tür hazırlanmıştır. Psikiyatrik hastalar için hazırlanan formda ilk sorular yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek gibi demografik özelliklerle ilişkilidir. Ayrıca daha önce hiç intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları; bulduysalar kaç kez, hangi yöntemle, ne zaman ve ölmeyi ne kadar istedikleri; şuan intiharı düşünüp düşünmedikleri, düşünüyorlarsa ne kadar ölmeyi istedikleri ve de son olarak ne kadar süredir psikiyatrik tedavi gördükleri, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmadıkları, kullanıyorlarsa hangi ilaçlar olduğu ve psikoterapi görüp görmedikleri sorulmuştur.

Kontrol grubuna farklı olarak hayatlarında hiç psikiyatrik tedavi görüp görmedikleri ve tedavi görüyorlarsa ne kadar süredir gördükleri, ilaç kullanıp kullanmadıkları, kullanıyorlarsa hangi ilaçları kullandıkları sorulmuştur.

2. 2. 3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve dürtüsel belirtileri ölçen 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her bir madde 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Envanterden alınabilecek puan 0 ile 63 arasındadır; yüksek puanlar depresif durumda artışa işaret etmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir (Savaşır ve Şahin 1997).

Ölçeğin iki formu vardır. Bunlardan ilki Beck (1984) tarafından 1961 yılında geliştirilen orijinal formudur. İkincisi ise yine Beck (1984) tarafından 1978 yılında geliştirilen formudur (Hisli 1988). Bu araştırmada ölçeğin 1978 formunun Türkçe uyarlaması kullanılmıştır.

Hisli (1989) tarafından bildirildiğine göre Hatzenbuehler, Bryson, Golin, Byerly ve Glambra'nın üniversite öğrencileri üzerindeki yaptıkları ayrı çalışmalarda ölçeğin güvenirlik katsayıları .60 ile .87 arasında, Meites, Hatzenbuehler, Glambra, Burkhart, Byerly'nin yaptıkları ayrı çalışmalarda ise ölçeğin geçerlik katsayıları ise .65 ile .68 arasında değişmektedir.

Ölçeğin, 1961 formunun Türkçe uyarlaması Tegin (1980); 1978 formunun Türkçe uyarlaması ise Hisli (1988, 1989) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin yüksek değerler bildirilmiştir (Tegin 1980, Hisli 1988, Hisli 1989). Ölçeğin 61 formunun yarıya bölme ve test-tekrar- test güvenilirlik katsayıları üniversite öğrencilerinde sırasıyla .78 ve .65 olarak bildirilmiştir. Aynı formun, yarıya bölme güvenilirlik katsayısı ise depresif hastalar için .61 olarak bulunmuştur. Hisli (1989)'nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ölçeğin yarıya bölme güvenilirlik katsayısı .74 olarak hesaplanmıştır. Aynı araştırmacı tarafından psikiyatrik örneklem üzerinde yapılan bir başka çalışmada MMPI depresyon skalası ile BDE arasında pearson korelasyon katsayısı .63 olarak bulunmuştur (Hisli 1988).

Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı hasta grubu için .87, tüm örneklem (normal + psikiyatrik hasta) için .90 bulunmuştur.

2. 2. 4. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck ve ark (1974) tarafından geliştirilen ölçek bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçen kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçek, evet/hayır şeklinde yanıtlanan 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 20 arasındadır. Ölçekten elde edilen puan arttıkça kişinin umutsuzluğu da artmaktadır.

Beck ve ark (1974) ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısını .93 olarak bildirmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin 8 derecelik bir klinisyen değerlendirme formu ile arasındaki korelasyon katsayısının .62; BDE'nin 2. maddesi ile korelasyon katsayısının .63 olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Seber tarafından yapılmıştır (Savaşır ve Şahin 1997). Ölçek üzerindeki çalışmalar Durak (1994) tarafından sürdürülmüştür.

Seber ve arkadaşlarının depresif hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .86 olarak belirlenmiştir (Savaşır ve Şahin 1997). Aynı katsayı Durak'ın (1994) normal grup ve psikiyatrik hastalardan oluşan örneklem üzerinden .85 olarak saptanmıştır. Ölçeğin yarıya bölme ve test tekrar test güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla .85 ve .74 olarak bulunmuştur (Durak 1994, Seber 1993).

Durak (1994)'nın çalışmasında Beck Depresyon Envanteri ile Umutsuzluk Ölçeği arasındaki korelasyon katsayıları tüm örneklem için .69, depresyon tanısı almış hastalar için .71, intihar girişiminde bulunan hastalar için .68 ve karşılaştırma grubu içinse .69 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin “gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler”, “motivasyon kaybı” ve “umut” olmak üzere 3 faktörden oluştuğu görülmüştür.

Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı hasta grubu için .92, tüm örneklem (normal + psikiyatrik hasta) için .90 bulunmuştur.

2. 2. 5. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ve 63 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt ölçeği vardır. Bu çalışmada benlik saygısını ölçen benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşan 4 dereceli Likert tipi bir ölçektir (1: Hiç katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: katılıyorum, 4: tamamen katılıyorum) ve sorulardan 5'i ters kodlanmıştır.

Çuhadaroğlu (1986) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı .89, geçerlik katsayısı ise .71'dir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tuğrul (1994) tarafından da yapılmış ve psikiyatrik görüşme sonuçları ile ölçek arasındaki korelasyonun .71 olduğu bulunmuştur.

Dereboy ve ark (1994)'nın ergenler üzerinde gerçekleştirdikleri geçerlik ve güvenilirlik çalışması da ölçeğin Türkçe formunun iç geçerliğinin yüksek olduğunu

göstermektedir. Sümer ve Güngör de (1999) ölçeğin Cronbach alfa değerinin .85 olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlık katsayısı hasta grubu için .88, tüm örneklem (normal + psikiyatrik hasta) için .86 bulunmuştur.

2. 3. İşlem

Uygulama ADÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nde 2006 yılı ocak-haziran ayları arasında yürütülmüştür. Katılımcılara içerisinde "Çalışma Öncesi Bilgi Formu" ve "Kişisel Bilgi Formu"nun da olduğu 4 ölçek (İÖÖ, BDE, BUÖ, RBSÖ) bir batarya şeklinde verilmiştir.

Çalışma Öncesi Bilgi Formu'nda kısaca araştırmanın amacı ve içeriğinden söz edilmiş ve katılımcılara ad, soyad, adres ve telefon numaralarını yazmalarının gerekli olmadığı konusunda uyarıda bulunulmuştur. Ayrıca bu formla katılımcıların hiçbir etki altında kalmadan bu çalışmaya katıldıklarını gösteren isimsiz onamları alınmıştır.

Çalışma grubu için ilgili bölüm polikliniğine ilk kez ve kontrol amaçlı gelen ayaktan hastalara doktor muayenesi öncesi bölüm sekreteri aracılığı ile anket bataryası verilmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen hastalar anketleri doldurduktan sonra anketleri muayene olacakları hekimlere iletmişlerdir. Hekimler muayene sonrası ilgili hastanın tanısını anket bataryası üzerine not etmişlerdir.

Çalışma grubu için ayrıca bölümde yatan hastalardan da veri toplanmıştır. Yatan hastalara anketler araştırmacı tarafından tek tek verilmiş ve tedavi gördükleri tanılar anketlere not edilmiştir.

Karşılaştırma grubu için ise araştırmacı tarafından Aydın il merkezinde oturan kişisel ilişkilerle ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere rastgele bir şekilde anketler verilmiştir. Uygulama öncesi katılımcılar elde edilen bilgilerden bireysel bir sonuç elde edilmeyeceği, toplu sonuçlar elde edileceği konusunda tek tek bilgilendirilmiştir.

2. 4. İstatistiksel Çözümleme

Çalışmanın analizleri SPSS 10.0 (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik ve geçerliğe ilişkin temel analizler öncesinde tanımlayıcı istatistikler yoluyla hasta ve kontrol grubuna ilişkin ortalama ve standart sapmalar bulunmuştur.

Tanımlayıcı istatistikler sonrasında ana analizlere geçilmiştir. Ölçeğin iç tutarlığı Cronbach Alpha Güvenirlik analizi tekniği ile hesaplanmıştır. Ölçeğin aynılık geçerliği için İÖÖ, BDE, BUÖ ve RBSÖ arasındaki ilişkiye bakmak için Pearson momentler çarpımı tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin ayırt edici geçerliği için öncelikle İÖÖ puanları açısından intihar girişiminde bulunanlar ile intihar girişiminde bulunmayanlar ve halihazırda intihar düşüncesi olanlar ile halihazırda intihar düşüncesi olmayanlar arasında fark olup olmadığı t-test tekniği ile analiz edilmiş, daha sonra ayırt edici geçerlik diskriminant analiz ile de sınanmıştır. Çalışmada yer alan her 3 grup arasında (psikiyatrik yatan, psikiyatrik poliklinik ve kontrol) fark olup olmadığı ise varyans analizi tekniği ile analiz edilmiştir. Son olarak da Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile ölçeğin yapı geçerliği sınanmıştır.

3. ARAŞTIRMA BULGULARI

3. 1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırma örneklemini oluşturan 428 kişinin BDE, BUÖ, RBSÖ, İÖÖ ve İÖÖ alt ölçek puanları ortalama ve standart sapmaları gruplara göre (psikiyatrik poliklinik, psikiyatrik yatan, kontrol) Çizelge 3.1’te verilmektedir.

Çizelgeden de görüleceği gibi tüm ölçek ve alt ölçeklerden en yüksek puanları psikiyatrik yatan hasta grubu almıştır.

Çizelge 3.1: Örneklem gruplarına göre ölçek ortalama ve standart sapmaları

	Psikiyatrik Poliklinik (n=186)		Psikiyatrik Yatan (n=31)		Kontrol (n=211)	
	X	ss	X	ss	X	Ss
Beck Depresyon Envanteri	18,23	11,02	22,71	11,69	9,69	7,42
Beck Umutsuzluk Ölçeği	7,29	5,59	8,90	6,69	4,14	3,72
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	30,59	5,03	29,35	5,24	33,18	3,66
İntihar Olasılığı Ölçeği	71,03	15,85	77,32	17,87	60,86	11,13
Umutsuzluk Alt Ölçeği	26,12	6,53	28,00	7,72	22,49	5,01
İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği	11,50	4,69	13,52	6,10	9,58	2,45
Düşmanlık Alt Ölçeği	21,76	5,59	23,71	5,39	18,99	5,66
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	11,65	3,65	12,10	4,63	9,81	2,55

3. 2. GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

3. 2. 1. İç Tutarlık

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin iç tutarlığı Cronbach Alpha Güvenirlik analizi tekniği ile hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına göre İÖÖ'in tüm örneklem için (N=428) Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .89 bulunmuştur. İÖÖ'in alt ölçekleri için alfa katsayısı ise .70 ile .89 arasında değişmektedir (bkz. çizelge 3.2). Madde toplam istatistiklerine bakıldığında ise madde toplam korelasyonlarında en düşük katsayıya sahip maddenin umutsuzluk alt ölçeğinde yer alan -.01 ile 19. madde (“İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.”) olduğu; diğer maddelerin madde-toplam korelasyonlarının ise .09 ile .64 arasında olduğu görülmüştür. Her maddenin madde toplam korelasyon katsayısı Çizelge 3.3’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.2: İÖÖ ölçekleri alfa katsayıları

İÖÖ Alt Ölçekleri	İçtutarlık Alfa Katsayısı
Umutsuzluk	,78
İntihar Düşüncesi	,84
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	,79
Düşmanlık	,70
Toplam Ölçek	,89

3. 2. 2. İki-Yarım Güvenirliği

Ölçeğin iç tutarlık katsayısının hesaplanmasından sonra ikinci aşamada iki yarım güvenirliği hesaplanmıştır. Analiz sonucunda testin ilk yarısının Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .81; ikinci yarısının Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .85 bulunmuştur.

Çizelge 3.3: İntihar olasılığı ölçeğinin madde toplam korelasyonları

Madde	Madde-Alt Ölçek r				Madde-Toplam r
	Umutsuzluk	İntihar Düşüncesi	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Düşmanlık	
M5	,25				,09
M12	,56				,62
M14	,42				,33
M15	,48				,50
M17	,33				,46
M19	,12				-,01
M23	,44				,53

Çizelge 3.3 (Devam): İntihar olasılığı ölçeğinin madde toplam korelasyonları

M28	,59				,60
M29	,51				,52
M31	,46				,32
M33	,57				,52
M36	,44				,47
M4		,48			,52
M7		,56			,49
M20		,52			,56
M21		,54			,55
M24		,68			,63
M25		,70			,64
M30		,56			,41
M32		,70			,61
M2			,55		,34
M6			,47		,29
M10			,54		,44
M11			,53		,35
M18			,42		,48
M22			,38		,30
M26			,43		,22
M27			,55		,40
M35			,44		,33
M1				,43	,35
M3				,43	,47
M8				,45	,47
M9				,49	,67
M13				,47	,51
M16				,29	,37
M34				,40	,47

3. 3. GEÇERLİK ANALİZLERİ

3. 3. 1. Aynılık (Convergent) Geçerlik

Bu çalışmada BDE, BUÖ ve RBSÖ aynılık geçerliği kriteri olarak kullanılmıştır. Aradaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson momentler çarpımı tekniği kullanılmıştır. İÖÖ puanları ile BDE ve BUÖ puanları arasında beklendiği gibi pozitif yönde anlamlı bir ilişki (BDE: $r = .78, p < .01$; BUÖ: $r = .71, p < .01$), RBSÖ puanları arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r = -.67, p < .01$) bulunmuştur.

İÖÖ puanları ile BDE'nin intihar isteği ile ilgili olan 9. maddesi arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucu BDE'nin 9. maddesi ile İÖÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r = .60, p < .01$) saptanmıştır.

3. 3. 2. Ayırdetme (Discriminant) Geçerlik

Çalışmada İÖÖ puanları açısından intihar girişiminde bulunanlar ile intihar girişiminde bulunmayanlar arasında fark olup olmadığı t-test tekniği ile analiz edilmiştir. Sonuç olarak intihar girişiminde bulunanlar ile bulunmayanların İÖÖ puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür ($t = 7,41$, $sd. = 426$, $p < .001$). Buna göre intihar girişiminde bulunanların İÖÖ puanlarının ($X = 79,76$) intihar girişiminde bulunmayanların İÖÖ puanlarından ($X = 63,96$) daha yüksek olduğu ve İÖÖ puanlarının bu iki grubu ayırt ettiği söylenebilir. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan grupların toplam ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar Çizelge 3.4’de verilmiştir.

Çalışmada aynı zamanda İÖÖ puanları açısından halihazırda intihar düşüncesi olanlar ile halihazırda intihar düşüncesi olmayanlar arasında da fark olup olmadığına bakılmış ve t-test tekniği kullanılmıştır. Sonuç olarak halihazırda intihar düşüncesi olanlar ile olmayanların İÖÖ puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür ($t = 11,40$, $sd. = 425$, $p < .001$). Buna göre halihazırda intihar düşüncesi olanların İÖÖ puanlarının ($X = 95,24$) halihazırda intihar düşüncesi olmayanların İÖÖ puanlarından ($X = 64,58$) daha yüksek olduğu söylenebilir. Halihazırda intihar düşüncesi olan ve olmayan grupların toplam ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar Çizelge 3.4’te verilmiştir.

Çizelge 3.4: Toplam ölçek ve alt ölçek ortalama puanlarının intihar girişimi bulunan ve bulunmayan gruplar ile halihazırda intihar düşüncesi olan ve olmayan gruplardaki ortalama puanları

	İntihar Girişimi		İntihar Düşüncesi	
	Olanlar	Olmayanlar	Olanlar	Olmayanlar
Umutsuzluk	28,94	23,62	33,96	23,85
İntihar Düşüncesi	14,31	10,02	20,32	10,07
Düşmanlık	13,15	10,33	15,80	10,44
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	23,37	20,00	25,16	20,22
İÖÖ Toplam Puanı	79,76	63,96	95,24	64,58

Halihazırda intihar düşüncesi olan ve olmayan gruplar İÖÖ alt ölçekleri açısından diskriminant analizinin Wilks' Lambda indexi ile de değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları alt ölçek toplam puanlarının her iki grubu anlamlı bir şekilde ayırabildiğini göstermektedir ($\Lambda = .64$, $\chi^2 (4, N = 428) = 189,04$, $p < .001$). Çizelge 3.5a'da diskriminant fonksiyonlu korelasyon katsayıları ve diskriminant fonksiyonu için standardize katsayılar verilmiştir. Bu katsayılar dayanarak diskriminant işlevi ile en kuvvetli ilişkiyi intihar düşüncesi alt ölçeği göstermektedir. Ayrıca sonuçlar İÖÖ alt ölçeklerinin %60 oranında duyarlı, %97,5 oranında ise özgül olduğunu göstermektedir.

Çizelge 3.5a: İÖÖ alt ölçeklerinin diskriminant fonksiyon analiz sonuçları

Alt Ölçekler	Diskriminant Fonksiyonlu Korelasyon Katsayıları	Diskriminant Fonksiyonu İçin Standardize Katsayılar	F
İntihar Düşüncesi	,99	1,017	70,07*
Umutsuzluk	,55	-,045	71,95*
Düşmanlık	,54	,009	239,16*
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	,27	,010	17,66*

* $p < .001$

Sınıflandırma matrisine göre (Çizelge 3.5b) halihazırda intihar düşüncesi olan 25 kişiden 15'i, halihazırda intihar düşüncesi olmayan 402 kişiden 392'sinin model tarafından doğru tahmin edildiği belirtilmiştir. Modelin doğru sınıflandırma gücü ise % 95,3 bulunmuştur.

Çizelge 3.5b: Halihazırda intihar düşüncesi olan-olmayan kişilerin sınıflandırması

		Yordanan Grup Üyeliği	
		İntihar Düşüncesi Olmayan	İntihar Düşüncesi Olan
Gerçek Grup Üyeliği	İntihar Düşüncesi Olmayan	392 (% 97,5)	10 (% 2,5)
	İntihar Düşüncesi Olan	10 (% 40)	15 (% 60)

Diskriminant analizi, daha önce intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan gruplar için de tekrarlanmıştır. Analiz sonuçları alt ölçek toplam puanlarının bu iki grubu da anlamlı bir şekilde ayırabildiğini göstermektedir ($\Lambda = .84$, $\chi^2 (4, N = 428) = 75,80$, $p <$

.001) (bkz. Çizelge 3.5c). Elde edilen katsayılar göstermektedir ki diskriminant işlevi ile en kuvvetli ilişkiyi diğer sonuca benzer olarak intihar düşüncesi alt ölçeği göstermektedir.

Çizelge 3.5c: İÖÖ alt ölçeklerinin diskriminant fonksiyon analiz sonuçları

Alt Ölçekler	Diskriminant Fonksiyonlu Korelasyon Katsayıları	Diskriminant Fonksiyonu İçin Standardize Katsayılar	F
İntihar Düşüncesi	,95	,676	74,43*
Umutsuzluk	,74	,203	45,83*
Düşmanlık	,73	,140	43,99*
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	,49	,222	20,02*

* p < .001

Sınıflandırma matrisine göre (Çizelge 3.5d) intihar girişimi olan 68 kişiden 16'sı, intihar girişimi olmayan 360 kişiden 341'i model tarafından doğru tahmin edildiği belirtilmiştir. Modelin doğru sınıflandırma gücü ise % 83,4 bulunmuştur.

Çizelge 3.5d: İntihar girişimi olan-olmayan kişilerin sınıflandırması

		Yordanan Grup Üyeliği	
		İntihar Girişimi Olmayan	İntihar Girişimi Olan
Gerçek Grup Üyeliği	İntihar Girişimi Olmayan	341 (% 94,7)	19 (% 5,3)
	İntihar Girişimi Olan	52 (% 76,5)	16 (% 23,5)

Son olarak da ölçeğin ayırt edici geçerliği için her 3 grup (psikiyatrik yatan, psikiyatrik poliklinik, kontrol) arasında İÖÖ puanları açısından fark olup olmadığı tek-yönlü varyans analizi tekniği ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, her 3 grubun İÖÖ puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur [F (2-427 = 36,64; p < .001]. Bu farkın kaynağını araştırmak için ortalamalar arası anlamlılık testlerinden Tukey testi uygulanmıştır. Buna göre, psikiyatrik poliklinik hastalarının ve psikiyatrik yatan hastaların İÖÖ puanları (X = 71,03; X = 77,32) kontrol grubu puanlarından (X = 66,47) anlamlı olarak farklıdır (p < .05). Ancak psikiyatrik poliklinik hasta grubu ile psikiyatrik yatan hasta grubunun İÖÖ puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Hasta grubu (yatan hasta + poliklinik hasta) ile kontrol grubu arasında İÖÖ puanları açısından bir fark olup olmadığına bakmak için t-test tekniği kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre hasta grubu ile kontrol grubu arasında İÖÖ puanları açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t = 8,24$; $sd. = 426$; $p < .001$). Buna göre hasta grubunda bulunan kişilerin İÖÖ puanları ($X = 71,93$) kontrol grubundaki kişilerin puanlarından ($X = 60,86$) daha yüksektir.

3. 3. 3. Yapı (Construct) Geçerliği:

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin yapı geçerliğini sınamak için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) tekniği kullanılmıştır. Son yıllarda sosyal bilimciler arasında sıklıkla kullanılan ve yapısal eşitlik modeline (YEM) dayanan DFA, önceden belirlenmiş ya da kurgulanmış bir yapının doğrulanması ya da teyit edilmesinde kullanılan kapsamlı bir istatistiksel analiz yöntemidir (Sümer 2000). Daha çok ölçek geliştirme ve geçerlik analizlerinde kullanılmaktadır.

Bu bilgiler ışığında, Cull ve Gill tarafından orijinal çalışması yapılarak teorik alt yapısı oluşturulan ve 36 madde ile 4 faktörden oluştuğu öngörülen İÖÖ temel alınarak ilgili madde gruplarının ölçtüğü örtük değişkenler (faktörler) LISREL 8.30 kullanılarak DFA ile sınanmıştır. Yani ölçeğin orijinal çalışmasında belirlenen 4 alt faktörde yer alan maddelerin ne oranda bu 4 faktörde toplandığı değerlendirilmiştir.

LISREL modelin veriye uyumunun farklı yönlerini farklı ölçütler temelinde değerlendiren 15 farklı uyum istatistiği vermektedir. Bunlar 3 grupta toplanabilir. Ki Kare Uyum Testi, İyilik Uyum İndeksleri ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksleri (Sümer 2000). Bu çalışmada yapılan DFA sonucunda öncelikle Ki Kare (χ^2) Uyum testine bakılmıştır. χ^2 değerinin 1910,49 olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < .001$). Ancak YEM'e göre elde edilen veri ile model arasındaki uyumun mükemmel olması için elde edilen değerin 0'a yakın olması ve anlamlılık değerinin (p değeri) anlamlı olmaması beklenir. SD (serbestlik derecesi) χ^2 testinde önemli bir ölçüttür. SD'nin büyük olduğu durumlarda χ^2 anlamlı sonuçlar verme eğilimindedir (Sümer 2000). Bu nedenle bir sonraki aşamada SD / χ^2 oranına bakılmıştır. Bu oranın istenilen 1/3 oranının altında olduğu ve modelin iyi uyum gösterdiği söylenilebilir. Daha sonra ölçeğe ilişkin İyilik ve

Karşılaştırmalı Uyum indekslerine bakılarak model sınanmıştır. Bunlarla ilgili yapılan analizlerin parametreleri Çizelge 3.6’da verilmiştir.

Çizelge 3.6: Ölçeğe ilişkin DFA sonuçları: uyma indexleri ve χ^2 değeri

X² (SD)	GFI	AGFI	CFI	NNFI	RMSEA
1910,49 (588)	0,80	0,78	0,74	0.72	0,73

Çizelgedeki sıra ile gidilecek olunursa uyma indeksi (GFI) ve düzeltilmiş uyma indeksi (AGFI) değerleri 0.00 ile 1.00 arasında değişir ve .90 ve üzeri değerler iyi uyum olarak kabul edilir. Karşılaştırmalı uyum indeksinin (CFI) de iyi uyum için GFI ve AGFI gibi .90 ve daha yüksek değerlere işaret etmesi beklenmektedir. Yine normlaştırılmış uyum indeksi (NNFI) için .90 ve .94 arası değerler, yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) için .08 ve altındaki değerler kabul edilebilir değerler olarak görülür. Bu çalışmadaki değerler dikkate alındığında ise GFI, AGFI, CFI ve NNFI değerlerinin beklenen değerlere yaklaştığı RMSEA değerinin ise kabul edilebilir uyuma işaret ettiği görülmektedir. Çizelge 3.7’de maddelerin faktör yükleri gösterilmiştir.

Ölçeğin faktör yapısına ilişkin analizler sonrasında 4 alt ölçek ve alt ölçeklerin tüm ölçek ile arasındaki ilişkiye de korelasyon tekniği ile bakılmıştır. Analiz sonuçlarına göre alt ölçeklerin kendi aralarındaki ve İÖÖ toplam puanı arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla .33 ile .66 ve .66 ile .83 arasında değişmektedir (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.7: Madde faktör yükleri

Alt Ölçek/Madde	Faktör Yükleri
Umutsuzluk	
M5	0.18
M12	0.64
M14	0.40
M15	0.38
M17	0.39
<u>M19</u>	<u>- 0.07</u>
M23	0.54
M28	0.59
M29	0.55
M31	0.41
M33	0.62
M36	0.53
Düşmanlık	
M1	0.29

Çizelge 3.7 (Devam): Madde faktör yükleri

M3	0.38
M8	0.39
M9	0.55
M13	0.43
M16	0.45
M34	0.28
İntihar Düşüncesi	
M4	0.43
M7	0.27
M20	0.41
M21	0.57
M24	0.51
M25	0.64
M30	0.47
M32	0.44
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	
M2	0.71
M6	0.54
M10	0.68
M11	0.68
M18	0.51
M22	0.45
M26	0.57
M27	0.63
M35	0.60

Çizelge 3.8: Alt ölçeklerle toplam skor arasındaki korelasyonlar

	Umutsuzluk	İntihar Düşüncesi	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Düşmanlık	Toplam Puan
Umutsuzluk	-				
İntihar Düşüncesi	,65**	-			
Olumsuz Kendilik-Değerlendirmesi	,24**	,33**	-		
Düşmanlık	,66**	,64**	,34**	-	
Toplam Puan	,83**	,82**	,66**	,79**	-

$p \leq ,05$

3. 4. ÖZGÜLLÜK-DUYARLILIK

Ölçek için soyut bir kesme noktası belirlemek için önce psikiyatrik hasta grubu üzerinde daha sonra tüm örneklem üzerinde çeşitli kesme noktaları varsayılarak halihazırda intihar düşüncesi olup olmamaya göre ölçek puanlarının duyarlılık ve özgüllük değerleri hesaplanmıştır.

İÖÖ için varsayılan kesme noktaları için karşılık gelen duyarlılık, özgüllük, yanlış negatif (intihar düşüncesi olduğu halde kesme noktasının altında kalanlar) ve yanlış pozitif değerleri (intihar düşüncesi olmadığı halde kesme noktasının üzerinde kalanlar) Çizelge 3.9a ve Çizelge 3.9b’da sunulmuştur. Buna göre gerek psikiyatrik hasta grubu için gerekse tüm örneklem için en uygun kesme noktasının 110 olduğu düşünülmüştür. Kesme noktası olarak **110** puan alındığında duyarlılık ve özgüllük değerlerinin %80’nin üstünde olduğu görülmüştür.

Çizelge 3.9a: İÖÖ’nin psikiyatrik grup için varsayılan kesme noktaları ve bunlara karşılık gelen psikometrik özellikler

Kesme Noktası	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Yanlış Negatifler (%)	Yanlış Pozitifler (%)
70	21,9	100,0	0,0	78,1
75	28,6	99,3	0,7	71,4
80	35,1	98,1	1,9	64,9
85	43,9	97,1	2,9	56,1
86	45,0	97,2	2,8	55,0
87	43,6	96,6	3,4	56,4
88	43,6	96,6	3,4	56,4
89	45,9	96,6	3,4	54,1
90	51,6	96,2	3,8	48,4
91	51,6	96,2	3,8	48,4
92	50,0	95,7	4,3	50,8
93	50,0	95,2	4,8	50,0
94	52,0	94,8	5,2	48,0
95	60,0	94,4	5,6	40,8
96	57,9	93,9	6,1	42,1
97	61,1	93,9	6,1	38,9
98	64,7	93,9	6,1	35,3
99	66,7	93,9	6,5	33,3
100	66,7	93,5	6,5	33,3

Çizelge 3.9a (Devam): İÖÖ'nin psikiyatrik grup için varsayılan kesme noktaları ve bunlara karşılık gelen psikometrik özellikler

101	66,7	93,5	6,5	33,3
102	61,5	92,6	7,4	38,5
103	61,5	92,6	7,4	38,5
104	54,5	91,7	8,3	45,5
105	60,0	91,7	8,3	40,0
106	62,5	91,3	8,7	37,5
107	62,5	91,3	8,7	37,5
108	57,1	90,9	9,1	42,9
109	66,7	91,0	9,0	33,3
110	80,0	91,0	9,0	20,0
111	75,0	90,6	9,4	25,0
112	75,0	90,6	9,4	25,0
113	75,0	90,6	9,4	25,0
114	75,0	90,6	9,4	25,0
115	66,7	90,1	9,9	33,3
116	66,7	90,1	9,9	33,3
117	100,0	90,2	9,8	0,0
118	100,0	90,2	9,8	0,0
119	100,0	90,2	9,8	0,0
120	100,0	90,2	9,8	0,0

Çizelge 3.9b: İÖÖ'nin tüm örneklem için varsayılan kesme noktaları ve bu kesme noktalarına karşılık gelen psikometrik özellikler

Kesme Noktası	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Yanlış Negatifler (%)	Yanlış Pozitifler (%)
70	17,1	100,0	0,0	82,9
75	23,5	99,7	0,3	76,5
80	28,8	98,9	1,1	71,2
85	35,3	98,1	1,9	64,7
86	36,7	98,1	1,9	63,3
87	35,4	97,9	2,1	64,6
88	36,2	97,9	2,1	63,8
89	38,6	97,9	2,1	61,4
90	43,2	97,7	2,3	56,8
91	43,2	97,7	2,3	56,8
92	42,9	97,4	2,6	57,1
93	43,8	97,2	2,8	56,3
94	46,4	97,0	3,0	53,6
95	54,5	96,8	3,2	45,5
96	55,0	96,6	3,4	45,0
97	57,9	96,6	3,4	42,1
98	61,1	96,6	3,4	38,9

Çizelge 3.9b (Devam): İÖÖ'nin tüm örneklem için varsayılan kesme noktaları ve bu kesme noktalarına karşılık gelen psikometrik özellikleri

99	62,5	96,4	3,6	37,5
100	62,5	96,4	3,6	37,5
101	62,5	96,4	3,6	37,5
102	61,5	95,9	4,1	38,5
103	61,5	95,9	4,1	38,5
104	54,5	95,4	4,6	45,5
105	60,0	95,4	4,6	40,0
106	62,5	95,2	4,8	37,5
107	62,5	95,2	4,8	37,5
108	57,1	95,0	5,0	42,9
109	66,7	95,0	5,0	33,3
110	<u>80,0</u>	<u>95,0</u>	<u>5,0</u>	<u>20,0</u>
111	75,0	94,8	5,2	25,0
112	75,0	94,8	5,2	25,0
113	75,0	94,8	5,2	25,0
114	75,0	94,8	5,2	25,0
115	66,7	94,6	5,4	33,3
116	66,7	94,6	5,4	33,3
117	100,0	94,6	5,4	0,0
118	100,0	94,6	5,4	0,0
119	100,0	94,6	5,4	0,0
120	100,0	94,6	5,4	0,0

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, son yıllarda dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de artış gösteren intiharı, önceden tanıyabilme ve önleyebilmede kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracını sağlık alanına kazandırmak düşüncesiyle yapılmıştır. İnsanın kendi canına kıyması sağlıklı bireylerde de görülebilmekle beraber literatürdeki pek çok çalışma intihar edenlerin %90'nının psikiyatrik bir bozukluğa sahip olduğu yönündedir (Suominen ve ark 1996, Bertolete ve ark 2004, Tournier ve ark 2005, Fleischman ve ark 2005). Eskin ve ark (2006)'nın yakın zamanda ülkemizde yaptıkları ve psikiyatrik hastalarda intiharın yaygınlığını inceledikleri çalışmada da hasta grubunun %44,6'sının yaşamları boyunca, %27,8'inin son 12 ay içinde, %7,8'inin ise araştırma yapıldığı anda kendilerini öldürmeyi düşündükleri gösterilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %28,1'i yaşamlarında 1 kez, % 6,1'i ise son 2 ay içinde intihar girişiminde bulduklarını ifade etmişlerdir. Yurtdışında yapılan benzer bir çalışmada da yatan psikiyatri hastalarında intihar oranı 10 binde 13,7 olarak tespit edilmiştir (Powell ve ark 2000). Bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi psikiyatrik bir bozukluğa sahip kişilerde intihar riski oldukça yüksektir. Bu nedenle ruh sağlığı alanına intihar riskini değerlendirmede kullanılmak üzere psikometrik açıdan güçlü bir değerlendirme aracının kazandırılması önem taşımaktadır. Tüm bu gereklilikler temelinde daha önce farklı araştırmacılar tarafından sağlıklı nüfusta geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan (Eskin 1992, 1993, Tuğcu 1996, Or 2003) ve geniş bir teorik alt yapıya sahip olan İÖÖ'nin psikiyatrik örneklemedeki güvenilirlik ve geçerliğini incelemek bu çalışmanın temel amacını oluşturmuştur.

Yukarıda aktarılan bulgular değerlendirildiğinde özetle İÖÖ'nin Türkçe formunun Türk klinik örneklemede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir. Çalışmadan elde edilen bulgular önce ölçme, geçerlik ve güvenilirlik hakkında verilecek

genel bilgiler çerçevesinde geçerlik, güvenilirlik ve duyarlılık-özgüllük olmak üzere üç başlık halinde tartışılacaktır.

4. 1. Ölçme, Güvenirlik ve Geçerlik

Ölçme belirli bir amaç için yapılır. Amaç ölçme konusu olan özellik açısından bireyler, olaylar ya da nesnelere hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına dayanarak belirli kararlar vermektir. Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu kararların dayandığı değerlendirme sonuçlarına dolayısıyla değerlendirmede kullanılacak olan ölçüm sonuçlarına ve ölçütün uygun olmasına bağlıdır. Bunun içinde ölçüm aracının standardize olması gerekir (Ercan ve Kan 2004). Ancak standardize edilen ölçekler nesnel olabilir. Bir ölçeğin standardize olabilmesi için geçerlik ve güvenilirlik olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması gerekir.

Geçerlik kısaca ölçme aracının kullanılma amacına hizmet derecesini gösterir (Erkuş 2003, Balcı 2005). Bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ne derece iyi ölçebildiği de diyebiliriz (Nunnally ve Bernstein 1994). *Güvenirlik* ise bir ölçme aracının hatalardan arınık olarak ölçme yapabilme yeteneğidir (Erkuş 2003). Diğer bir deyişle bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği ne kadar doğru ölçtüğü anlamına gelmektedir (Hovardaoğlu 2000). Geçerlik için güvenilirlik gereklidir ancak yeterli değildir (Nunnally ve Bernstein 1994). Yani bir ölçek her zaman hep aynı sonucu verebilir yani güvenilir olabilir ancak ölçülmek istenen yapı dışında başka şeyleri ölçebilir yani geçerli olmayabilir. Ancak bir ölçeğin geçerli olabilmesi için güvenilir olması şarttır.

Yukarıda da belirtildiği gibi her ölçek aracı belirli bir amaç için geliştirilir. Bu nedenle her ölçek aracı herkese uygulanmamalıdır. Bir ölçek aracının psikometrik özelliklerinin incelendiği örneklem grupları ile örneklemelerin ait olduğu evrenler vardır. Bunların dışında kalan gruplara bu ölçüm aracını uygulamak geçerlik ve güvenilirlik konusunda bu gruplardan bilgi edinilmediği sürece uygun değildir (Hovardaoğlu 2000).

Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmada da daha önce Eskin (1993) ve Tuğcu (1996) tarafından Türkiye'ye çevrilen ve sağlıklı üniversite öğrencileri üzerinde psikometrik

çalışmaları yapılarak geçerli ve güvenilir olduğu saptanan İÖÖ'nin klinik örneklem için ne derece geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu incelenmiştir.

4. 1. 1. Güvenirlilik

Bir testten elde edilecek puan eğer gruplar arası karşılaştırma için kullanılacaksa güvenirlilik için .80 yeterli bir güvenirlilik katsayısıdır. Ancak .80 birey bazında verilecek kararlar için yeterli değildir. Belli bir test puanı göz önüne alınarak bireysel bir değerlendirme yapılacaksa güvenirlilik için .90 minimum, .95 ise istenilen bir standarttır (Nunnally ve Bernstein 1994). .70'den daha küçük güvenirlilik katsayısı gösteren testlerin kullanılması ise önerilmez.

Bu standartlar dikkate alındığında iç tutarlık güvenirliliği için yapılan analizler İÖÖ'nin güvenirliliğinin tüm uygulamalar için yeterli olabilecek düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (tüm ölçek için $\alpha = .89$; alt ölçekler için $\alpha = .70-84$). Elde edilen güvenirlilik bulguları ölçeğin orijinal çalışmasında (Cull ve Gill 1990) elde edilen bulguları ve hem Türk hem de yurt dışı literatürdeki diğer çalışma bulgularını destekler niteliktedir (Eskin, 1993a, b, Tatman ve ark 1993, Eltz ve ark 2006).

Ölçeğin iç tutarlık katsayısı orijinal çalışmada hem çift hem de tek numaralı denekler için .93 bulunmuştur. Alt ölçekler için iç tutarlık katsayısı ise çift numaralı denekler için .68 ile .89 arasında, tek numaralı denekler içinse .62 ile .89 arasında belirlenmiştir. Eskin'in (1993) İÖÖ'nin güvenirliliği için Türk örneklemdeki çalışmasında ise tüm ölçek için alfa katsayısı .89, alt ölçekler için .63 ile .80 arasında bulunmuştur. Yine ülkemizde normal kişiler üzerinde yapılan çalışmada tüm ölçek için iç tutarlık .87 olarak saptanmıştır (Tuğcu 1996).

Dikkat çeken bir nokta bu çalışma dışında bahsedilen diğer tüm çalışmalarda olumsuz kendilik değerlendirmesi alt ölçeği en düşük katsayıya sahipken bu çalışmada yüksek bir katsayıya sahip olduğu görülmüştür. Ölçeğin iki yarım güvenirliliği için elde edilen değer de istenilen değerlere yakındır ($\alpha = .81$ ve $.85$).

4. 1. 2. Geçerlik

Geçerlik katsayısı klasik yollarla elde edildiğinde test ile ölçüt arasındaki ilişkidir. Geçerlik ya hep ya hiç şeklinde olamaz. Bir test geçerli ya da geçersiz değil, az ya da çok geçerli olabilir. Çünkü geçerlik katsayısının ne kadar olması gerektiğinin nesnel ve kesin bir kanıtı yoktur.

3 tür geçerlikten söz edilebilir:

1. Kapsam (content) geçerliği
2. Ölçüt-bağıntılı (criterion) geçerlik
3. Yapı (construct) geçerliği

Ölçüt-bağıntılı geçerlik ise kendi arasında yordama geçerliği (predictive), aynılık (convergent) ve ayırdetme (discriminant) geçerlik olmak üzere 3'e ayrılır. Bu çalışmada ölçüt-bağıntılı geçerlik ve yapı geçerliği incelenmiştir.

4. 1. 2. 1. Ölçüt-bağıntılı geçerlik

4. 1. 2. 1. 1. Aynılık geçerliği

Judd ve arkadaşlarına göre aynılık geçerliği ölçme aracının sonuçları ile aynı yapıyı ölçmeyi amaçlayan alternatif ölçümler arasındaki binişme derecesidir (Balcı, 2005). Bilindiği gibi intihar davranışı ile depresyon, umutsuzluk ve benlik saygısına ilişkin literatürdeki çalışmalar intihar davranışı ile bu üç değişken arasında yakın bir ilişkinin varlığına önemle değinmektedir (Beck ve ark 1989, Minkoff ve ark 1973, Beck ve ark 1985, Kuo ve ark 2004, Stewart ve ark 2005, Overholser ve ark 1995, Wilburn ve Smith 2005). Buradan hareketle ölçeğin aynılık geçerliği BDE, BUÖ ve RBSÖ ölçüt alınarak yapılmıştır ve İÖÖ puanları ile ölçüt ölçek puanları arasında beklenen yönde anlamlı katsayılar elde edilmiştir [sırasıyla $r = ,78$, $r = .71$ ve $r = -,67$ ($p < .01$)]. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer ilişki katsayıları elde edilmiştir (Capelli ve ark 1995, Gutierrez ve ark 2000, Aydemir ve ark 2002, Demirbaş ve ark 2003, Durak-Batıgün 2005). Ayrıca ölçeğin BDE'nin 9. maddesi (intihar isteği) ile de ilişkisine de bakılmıştır ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = ,60$, $p < .01$).

4. 1. 2. 1. 2. Ayırdetme geçerliği

Judd ve arkadaşlarına göre ayırt etme geçerliği bir ölçeğin farklı yapıları ölçen ölçme araçları ile ilişkisini yansıtır (Balcı 2005). Bir ölçeğin aynı yapıyı ölçen benzeri araçlarla olan ilişkisi yüksek olmalı (aynılık geçerliği), buna karşın farklı yapıyı ölçen araçlarla ilişkisi düşük olmalıdır (ayırdetme geçerliği).

Bu çalışmada ölçeğin ayırdetme geçerliğine bakmak için intihar girişiminde bulunup bulunmamış olmak ölçüt olarak ele alınmıştır. Bunun için de ölçeğin İÖÖ puanlarının intihar girişiminde bulunanlar ile intihar girişiminde bulunmayanları ne derece ayırt ettiğine bakılmıştır. Çünkü eğer ölçeğin ayırdetme geçerliği yüksekse intihar girişiminde bulunmayanların ölçek puanlarının daha düşük olması beklenmektedir.

Sonuçlar ölçek puanlarının her iki grubu anlamlı bir şekilde ayırt ettiğini göstermiştir. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi alan yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (Demirbaş ve ark 2003). Daha önce intihar davranışında bulunmuş olan kişilerin risk altında olduğu birçok çalışma tarafından da vurgulanmıştır (Ruddell ve Curwen 2002, Oquendo ve ark 2004, Kisch ve ark 2005, Inonue ve ark 2006,). Bu nedenle girişimde bulunmuş olan grubun daha yüksek puanlara sahip olması literatür bilgileri ile de örtüşmektedir.

Bir diğer ayırt etme geçerliği ölçütü olarak ölçeğin uygulandığı sırada intihar düşüncesi olup olmadığı ölçüt olarak alınmıştır. Yapılan analizlerde halihazırda intihar düşüncesi olanlar ile olmayanların İÖÖ puanlarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görülmüştür. Beklenildiği gibi ölçeğin uygulandığı sırada intihar düşüncesi olanların intihar düşüncesi olmayanlara göre daha yüksek puanlar elde ettiği saptanmıştır. Demirbaş ve arkadaşlarının (2003) çalışmasına da yine benzer bir sonuç elde edilmiştir. Ancak bahsedilen bu çalışmada elde edilen İÖÖ toplam puanı bu çalışmada elde edilen ortalama puandan düşüktür.

Diskriminant analizi ile de ölçeğin alt ölçeklerinin halihazırda intihar düşüncesi olanlarla olmayanları ve daha önce intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanları ne derece iyi ayırt ettiğine bakılmıştır ve 4 alt ölçeğin de her iki analizde iki grubu anlamlı bir

şekilde ayırt ettiği görülmüştür. Ancak beklendiği gibi alt ölçekler arasında diskriminant işlevi ile en kuvvetli ilişkiyi intihar düşüncesi alt ölçeğinin gösterdiği saptanmıştır. Bu da bu alt ölçeğin intihar düşüncesi olanları yakalama gücünün yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde yer alan bilgiler de intihar düşüncesinin intihar girişimi için iyi bir yordayıcı olduğu yönündedir (Larsson ve Ivarsson 1998, Sayar ve ark 2003, Forman ve ark 2004). Bu açıdan elde edilen bulguların literatürle örtüştüğü söylenebilir.

Ölçeğin ayırt edici geçerliği için, çalışma grubu (psikiyatrik yatan + psikiyatrik poliklinik) ve kontrol grubu arasında İÖÖ puanları açısından fark olup olmadığı da incelenmiştir. Çünkü intiharla psikiyatrik bozuklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar her intihar davranışı sergileyen kişinin psikiyatrik bir hastalığa sahip olmasa da kendini öldürmeye çalışan ya da öldüren kişilerin büyük bir çoğunluğunun psikiyatrik bir bozukluğa sahip olduğunu göstermektedir. Bu bilgi ile tutarlı olarak elde edilen sonuçlar yatan ve ayaktan tedavi gören psikiyatrik hastaların İÖÖ'den sağlıklı gruba göre daha yüksek puanlar aldıklarını göstermiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Ancak yatan ve ayaktan tedavi gören hastalar arasında puan açısından yatan hastaların puanlarının daha yüksek olduğu saptanmışsa da aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu psikiyatri hastalarında intihar riskinin normal nüfusa göre çok daha yüksek olduğuna ilişkin bilgileri desteklemektedir (Suominen ve ark 1996, Tuğcu 1996, Bertolete ve ark 2004, Fleischman ve 2005, Tournier ve ark 2005,).

4. 1. 2. 1. 3. Yapı Geçerliği

Uysal'a göre yapı geçerliği ölçülmek istenen kuramsal yapıya ilişkin belirtilerin doğruluğunun bilimsel olarak gösterilmesi olarak belirtilebilir (Balcı, 2005). Yapılar soyut olduğu için yapı, o yapıyı yansıttığı düşünülen birtakım belirtiler yoluyla ölçülür. Bu çalışmada ölçülmek istenen kuramsal yapı intihar riskidir. Bu yapıya ilişkin belirtiler arasında ise şunlar sayılabilir: intihar riski taşıyan kişi depresiftir, intihar riski taşıyan kişinin benlik saygısı düşmüştür, intihar riski taşıyan kişi umutsuzdur, çaresizdir, intihar riski yüksek kişiler daha dürtüseldir gibi. Bu belirtilerin doğruluklarını araştırma bize ölçeğin yapı geçerliğini sunar.

Yapı geçerliği 2 şekilde sınanabilir:

1. Faktör analizi
2. Aynı özelliği ölçmeye yönelik değişik yöntemlerle elde edilen ölçümler arasındaki ilişkiyi bulma yoluyla.

Faktör analizi çok sayıda ölçümün temelinde yatan ve daha az sayıda olan değişkenlerin sayısını ve özelliklerini belirlemek amacıyla yapılır (Hovardaoğlu 2000). İkinci yöntem ölçüt bağıntılı geçerlikte olduğu gibidir.

2 tür faktör analizinden söz edilebilir:

1. Açıklayıcı (exploratory) faktör analizi
2. Doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi

Açıklayıcı faktör analizi (AFA) çok sayıdaki değişkenin altında yatan psikolojik yapıları ortaya çıkarmak amacıyla uygulanır. Burada değişkenler arasındaki ilişkiye dayalı olarak bir değişken (ya da madde) herhangi bir faktörle ilişkili olabilir ve ondan yük alabilir. Dolayısıyla bu tür faktör analizinde belirli bir ön beklenti ya da denence olmaksızın faktör yapısı belirlenir.

Doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) ise belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklinde bir ön beklentinin sınanması söz konusudur. AFA'de kaç adet faktörün beklendiği bilinmez. DFA'da faktör sayısı kesin olarak belirtilir ve test edilir (Sümer, 2000). İÖÖ'nin faktör yapısı orijinal çalışmada belirlendiği için bu çalışmada faktör analizi için DFA ile var olan yapının sınanması amaçlanmıştır.

LISREL kullanılarak yapılan DFA uygulamasında, 36 maddeden oluşan İÖÖ'nin öngörüldüğü gibi 36 maddenin 4 faktör tarafından temsil edileceği ve 12 maddenin umutsuzluk boyutu, 8 maddenin intihar düşüncesi boyutu, 9 maddenin olumsuz kendilik değerlendirmesi boyutu ve 7 maddenin düşmanlık boyutu altında yer alacağı denencesi sınanmıştır.

4 gizil değişkenli bu modelin sınanmasında ilk olarak Ki Kare Uyum testine bakılmıştır. Ki kare (χ^2) değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak $SD = 588$ olduğu dikkate alındığında χ^2 / SD oranının istenilen 3:1 oranının altında olduğu ve modelin iyi uyum gösterdiği söylenebilir.

Daha sonra ölçeğe ilişkin uyum ve karşılaştırma uyum indekslerine bakılmıştır. Değerler Şu Őekildedir: $GFI = .80$, $AGFI = .78$, $CFI = .74$, $NNFI = .72$, $RMSEA = .073$. Bu değerler içerinde sadece $RMSEA$ değerinin kabul edilebilir sınırlar içerinde olduğu, diğer değerlerin ise istenilen değerlerin görece altında kaldığı ancak istenilen değerlere yaklaştığı söylenebilir. $RMSEA$ dıŐındaki değerlerin kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer almaması bazı maddelerin modelden çıkarılarak yeniden sınanmasının yararlı olabileceğini göstermektedir.

Tek tek her maddenin faktör yükü incelendiğinde umutsuzluk boyutu içerisinde yer alan madde 5 (“ok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum.”) ve madde 19’un (“İnsanların benden çok Şey beklediklerini hissediyorum.”) faktör yüklerinin düşük olduğu gözlenmiştir. Umutsuzluk boyutu altında yer alan diğer maddeler incelendiğinde bu iki madde dıŐındaki maddelerin kişinin kendisi ile ilişkili iken (“Pek ok Şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.”, “Bir Şeylerin iyi olacağı konusunda umutsuzum.” gibi) bu iki maddenin hem diğer insanlara yönelik olduğu hem de anlam açısından birbirlerine benzer olduğu dikkat çekmiştir. Bu nedenle bu iki maddenin modelden çıkarılabileceği ve modelin tekrar sınanabileceği düşünölmüşse de bu çalışmada model tekrarına gidilmemiştir.

4. 1. 3. Duyarlılık ve Özgüllük

Daha önce de bahsedildiği gibi duyarlılık bir testin belli bir durumdaki tüm vakaları yakalayabilme becerisine denilirken, özgüllük ise o duruma ait olmayan tüm vakaları ayırtedebilme becerisine denir.

Bu çalışmada risk gruplarını test etmek için İÖÖ’nin psikiyatrik hastalar ve tüm örneklem için intihar düşüncesi olup olmamaya göre araŐtırmacının varsaydığı kesme noktalarına karşılık gelen duyarlılık ve özgüllük değerleri hesaplanmıştır.

Elde edilen değerler duyarlılık, özgülük, yanlış negatif ve yanlış pozitif özellikler açısından incelendiğinde en uygun kesme noktasının her iki örneklem için de 110 puan olduğu düşünölmüştür. Buna göre kesme noktası 110 alındığında hem psikiyatrik hasta grubu hem de tüm örneklem için intihar düşöncesi olanların %80'i, intihar düşöncesi olmayanların ise psikiyatrik grup için %91'i tüm örneklem için %95'i doğru şekilde tespit edilebilmektedir. Tespit edilen bu kesme noktası için yanlış negatif ve yanlış pozitif yüzdeleri de diğer ölçek puanlarına göre görece daha düşöktür.

Elde edilen bu soyut kesme noktasının psikiyatrik hastalarda intihar risk değerlendirmesinde, intihar açısından riskli kişileri belirleme ve bu doğrultuda gerekli uygulamaların yapılmasında kolaylık sağlayacağı düşünölmüştür.

5. SONUÇ

Bu araştırmadan elde edilen bulgular toplu olarak gözden geçirildiğinde İÖÖ'nin, psikiyatrik hastalarda intihar riskinin belirlenmesinde yardımcı olabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak Türk örnekleminde kullanılabileceği görölmüştür. Ancak her çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı sınırlılıkları söz konusudur.

Daha önce de değinildiği gibi intihar karmaşık olduğu kadar aynı zamanda duygusal açıdan yüklü bir olgudur. Özellikle dini açıdan intiharın yasak sayıldığı ölkemizde kişinin kendini öldürmesi kabul edilebilir değildir. Bu nedenle intiharı düşünen ya da böyle bir girişimi olan bir kişinin tabu kabul edilen bu olguyu söze dökmesi oldukça zordur. Bu durum daha önce de bahsedildiği gibi intihar vakalarının gerçek oranını tespit etmeyi ve intihar üzerinde çalışabilmeyi zorlaştırmaktadır. İntihara ilişkin bu sınırlılık bu çalışma için de geçerlidir.

Öncelikle, İÖÖ'nin intiharla ilişkili olması çalışmaya alınmak istenen pek çok kişinin ad, soyad gibi kimlik bilgilerinin alınmamasına karşın çalışmaya katılmak istememe şeklindeki tepkisine yol açmıştır, bazıları bu nedenle çalışmaya dahi katılmamıştır. İntihara ilişkin bu sınırlılıkla ilişkili bir diğer konu ise “sosyal istenilirlik” ile ilişkilidir. Çalışmaya katılan denekler soruları cevaplarken toplumun isteyeceği ve uygun gördüğu cevapları verme eğiliminde bulunmuş olabilirler. Böyle bir eğilim de soruların cevaplarında yanlılık yaratmış olabilir. Sosyal istenilirlik tüm kendini bildirim araçlarının ortak sorunu olmasına rağmen intihar gibi kabul edilebilirliği zor olan bir olgu için bu eğilimi daha da arttırmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı anket bataryasının uzunluğu ile ilişkilidir. Katılımcılara verilen anket bataryası bilgi formu da dahil yaklaşık 100 sorudan oluşmaktaydı. Soru sayısının fazla olması anketleri doldurma isteğini azaltmıştır. Bu sıkıntı kontrol grubuna göre psikiyatrik hastalarda daha yoğun yaşanmıştır. Polikliniğe muayene olmaya gelen ve gerek ruh durumları gerekse zihinleri karmaşık olan hastaların bu isteksizlikleri doğal karşılanmalıdır. Yaşanılan isteksizlik ve zihin karışıklığı soruların yeterince dikkatli okunmasında, anlaşılmasında ve cevaplanmasında bir sınırlama oluşturmuş olabilir.

Çalışmada karşımıza çıkan bir başka sınırlılık metodolojik yöntemle ilişkilidir. Bir ölçeğin belirli bir örneklem için kullanılabilmesi için geçerlik çalışmasının önemi üzerinde daha önce durulmuştur. Risk değerlendirmesi yapan ölçekler için yordayıcı geçerlik daha çok önem kazanmaktadır. Çünkü ölçek, belirli bir davranış örüntüsünün gözleneceğini ileri sürer ve bu tahmin doğrulandığında ölçeğin geçerliği kabul edilir (Hovardaoğlu, 2000). Bu nedenle bir ölçeğin yordama gücü en iyi şekilde bu ölçeğin ölçümleri ile ileride ortaya çıkan ölçme ile karşılaştırılmasıyla suretiyle bulunur. Bu çalışmada ise elde edilen puanların gerçekten intiharı yordayıp yordamadığını anlayabilmenin en önemli yolu testi alan kişilerin gelecekte intihar edip etmediklerini de gözlemleyebilmektir. Ancak bu çalışmada zamanın yeterli olmayışı ve katılımcıların bu denli hassas bir konuda kimlik bilgilerini gizli tutma eğiliminde olmaları nedeni ile bu tür bir takip yapılamamıştır. Her ne kadar bu çalışmada ölçeğin yordama geçerliği incelenmemiş olsa da yapılan analizler sonucu intihar girişiminde bulunan grubun İÖÖ puanlarının, bulunmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu da göstermektedir ki İÖÖ puanlarına bakılarak geçmişteki intihar davranışı yordanabilmektedir. Ancak burada ölçüt geçmişte intihar girişiminde bulunup bulunmamış olmak olduğu için yordama ileriye değil geriye dönük olarak yapılmıştır. Bu yönden düşünüldüğünde çalışmanın kısmen de olsa yordama geçerliğine ilişkin de kanıt sunduğu söylenebilir. Yine de ileriki çalışmalarda ölçeğin yordama geçerliği üzerinde durulmasının ölçeğin geçerliği konusunda daha çok bilgi sunacağı açıktır.

İleriki çalışmalarda üzerinde durulması gereken bir diğer husus ise DFA ile model tekrarına gidilmesidir. Hatırlanacağı gibi yapılan analizler sonucu madde 19 (“İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.”) ve madde 5 (“Çok fazla sorumluluğumun

olduğunu düşünüyorum.”)’in faktör yüklerinin düşük olduğu gözlenmişti. Böyle bir durum model tekrarını öngörmektedir. Oysaki bu çalışmada böyle bir model tekrarına gidilmemiştir.

Bu maddelerin ölçekten çıkartılarak model tekrarına gidilebileceği gibi bu maddeler üzerinde değişiklik yapılabileceği de önerilebilir. Çünkü her iki maddenin (madde 19 ve 5) de orijinal haliyle anlam açısından olumsuz algılanmayabileceği dikkat çekmiştir. Bu nedenle madde 19’un “İnsanların benden yapabileceğimden çok şey beklediklerini hissediyorum”, madde 5’in de “Kaldırabileceğimden / katlanabileceğimden çok daha fazla sorumluluğum olduğunu düşünüyorum.” şeklinde değiştirilmesinin daha uygun olabileceği düşünülmüştür.

Bahsedilen tüm bu sınırlılıklarına rağmen bu çalışmanın çeşitli güçlü yanlarının olduğu ve böylelikle bu alanda yapılan çalışmalara aşağıdaki hususlarda önemli katkı sağladığı düşünülmüştür:

1. Geçerlik ve güvenirlik çalışması için yeterli örneklem büyüklüğü üzerinde çalışılmıştır.
2. Uygulamadaki zorluklarına rağmen psikiyatrik örneklem üzerinde ölçeğin psikometrik özellikleri incelenebilmiştir.
3. Risk değerlendirmesi için kullanılacak bir kesme noktası önerebilmiştir.
4. İntihar gibi insanın yaşamını tehdit eden bir konuda risk değerlendirmesine yönelik klinik çevrelerde kullanılacak teorik açıdan zengin bir alt yapıya sahip güvenilir ve geçerli bir araç sunmuştur.

ÖZET

Tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen intihar son yıllarda ülkemizde de hızla artış göstermektedir. Bu çalışmanın amacı ergen ve yetişkinlerde intihar risk değerlendirmesinde kullanılmak üzere Cull ve Gill (1990) tarafından geliştirilen İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)'nin klinik örneklemedeki geçerliğini ve güvenilirliğini incelemektir. İÖÖ, 36 maddeden oluşan bir kendini bildirim aracıdır ve umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir madde 1 ile 4 arasında değişen 4'lü Likert tipi bir ölçek üzerinden puanlanmaktadır.

Çalışmaya toplam 428 (217 psikiyatrik hasta ve 211 sağlıklı kişi) kişi katılmıştır. Çalışma grubu katılımcıları Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında tedavi gören gönüllü hastalardan, kontrol grubu katılımcıları ise Aydın il merkezinde oturan kişisel ilişkilerle ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından rastgele seçilmiştir.

Ölçeğin güvenilirliği Cronbach Güvenirlik Analizi teknikleri ile hesaplanmıştır. Analiz sonuçları ölçeğin iç tutarlılık ve iki yarım güvenilirliğinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerliği 3 şekilde incelenmiştir. İlk olarak, aynılık geçerliği İÖÖ toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Rosengberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) toplam puanları arasındaki ilişki bakılarak değerlendirilmiştir. İÖÖ ile BDE ve BUÖ puanları arasında beklendiği gibi pozitif yönde anlamlı bir ilişki, RBSÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İkinci olarak, ölçeğin ayırt etme geçerliği t-test ve diskriminant analizi teknikleri ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular ölçeğin halihazırda intihar düşüncesi olan ve olmayan gruplar ile intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan grupları birbirinden ayırt edebildiğini göstermektedir. Ölçeğin yapı geçerliği ise LISREL 8.30 kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile sınanmıştır. Farklı uyma (goodness of fit) istatistikleri temel alındığında modelin verilerle mükemmel olmasa da kabul edilebilir uyum düzeyinde olması ölçeğin yapı geçerliğine yönelik destek sağlamıştır.

Çalışmada son olarak ölçeğin psikiyatrik ve normal bireylerde kullanılabilmesi için kesme noktası araştırılmıştır. Buna göre gerek psikiyatrik hasta grubu için gerekse tüm örneklem için en uygun kesme noktasının 110 olduğu düşünülmüştür.

Sonuç olarak elde edilen bulgular İÖÖ'nin klinik örneklemede kullanılabilir ve güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), İntihar risk değerlendirmesi, geçerlik ve güvenilirlik

SUMMARY

Suicide which has been a big public health problem in the world, also has been risen in our country, recently. The purpose of the current study is to investigate the validity and reliability of Suicide Probability Scale (SPS) developed by Cull and Gill to aid in the assessment of suicide risk in adolescent and adults, in clinical population. SPS is 36-item self-report measure and has 4 subscales which are hopelessness, suicide ideation, negative self-evaluation and hostility. Each item are rated on a 4-point Likert-type scale.

There were 428 (217 psychiatric patients and 211 healthy people) people participated in the study. Study group was consisted of volunteer patient who are treated in the psychiatry department of the Medical School of the University of Aydın Adnan Menderes and control group was consisted of people who are living in Aydın, could be approached with personal relations and were accepted to participate in the study.

The reliability of the scale was computed with Cronbach Reliability Analyze methods. The result of the analyses suggested that the internal consistency and split-half reliabilities of the scale were high.

Validity of the scale was assessed in three ways. First, convergent validity of the SPS was assessed by examining the relationship between the SPS total score and Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). To be expected there were significant positive correlations between SPS and BDI and likewise SPS and BHS; and negative correlation between SPS and RSES. Second, the discriminant validity was examined with the methods of t-test and discriminant analyze. The results of analyses showed that scores on the SPS differentiated between suicide attempters and controls and also the groups which have suicide ideation and which

have not suicide ideation. Third, construct validity of SPS was tested with Confirmatory Factor Analyze (CFA) using LISREL 8.30. As indexed by a variety of fit indices, the model suggested an acceptable fit to data, providing evidence for the construct validity of SPS.

Finally, in this study cutting point of the scale was investigated to use on normal and psychiatric population. The results showed that for the both group of normal and psychiatric patients the most suitable cutting point is 110.

As a result the findings obtained showed that SPS is a valid and reliable measure to use in clinical population.

Key Words: Suicide, Suicide Probability Scale, suicide risk assessment, validity and reliability

KAYNAKÇA

Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB (1989) *Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression*, Psychological Review, 96 (2): 358–372.

Altındağ A, Sır A, Özkan M (2001) *Türkiye’de intihar hızlarındaki değişimler (1974–1998)*, Türkiye’de Psikiyatri, 2: 79–86.

Ateşçi-Çulha F, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M (2002) *İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları*, Klinik Psikiyatri, 5: 22–27.

Aydemir Ç, Vedin-Temiz H, Göka E (2002) *Majör depresyon ve özkıyıda kognitif ve emosyonel faktörler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 13 (1): 33–39.

Baechler J (1980) *A strategic theory*, Suicide And Life-Threatening Behaviour, 10: 70–99.

Balcı A (2005) *Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem, Teknik ve İlkeler*, Pegem Yayınları, Ankara.

Balcı YG, Albek E (2003) *Suicide in the province of Eskişehir, Turkey: the approach of forensic medicine*, Turkish Journal of Medicine Science, 33: 43–47.

Baldessarini RJ, Hennen J (2004) *Genetics of suicide: An overview*, Harvard Review of Psychiatry, 12: 1–13.

Banki CM, Arato M, Papp Z, Kurcz M (1984) *Biochemical markers in suicidal patients. Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and neuroendocrine tests*, Journal of Affective Disorders, 6 (3–4): 341–350.

Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brenner ND (2000) *Suicide ideation among U.S college students: associations with other injury risk behavior*, Journal of American College Health Association, 48: 229–233.

Batgün AD, Şahin NH (2003) *Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi?*, Türk Psikoloji Dergisi, 18: 37-39.

Baumeister RF (1989) *Suicide as escape from self*, Psychological Review, 97 (1): 90–113.

Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T (1995) *İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlik, güvenilirlik çalışması*, Kriz Dergisi, 3: 253–255.

Beck AT (1984). *Internal consistencies of the original and revised BDI*, Journal of Clinical Psychology, 40 (6): 1365–1367.

Beck, AT, Lesker D, Trexler L (1974) *The hopelessness scale*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42: 861–874.

Beck AT, Brown G, Steer RA (1989) *Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52 (2): 309–310.

Beck AT, Kovacs, Weissman A (1979) *Assessment of suicidal ideation: the scale for suicide ideation*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47: 343–352.

Beck AT, Steer R, Ranieri W (1988) *Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version*, Journal of Clinical Psychology, 44: 499–505.

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B (1985) *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*, American Journal of Psychiatry, 142: 559–563.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BM, Steer RA (1990) *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients*. American Journal of Psychiatry, 147: 190–197.

Beck AT (1963) *Thinking and depression*, Archives of General Psychiatry, 9: 326–333

Beck AT (1961) *An inventory for measuring depression*, Archives of General Psychology, 4: 561–571.

Bertolote JM, Fleischmann A (2002) *A global perspective in the epidemiology of suicide*, Suicidology, (7) 2: 6–8

- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D** (2004) *Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence*, *Crisis*, 25: 147–155.
- Brent DA, Mann J** (2005) *Family genetic studies, suicide and suicidal behavior*, *American Journal of Medical Genetics*, 133: 13–24
- Brener N, Hassan S, Barrios L** (1999) *Suicidal ideation among college students in the United States*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 1004–1008.
- Brezo J, Paris J, Turecki G** (2006) *Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts and suicide completions: a systematic review*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113: 180–206.
- Cappelli M, Clulow M, Goodman J, Davidson S, Feder S, Baron P, Manion I, McGrath P** (1995) *Identifying depressed and suicidal adolescents in teen health clinic*, *Journal of Adolescent Health*, 16: 64–70.
- Ceyhun AG, Ceyhun B** (2003) *Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi*, *Klinik Psikiyatri*, 6: 217–224.
- Clopton JR, Post RD, Larde J** (1983) *Identification of suicide attempters by means of MMPI profiles*, *Journal of Clinical Psychology*, 39 (6): 868–871.
- Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I** (2000) *Clinical rating scales in suicide risk assessment*, *General Hospital Psychiatry*, 22: 445–451.
- Cole DA** (1988) *Hopelessness, social desirability, depression and parasuicide in two college student samples*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 131–136.
- Cotton CR, Peters DK, Range LM** (1995) *Psychometric properties of the suicidal behaviors questionnaire*, *Death Studies*, 19: 391–397.
- Cremniter D, Jamain S, Kollenbach K, Alvarez J, Lecrubier Y, Gilton A, Jullien P, Lesier P, Bonnet F, Spreux-Veroquaux O** (1999) *CSF 5-HIAA levels are lower in impulsive as compared to nonimpulsive violent suicide attempters and control subjects*, *Biological Psychiatry*, 45: 1572–1579.
- Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ** (1999) *Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994*, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29: 131–139.
- Cull JG, Gill WS** (1990) *Suicide probability scale*, Western Psychological Services, Los Angeles.

D'Attilio JP, Campbell B (1990) *Relation between death anxiety and suicide potential in an adolescent population*, Psychological Reports, 67: 975–978.

Dean PJ, Range LM (1999) *Testing the escape theory of suicide in an outpatient clinical population*, Cognitive Therapy and Research, 23 (6): 561–572

Demirbaş H, Çelik S, Özgür İ, Doğan İY (2002) *An examination of suicide probability scale in alcoholic in-patients*, Alcohol & Alcoholism, 38 (1): 67–70.

Devrimci-Özgüven H, Sayıl I (2003) *Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour*, Canadian Journal of Psychiatry, 48: 324–329.

Deveci A, Taşkın OE, Erbay-Dündar P, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G (2005) *Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı*, Türk Psikiyatri Dergisi, 16 (3): 170–178.

Devlet İstatistik Enstitüsü (2000) *İntihar İstatistikleri*, DİE matbaası, Ankara.

Dilbaz N, Seber G (1993) *Umutsuzluk kavramı: depresyon ve intiharda önemi*, Kriz Dergisi, 1 (3): 134–138.

Durak A (1994) *Beck umutsuzluk ölçeği geçerlik çalışması*, Kriz Dergisi, 2 (2): 311–319.

Durak-Batgün A (2005) *İntihar Olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlı açısından bir inceleme*, Türk Psikoloji Dergisi, 16 (1): 29–39.

Durak A, Yasak-Gültekin Y, Şahin N (1993) *İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı sürdürme nedenleri envanterinin (YSNE) güvenilirliği ve geçerliği*, Türk Psikoloji Dergisi, 8 (30): 7–19.

Durak A (1993) *Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerliği üzerine bir çalışma*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Durak A (1994) *Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması*, Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31): 1–11.

Durak A, Palabıyıkoglu R (1994) *Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlik çalışması*, Kriz Dergisi, 2 (2): 311–319.

Elmar E, Martin V, Nestor K, Gernot S (2005) *Epidemiology of suicide in Austraria 1990–2000*, Wiener Klinische Wochenschrift, 117 (1–2): 31–35.

Eltz M, Evans AS, Celio M, Dyl J, Hunt J, Armstrong L, Spirito A (2007) *Suicide probability scale and its utility with adolescent psychiatric patients*, Child Psychiatry and Human Development, 38 (1): 17–29.

Engstrom G, Alling A, Blennow K, Regnell G, Trankman-Bendz L (1999) *Reduced cerebrospinal HVA concentrations and HVA/ 5-HIAA ratios in suicide attempters*, European Neuropsychopharmacology, 9: 399–405.

Enns MW, Inayatullah M, Cox B, Cheyne L (1997) *Prediction of suicide intent in aboriginal and non-aboriginal adolescent inpatients: a research note*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 27 (2): 218–222.

Ercan İ, Kan İ (2004) *Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3): 211–216.

Erdman HP, Griest MD, Gustafson DH, Taves JE, Klein MH (1987) *Suicide risk prediction by computer interview: a prospective study*, Journal of Clinical Psychiatry, 48: 464–467.

Erol N (1982) *Ülkemizdeki psikiyatrik hastalarda Minnesota çok yönlü kişilik envanterinin geçerlik araştırması*, Psikoloji Dergisi, (14–15): 15–23.

Erkuş A (2003) *Psikometri Üzerine Yazılar*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Eskin, M. (2003). *İntihar*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara.

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

Eskin M (1993a) *Reliability of Turkish version of the perceived social support from friends and family scales for interpersonal behavior and the suicide probability scale*, Journal of Clinical Psychology, 49: 515–522.

Eskin M (1993b) *Swedish translations of the suicide probability scale, perceived social support from friends and family scales and the scale for interpersonal behavior: a reliability analysis*, Scandinavian Journal of Psychology, 34: 276–281.

Eskin M, Akoğlu A, Uygur B (2006) *Ayaktan tedavi edilen psikiyatrik hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışı ile ilişkisi*, Türk Psikiyatri Dergisi, 17 (4): 266–275.

Eyman JR, Eyman SK (1991) *Personality assessment in suicide prediction*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 21 (1): 37–55.

Fenichel O (1945) *The psyoanalytic theory neurosis*, Çev: Tuncer S, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir.

Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B (2007) *Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: syctematic review of randomised controlled trials*, Primary Care, 330: 1–7.

Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A (2005) Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence, American Journal of Orthopsychiatry, 75: 376–383.

Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown KG, Beck AT (2004) History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology, American Journal of Psychiatry, 161, 437–443.

Graham JR (1998) *MMPI uygulama ve yorumlama rehberi*, Çev: Oya Sorias, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara

Grunebaum MF, Keilp J, Li S, Ellis SP, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ (2004) *Symptom components of standart depression scales and past suicidal behavior*, Journal of Affective Disorders, 87: 73–82.

Greist JH, Gustafson DH, Stauss FF, Rowse G L, Laughren TP, Chiles JA (1973) *A computer interview for suicide risk prediction*, American Journal of Psychiatry, 130: 1328–1332.

Goldney RG (2002) *A global view of suicidal behaviour*, Emergency Medicine, 14: 24–34.

Gonong WF (2002) *Tıbbi Fizyoloji*, Çev: Türk Fizyolojik Bilimler Derneği, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

Gutierrez PM, Osman A, Barrios FX, Baker MT, Haraburda CM (2002) *Development of the reasons for living inventory for young adults*, Journal of Clinical Psychology, 58 (4), 339–357.

Hawton K (1987) *Assessment of suicide risk*, British Journal of Psychiatry, 150: 145–153.

Hovardaoğlu S (2000) *Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri*, VE-GA Yayınları, Ankara.

Hills AL, Brian JC, Mc Williamms LA, Sareen J (2005) *Suicide attempts and externalizing psychopathology in nationally representative sample*, Comprehensive Psychiatry, 46: 334–339.

Hisli N (1988) *Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma*, Psikoloji Dergisi, 6 (2): 118–122.

Hisli N (1989) *Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği*, Psikoloji Dergisi, 7 (23): 3–13.

Inskip HM, Haris EC, Barraclough B (1998) Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 172: 35–37

Inonue K, Tanii H, Fukunaga T, Abe S, Kimura Y, Kajiki N, Koutaro S, Yokoyama C, Okazaki Y (2006) *The importance of the frequency of suicide attempts as a risk factor of suicide*, *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 1–3.

Ivanoff A, Jang SJ, Smyth NF, Linehan MM (1994) *Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The brief reasons for living inventory*, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16: 1–13.

Johnson WB, Lall R, Bongar B, Nordlund MD (1997) *The roll of objective personality inventories in suicide risk assessment: An Evaluation and Proposal*, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (2): 165–185.

Joiner TE, Rudd MD, Rajab MH (1999) *Agreement between self- and clinician-rated suicidal symptoms in a clinical sample of young adults: explaining discrepancies*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (2): 171–176.

Jones JS, Stanley B, Mann JJ, Frances AJ, Guido JR, Trankman-Brendz L, Winchel R, Brown RP, Stanley M (1990) *CSF 5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide*, *American Journal of Psychiatry*, 147: 1225–1227.

Judd C, Smith E, Kidder L (1991) *Research Methods in Social Relations*. International edition. 6th Ed., Fort Worth et al: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, Lecuona J, Joseph S (1994) *Suicide assessment: clinical interview vs. self-report*, *Journal of Clinical Psychology*, 50 (2): 294–298.

Kazdin AE, French NH, Unis AS, Esveldt-Dawson K, Sherick RB (1983) *Hopelessness, depression and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (4): 504–510.

Kisch J, Leino V, Silverman MM (2005) *Aspects of suicidal behavior, depression and treatment in college students: results from the spring 2000 national college health assessment survey*, *Suicide and Threatening Behavior*, 35 (1): 3–13.

Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) *Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey*, *Archives of General Psychiatry*, 56: 617–626.

Kuo W, Gallo JJ, Eaton WW (2004) *Hopelessness, depression, substance disorder and suicidality: a 13 year community-based study*, *Social Psychiatry Epidemiology*, 39: 497–501.

Larsson B, Ivarsson T (1998) *Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide*, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7: 201–208.

Larzelere RE, Smith GL, Batenhorst LM, Kelly DB (1996) *Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment*, *Journal of The American Academy Child and Adolescent Psychiatry*; 35 (2): 166–172.

Leenaars AA (1988) *Suicide notes*. New York: Human Sciences Press.

Lester D (1998) *Theories of suicidal behavior applied to Sylvia Plath*, *Death Studies*, 22: 655–666.

Lester D (1970) *Attempts to predict suicidal risk using psychological tests*, *Psychological Bulletin*, 74 (1): 1–17.

Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, Saraceno B (2003) *Trends in mortality from suicide, 1965–99*, *Acta Psychiatrica Scand*, 108: 341–349.

Levine S, Ancill RJ, Roberts AP (1989) *Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80: 216–220.

Lidberg L, Belfrage M, Mattila EM, Asberg M (2000) *Suicide attempts and impulse control disorders are related to low cerebrospinal fluid 5-HIAA in mentally disordered violent offenders*, *Acta Psychiatrica Scand*, 101: 395–402.

Linehan, MM (1981). *Suicidal behaviors questionnaire*, Unpublished inventory, University of Washington, Seattle, Washington.

Linehan MN, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA (1983) *Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51: 276–286.

Mahendran R (2006) *The risk of suicidality with selective serotonin reuptake inhibitors*, Annuals of Academic Medicine, 35: 96–99.

Maris RW (2002) *Suicide*, Lancet, 360: 319–326.

Miller I, Norman W, Bishop S, Doe M (1986) *The modified scale for suicide ideation: reliability and validity*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54: 724–725.

Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R (1973) *Hopelessness, Depression and attempted suicide*, American Journal of Psychiatry, 130 (4): 455–459.

Möller HJ, Grunze H (2000) *Have some guidelines for the treatment of acute bipolar depression gone too far in the restriction of antidepressants?*, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 250: 57-68.

Murphy GE (1984) *The prediction of suicide: why is it so difficult?*, American Journal of Psychotherapy, 18 (3): 341–349.

Nimeus A, Traskman-Bendz L, Aslen M (1997) *Hopelessness and suicidal behavior*, Journal of Affective Disorders, 42, 137–144.

Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M, Traskman-Bendz L, Aberg-Wistedt A, Nordin C, Bertilsson L (1994) *CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide*, Suicide and Life-Threatening Behav, 24 (1): 1–9.

Nunnally JC, Bernstein IH (1994) *Psychometric Theory*, 3th Ed., Mc Graw-Hill Series in Psychology, USA.

Odağ C (2002) *İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım*, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir.

Osman A, Downs W, Kopper B, Barrios F, Baker M, Osman J (1998) *The reasons for living inventory for adolescents (RFL-A): development and psychometric properties*, Journal of Child Psychology, 54: 1063–1078.

Osman A, Gregg CL, Osman JR, Jones K (1992) *Factor structure and reliability of the reasons for living inventory*, Psychological Reports, 70: 107–112.

Oquendo MA, Russo S, Ellis SP, Grunebaum M F, Burke A, Mann JJ (2004) *Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorders or bipolar disorders*, American Journal of Psychiatry, 161: 1433–1441.

Overholser JC, Adams DM, Lehnert, KL, Brinkman LC (1995) *Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34 (7): 919-928.

Packman WL, Marlitt RE, Bongar B, Pennuto TO (2004) *A comprehensive and concise assessment of suicide risk*, Behavioral Sciences & The Law, 22: 667–680.

Pinto A, Whisman MA, Conwell Y (1998) *Reasons for living in a clinical sample of adolescents*, Journal of Adolescence, 21: 397–404.

Pokorny AD (1983) *Prediction of suicide in psychiatric patients*, Archives of General Psychiatry, 40: 249–257.

Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K (2000) *Suicide in psychiatric hospital in-patients*, British Journal of Psychiatry, 176: 266–272.

Range LM, Antonelli KB (1990) *A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide college students*, Journal of Personality Assessment, 55: 804–811.

Range LM, Knott EC (1997) *Twenty suicide assessment instruments: evaluation and recommendations*, Death Studies, 21: 25–58.

Reynold WM (1987) *Suicide ideation questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Ritter DR (1990) *Adolescent suicide: social competence and problem behavior of youth at high risk and low risk for suicide*, School Psychology Review, 19; 83–95.

Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH (1993) *Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior*, American Journal of Psychiatry, 150 (6): 928–934.

Sayar K, Kose S, Acar B, Ak İ, Reeves R (2004) *Predictors of suicidal behaviors in a sample of Turkish suicide attempters*, Death Studies, 28 (2): 137–150.

Sayıl I (1992) *İntiharı konu alan yayınlar üzerine bir çalışma*, Kriz Dergisi, 1: 38–41.

Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimcil H (1993) *Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir çalışma*, Kriz Dergisi, 1 (2): 56–61.

Savaşır, I (1981) *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı (Türk satandardizasyonu)*, Sevinç Matbaası, Ankara.

Savaşır I, Şahin NH (1997) *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*, Türk Psikologlar Deneği Yayınları, Ankara.

Seber G (1991) *Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği üzerine bir çalışma*, Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Eskişehir.

Shneidman ES (1985) *Definition of suicide*. New York: John Wiley.

Spießl H, Hübner-Liebermann B, Cording C (2002) *Suicidal behaviour of psychiatric in-patients*, Acta Psychiatr Scand, 106: 134–138.

Sepaher I, Bongar B, Grene RL (1999) *Codetype base rates fort he “I mean business” suicide items on MMPI-2*, Journal of Clinical Psychology, 55 (9): 1167-1173.

Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. (1996). *Mental disorders and comorbidity in attempted suicide*, Acta Psychiatr Scand, 94: 234–240.

Spirito A, Faust D, Myers B, Bechtel D (1988) *Clinical utility of the MMPI in the evaluation of adolescent suicide attempters*, Journal of Personality Assessment, 5 (2): 204–211.

Spreux-Varoquaux O, Avarez JC, Berlin I, Batista G, Despierre PG, Gilton A, Cremniter D (2001) *Differential abnormalities in plasma 5-HIAA and platelet serotonin concentrations in violent suicide attempters: relationships with impulsivity and depression*, Life Sciences, 69 (6): 647–56.

Steer RA, Kumar F, Beck AT (1993) *Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 1096–1099.

Stewart SM, Kennard BD, Lee P W, Mayes T, Hughes C, Emslie G (2005) *Hopelessness and suicidal ideation among adolescent in two cultures*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46 (4): 364–372.

Tatman S, Grene A, Karr L (1993) *Use of the suicide probability scale with adolescent*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 23: 188–203.

Tartaro C, Lester D (2005) *An application of durkheim’s theory of suicide to prison suicide rates in the United states*, Death Studies, 29: 413–422.

Tournier M, Molimard M, Audrey C, Abouelfalth A, Fourrier A, Verdoux H (2005) *Psychiatryic disorders and their comorbidity in subjects with parasuicide by ideation by intentional drug overdose: Prealence and gender differences*, Psychiatry Research, 136: 93–100.

Tuğcu H (1996) *Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Or, P (2003). *Possible risk factors for suicide: depression, anxiety, possitive and negative affect, academic achievment, problem-solving skills, and family relations*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

van Prag HM (1986) *Biological suicide research: outcome and limitations*, Biological Psychiatry, 21: 1305–1323.

van Heringen K (2003) *The neurobiology of suicide and suicidality*, Canadian Journal of Psychiatry, 48 (5): 292–299.

Vander AJ, Sherman JH, Luciano DS (1994) *Human Physiology*, 6th Ed., International Edition, USA.

Varnik A, Tooding L, Palo E, Wasserman D (2003) *Suicide and homicide: Durkheim's and Henry & Short's theories tested on data from baltic states*, Archieves of Suicide Research, 7: 51–59.

Watson CG, Klett WG, Walters C, Vassar P (1984) *Suicide and the MMPI: A cross-validation of predictors*, Journal of Clinical Psychology, 40 (1): 115–119.

Welch SS (2001) *A review of literature on the epidemiology of parasuicide in the general population*, Psychiatr Serv, 52: 368–375.

WHO (2000). *Suicide Prevention*, Erişim: [<http://www.who.int/topics/suicide/en/>]. Erişim Tarihi: 16. 06. 2006.

Wilburn VR, Smith DE (2005). *Stres, self-esteem and suicidal ideation in late adolescents*, Adolescence, 40 (157): 33-45.

Wingate LR, Joiner TE, Walker RL, Rudd MD, Jobes DA (2004) *Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment*, Behavioral Sciences and the Law, 22: 651–665

Witte TK, Fitzpztric KK, Warren KL, Schatschneider C, Schmidt NB (2005) *Naturalistic evaluation of suicidal ideation: variability and relation to attempt status*. Behaviour Research And Therapy.

Wood P, Silverman E, Gentilini J, Cunningham D, Grieger R (1991) *Cognitive variables related to suicidal contemplation in adlescents with implications for long-range prevention*, Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 9: 215–245.

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri

Adı Soyadı: Zehra Atlı

Doğum Yeri: Aydın Merkez

Doğum Tarihi: 13. 05. 1982

Eğitim Bilgileri

1988-1993 Yahya Kemal Beyatlı İlkokulu
1993-2000 Aydın Adnan Menderes Anadolu Lisesi
2000-2004 Hacettepe Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
2000- Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Mesleki Bilgiler

2006-2007 Psikolog
Erciyes Üniversitesi
Mediko-Sosyal Sağlık Ünitesi- KAYSERİ
2007- Psikolog
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği- İZMİR

TEŞEKKÜR

Kendisinden yalnızca klinik psikoloji alanına ilişkin eşsiz bilgi ve becerilerinden değil aynı zamanda yaşama yönelik pratik görüşlerinden de sonuna kadar yararlandığım, akademik ve kişisel gelişimime önemli katkılar sağlayan, tez çalışmamda bilgi ve desteğini hiç bir zaman esirgemeyen hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Mehmet Eskin'e;

Yüksek lisans eğitimim süresince eğitimime önemli katkıları olan, motivasyonumu daima canlı tutmamı sağlayan, her konuda yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Çiğdem Dereboy'a;

Tezimin analiz aşamasında bilgi ve yardımlarını esirgemeyen, sosyal açıdan da bir perspektif sağlayarak klinik psikolojiye daha geniş açıdan bakmamı sağlayan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hacer Harlak'a;

Değerli bilgi ve önerileriyle daima öğretici ve yardımcı olan, kendimi bu alanda geliştirmem için kliniğin tüm olanaklarını sunan, yüzünden eksilmeyen gülüşü ve enerjisiyle motivasyonumu arttıran hocam sayın Prof. Dr. Ferhan Dereboy'a;

Yoğun ve yorucu geçen bu süreçte omuz omuza vererek beraberce adım adım ilerlediğimiz, en büyük destekçim sevgili dostum ve meslektaşım Psk. Şenay Şenyuva'ya;

Yüksek lisans programına girmemde ve bu dönemi tamamlamamda tüm destek ve önerileri için meslektaşım ve sevgili arkadaşım Uzm. Psk. Kamil Ertekin'e;

Çalışmanın değişik aşamalarında bana yardımcı olan ADÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına;

Ve son olarak varlıklarıyla bana güç katan, bu süreçte maddi manevi yardımlarını esirgemeyen sevgili anne, baba ve kardeşlerime verdikleri tüm güzellikler için teşekkür ederim...

BİLGİ FORMU

Aşağıdaki her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve hiç bir soruyu atlamadan kendiniz için uygun olan parantezin içerisine (X) işareti koyunuz, (.....) noktalı yerlere ise uygun olan cevapları yazınız

1. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış () Dul

4. Eğitiminiz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () 2 yıllık yüksekokul
() 3 yıllık yüksekokul () 4 yıllık yüksekokul () Diğer:

5. Mesleğiniz:

6. Hastaneye gelmenizi gerektiren şikayet (ler)iniz nedir? Kısaca yazınız.

.....
.....

7. Aşağıdaki olaylardan herhangi birinin hiç başınıza gelip gelmediğini (X) işareti koyarak belirtiniz. (Birden fazla olay işaretleyebilirsiniz.)

- () Hayati bir tehlike atlatmak
- () Kötü muamele görmek
- () Depremi yaşamak
- () Bir kaza veya şiddet olayında bir yakınını kaybetmek
- () Ciddi bir kaza geçirmek
- () Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürme girişimi
- () Cinsel tacize uğramak
- () Bir yakının veya yakın bir arkadaşın kendini öldürmesi
- () Depremde bir yakını veya yakın bir arkadaşı kaybetmek
- () Silahlı bir çatışmaya katılmak
- () İşkence görmek
- () Tutuklanmak
- () Hapse girmek
- () Diğer:

8. Kendinizi öldürmek için hiç girişimde buldunuz mu?: () Evet () Hayır
(Cevabınız “evet” ise aşağıdaki soruları (a, b, c, d) cevaplayınız. Cevabınız “hayır” ise 9. soruya geçiniz.)

a. Kaç kez kendinizi öldürme girişiminiz oldu?:

b. Kendinizi öldürme girişim(ler)inizin zamanını aşağıdaki şekilde kaydediniz.

	<u>Gün</u>	<u>Ay</u>	<u>Yıl</u>
Girişim1:
Girişim2:
Girişim3:
Girişim4:

c. Kendinizi öldürme girişim(ler)inizde kullandığınız yöntemleri aşağıdaki boşluklara X işareti koyarak belirtiniz.

	<u>Girişim 1</u>	<u>Girişim 2</u>	<u>Girişim 3</u>	<u>Girişim 4</u>
İlaçla	()	()	()	()
Zehirle	()	()	()	()
Asarak	()	()	()	()
Kesici Aletle	()	()	()	()
Boğarak	()	()	()	()
Yüksekten Atlama	()	()	()	()
Diğer

d. İntihar girişiminde bulunduğunuz an kendinizi ne kadar çok öldürmeyi istediniz?

(Her bir girişim için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.)

	Hiç İstemedim	Çok Fazla İstedim
Girişim1:	0.....1.....2.....3.....4.....5	
Girişim2:	0.....1.....2.....3.....4.....5	
Girişim3:	0.....1.....2.....3.....4.....5	
Girişim4:	0.....1.....2.....3.....4.....5	

9. Şu an kendinizi öldürmeyi düşünüyor musunuz? () Evet () Hayır

(Cevabınız “evet” ise aşağıdaki soruyu cevaplayınız. Cevabınız “hayır” ise 10. soruya geçiniz.)

* Kendinizi ne kadar çok öldürmeyi istiyorsunuz? (Uygun rakamı yuvarlak içine alınız.)

Hiç İstemiyorum

Çok Fazla İstiyorum

0.....1.....2.....3.....4.....5

10. Ne kadar süredir psikiyatrik tedavi görüyorsunuz?:

11. a. Şu an herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

b. Kullanıyorsanız hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

c. İlaç kullanmıyorum psikoterapi görüyorum. () Evet () Hayır

d. Hem ilaç kullanıyorum hem psikoterapi görüyorum. () Evet () Hayır

BİLGİ FORMU (X)

Aşağıdaki her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve hiçbir soruyu atlamadan kendiniz için uygun olan parantezin içerisine (X) işareti koyunuz, (.....) noktalı yerlere ise uygun olan cevapları yazınız

1. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış () Dul

4. Eğitiminiz: () İlkokul () Ortaokul () Lise () 2 yıllık yüksekokul
() 3 yıllık yüksekokul () 4 yıllık yüksekokul () Diğer:

5. Mesleğiniz:

6. Hastaneye gelmenizi gerektiren şikayetiniz nedir? Kısaca yazınız.

.....
.....
.....

7. Aşağıdaki olaylardan herhangi birinin hiç başınıza gelip gelmediğini (X) işareti koyarak belirtiniz. (Birden fazla olay işaretleyebilirsiniz.)

- () Hayati bir tehlike atlatmak
- () Kötü muamele görmek
- () Depremi yaşamak
- () Bir kaza veya şiddet olayında bir yakınını kaybetmek
- () Ciddi bir kaza geçirmek
- () Bir yakınını veya yakın bir arkadaşın kendini öldürme girişimi
- () Cinsel tacize uğramak
- () Bir yakınını veya yakın bir arkadaşın kendini öldürmesi
- () Depremde bir yakını veya yakın bir arkadaşı kaybetmek
- () Silahlı bir çatışmaya katılmak
- () İşkence görmek
- () Tutuklanmak
- () Hapse girmek

() Diğer:

8. Kendinizi öldürmek için hiç girişimde buldunuz mu?: () Evet () Hayır

(Cevabınız “evet” ise aşağıdaki soruları (a, b, c, d) cevaplayınız. Cevabınız “hayır” ise 9. soruya geçiniz.)

e. Kaç kez kendinizi öldürme girişiminiz oldu?:.....

f. Kendinizi öldürme girişim(ler)inizin zamanını aşağıdaki şekilde kaydediniz.

	<u>Gün</u>	<u>Ay</u>	<u>Yıl</u>
Girişim1:
Girişim2:
Girişim3:
Girişim4:

c. Kendinizi öldürme girişim(ler)inizde kullandığınız yöntemleri aşağıdaki boşluklara X işareti koyarak belirtiniz.

	<u>Girişim 1</u>	<u>Girişim 2</u>	<u>Girişim 3</u>	<u>Girişim 4</u>
İlaçla	()	()	()	()
Zehirle	()	()	()	()
Asarak	()	()	()	()
Kesici Aletle	()	()	()	()
Boğarak	()	()	()	()
Yüksekten Atlama	()	()	()	()
Diğer

d. İntihar girişiminde bulunduğunuz an ne kadar çok kendinizi öldürmeyi istediniz?

(Her bir girişiminiz için uygun rakamı yuvarlak içine alınız.)

	Hiç İstemedim	Çok Fazla İstedim
Girişim1:	0.....1.....2.....3.....4.....5	
Girişim2:	0.....1.....2.....3.....4.....5	
Girişim3:	0.....1.....2.....3.....4.....5	
Girişim4:	0.....1.....2.....3.....4.....5	

9. Şu an kendinizi öldürmeyi düşünüyor musunuz? () Evet () Hayır

(Cevabınız “evet” ise aşağıdaki soruyu cevaplayınız. Cevabınız “hayır” ise 10. soruya geçiniz.)

* Kendinizi ne kadar çok öldürmeyi istiyorsunuz? (Uygun rakamı yuvarlak içine alınız.)

Hiç İstemiyorum

Çok Fazla İstiyorum

0.....1.....2.....3.....4.....5

10. Hayatınızda hiç psikiyatrik tedavi (psikiyatrik ilaç ya da psikoterapi) gördünüz mü?

() Tedavi görmedim.

() Geçmişte tedavi gördüm.

() Şuan tedavi görüyorum.

() Hem geçmişte tedavi gördüm hem de şuan tedavi görüyorum.

[Şuan tedavi görüyorsanız aşağıdaki soruları da (a, b, c, d, e) cevaplayınız]

a. Ne kadar süredir psikiyatrik tedavi görüyorsunuz?.....

b. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

c. İlaç kullanıyorsanız hangi psikiyatrik ilaçları kullanıyorsunuz?

d. İlaç kullanmıyorum, psikoterapi görüyorum. () Evet () Hayır

e. Hem ilaç kullanıyorum hem de psikoterapi görüyorum. () Evet () Hayır