



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ADÖLESAN GEBELERDE SUİSİDALİTE VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Yasin ÇALIŞKAN

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Burak DOĞANGÜN

İSTANBUL - 2018

TEŞEKKÜR

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 'nda geçirdiğim 4 yıl boyunca eğitimim için verdiği cesaret, rehberlik, destek, tavsiye, bilgi ve deneyimlerini paylaşan tez danışmanım değerli Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Burak Doğançin'e,

Tez çalışmam ve asistanlığımın tüm süreçlerinde her an yanımda olan, tecrübe, bilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocamız ve abimiz Doç. Dr. M. Tayyib Kadak'a,

Asistanlığım sürecinde mesleki deneyiminden istifade ettiğim Uzm. Dr. R. Hülya Bingöl'e

Değerli vaktinden kliniğimize zaman ayırıp engin bilgi ve mesleki tecrübelerini paylaşan değerli Hocamız Prof. Dr. Levent Kayaalp'e

Psikiyatri ve çocuk nöroloji rotasyonlarında bilgilerinden yararlandığım Prof. Dr. Alaattin Duran, Prof. Dr. Kemal Arıkan, Prof. Dr. Sema Saltık, Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel, Doç. Dr. Burç Çağrı Poyraz, Doç. Dr. Cana Aksoy, Doç. Dr. Şenol Turan ve tüm hocalarıma,

Dört yıllık süreçte birlikte çalışmaktan keyif aldığım, yardım ve desteklerini esirgemeyen asistan arkadaşlarım Dr. Abas Haşimoğlu, Dr. Tuncay Sandıkçı, Dr. Yavuz Meral, Dr. Tuğçe Öncü, Dr. Z. Seda Sertdurak, Dr. Emrehan Kırtas, Dr. Gizem Durcan, Dr. Burçin Ateş, Dr. Neşe Erdim, Dr. Ceren Kaya, Dr. Zehra Koyuncu, Dr. Hazal Akman, Dr. Seda Güneysu, Dr. Nihal Serdengeçti ve kliniğimizin diğer çalışanlarına

Hayatım boyunca maddi ve manevi olarak destekleyen Annem Ayşe, Babam Bayram, kardeşlerim Feyza ve Furkan'a

Hayatımın her anında yanımda olan, desteğini sürekli hissettiğim, neşesi ve tez canlılığıyla hayatıma renk katan, hayat denen bu yolda tüm zorlukları beraber aştığımız yoldaşım ve sevgili eşim Meltem'e, yakın zamanda ailemize katılan, sıcacık gülümsemesi ve hareketliliğiyle enerji veren, ailemizin neşesi sevgili kızım Zeynep'e

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yasin Çalışkan

İçindekiler

TEŞEKKÜR	i
İçindekiler.....	ii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY	ix
1 GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2 GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 ADÖLESAN GEBELİKLER.....	3
2.1.2 ADÖLESAN GEBELİK EPİDEMİYOLOJİSİ.....	4
2.1.3 ADÖLESAN GEBELİĞİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER:.....	6
2.1.4 ADÖLESAN GEBELİKLERİN SONUÇLARI:.....	8
2.2 ADÖLESANLARDA SUİSİDALİTE	9
2.2.1 ADÖLESANLARDA İNTİHAR DAVRANIŞI EPİDEMİYOLOJİSİ:.....	10
2.2.2 ADÖLESANLARDA İNTİHAR İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ:	11
2.3 ADÖLESAN GEBELİĞİ VE İNTİHAR DAVRANIŞI:	17
2.4 ALGILANAN SOSYAL DESTEK:.....	17
3 GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1 ARAŞTIRMA MERKEZİ VE ÖRNEKLEM	19
3.2 UYGULAMA:.....	20
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	20
3.3.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	21
3.3.2 ÇADÖ-Y:	21
3.3.3 İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ:	21
3.3.4 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ:.....	22
3.3.5 İSTATİKSEL ANALİZ:	23
4 BULGULAR	24
4.1 GEBE VE GEBE OLMAYAN ADÖLESANLARIN GRUPLARIN BULGULARI.....	24
4.1.1 Gebe ve Gebe Olmayan Adölesanların Sosyodemografik Özellikleri	24
4.1.2 Gebe ve Gebe Olmayan Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	26

4.1.3	Gebe ve Gebe Olmayan Adölesanların Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri:	27
4.1.4	Gebe ve Gebe Olmayan Adölesanların Ailelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması:	27
4.1.5	Partnerlerin Sosyodemografik Özellikleri	29
4.1.6	Adölesanların gebeliklerinin planlı / istenen gebelik olarak tanımlanması	29
4.1.7	Gebe Olan ve Olmayan Adölesan Gebelerin Şimdiki ve Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Tanıları	30
4.1.8	Gebe Olan ve Olmayan Adölesan Gebelerin Şimdiki ve Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Tanılarının Karşılaştırılması	31
4.1.9	Gebe olan ve olmayan adölesanların ÇADÖ-Y ve İÖÖ puanları açısından karşılaştırılması	32
4.1.10	Gebe ve gebe olmayan grup arasında ÇBASD ölçek puanlarının karşılaştırılması	33
4.2	GEBE ADÖLESAN GRUBUNDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN İLE OLMAYAN GRUPLARIN BULGULARI	34
4.2.1	Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması:	34
4.2.2	Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında Aile Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması:	36
4.2.3	Adölesan gebe grubunda intihar girişimi olan ile olmayanlar arasında ÇADÖ-Y ve İÖÖ karşılaştırılması:	38
4.2.4	Adölesan gebe grubunda intihar girişimi olan bireyler ile olmayanlar arasında ÇBASDÖ karşılaştırılması:	39
4.2.5	Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Şimdiki ve Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Tanılarının Karşılaştırılması:	40
4.3	ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON BULGULARI:	41
4.3.1	Gebe Adölesan Grubunda ÇADÖ-Y Ve İÖÖ Puanlarının Korelasyonu:	41
4.3.2	Gebe Adölesan Grubunda ÇADÖ-Y Ve ÇBASD Ölçeği Puanlarının Korelasyonu: ...	42
4.3.3	Gebe Adölesan Grubunda ÇBASD ve İÖÖ Ölçeği Puanlarının Korelasyonu:	43
4.3.4	Gebe Olmayan Adölesan Grupta ÇBASDÖ ve İÖÖ Puanlarının Korelasyonu	44
4.3.5	Gebe Olmayan Adölesan Grupta ÇADÖ-ÇBASD Puanlarının Korelasyonu:	45
4.3.6	Gebe Olmayan Adölesan Grupta ÇADÖ-İÖÖ Puanlarının Korelasyonu:	46
5	TARTIŞMA	47
5.1	Gebe ve Gebe Olmayan Adölesanların Değerlendirilmesi	47
5.2	Gebe adölesanlarda intihar girişimi olan ve olmayan olguların değerlendirilmesi	51
6	SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7	KAYNAKÇA	57

8	EKLER	72
	EK-1: Sosyodemografik Veri Formu	72
	Ek-2: İntihar Olasılığı Ölçeği	74
	Ek-3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	76
	EK-4: Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)	77



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması	25
Tablo 2:Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında Aile Sosyodemografik Özellikleri Ve Karşılaştırılması	28
Tablo 3: Gebe Adölesanların Partnerlerinin Sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 4: İki Grubun Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Tanıları	30
Tablo 5:İki Grubun Şimdiki Ruhsal Hastalık Tanıları	30
Tablo 6: Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında Şimdi veya Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 7:Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında ÇADÖ-Y Ve İOO Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 8:Gebe Ve Gebe Olmayan Grup Arasında ÇBASD Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 9:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında Sosyodemografik Özellikler ve Karşılaştırılması	35
Tablo 10:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında Aile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 11:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında ÇADÖ-Y Ve İOO Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 12:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında ÇBASD Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 13:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Şimdi ve Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması	40
Tablo 14:Gebe Adölesan Grubunda ÇADÖ-Y ve İOO Puanlarının Korelasyonu.....	41
Tablo 15: Gebe Adölesan Grubunda ÇADÖ-Y ve ÇBASD Ölçeği Puanlarının Korelasyonu:.....	42
Tablo 16: Gebe Adölesan Grubunda ÇBASD ve İOO Ölçeği Puanlarının Korelasyonu:.....	43
Tablo 17:Gebe Olmayan Adölesan Grupta ÇBASDÖ ve İOO Puanlarının Korelasyonu.....	44

Tablo 18: Gebe Olmayan Adölesan Grupta ÇADÖ-ÇBASD Puanlarının Korelasyonu	45
Tablo 19: Gebe Olmayan Adölesan Grupta ÇADÖ-İÖÖ Puanlarının Korelasyonu..	46



KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TNSA: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması

TUIK: Türkiye İstatistik Kurumu

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş

SPSS: The Statistical Package for Social Sciences

ÇDŞG-ŞY: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZET

Arka Plan ve Amaç: Adölesan gebeliği ve adölesanlarda suisidalite ortak risk faktörlerini paylaşmaktadır. Bu risk faktörleri düşük sosyoekonomik durum, sınıf tekrarı, göç, gergin aile içi ilişkiler, düşük sosyal destek seviyesi, fiziksel ve cinsel istismar, şiddete maruziyet öyküsü, depresyon ve anksiyete semptomları, alkol ve madde kötü kullanımınıdır. Bu çalışmada amacımız ruhsal hastalık, geçmişte fiziksel ve cinsel travma öyküsü varlığı ve algılanan sosyal desteğin; suisidalite ve adölesan gebeliğiyle ilişkili olup olmadığını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya gebe olan ve olmayan 13-19 yaş arası adölesanlardan 50'şer kişi dahil edildi. Bütün olgular Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-SY) ile değerlendirildi. Ayrıca her iki gruba Sosyodemografik Veri Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği verildi.

Bulgular: Adölesanlarda gebe olan grupta olguların % 18'inde (n=9) , gebe olmayan olguların ise %6'sında (n=3) intihar girişimi vardı (p=0.124). Okula devam durumu ve eğitim durumu gebe olmayan grupta daha yüksek olarak saptandı (p<0.001). Gebe olan grupta sigara kullanımı gebe olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksekti (p=0.001). Yaşam boyu herhangi bir ruhsal hastalık tanısı alma gebe olan grupta gebe olmayan gruba istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksekti (p=0.02). Geçmişte fiziksel ve cinsel travma öyküsü gebe olan grupta gebe olmayan gruba oranla anlamlı olarak değerlendirildi (p<0.05).

Sonuç: Bulgularımız gebe olan adölesanlarda, gebe olmayan adölesanlara göre intihar girişimi öyküsünün daha sık olabileceğini göstermektedir. Gebe adölesanlarda fiziksel ve cinsel travma öyküsünün daha sık olduğunu göstermektedir. Adölesan gebelerde, fiziksel ve cinsel travma öyküsü ve intihar girişimi daha fazla gözlemlendiği için bu tür olumsuz yaşam deneyimleri olan adölesanların psikososyal açıdan riskli olabileceği düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Adölesan Gebeliği, İntihar Davranışı, İntihar Girişimi, Fiziksel Travma,Cinsel Travma

SUMMARY

Objective: Adolescent pregnancy and adolescents suicidal behavior share common risk factors. These risk factors are low socioeconomic status, class repetition, immigration, tense family relations, low level of social support, physical and sexual abuse, exposure to violence history, depression and anxiety symptoms, alcohol and substance abuse. In this study, our aim is to lifetime and current psychiatric disorders, the presence of a history of physical and sexual trauma in the past and perceived social support; to determine whether there is a relationship with suicidal behavior and adolescent pregnancy.

Methods: Included in this research, were 100 adolescents aged 13-19 years pregnant and not pregnant. All cases were assessed with Affective Disorders and Schizophrenia Interview Schedule for School-age Children-Now and Lifelong Turkish Adaptation (K-SADS-PL). In addition, both groups were given Sociodemographic Data Form, Suicide Probability Scale, Revised Children's Anxiety and Depression scale.

Results: Pregnant adolescent %18(n=9) , %6 (n = 3) of non-pregnant cases had suicide attempts (p=0.124). School continuation and educational status were higher in non-pregnant group (p<0.001). Smoking is significantly higher in the pregnant group than the non-pregnant group (p=0.001). The diagnosis of lifetime any psychiatric disease was significantly higher in the pregnant group than in the non-pregnant group (p=0.02). The history of physical and sexual trauma was significantly higher in the pregnant group compared to the non-pregnant group (p<0.05).

Conclusions: This study shows that physical and sexual trauma history is more common in pregnant adolescents in contrast to non pregnant adolescents. Since adolescents with physical and sexual trauma and suicide attempt are more common in adolescent pregnancies, we think that adolescents with such negative life experiences may be psychosocially at risk.

Keywords: Adolescent Pregnancy, Suicidality, Suicide Attemp, History of Physical and Sexual Trauma

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Adölesan gebeliği, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10–19 yaş arası kızlarda ortaya çıkan gebelik olarak tanımlanmaktadır (1). Vakaların% 90'ından fazlası gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmesine rağmen (1), dünya çapında ciddi bir sağlık ve sosyal sorundur (2, 3).

Adölesan dönemde bir genç kızda anne olabilecek bedensel gelişme tamamlanmadığı gibi doğacak çocuğa bakabilecek ve bu yükü kaldırabilecek bilgi birikimi ve sorumluluk bilinci de gelişmemiştir(4). Adölesan kızların gebeliğini etkileyen tek faktör fizyolojik olgunluk değildir. Yoksulluk, eğitim eksikliği ve yetersiz aile desteği gibi sosyal faktörler, onları cinsel yolla bulaşan hastalıklar, güvenli olmayan düşükler, doğum ve doğum komplikasyonları açısından yüksek risk altında tutar (5).

Adölesan gebelerin bir kısmının gebeliği planlı ve isteniyorken, bir kısmı plansız ve istenmeyen gebeliklerdir. Adölesan dönemde plansız ve istenmeyen gebeliklere katkıda bulunan çeşitli faktörler vardır. Adölesanların evlilik ve çocuk doğurma konusunda baskı altında olması, gebelikten nasıl korunacağına dair bilgi yetersizliği, istenmeyen cinsel ilişkiye karşı koyamamaları bu faktörlerden bazılarıdır. Gebe kalan adölesanların, yetişkinlere oranla gebelikleri sonlandırmak için yasal ve güvenli kürtaj elde edebilmeleri daha az olasıdır (6). Dahası, kendilerine bakmaya hazır olmayan ebeveynlerden doğan çocuklar birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Adölesan istismar, ihmal ve okul başarısızlığı riski altındadır ve daha sonra suç davranışına girme olasılığı daha yüksektir (7).

Suisidalite (İntihar davranışı) terimi, intihar düşüncesi, kasıtlı olarak kendine zarar verme ve tamamlanmış intiharı kapsayan genel bir tanım olarak kullanılmaktadır (84). Gençlerin intihar oranları birçok coğrafi bölgede artmaktadır (8). Türkiye İstatistik Kurumunun (TUİK) 2014 verilerine göre kadınlarda 15-19 yaş grubunda intihar girişimi yüz binde 4,30 olarak saptanmıştır. 15-19 yaş grubu adölesanlar, intihar eden kadın cinsiyete sahip kişiler arasında en fazla intiharların olduğu yaş grubu olarak saptanmıştır (9).

Algılanan sosyal destek, bireyin ihtiyaç anında yeterli desteğin sağlanabileceğine olan güvenini ifade eder. Bireylerin değerli ve kabul edilmiş hissetme duygusu sağlayarak ve uygun başa çıkma cevapları vererek stresli yaşam olaylarını yönetmelerine yardımcı olabilir. Diğer insanlardan sağlanan destek sağlık ve esenlik konusunda etkili bir rol oynayabilir (10).

Yüksek düzeydeki sosyal destek pozitif sağlık sonuçları ile ilişkiliyken, düşük seviyedeki sosyal destek daha kötü sağlık sonuçları veya risk alma davranışı ile ilişkilidir (11).

Adölesan gebeliği ve adölesanlarda intihar davranışı ortak risk faktörlerini paylaşmaktadır. Bu risk faktörleri düşük sosyoekonomik durum, sınıf tekrarı, göç, gergin aile içi ilişkiler, düşük sosyal destek seviyesi, fiziksel ve cinsel istismar, şiddete maruziyet öyküsü, depresyon ve anksiyete semptomları, alkol ve madde kötü kullanımınıdır (12).

Araştırmanın öncelikli amacı adölesan gebeliği, suisidalite (intihar davranışı) sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bunun yanı sıra adölesan gebelerde ortak risk faktörlerinden suisidaliteyi öngörecektmenleri belirlemektir.

Hipotez:

Adölesan gebelerde, gebe olmayan gruba oranla intihar davranışının daha yüksek oranda, sosyal desteğin ise daha düşük oranda çıkmasıdır.

Adölesan gebelerde yaşam boyu ve şimdiki ruhsal hastalık tanısı varlığının gebe olmayan gruba göre daha yüksek oranda çıkmasıdır.

Adölesan gebelerde geçmişte fiziksel ve cinsel travma öyküsünün daha yüksek oranda çıkmasıdır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 ADÖLESAN GEBELİK

Adölesan dönemi bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçişi olup; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasını adölesan dönem olarak kabul etmektedir. Adölesan yaş grubu, dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır (13).

Adölesan dönem gebelikler, farklı tanımlamaların mevcut olmasına rağmen genellikle 10-19 yaş arasındaki gebelikler olarak tanımlanmaktadır (1).

Adölesan gebelikler, gelişmemiş ülkelerin bir sorunu olmasına rağmen, aynı zamanda gelişmiş ülkelerin de karşılaştığı bir sorun olarak görülmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki adölesan gebeliklerin büyük çoğunluğu istenmeyen ve evlilik dışı adölesan gebeliklerdir (14). Özellikle adölesan gebeliğe ait spesifik risklerin mevcudiyeti ve gebelikten korunma düzeyinin yetersizliği bu konunun önemini daha fazla artırmaktadır (15). Adölesan gebelikler evlilik içi ve evlilik dışı olmak üzere 2 gruba ayrılırlar.

2.1.1.1 EVLİLİK İÇİ ADÖLESAN GEBELİKLER

Erken evlilik (çocuk evlilikleri) 18 yaşın altında, çocuğun fiziksel, fizyolojik ve psikolojik olarak evlilik ve çocuk sahibi olmak gibi sorumlulukları taşımaya hazır olmadan yapılan evlilik olarak tanımlanmaktadır (16).

Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır; daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir (17).

Türkiye'de evlenme yaşı daha önce erkekler için 17, kızlar için 15 iken, Türk Medeni Kanunu'nda yapılan kapsamlı değişikliklerin yürürlüğe girdiği 2002 yılından bu yana hem kızlar hem de erkekler için 17 olarak belirlenmiştir. 18 yaşından küçüklerin evlenmek için ebeveynlerinin onayını almaları gerekmektedir. Olağandışı koşullarda hakim onayıyla 16 yaşında evlenmeye izin verilmektedir (18). Çocuk evliliklerinin nedenleri ve sıklığı bölgeden bölgeye, topluluktan topluluğa ve durumdan duruma değişiklikler göstermektedir. Erken evlilik genellikle adetten veya geleneksel sayılmaktadır (19). Çocuk evliliği, özellikle de 18 yaşından küçük kızların evliliği, bu bölgelerle sınırlı olmamakla birlikte Doğu'da ve kırsal bölgelerde ve erkek çocukların da erken yaşta evlenme eğiliminde oldukları bazı Roman

topluluklarında kabul edilebilir, normal ve hatta arzu edilir bir durum olarak görülebilmektedir. Bazı uç durumlarda evlilik yaşının 12'ye kadar düştüğü bildirilmektedir (19).

Çocuk evliliği dünya genelinde azalmaya devam ediyor. Geçtiğimiz on yıl boyunca çocukken evlenen kadınların oranı %25 den %21'e düşerek önceki orana nazaran %15 azaldı (20).

2.1.1.2 EVLİLİK DIŞI ADÖLESAN GEBELİKLER

Kentsel yerleşim alanlarında hızlı büyüme, göçler, savaşlar, düşük sosyoekonomik durum, zayıf aile bağları, seksüel aktif arkadaşının olması gibi nedenler, gençlerin daha erken yaşta cinselliği yaşamalarına neden olmaktadır. Ancak güvenli cinsel yaşamın olmaması nedeniyle istenmeyen gebelikler oluşmaktadır (21).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'na göre 15 yaşını dolduran gençle cinsel ilişki kuran kişi, şikayet üzerine cezalandırılmaktadır. Bu durumda şikayet olmadan yaşanan cinsel ilişkiye hak tanınmaktadır. Bu durumda, resmi olmayan evlilik ilişkisi 15 yaşın üzerindeki çocuk şikayetçi olmadıkça kurulabilir (22).

Evlilik öncesi gebelik gençlerin damgalanmasına, maddi zorluklar, eğitim ve istihdam fırsatlarının kaybı ve güvenli kürtaj önündeki engeller, antepartum intihar davranışına yol açabilir (23, 24).

2.1.2 ADÖLESAN GEBELİK EPİDEMİYOLOJİSİ

Her yıl, 15 ila 19 yaşları arasındaki tahmini 21 milyon kız ve 15 yaş altı 2 milyon kız geliştirmekte olan bölgelerde gebe kalmaktadır (25). Geliştirmekte olan bölgelerde 15 ila 19 yaşları arasındaki 16 milyon kız ve 16 yaşından küçük 2,5 milyon kız çocuğu doğum yapmaktadır (25, 26). Bugün, dünyadaki toplam doğumlarının yaklaşık % 11'i hala 12 ila 15 yaşlarındaki kızlardan geliyor (27).

Dünyadaki adölesan döneminde gerçekleşen doğumların büyük bir kısmı - yüzde 95'i - geliştirmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir ve bu doğumların %90'ı evlilik ya da birlikte yaşama içinde gerçekleşmektedir. Geliştirmekte olan ülkelerde genç kadınların yaklaşık %19'u 18 yaşından önce gebe kalıyor (6).

Son 10 yılda adölesan gebeliğinde azalmalara rağmen, adölesan gebeliği Birleşik Devletler nüfusunun yaklaşık % 13'ünde görülür (28). 15 ve 19 yaşları arasındaki gençlere bakıldığında, 2014'te doğum oranı her 1000 doğum başına 24,2 tür (29). Kanada, Almanya ve Birleşik Krallık'ta 1000 adölesan başına düşen doğum sayısı sırasıyla 11, 7 ve 17'dir (30).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2017 yılı verilerine göre 10-19 yaş kadın nüfusu toplam nüfusun %7.6'sını oluşturmaktadır (31).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2014 yılı resmi istatistiklerine göre, 16-17 yaşında evlenen 34.629 kız ve 1.670 erkek çocuğu bulunmaktadır (32). Evlenme istatistiklerine göre; 16-17 yaş grubunda olan kız çocuklarındaki resmi evlenmelerin toplam resmi evlenmeler içindeki oranı 2013 yılında %6,2 iken 2017 yılında bu oran %4,2'ye düştü (33).

Adölesan doğurganlık hızı, 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Adölesan doğurganlık hızı, 2012 yılında binde 31 iken 2017 yılında binde 21'e düştü. Diğer bir ifadeyle, 2017 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 21 doğum düştü (34).

Adölesan gebeliklerin büyük çoğunluğunu (% 64 - %76) 18 ila 19 yaşları arasındakiler oluşturur (6).

Adölesan dönemde gebeliklerin yaklaşık % 80'i plansız gebeliktir (35). İstenmeyen gebelik oranlarının yüksekliği, yüksek düşük oranlarıyla birliktelik gösterir, bir çalışmada adölesan gebelerde %50 ye varan düşük oranları bildirilmiştir (36).

TNSA(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 verilerine 15-19 yaş grubu adölesanlar isteyerek düşük yapanların yüzde 2'lik kısmını oluşturmaktadır (17).

Gebelik ve doğum sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar, dünyadaki 15-19 yaş grubu için ikinci en önemli ölüm nedenidir (37). Anne ölümlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen 144 ülkede her yıl anne ölümlerinin % 10' unun 15-19 yaşlarındaki adölesanlar olduğunu göstermiştir. En fazla adölesan anne ölümüne sahip 20 ülkenin (çoğunlukla Sahra altı Afrika ve Asya'daki büyük ülkeler) dünya adölesan anne ölümleri toplamının % 82' sini oluşturmaktadır (38).

Adölesan annelerin yüksek oranda tekrarlanan gebelik oranları vardır: % 25'i doğumdan sonraki 1 yıl içinde, % 35'i 2 yıl içinde tekrar gebe kalır (39). Bu adölesan yaş grubunda tekrarlanan gebeliklerin yaklaşık üçte ikisi istenmeyen olarak bildirilmiş ve yaklaşık olarak yarısı 2. trimester de geç tanıya bağlı olarak düşükle sonlanır (39).

2.1.3 ADÖLESAN GEBELİĞİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER:

Adölesan gebelik için önemli risk faktörlerinden biri düşük sosyoekonomik durumdur. Gebelik ve yoksun bölge arasındaki bağlantıyı araştıran beş Birleşik Krallık çalışmasının hepsi arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur: daha yüksek düzeyde yoksunluk bölgelerinin daha yüksek gebelik oranlarına sahip olduğu bulunmuştur (40, 41). Çalışmalar ekonomik durum ve adölesan gebelik arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Düşük ekonomik statü, yoksulluk ve daha dar gelirli adölesanların akranlarına göre gebe kalma olasılığı daha yüksektir (42, 43).

Etnisite ve adölesan gebelik arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada etnik azınlığın yoğun olduğu bölgelerde yaşayan bireylerin adölesan gebelik oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır, ancak sosyoekonomik yoksunluğun düzeltilmesinden sonra bu ilişki artık anlamlı değildi (40).

Aile, özellikle çocukluk ve adölesan dönemde insani gelişmede kritik bir rol oynamaktadır. Birkaç çalışma, her iki ebeveyni de olmayan adölesanların, adölesan dönemde gebe kalma riskinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (44, 45). Otoriter veya müsamahakâr ebeveynlik alan adölesanların gebe kalma olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (46). Ebeveyn disiplinine ek olarak, destekleyici veya sevecen ebeveynleri olan kızlar, adölesan gebeliklerinden akranlarına göre daha fazla korunmaktadırlar (47).

Ailede 20 yaşından önce gebelik geçiren kardeşlerin varlığı, adölesan gebeliğini etkileyebilir. Brezilya'da yapılan bir araştırma, adölesanların, adölesan dönemde doğum yapan bir kardeşi varsa, gebe kalma olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur (44). Adölesan dönemde gebe kalmış bir annenin, adölesan kızının gebe kalma ihtimali olasıdır (48). Diğer çalışmalar da adölesan gebeliği ve 20 yaşından önce annesinin gebeliği arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (49, 50).

Ebeveynlerin eğitim seviyesi de adölesan gebelikle ilişkilidir. Endonezya'da, anne-babalar eğitildiklerinde özellikle anneler, adölesanların, adölesan döneminde doğum yapma olasılığı daha düşük olarak bulunmuştur (51). Ayrıca, daha yüksek bir ebeveynlik eğitiminin adölesan gebeliği ile negatif ilişkili olduğunu bulmuşlardır (50).

Eğitim, birçok çalışmada en yaygın ilişkili faktör olarak değerlendirilmiştir. Daha yüksek bir eğitim düzeyine ya da daha fazla eğitimin gebeliğe karşı koruyucu bir faktör

olduğunu göstermişlerdir (52, 53). Resmi eğitim veya daha düşük eğitim seviyesi olan veya okula kayıtlı olmayan adölesanların gebe kalma olasılığı daha yüksektir (54, 55). Uzun süreli okul devamsızlıkları, geçici okulu bırakma ve okul başarısızlığı da gebelik için risk faktörleridir (49, 50). Okulda cinsellik eğitiminin olmaması ya da düşük kalitede olması ve sağlık merkezine sınırlı erişim, adölesanların riskli cinsel davranışlara girmesine neden olabilir (56).

Birçok çalışma, ilk cinsel ilişki yaşının erken olması ve birden fazla cinsel partnerle ilişkiye girme gibi riskli cinsel davranışların adölesan gebelikleriyle pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (45, 57). İngiltere'de yapılan büyük bir çalışma, erken yaşta cinsel girişim (<16 yaş) adölesan gebeliğiyle bağımsız ilişkili bulunmuştur yine aynı çalışmada cinsel olarak aktif adölesanlarda okulu erken bırakmanın bağımsız olarak gebelikle ilişkili olduğunu bulunmuştur (58).

Bir çok araştırmacı, gençlerin yaşı ve gebeliği arasında bir ilişki bulmuşlardır. Çok değişkenli istatistiksel analizler kullanarak, adölesanın yaşının, adölesan gebelikle olumlu ilişkili olduğunu iddia etmişlerdir (59, 60). Gana ve Güney Afrika'daki kesitsel araştırmalar, gebe kızların yaşı, gebe olmayan kızlardan yüksek olduğu yönünde benzer bulgular göstermiştir (61). Bununla birlikte, istenmeyen veya plansız gebelik söz konusu olduğunda, genç adölesanların oranı daha büyük adölesanlardan veya yetişkinlerden daha yüksektir (62).

Birçok çalışma, medeni durumun adölesan dönemde gebelikle anlamlı şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bazı araştırmalar, adölesan dönemde evli olan kız ya da kadınların adölesan dönemlerinde evlenmemiş olanlardan daha fazla gebe olduklarını ortaya koymuştur (63, 64). Diğer bir çalışma plansız gebelik üzerine odaklanmış ve evli olmanın adölesan gebelikle pozitif ilişkili olduğunu bulmuştur (65). Benzer bir çalışmada evli kızların istenmeyen bir gebelik yaşama ihtimalinin, evlenmemiş kızlardan daha az olduğunu göstermişlerdir (66).

İsveç'te yapılan tanımlayıcı iki araştırma, cinsel olarak aktif erkekler arasında alkol alan, sigara içen, şiddet (kavga) davranışları olan veya anabolik steroid kullanımını bildirenlerin partnerlerini gebe bırakma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (67, 68).

Gebe adölesanlarda yüksek tütün kullanımı (% 7-% 36), alkol ve eğlence amaçlı ilaçlar (% 0,2-% 1.1), duygusal stres, partner şiddeti ve terk edilme, istikrarsız ve / veya

güvensiz ev ortamı düzeyleri daha yüksektir (28, 35, 37). Alkol, sigara ve madde kullanımı da gebe kalma olasılığını artırmaktadır. Bir vaka-kontrol çalışmasında, sigara içen adölesanların doğum yapma şansının daha yüksek olduğu bulunmuştur (44). Gebe olan ve gebe olmayan adölesanlar ile adölesan dönemde doğum yapan kadınlar ile yapılan bir çalışmada adölesanların ve ebeveynlerinin madde kullanımının adölesan gebeliği için bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır (69).

Kontraseptif yöntemi kullanmamanın veya tutarsız kullanımının adölesan gebelik olasılığını artırdığı bulunmuştur (70). Bazı çalışmalarda, ekonomik kazanç elde etmek için daha büyük partnerlerle cinsel ilişkiye giren adölesanların gebe kalma riski daha fazladır (69, 71).

Cinsel veya fiziksel istismar da adölesan gebelikle ilgili bir risk faktörüdür (72, 73). Ekvador'da adölesan bireylerde yapılan vaka kontrol çalışmasında, çocukluk dönemiyle adölesan dönem arasında istismar öyküsü varlığı adölesan dönemdeki gebelikle pozitif ilişkili olarak gösterilmiştir (45). Zorla ilk cinsel ilişkiye giren kızların gebe kalma olasılıkları daha yüksektir (74).

Adölesan dönemde arkadaşların, adölesanın tutum ve davranışları üzerinde güçlü bir etkisi vardır. Birçok çalışma, akran baskısının adölesanın cinsel olarak aktif hale gelmesinde ya da güvenli olmayan cinsel aktivite bulunmasındaki etkisi, adölesan gebeliğinin nedenlerinden biri olduğunu ortaya koymuştur (75).

2.1.4 ADÖLESAN GEBELİKLERİN SONUÇLARI:

Adölesan annelik, hem anne hem de çocuk için sağlık ve sosyal sonuçlara sahiptir. Genç annelerin doğum sonrası depresyon oranlarının erişkin annelere göre daha yüksek olması, çocuklarının erken doğmuş olmaları ve erişkin annelerden doğan çocuklardan daha düşük doğum ağırlığına sahip olmaları daha olasıdır (76, 77).

Adölesan gebeliği ile özellikle preeklampsi, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek ve ölü doğum, intrapartum ölüm ve düşüklerde artış gibi olumsuz perinatal sonuçlar ilişkili bulunmuş (78, 79). Bir çalışmada adölesan gebeler, 20-24 yaşlarındaki gebelerle karşılaştırıldığında, eklampsi, puerperal endometrit ve sistemik infeksiyon riski daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen daha düşük sezaryen ve preeklampsi riskini daha düşük

bulunmuştur (80). Bir çalışmada intrapartum ölü doğum oranlarının 15 yaş altı gebelerde 4 kat, 15-19 yaş gebelerde ise %50 oranda, 20-24 yaşındaki gebelere daha yüksek oranda saptanmış (79). Ek olarak, 15 yaşından küçük gebe, daha ileri yaşa sahip olanlara kıyasla, bebek ölüm hızı, çok düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum oranları ile daha büyük risk taşır (81). Gebe bir adölesanın erken teşhis ve erken sevk edilmesi perinatal riskleri azaltmaya yardımcı olabilir (82).

Erişkin anneler ve çocukları ile karşılaştırıldığında, adölesan anneler ve onların yavruları daha düşük eğitim seviyelerine ve düşük istihdam oranlarına sahip olma eğilimindedir (83, 84).

Brezilya ve Yeni Zelanda'daki gebe adölesanlara ait araştırmalar, gebeliklerini sonlandıranların; gebeliklerini tamamlayanlara göre liseyi bitirme ve ekonomik olarak daha iyi olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (85, 86).

2.2 ADÖLESANLARDA SUİSİDALİTE

Suisidalite (İntihar davranışı) terimi, intihar düşüncesi, kasıtlı olarak kendine zarar verme ve tamamlanmış intiharı kapsayan genel bir tanım olarak kullanılmaktadır. İntihar düşüncesi bireyin kendini nerede, nasıl ve ne zaman öldüreceğini ve bunun çevresindekileri nasıl etkileyeceğini düşünmesi ile karakterize olan intihar niyet ve planlarına sahip olmayı tanımlamaktadır. İntihar girişimi ve intihar terimleri ise açık ya da gizli intihar etme motivasyonu taşıyarak gerçekleştirilen, sırasıyla ölümlle sonuçlanmayan ve ölümlle sonuçlanan kasıtlı olarak kendine zarar verme eylemlerini anlatmaktadır (87).

Gençler, özellikle adölesan dönemde ruh sağlığı sorunlarına karşı savunmasızdır. Hayattaki bu dönem, aynı anda birkaç alanda, bir durumdan diğerine hareket, değişim ve geçişlerle karakterize edilir (88). Gençler hayattaki önemli somut yönler hakkında karar vermek zorundadırlar, örneğin okul, yaşam durumu, akran grubu vb. Ayrıca, kendi kimliklerini oluşturma, öz saygıyı geliştirme, artan bağımsızlık ve sorumlulukları alma, yeni yakın ilişkiler kurma vb. konularda yeni zorlukları ele almalıdırlar. Bu arada devam eden, değişen psikolojik ve fiziksel süreçlere tabidirler (89).

Bunun yanı sıra, çoğu zaman, akrabaları ve akranlarından, çok yüksek beklentilerle karşı karşıya kalıyorlar. Bu tür durumlar kaçınılmaz olarak çaresizlik, güvensizlik, stres ve

kontrol kaybını hissettirir (90). Bu zorlukları ele almak ve bu duygularla başarılı bir şekilde baş edebilmek için, gençlerin istikrarlı bir yaşam durumu, samimi dostluklar, yapısal çerçeve ve ekonomik kaynaklar gibi önemli destekleyici kaynaklara erişimi olmalıdır (89).

2.2.1 ADÖLESANLARDA İNTİHAR DAVRANIŞI EPİDEMİYOLOJİSİ:

İntihar, popülasyondaki tüm yaş gruplarını etkiler, ancak dünya çapında, oranlar artan yaşla birlikte oran belirgin bir şekilde artmaktadır(91).

Dünya çapında 800.000'den fazla insan her yıl intihar nedeniyle ölüyor. 2015 yılında intihar ölüm oranı 100.000'de 10.7 idi, bu da her 20 saniyede bir ölüm anlamına geliyor. İntihar tüm ölümlerin % 1,4'ünü oluşturuyor ve dünya genelinde 15. sırada gelen ölüm nedenidir (89, 92).

Adölesan dönemde intihar düşüncesinin yaygınlığı yaklaşık % 15-25 olup, pasif ölüm fikirlerinden intihar spesifik düşünce ve plan aralığında değişmektedir (93).

Adölesan intihar girişimlerinin yaşam boyu tahminleri erkeklerde % 1.3-3.8, kadınlarda% 1.5-10,1 arasında değişmektedir (94, 95).

Adölesanlar arasında tıbbi müdahale gerektiren yıllık intihar girişimi oranları % 1-3 oranındadır (93). Ancak, gerçekte intihar girişimi sayısının daha yüksek olduğu düşünülmekte; girişimde bulunan gençlerin bir kısmı tedavi aramamakta veya intihar doğru bir şekilde belgelendirilmemekte (96, 97). İntihar ölümleri tanınmayabilir; bir kaza veya başka bir ölüm nedeni olarak yanlış sınıflandırılabilir. İntihar bazen hassas doğası ve hala onu çevreleyen tabu nedeniyle kabul edilmez veya bildirilmez (98). İntiharın kaydedilmesi, genellikle yargı makamlarını ilgilendiren karmaşık bir süreçtir. İntihar girişimleri, yani ölümcül olmayan intihar davranışı, çok daha sık görülür ve gerçek intihardan yaklaşık 10-20 kat daha sık olduğu tahmin edilmektedir (99, 100).

Gençlerde intihar oranlarının düşme eğilimi gösterdiği Avrupa'da, intihar, 10-19 yaş grubunda en sık ikinci ölüm nedeni olarak sıralanmaktadır. 15-19 yaş arası kadınlarda en sık ölüm nedenidir (100.000'de 6,15). İntihar ölümleri, her yıl yaklaşık 24.000 kişinin ölümüne neden olan geç adölesan dönem ve genç yetişkinlik (15-29 yaş) arasındaki tüm ölümlerin yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır (101, 102).

Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine göre Ölümle sonuçlanan intihar sayısı revize edilen 2014 yılın verilerinde 3 bin 169 iken 2015 yılında %1,3 artarak 3 bin 211 kişi oldu. İntihar edenlerin %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmuştur (103).

Türkiye İstatistik Kurumu 2015 yılı verilerine göre intihar eden kişilerin %10,5'i 15-19 yaş arasındadır. İntihar eden kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş adölesan grubundadır (9).

2.2.2 ADÖLESANLARDA İNTİHAR İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ:

İntihar girişiminde bulunan kişilerle ilgili takip çalışmalarının yanı sıra, gençlere yönelik risk faktörleri hakkında önemli bilgiler ortaya koyan, önemli bilgi kaynakları ve kayıtların incelenmesi ile yapılan araştırmaların da dahil olduğu birçok popülasyona dayalı çalışma yapılmıştır (104). Yapılan çalışmalar, intihar için çok sayıda faktörün katkıda bulunabileceğini ve sonuç olarak her intiharın, genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin son derece eşsiz, dinamik ve karmaşık etkileşimlerinden kaynaklandığını kabul eder (105).

2.2.2.1 RUHSAL BOZUKLUKLAR:

Çoğu çalışma intiharın ruhsal bozukluklarla yakından ilişkili olduğu konusunda hemfikir (106, 107). İntihar edenlerin yaklaşık % 90'ı en az bir ruhsal bozukluğa sahiptir (108). Ruhsal bozukluk varlığında intihar riskinin % 47 ve 74'ü arasında olduğu bulunmuştur. Affektif bozukluk, bu bağlamda en sık rastlanan bozukluktur. Depresyon intihar vakalarının % 50-65'inde, kadınlarda erkeklerden daha sık bulunmuştur (89).

Alkol, madde kötüye kullanımı, özellikle yaşça daha büyük adölesanlarda duygudurum bozukluğu veya yıkıcı bozukluklarla kombine edildiğinde, gençlerde intiharda önemli bir rol oynamaktadır (109).

Retrospektif bir çalışmada intihar sonucu ölen kişilerin üçte birinde kişilik bozukluğu saptanmıştır (106). Kontrollü bir çalışmada, duygudurum, madde ve davranış bozuklukları kontrol edildikten sonra kişilik bozukluğunun, intihar için 2,9 kat daha fazla risk taşıdığı saptanmıştır (110).

İntihar, yeme bozukluğu olan gençlerde, özellikle anoreksiya nervozada ölüm sebebidir. Bir meta analiz çalışmasında 14 – 25 yaş arası anoreksiya nervoza tanılı bireylerde intihara bağlı ölüm oranları genel popülasyona oranla 8 kat yüksek saptanmış (111).

Şizofreni, tüm gençlik intiharlarının çok azını oluşturmaktadır (106, 112).

Okul temelli bir çalışma, Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomatolojisinin depresyon ve cinsiyet kontrolünden sonra bile mevcut intihar düşüncesi ve geçmiş intihar girişimi riskini artırdığını göstermiştir (113). İntihar düşüncesi ve girişimlerinde yapılan uzunlamasına bir çalışmada, erken başlangıçlı (≤ 14 yaş) TSSB yaşam boyu intihar girişimi ile ilişkiliydi, ancak eş zamanlı bir ilişki bulunamamıştır (114).

Son olarak, intihar ve anksiyete bozuklukları arasında ilişki bulunmuştur, ancak bu vakalarda da sıklıkla bulunan duygudurum ve madde kötüye kullanımı bozukluklarının etkisini değerlendirmek zordur. Bununla birlikte, panik atak varlığı diğer bozukluklar kontrol edildikten sonra bile intihar davranışı riskini artırabilmektedir (115, 116).

Genel olarak, ruhsal bozukluk komorbiditesi varlığı intihar riskini büyük ölçüde artırır. Burada özellikle önemli olan, afektif ve madde kötüye kullanımı bozuklukları arasındaki komorbiditenin yüksek prevalansıdır (89).

2.2.2.2 ÖNCEKİ İNTİHAR DAVRANIŞLARI:

Boyuna çalışmalar, daha şiddetli (yüksek niyet ya da planlama) ve yaygın (yüksek frekans ya da süre) intihar düşüncesinin, bir girişimde ortaya çıkması olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (94). Dirençli intihar düşüncesi olan intihar girişiminde bulunmuş kişiler- özellikle bir plan ve niyeti olanlar- yeniden intihar girişimi için artmış riske sahiptir (94, 117).

Birçok çalışma, önceki intihar girişimleri ya da kendine zarar verme ve intihar öyküsü arasında güçlü bir bağlantı bulmuştur (118). Tüm intihar vakalarının yaklaşık% 25-33'ünde önceki dönemdeki intihar girişimi saptanmış olup, bu durum erkeklerde kızlara göre daha yaygındır (89).

İntihar davranışı tekrarlanma riskinin tahminleri, 6 aylık takipte % 10 iken, 21 aylık takipte % 42'ye, yıllık medyan nüks oranı ise% 5–15'e kadar çıkmaktadır (117, 119, 120). İleriye dönük çalışmalarda, intihar girişiminde bulunanların% 1-6'sının ilk yıl içinde intihar ile öldüğü saptanmıştır (120).

Araştırmalar, daha önce intihar girişimi olan adölesan erkeklerin, intihar girişiminde bulunmamış adölesan erkeklere göre, intihar riskinde 30 kat artışa sahip olduğunu göstermiştir. Daha önce intihar girişimi olan kızlarda ise intihar riskinde üç kat artış saptanmıştır (89).

Öldürücölüğü yüksek girişimlerde bulunan intihar girişimciler (ör., Asmak, vurmak ya da atlamak), tamamlanmış intihar riski altındadır (121). Bununla birlikte, düşük düzeyde ölümcül bir girişim, özellikle de bilişsel olgunlaşmamışlığı nedeniyle intihar planını formüle etmekte ve yürütmek zorlanan küçük çocuklarda düşük intihar niyetini göstermez. Dürtüsel bir bireyde, nispeten düşük bir niyetle girişim ateşli silah veya parasetamol gibi ölümcül bir ajan ile girişim tıbbi olarak ciddi ve hatta ölümcül bir girişime yol açabilir (122, 123).

2.2.2.3 CİNSİYET:

Genç kızlar için tamamlanmış intihar oranları, genç erkeklere göre daha düşüktür. Buna karşın genç kızlarda intihar düşüncesi ve intihar girişimi erkeklere göre daha yüksektir (93, 124). Gençlerin intiharlarındaki cinsiyet farklılığı, büyük olasılıkla, erkeklerin, duygudurum ve alkol kötüye kullanımı bozuklukları, daha yüksek düzeyde agresyon ve daha ölümcül intihar girişimi yöntemleri tercih etmeleri gibi risk faktörlerine sahip olmaları nedeniyle kadınlara kıyasla ölümcül intihar girişiminde bulunmalarındandır (121, 125, 126).

2.2.2.4 KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ:

İntihar impulsivite ile ilişkilidir. Bir intihar sürecinin haftalar, aylar hatta yıllar alabileceğini bilsek dahi, intihar düşüncesi ve intihar girişimlerinden tamamlanmış intihara geçişi, özellikle adölesanlar arasında, aniden, beklenmedik ve dürtüsel olarak ortaya çıkar (127).

Adölesanlardaki güçlü ve karışık duygular, duygudurum dalgalanmaları, farklı alanlardaki yeni ve sürekli değişen zorluklarla yüzleşme ve muhtemelen nörobiyolojik faktörler bu süreci yönetmeyi zorlaştırır. İntihar eden gençlerin akranlarından daha kötü problem çözme becerilerine sahip oldukları bulunmuştur. Problem çözme ve duygudurum düzenlemesindeki bu yetersizlik, genellikle güvensizliğe, düşük öz-yeterliliğe ve benlik saygısına neden olmakla birlikte, özellikle mükemmeliyetçi kişiliklerde, öfke ve saldırgan davranışlara, duygusal krizlere ve intihar krizine de yol açabilir (108, 127).

2.2.2.5 AİLE FAKTÖRLERİ:

Gençliğin birçok zorluğuna hitap eden en önemli destek kaynaklarından biri, gençlerin yaşadığı veya büyüdüğü aile ortamıdır. Aile yapısı ve süreçleri ile ilgili çeşitli risk faktörleri, birçok çalışmada intihar davranışına bağlanmıştır (127). Gençlik intihar vakalarının% 50'inde aile faktörlerinin yer aldığı tahmin edilmektedir. Önemli bir faktör, doğrudan aile üyeleri arasında, özellikle depresyon ve madde kötüye kullanımı gibi ruhsal bozuklukların öyküsüdür (128).

Araştırmacılar ayrıca intihar eden gençlerin aile üyeleri arasında artan bir intihar davranışı bulmuşlardır (106). Bu bulgunun ardındaki mekanizmalar hakkında birçok tartışma olmuştur. Evlat edinme çalışmaları, evlat edinenlerden ziyade, biyolojik akrabalarında olan intihar davranışıyla daha uyumlu olduğunu bildirmiştir, bu durum genetik bir açıklamayı işaret etmektedir (129). Birçok intihar vakasında sadece çocukla ya da çocuğun sorunları ile değil, genel olarak aile üyeleri arasında da iletişimin zayıf olduğu sıklıkla gözlenmiştir. Ebeveynlerle doğrudan çatışmaların yanı sıra iletişim kopukluğu ya da iletişim ihtiyaçlarının ihmal edilmesinin de önemli etkisi vardır (128, 130).

Ebeveynlerin boşanmasıyla genç intiharları arasında zayıf ilişki saptanmış olup ve bu ilişki muhtemelen tek ebeveynli bir ailede yaşamanın pratik, finansal ve sosyo-ekonomik etkileri ya da boşanma ile ilgili ilişkili arka plan faktörleri ile karıştırılıyor (131).

Genç intiharlarının geçmişinde sıklıkla evde şiddet öyküsü varlığı olup bu yalnızca genç bireye özel olmayıp aile üyeleri arasındaki problemlerle başa çıkmanın bir yolu olduğu düşünülmekte (131).

2.2.2.6 ÖZEL YAŞAM OLAYLARI:

İntihar açısından önemli yaşam olaylarıyla doğrudan bağlantılı risk faktörleri elbette çok çeşitli olabilir. Ancak bazı yaşam olayı stresörlerinin gençlerde intiharla daha çok ilişkili olduğu görülmüştür (131).

Çoğu genç için yeni zorlukları ele alma, kendi kimliklerini oluşturma ve özgüven kurma bağlamında, akran gruplarının bir parçası olma, yeni yakın ilişkiler geliştirme, güven ve güvenlik sağlama konuları büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, ilişkilerin kopması, arkadaş ölümü ve akran reddi gibi kişiler arası kayıpların gençlerde büyük bir etkisi olabileceği ve gençlik intihar vakalarının beşte birinde bu durumların varlığı çok da şaşırtıcı değildir (132).

İntiharla ilişkili diğer önemli stresörler okul ve aile ile ilgili alanlarla bağlantılıdır (133). İntihar vakalarının% 14' ünde okul sorunları ve akademik stres saptanmıştır. Okul ve iş devamsızlığı olan gençler intihar açısından risk taşır. Bir çalışmada 15 yaşın altındaki tamamlanmış intiharlar incelendiğinde okuldan ayrı kalmanın yaygın olduğu saptanmıştır (130). İntihar vakalarının %40' ının öncesinde ebeveyn figürleri ile akut çatışma vardır (134, 135).

İntihar ile ilişkili diğer somut stresli olaylar zorbalık, siber zorbalık, zihinsel ve fiziksel / cinsel istismar ve disiplin sorunudur (136, 137).

2.2.2.7 BULAŞMA-TAKLİT:

Genç insanlar, yaşlı insanlara göre başkalarının davranışlarından etkilenmeye daha yatkındır(108). Bulaşma terimi bulaşıcı bir hastalık etkisi, “enfekte olmuş” kişilerin harekete geçme ve kendileri için karar verme yeteneklerini engelleyen bir tür hastalığa işaret eder. Taklit, modelin davranışını gözlemlemekle birlikte, yeni davranış kalıplarının edinilmesini modelleme ile öğrenmeyi ifade eder. Gençler tarafından yapılan intihar davranışının taklit edilmesi, makro düzeyde (örneğin, kitle iletişim araçları raporları ile) uyarılabildiği gibi aynı zamanda yaşam ortamlarında (örn. Akran grupları, arkadaşlar, okul ortamı) doğrudan temas ile de ortaya çıkabilmektedir. Taklit etkilerinin bir dizi faktöre bağlı olduğu düşünülmekte(138). İlk olarak, modelin özellikleri önemlidir. Genel olarak, genç kişi ile model arasında benzerlikler (yaş, cinsiyet, ruh hali durumu veya arka plan durumu) olduğunda, aralarında güçlü bir bağ olduğunda ya da model beğenilen biri olduğunda daha güçlü taklit edici etkiler vardır. Modelin davranışının güçlendirilip güçlendirilmediği ve ne ölçüde güçlendirildiği önemlidir. Olumlu, anlaşılabilir, bazen takdire şayan ve cesur olarak nitelendirilen davranış, daha fazla gencin onu taklit etmesini sağlar. Modelin davranışının sıklığı ve şekli, başlıkların büyüklüğü ve sayısı, tekrar sayısı, gerçek hikaye veya kurgu gibi faktörler önemlidir. Bazen bu taklit davranışı, adölesanlar arasında belli bir dönemde intihar kümeleri olarak bilinen, gerçek bir intihar zinciri olan geniş bir alanı etkileyebilir (138).

2.2.2.8 ARAÇLARIN ULAŞILABİLİRLİĞİ:

İntiharı düşünen insanlar genellikle bu karar hakkında kararsızdır. Özellikle adölesanlar arasında intihar düşüncesinden fiili intihara geçiş, akut psikososyal stresörlere bir tepki olarak dürtüsel olarak ortaya çıkar. İntihar araçlarına ulaşılabilirlik o andaki geçiş için çok önemli olabilir ve bu özel durum seçilen yöntem eylemin öldürücülüğünü de belirleyebilir (89).

Buna paralel olarak, çocuklar genellikle ası, yüksek bir yerden atlama, trafiğe koşarak ve ya biriktirdikleri reçeteli ilaçlarla zehirleyerek intihar ederler. Adölesanlar ası ve ilaç içerek zehirlenme yanı sıra ateşli silahları kullanırlar. Bazı araştırmalar, intihar etme araçlarının fiziksel ulaşılabilirliğini kısıtlamanın intiharı önleme stratejilerinde önemli olabileceğini göstermiştir (139, 140).

2.2.2.9 IRK VE ETNİK KÖKEN:

Hızlı kültürel geçiş, gençlerin intihar oranlarındaki artışlara katkıda bulunabilir. Geleneksel kültürel pratiklerin yok olması, yabancılaşmayı, nesiller arası çatışmayı artırabilir ve bir bireyin geleneksel ya da alternatif kültüre güçlü bir şekilde bağlı hissetmediği bir durum yaratabilir (106). Amerika Birleşik Devletleri'nde, intihar girişimi ve tamamlanma oranları özellikle yerli Amerikalılar arasında yüksektir (141). En yüksek intihar oranına sahip olan kabilelerde alkolizm, hapsedilme, işsizlik ve geleneksel yerli Amerikan kültürünün muhafaza edilmemesi daha yüksek olduğu bulunmuştur (142).

2.2.2.10 NİYET VE MOTİVASYON:

Ölme amacıyla yapılan girişim, intihar girişimlerinin tekrarlanması ve tamamlanmış intihar için güçlü ayırt edici ve yordayıcı değişkendir (106).

Motivasyon, intihar eylemi için hasta ve aile tarafından verilen nedendir. En yüksek intihar niyetine sahip olanların üçte biri için motivasyonları ölmek ya da psikolojik olarak acı veren bir durumdan kalıcı olarak kaçmaktır(119, 143). Ölme isteğiyle girişimde bulunan bireylerden, acı verici bir durumdan kaçmak isteyen (ev içi istismar vb) ya da yeniden denemek için bekleyenler tekrarlayıcı eylemler için risk altındadır (144, 145).

2.2.2.11 FİZİKSEL SAĞLIK :

Kötü fiziksel sağlık ve fiziksel engellilik, diğer risk faktörlerini kontrol ettikten sonra bile, bazı çalışmalarda intihar düşüncesi veya davranışı ile ilişkilendirilmiştir (146). Bazı çalışmalar, intihar davranışıyla diyabet ve epilepsi gibi spesifik kronik hastalıklar arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (147, 148).

Hastalığa veya yaralanmaya bağlı fonksiyonel bozulma da ileriye dönük intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur (149).

2.3 ADÖLESAN GEBELİĞİ VE SUİSİDALİTE:

Adölesan gebeliği, dünya çapında bir sağlık problemidir. Gebelik ve doğum sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar dünya genelinde 15-19 yaş grubu arasında mortalitenin ikinci en önemli nedenidir (150).

Adölesan gebeliği, psikiyatrik bozukluklar ve intihar davranışı riskini artırıyor gibi görünüyor. Adölesan gebeliği ve adölesan intihar davranışı ortak risk faktörlerini paylaşmaktadır. Bu risk faktörleri düşük sosyoekonomik durum, sınıf tekrarı, göç, gergin aile içi ilişkiler, düşük sosyal destek seviyesi, fiziksel ve cinsel istismar, şiddete maruziyet öyküsü, depresyon ve anksiyete semptomları, alkol ve madde kötü kullanımınıdır (12). ABD’de 2006-2012 yılları arasında gebelik ve ya doğum ile ilişkili nedenlerle hastane yatışı yapılan 12- 55 yaş arasındaki gebelerle yapılan çalışmada, intihar davranışı nedeniyle yatışı yapılan vakaların yaklaşık % 10 unu 12 -18 yaş arası adölesanlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada suicidal düşüncenin prevalansı 2006 yılından 2012 yılına değin artarken, intihar girişimi ve intihar prevalansı aynı kalmıştır. En yüksek intihar düşünce ve intihar prevalansı 12-18 yaş gurubunda saptanmıştır (151). Bu durum gençler arasında gebeliğin plansız ve istenmeyen olması ihtimalini düşündürmektedir (23). Evlilik öncesi gebelik gençlerin damgalanmasını, maddi zorluklar, eğitim ve istihdam fırsatlarının kaybı ve güvenli kürtaj önündeki engeller, antepartum intihar davranışına yol açabilir (23, 24).

2008 yılında Brezilya da yapılan bir çalışmada gebe adölesanlar arasında intihar düşüncesi oranı %16.3, daha önceki intihar girişimi oranı gebe adölesanlarda %20, gebe olmayan adölesanlarla (%6.3) karşılaştırıldığında anlamlı derecede yüksekti (152).

2016 yılında yayınlanan evli olmayan gebe adölesanlarla yapılan bir çalışmada, adölesan gebelerin öz bildirim dayalı intihar düşüncesi varlığı % 45.6, görüşmede saptanan oran %10.5 olarak belirtilmiştir (153). Daha önce yapılan araştırmalar, gebe adölesanlar arasında intihar düşüncesi için görüşmede yapılan ölçümlerden ziyade self reportların daha hassas olabileceğini göstermektedir (152).

2.4 ALGILANAN SOSYAL DESTEK:

Algılanan sosyal destek, bireyin ihtiyaç anında yeterli desteğin sağlanabileceğine olan güvenini ifade eder. Sosyal destek bir alıcı kişiye bir başkası (verici), tarafından gönüllü olarak verilen, alıcıda o an veya ertelenmiş bir pozitif yanıt ortaya çıkaran eylemdir (154). Gönüllü eylem aile üyesi, arkadaş, eş / partner ve / veya başkaları

tarafından bilgilendirme (tavsiyede bulunan, bilgi veren ve rehberlik eden kişilerle etkileşim), fiziksel, duygusal (örneğin empati, bakım, sevgi), araçsal (somut destek - pratik kaynaklara erişim ve maddi yardım) ve değer biçme (ör. öz-değerlendirmeyi teşvik eden bilgi) gibi farklı formlardan verilebilir (155).

Sosyal desteğin farklı yaşam evrelerinde psikososyal ve fizyolojik değişikliklerin varlığında ortaya çıkan stresi en aza indirmek için önemli olduğu bilinmektedir (156). Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, sosyal destek mortalite riskinden morbidite riskine, gebelik sonuçlarını (preterm doğum vb), bebeği (düşük doğum ağırlıklı bebek) ve anne sağlığını (postpartum depresyon) etkilemektedir (157).

Gebelik sırasında destekleyici bir ortam gebelik risklerini azaltırken; agresyon, korku, zayıf kişiler arası iletişim, duygusal eksiklik, yardım ve rehberlik eksikliği ile çevrili ortam gebelik komplikasyonlarına yol açabilir (158).

2008 yılında *Wahn ve ark.* tarafından yayınlanan çalışmada 15-19 yaş adölesan gebelerle 25-29 yaş erişkin gebelerle karşılaştırıldığı çalışmada adölesan gebelerin sosyal çevrelerinden daha az destek aldığı saptanmıştır (159).

2016 yılında *Peter ve ark.* tarafından yayınlanan çalışmada 2009-2011 yılları arasında 847 adölesan gebe arasında yapılan çalışmada 18-19 yaşındaki gençlerin duygusal, bilgilendirici ve olumlu sosyal etkileşim alanlarında daha az sosyal desteğe sahip oldukları görülmüştür. Ek olarak, gebeliği planlamamış olan adölesan gebelerde daha az sosyal destek bildirmiştir (156).

İntihara meyilli adölesanların, aile üyelerinden ve daha geniş çevreden aldıkları sosyal destek, tedavilerinde potansiyel bir kaynağı temsil etmektedir. Sosyal destek sık sık adölesanlar için strese karşı tampon görevi görür (160). Bu tür destek, özellikle daha fazla travmatik olay ve yaşam stresleri yaşayan intihara eğilimli adölesanlar için özellikle kritik olabilir (161). Daha fazla aile disfonksiyonu ve daha az aile birlikteliği olan adölesanlarda, daha iyi işleyen ailelere göre daha fazla intihar düşüncesi bildirilmiştir (162). Araştırmalar, adölesanlarda destekleyici olmayan aile ortamları ve suisidalite arasında tutarlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Örneğin; bir çalışmada intihara eğilimli adölesanlarda kontrol grubuna oranla aileden algılanan sosyal desteğin daha düşük olduğu saptanmıştır (163). Aile dışında öğretmenler, aile dostları ve arkadaşların ebeveynleri gibi aile dışı yetişkinler adölesanlar için ek ya da telafi edici sosyal destek oluşturabilir (164).

Geniş bir ampirik çalışmadan elde edilen kanıtlar, sosyal entegrasyon ve sosyal desteğin adölesanları intihara karşı koruyabileceğini göstermektedir (165).

3 GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ARAŞTIRMA MERKEZİ VE ÖRNEKLEM

Çalışmamız kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Çalışmanın yapılması için Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul Komisyonu tarafından onay alınmıştır. Çalışmamıza vaka grubu olarak Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvurusu olan 13-19 yaş arası 50 gebe adölesan alınmış, kontrol grubu olarak ise gebe olmayan sosyodemografik olarak benzer özellikler gösteren 50 adölesan alınmıştır. Ebeveyn ve adölesana araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklanmış ve bu açıklama sonrasında araştırmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda araştırmaya dahil edilmişlerdir. Çalışmaya alınan ergenlerin ebeveyninden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imzalı onam formu alınmış, çalışmaya katılan ergenin de sözlü onamı alınmıştır. Çalışmamıza katılan ergenlerin yaklaşık 20 dakika süren anketleri doldurmaları istenmiş ve araştırmacı tarafından Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır.

Olgu Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 13-19 yaş aralığında olmak.
2. Gebe olmak.
3. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.
4. Görüşmeyi tamamlayabilmek ve formları uygun şekilde doldurmak.

Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 13-19 yaş aralığında olmak.
2. Gebe olmamak.
3. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.
4. Görüşmeyi tamamlayabilmek ve formları uygun şekilde doldurmak.

Araştırmaya Dışlanma Kriterleri:

1. 13 yaşından küçük, 19 yaşından büyük olmak.
2. Ailesi ya da kendisi tarafından çalışmaya katılmanın istenmemesi.

3. Mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu.
4. Kafa travması, nörolojik hastalık (epilepsi, MS vd.) gibi kişinin kooperasyon ve bilişsel fonksiyonlarını bozan durumların bulunması.

3.2 UYGULAMA:

Araştırmaya örneklem grubu olarak İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvuran 13-19 yaş aralığındaki gebe ve gebe olmayan adölesanlar dahil edilmiştir. Adölesanların çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri göz önüne alınarak, bu şartları sağlayan adölesan ve aileleri çalışma içeriği ile ilgili olarak yazılı ve sözel olarak bilgilendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda araştırma koşullarını karşılayan olgular Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden aileler ve adölesanlar ile yapılan görüşmede Sosyodemografik Veri Formunun tamamı çalışmacı tarafından görüşme esnasında doldurulmuştur. Daha sonra adölesanlar İntihar Olasılığı Ölçeğini (İÖÖ), Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini (ÇBASD) doldurmuştur. Veri kaybını önlemek için atlanan, anlaşılmayan ya da boş bırakılan sorular çalışmacı ile gözden geçirilmiş ve tamamlanması sağlanmıştır.

Çalışmayla alakalı gerekli izinler, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan ve etik onayı ise İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Ek olarak çalışmanın yapılabilmesi için araştırmaya dahil edilen katılımcıların hem kendilerinden hem de ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada Sosyodemografik Veri Formu, Çocuklarda Depresyon ve Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve

Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmıştır. Bunların birer örneği metnin sonundaki ekler bölümünde bulunabilir.

3.3.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formunda (Ek-I) adölesanın yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, anne ve babanın yaşı eğitim durumları, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu aile bütünlüğü, ebeveyn kaybı olup olmadığı, partnerin yaşı, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, katılımcının ve ailesinde sigara-alkol-madde kullanımı, katılımcının gebelik haftası, katılımcılarda var ise önceki canlı doğum ve ölü doğumlar, ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, katılımcının geçmişte fiziksel-cinsel travma öyküsü varlığı, geçmişte suça karışma öyküsü, geçmişte evden kaçma öyküsü, geçmişte intihar girişimi öyküsü-var ise sayısı ve türü, katılımcının ilk cinsel deneyim yaşı bilgileri yer almaktadır.

3.3.2 ÇOCUKLARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y):

Spence tarafından 1997 yılında geliştirilip (166) ; Chorpita ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yenilenen ölçek(167), 47 maddeden oluşmaktadır ve DSM-IV e göre depresyon ve anksiyete bozukluklarını sorgulamaktadır. 5 tane alt boyutu bulunmaktadır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunu sorgulayan 7 madde, sosyal fobiyi sorgulayan 9 madde, yaygın anksiyete bozukluğunu sorgulayan 6 madde, obsesif kompulsif bozukluğunu sorgulayan 6 madde, major depresyonu sorgulayan 10 madde bulunmaktadır. Sorular 4 puan üzerinden skorlanmaktadır. (0=asla, 1=bazen, 2=sık sık, 3=her zaman)

Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2016 yılında Görmez ve arkadaşları tarafından 7-18 yaş çocuk ve ergenlerde yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek çocuk ve ergenlere K-SADS-PL, CDI, SCARED ve SDQ ile beraber ölçek uygulanmış ve obsesif kompulsif bozukluk dışındaki alt boyutlar kullanılan diğer ölçeklerle uyumlu bulunmuştur (168).

3.3.3 İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ:

Cull ve Gill (1990) tarafından geliştirilen İÖÖ 36 maddeden oluşmaktadır (169). Ölçeğin özgün formunda maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklindedir. Puan aralığı 36-144’tür ve ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret eder.

Ölçeğin Türkçeye çevirisi ve üzerindeki ilk çalışma Eskin (1993) tarafından üniversite örneklemi üzerinde yapılmıştır. Klinik örnekleme geçerlilik güvenilirlik çalışması 2009 yılında Atlı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (170).

3.3.4 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ:

Ölçek Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşan bireyin sosyal desteği ile ilgili kaynağın yeterliliğini ölçen “ Tamamen Katılmıyorum” (1) ile “ Tamamen Katılıyorum” (7) arasında değişen 7’li likert tipinde bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek algılanan sosyal desteğin kaynağını aile, arkadaşlar ve anlamlı diğerleri (özel kişi) olmak üzere üç alt boyutta ölçebilmektedir. Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay ve kısa bir ölçektir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve kişi için özel değeri olan bir insandan alınan desteği içermektedir. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen değerlerin yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Ülkemizde 12-22 yaş için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Çakır ve Palabıykoğlu yapmıştır (171).

3.3.5 OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ-ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ TÜRKÇE UYARLAMASI

Çocuk ve ergenlerin yaşam boyu ve şimdiki olan psikopatolojilerini belirlemek için kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. ÇDŞG-ŞY DSM-V (2016) tanı kriterleri baz alınarak uygulanmıştır. Üç bölümden oluşan formun birinci bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, eğer varsa daha önceki psikiyatri başvuruları ve uygulanmış tedaviler, aile ve yaşıt ilişkileri, okul durumu ve diğer okul bilgileri gibi genel bilgiler değerlendirilmektedir. İkinci bölüm ise özgül psikiyatrik belirtilerin değerlendirildiği tarayıcı sorular ve değerlendirme kriterlerini içerir. Tarama görüşmesiyle pozitif belirtiler saptanırsa psikopatolojiyi daha detaylı değerlendirmek amacıyla ek semptom listesi sorgulanır.

Görüşmede belirti şiddeti "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirilir. Belirtilerin eşik altı düzeyde olması bir bozukluk teşhisini belirlemek için yeterli olmasa da, belirli durumlar için daha ileri araştırma yapmak için dikkat çekici olabilir. ÇDŞG-ŞY-DSM-V anne-baba ve

çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul v.b.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Ölçeğin Türk örnekleme için geçerlik ve güvenirlik çalışması mevcuttur (172). Araştırmamızda ikinci bölüm kullanılarak yaşam boyu ve şimdiki psikiyatrik bozukluklar için tarama yapılmıştır.

Araştırmamızda şimdiki intihar düşüncesi varlığı tarama görüşmesinde “İntihar Düşünceleri” alt kısmı ile değerlendirildi. Eşik değer ölçütünü karşılamak; bireylerde intihar düşüncesi varlığı olarak kabul edildi.

3.3.6 İSTATİKSEL ANALİZ:

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında IBM-SPSS (Versiyon 22.0) istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma (SD), ortanca, minimum (min), maximum (max) ve 25-75 çeyreklik değerleri kullanıldı. Kategorik (sayılabilen) verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında ise Shapiro-Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri yapılmış ve normallik testi sonucunda veri dizilerinin normal dağılıma uymadığından, grupların ortalamalarının karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında ise spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p \leq 0.05$ kabul edildi.

4 BULGULAR

4.1 GEBE VE GEBE OLMAYAN ADÖLESANLARIN GRUPLARIN BULGULARI

4.1.1 GEBE VE GEBE OLMAYAN ADÖLESANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya 50 gebe adölesan ve 50 gebe olmayan adölesan toplamda 100 kişi dâhil edildi. Olgu grubunu oluşturan bireylerin yaşları 16-19 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 17.12 ± 0.72 yıl idi. Kontrol grubundaki bireylerin ise yaşları 16-18 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 16.90 ± 0.46 yıl idi. Çalışma grubunun tümünde ise bireylerin yaşları 16-19 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $17.01 \pm 0,61$ yıl idi. Olgu grubunda yer alan adölesanların %68.0'i (n=34) evli iken, bu bireylerin 31'inin resmi nikahı, 3 kişinin ise imam nikahı mevcuttu. Olgu grubundaki bireylerin %96.0'sı (n=48) okula devam etmezken, %30.0'u (n=15) ilkokul mezunu, %58.0'i (n=29) ortaokul mezunu, %12.0'si (n=6) lise mezunu idi.

Olgu grubunun %32.0'sinde (n=16) sigara, %8.0'inde (n=4) alkol, %6.0'sında (n=3) madde kullanımı varlığı tespit edildi. Ayrıca gebelerin ailelerinin %12.0'sinde (n=6) sigara, %66.0'sında (n=33) alkol, %6.0'sında (n=3) madde kullanımı varlığı tespit edildi. Gebelerin %22.0'sinde geçmişte fiziksel travma varlığı, %12.0'sinde (n=6) geçmişte cinsel travma varlığı, %24.0'ünde (n=12) geçmişte fiziksel ya da cinsel travma, %10.0'unda (n=5) geçmişte suça karışma öyküsü, %26.0'sında (n=13) geçmişte evden kaçma girişimi, %18.0' inde de (n=9) geçmişte intihar girişi bulunduğu tespit edildi. Gebelerin cinsel deneyim yaşı 12-18 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 16.4 ± 1.07 yaş idi. Bireylerin ortalama intihar girişimi sayısı 0.36 ± 1.12 olarak belirlendi. Olgu ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir:

Tablo 1: Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe (Olgu Grubu) N=50				Adölesan (Kontrol Grubu) N=50				P değeri
	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	
Yaş	16	19	17.12±0.72		16	18	16.90±0.46		0.86
Medeni Durum									
Bekar				16 (32.0)				50 (100.0)	<0.001
Evli				34 (68.0)				0 (0.0)	
Nikah Durumu									
Yok				16 (32.0)				50 (100.0)	<0.001
Resmi nikahlı				31 (62.0)				0 (0.0)	
Dini nikahlı				3 (6.0)				0 (0.0)	
Okula Devam Durumu									
Devam etmiyor				48 (96.0)				0 (0.0)	<0.001
Devam ediyor				2 (4.0)				50 (100.0)	
Eğitim Durumu									
İlkokul mezunu				15 (30.0)				0 (0.0)	<0.001
Ortaokul mezunu				29 (58.0)				50 (100.0)	
Lise mezunu				6 (12.0)				0 (0.0)	
Sigara Kullanımı									
Yok				34 (68.0)				49 (98.0)	<0.001
Var				16 (32.0)				1 (2.0)	
Alkol Kullanımı									
Yok				46 (92.0)				49 (98.0)	0.181
Var				4 (8.0)				1 (2.0)	
Madde Kullanımı									
Yok				47 (94.0)				50 (100.0)	0.121
Var				3 (6.0)				0 (0.0)	
Geçmişte Fiziksel Travma									
Yok				39 (78.0)				50 (100.0)	0.001
Var				11 (22.0)				0 (0.0)	
Geçmişte Cinsel Travma									
Yok				44 (88.0)				50 (100.0)	0.013
Var				6 (12.0)				0 (0.0)	
Geçmişte Fiziksel ya da Cinsel Travma Yaşama									
Yok				38 (76.0)				50 (100.0)	0.001
Var				12 (24.0)				0 (0.0)	
Geçmişte Suça Karışma									
Yok				45 (90.0)				50 (100.0)	0.028
Var				5 (10.0)				0 (0.0)	
Geçmişte Evden Kaçma									
Yok				37 (74.0)				50 (100.0)	<0.001
Var				13 (26.0)				0 (0.0)	
Geçmişte İntihar Girişimi									
Yok				41 (82.0)				47 (94.0)	0.124
Var				9 (18.0)				3 (6.0)	
Şimdiki intihar düşüncesi									>0.05
Yok				45(90.0)				45(90.0)	
Var				5(10.0)				5(10.0)	

4.1.2 GEBE VE GEBE OLMAYAN ADÖLESANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Olgu grubunu oluşturan bireylerin yaşları 16-19 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 17.12 ± 0.72 yıl idi. Kontrol grubundaki bireylerin ise yaşları 16-18 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 16.90 ± 0.46 yıl idi. Çalışma grubunun tümünde ise bireylerin yaşları 16-19 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $17.01 \pm 0,61$ yıl idi. Gebe ve gebe olmayan grup arasında yaş ortalamaları bakımından bir fark gözlenmedi ($p=0.086$). Gruplar arasında medeni durum, nikâh durumu, okula devam durumu ve eğitim durumu parametreleri bakımından istatistiki olarak fark saptandı (her biri için $p<0.001$). Okula devam durumu ve eğitim durumu gebe olmayan grupta daha yüksek olarak değerlendirildi.

Gebe olan grupta sigara kullanımı gebe olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir ($p=0.001$). Alkol kullanımı, madde kullanımı parametreleri bakımından gruplar arasında fark gözlenmedi (her biri için $p>0.05$). Geçmişte fiziksel travma, geçmişte cinsel travma, geçmişte fiziksel ya da cinsel travma yaşama, geçmişte suça karışma ve geçmişte evden kaçma davranışları gebe ergen grubunda daha yüksek olarak saptandı (her biri için $p<0.05$). Geçmişte yapılan intihar girişimleri bakımından iki grup arasında fark izlenmedi. ($p=0.124$). Şimdiki intihar düşüncesi varlığı bakımından anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0.05$). Olgu ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1’de gösterilmiştir.

4.1.3 GEBE VE GEBE OLMAYAN ADÖLESANLARIN AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ:

Olgu grubunu oluşturan bireylerin annelerinin yaşları 34-64 yıl arasında değişirken, ortalama 44.86 ± 6.94 yıl, babalarının yaşları ise 36-64 yıl arasında değişirken, ortalama 49.4 ± 7.32 yıl idi. Yine olgu grubunda bulunan bireylerin anne ve baba eğitim durumları incelendiğinde, annelerin %20'sinin (n=10) okuma yazma bilmediği, %54.0'ünün (n=27) ilkokul mezunu olduğu, %10'unun (n=5) ortaokul mezunu olduğu ve kalan %16.0'sının (n=8) lise mezunu olduğu belirlendi. Babaların %10'unun (n=5) okuma yazma bilmediği, %36.0'sının (n=18) ilkokul mezunu, %22.0'unun (n=11) ortaokul mezunu, %26.0'sının (n=13) lise mezunu, %6'sının (n=3) üniversite mezunu olduğu belirlendi. Olgu grubu ailelerinin aile birliği durumları incelendiğinde, bireylerin ailelerinin %74.0'ünün (n=37) birlikte yaşadığı, %18.0'inin (n=9) ailesinin boşandığı, %8.0'inin (n=4) babasının vefat ettiği saptandı. Olgu grubu ailelerinin %22.0'si (n=11) asgari ücretin altında gelir sahibi iken %78.0'si (n=39) asgari ücret ve üzerinde gelir durumuna sahiptir. Olgu grubundaki bireylerin ortalama kardeş sayısı 4.06, evdeki kişi sayısı ortalama 4.40 iken, bu bireyler ailelerinin genellikle 3'üncü çocuklarıdır. Bireylerin %90.0'ünün (n=45) ailesinde bilinen bir ruhsal hastalık bulunmadığı belirlendi. Olgu ve kontrol grubunun ailelerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

4.1.4 GEBE VE GEBE OLMAYAN ADÖLESANLARIN AİLELERİNİN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI:

Olgu grubundaki bireylerin anne ve baba yaş ortalamaları, kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek olarak saptandı (anne için $p=0.06$, baba için $p=0.03$). Olgu ve kontrol gruplarının anne ve babalarının eğitim düzeyleri bakımından istatistik fark izlenmedi (her biri için $p>0.05$). Gruplar arasında aile birliği durumu ve gelir durumu açısından istatistik fark izlenmedi (her biri için $p>0.05$). Gebe olmayan kontrol grubunda evde yaşayan kişi sayısı daha yüksek olarak saptanırken ($p=0.001$), kardeş sayısı bakımından gruplar arasında fark gözlenmedi ($p=0.706$). Gruplar arasında ailede sigara kullanımı, ailede alkol kullanımı ve ailede madde kullanımı parametreleri bakımından gruplar arasında fark gözlenmedi (her biri için $p>0.05$). Gruplar arasında ailede ruhsal hastalık bulunma durumu bakımından fark gözlenmedi ($p=0.749$). Olgu ve kontrol grubunun ailelerinin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir:

Tablo 2: Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında Aile Sosyodemografik Özellikleri Ve Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe (Olgu Grubu) N=50				Adölesan (Kontrol Grubu) N=50				P değeri
	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	
Anne Yaş	34	64	44.86±6.94		33	60	41.20±5.49		0.006
Baba Yaş	36	64	49.40±7.32		36	62	45.22±5.74		0.003
Anne Eğitim Düzeyi									
Okuma yazma yok				10 (20.0)				5 (10.0)	0.077
İlkokul mezunu				27 (54.0)				21 (42.0)	
Ortaokul mezunu				5 (10.0)				15 (30.0)	
Lise mezunu				8 (16.0)				8 (16.0)	
Üniversite mezunu				0 (0.0)				1 (2.0)	
Baba Eğitim Düzeyi									
Okuma yazma yok				5 (10.0)				0 (0.0)	0.115
İlkokul mezunu				18 (36.0)				14 (28.0)	
Ortaokul mezunu				11 (22.0)				16 (32.0)	
Lise mezunu				13 (26.0)				18 (36.0)	
Üniversite mezunu				3 (6.0)				2 (4.0)	
Aile Birliği									
Birlikte				37 (74.0)				44 (88.0)	0.154
Boşanmış				9 (18.0)				3 (6.0)	
Anne vefat				0 (0.0)				0 (0.0)	
Baba vefat				4 (8.0)				3 (6.0)	
Diğer				0 (0.0)				0 (0.0)	
Gelir Durumu									
Asgari ücret ve altı				11 (22.0)				14 (28.0)	0.644
Asgari ücret üzeri				39 (78.0)				36 (72.0)	
Kardeş Sayısı	1	8	4.06±1.94		1	12	3.88±1.83		0.706
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2	10	4.40±1.47		3	12	5.52±1.49		<0.001
Ailede Ruhsal Hastalık Bulunma Durumu									
Yok				45 (90.0)				44 (88.0)	1.000
Var				5 (10.0)				6 (12.0)	
Ailede Sigara Kullanımı									
Yok				44 (88.0)				49 (98.0)	0.056
Var				6 (12.0)				1 (2.0)	
Ailede Alkol Kullanımı									
Yok				17 (34.0)				18 (36.0)	1.000
Var				33 (66.0)				32 (64.0)	
Ailede Madde Kullanımı									
Yok				47 (94.0)				49 (98.0)	0.309
Var				3 (6.0)				1 (2.0)	

4.1.5 PARTNERLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Olgu grubunda yer alan bireylerin tamamının bir partneri mevcut olup, partnerlerinin yaşları 17-33 yıl arasında değişmekte iken, ortalama 24.16 ± 3.55 yıl idi. Partnerlerin %84.0'ü (n=42) gelir getirici bir işte çalışıyordu. Partnerlerin %2.0'si (n=1) okuma yazma bilmiyor, %22.0'si (n=11) ilkokul mezunu, %22.0'si (n=11) ortaokul mezunu, %44.0'ü (n=22) lise mezunu, %10.0'u (n=5) da üniversite mezunu idi. Partnerlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir:

Tablo 3: Gebe Adölesanların Partnerlerinin Sosyodemografik özellikleri

	Adölesan Gebe (Olgu Grubu)			
	N=50			
	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)
Yaş	17	33	24.16 ± 3.55	
Medeni Durum				
Bekar				16 (32.0)
Evli				34 (68.0)
Nikah Durumu				
Yok				16 (32.0)
Resmi nikahlı				31 (62.0)
Dini nikahlı				3 (6.0)
Okula Devam Durumu				
Devam etmiyor				48 (96.0)
Devam ediyor				2 (4.0)
Eğitim Durumu				
Okuma yazma yok				1 (2.0)
İlkokul mezunu				11(22.0)
Ortaokul mezunu				11(22.0)
Lise mezunu				22(44.0)
Üniversite mezunu				5(10.0)

4.1.6 ADÖLESANLARIN GEBELİKLERİNİN PLANLI / İSTENEN GEBELİK OLARAK TANIMLANMASI

Olgu grubundaki adölesanların %58.0'inin (n=29) gebeliği plansız iken, %32.0'sinin (n=16) gebeliğini istemediği belirlendi. Bu gruptaki ortalama toplam gebelik sayısı 1.28 ± 0.53 olarak saptandı.

4.1.7 GEBE OLAN VE OLMAYAN ADÖLESAN GEBELERİN ŞİMDİKİ VE YAŞAM BOYU RUHSAL HASTALIK TANILARI

Olgu grubundaki bireylerin %18.0'inde (n=9) ise geçmişte ruhsal hastalık varlığı bulunduğu tespit edildi. Olgu grubunda 4 bireyde yaşam boyu komorbid ruhsal hastalık tespit edildi. Örneklemin yaşam boyu ruhsal hastalıkları Tablo 4'te gösterilmiştir:

Tablo 4: İki Grubun Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Tanıları

YAŞAM BOYU TANILAR	Gebe Adölesan		Adölesan	
	n	%	n	%
Major Depresyon	6	(12)	0	
Mani	1	(2)	0	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1	(2)	0	
Panik Bozukluk	0		0	
Davranım Bozukluğu	3	(6)	0	
Madde Kötüye Kullanımı	1	(2)	0	
Sigara Tütün Kullanımı	1	(2)	0	

Olgu grubundaki bireylerin %10.0'unda (n=5) son iki hafta içinde ruhsal hastalık varlığı tespit edildi. Örneklemin şimdiki ruhsal hastalıkları Tablo 5'te gösterilmiştir:

Tablo 5: İki Grubun Şimdiki Ruhsal Hastalık Tanıları

ŞİMDİKİ TANILAR	Gebe Adölesan		Adölesan	
	n	%	n	%
Major Depresyon	4	(8)	0	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0		1	(2)
Panik Bozukluk	1	(2)	0	

4.1.8 GEBE OLAN VE OLMAYAN ADÖLESAN GEBELERİN ŞİMDİKİ VE YAŞAM BOYU RUHSAL HASTALIK TANILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ruhsal hastalık tanıları bulunan birey sayısının kısıtlılığı nedeniyle hastalıklar ayrı ayrı ele alınmadı.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi Ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) 'ne göre son iki haftalık dönemde bir tanı alanlarla yaşam boyu tanı alma durumuna göre gruplar arası yapılan değerlendirmede son iki haftalık dönemde hastalık varlığı bakımından gruplar arası fark izlenmezken ($p=0.102$), yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanı alan olma durumu olgu grubunda daha yüksek olarak saptandı ($p=0.02$). Şimdiki ve yaşam boyu ruhsal hastalık varlığı açısından grupların karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında Şimdiki veya Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe (Olgu Grubu) N=50	Adölesan (Kontrol Grubu) N=50	P değeri
	n (%)	n (%)	
Şimdiki psikiyatrik hastalık varlığı			
Yok	45 (90.0)	49 (98.0)	0.102
Var	5 (10.0)	1 (2.0)	
Yaşam boyu psikiyatrik hastalık varlığı			
Yok	41 (82.0)	50 (100.0)	0.001
Var	9 (18.0)	0 (0.0)	

4.1.9 GEBE OLAN VE OLMAYAN ADÖLESANLARIN ÇADÖ-Y VE İOÖ PUANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışma grubunda olgu ve kontrol grupları arasında ÇADÖ-Y ölçeği toplam puan ve alt-testlere göre yapılan değerlendirmede Total Puan, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal fobi, Panik bozukluk, Yaygın anksiyete bozukluğu, Majör depresif bozukluk alanlarında grupların puan ortalamaları arasında herhangi bir fark gözlenmez iken (her biri için $p>0.05$), Obsesif kompulsif bozukluk alt alanında kontrol grubunun puan ortalaması daha yüksek olarak saptandı ($p<0.037$).

İntihar olasılığı ölçeğine göre gruplar arasında yapılan değerlendirmede ölçeğin toplamından alınan puan ortalamaları ve İntihar düşüncesi, Umutsuzluk, Öfke /dürtüsellik, Sosyal destek algısı/benlik algısı alt alanlarından alınan puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanamadı (her biri için $p>0.05$). Gebe olan ve olmayan adölesanların ÇADÖ-Y ve İOÖ puanları açısından karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir

Tablo 7:Gebe ve Gebe Olmayan Grup Arasında ÇADÖ-Y Ve İOÖ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe (Olgu Grubu) N=50			Adölesan (Kontrol Grubu) N=50			P değeri
	Min	Max	Ort.±S.S	Min	Max	Ort.±S.S	
ÇADÖ-Y Ölçeği							
Toplam puan	0	141	49.60±34.72	8	141	54.90±32.90	0.361
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	0	21	5.68±5.34	0	21	6.22±5.13	0.401
Sosyal fobi	0	27	9.36±6.56	0	27	11.12±7.67	0.277
Obsesif kompulsif bozukluk	0	18	5.88±5.10	1	18	7.44±4.50	0.037
Panik bozukluk	0	27	9.56±7.98	0	27	9.44±7.82	0.920
Yaygın anksiyete bozukluğu	0	18	8.20±5.19	1	18	8.34±4.06	0.822
Majör depresif bozukluk	0	30	10.92±7.96	1	30	12.34±7.79	0.388
İOÖ ölçeği							
Toplam puan	40	114	72.38±20.44	43	130	73.62±20.96	0.733
Sosyal destek algısı/benlik algısı	16	43	29.60±7.23	19	53	31.50±7.33	0.280
Öfke /dürtüsellik	6	22	11.28±4.40	6	24	11.10±5.40	0.419
Umutsuzluk	7	23	14.44±4.70	7	28	14.82±5.89	1.000
İntihar düşüncesi	7	26	11.62±5.70	7	28	11.52±5.80	0.719

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

4.1.10 GEBE VE GEBE OLMAYAN GRUP ARASINDA ÇBASD ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çok boyutlu sosyal destek ölçeğine göre iki grubun değerlendirilmesi yapıldığında toplam puana göre, aile, arkadaş ve aile ve özel insan alt alanlarındaki puana göre yapılan gruplandırma sonucunda özel insan alt alanında, olgu grubunda bulunan bireylere yönelik yüksek destek sağlama yüzdesinin daha fazla olduğu belirlendi ($p=0.043$). Diğer alt alanlarda destek yüzdesinin gruplar arasında benzer olduğu belirlendi (her biri için $p>0.05$). Gebe ve gebe olmayan grup arasında ÇBASD ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo: 8’ de gösterilmiştir:

Tablo 8: Gebe Ve Gebe Olmayan Grup Arasında ÇBASD Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe (Olgu Grubu) N=50	Adölesan (Kontrol Grubu) N=50	P değeri
CBASD ölçeği	n (%)	n (%)	
CBASD Aile			
Düşük destek	6 (12.0)	9 (18.0)	0.345
Orta destek	11 (22.0)	6 (12.0)	
Yüksek destek	33 (66.0)	35 (70.0)	
CBASD Özel insan			
Düşük destek	8 (16.0)	19 (38.0)	0.043
Orta destek	13 (26.0)	11 (22.0)	
Yüksek destek	29 (58.0)	20 (40.0)	
CBASD Arkadaş			
Düşük destek	11 (22.0)	14 (28.0)	0.302
Orta destek	18 (36.0)	11 (22.0)	
Yüksek destek	21 (42.0)	25 (50.0)	
CBASD Total grup			
Düşük destek	4 (8.0)	7 (14.0)	0.405
Orta destek	20 (40.0)	23 (46.0)	
Yüksek destek	26 (52.0)	20 (40.0)	

ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.2 GEBE ADÖLESAN GRUBUNDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN İLE OLMAYAN GRUPLARIN BULGULARI

4.2.1 ADÖLESAN GEBE GRUBUNDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN İLE OLMAYANLAR ARASINDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KARŞILAŞTIRILMASI:

İntihar girişimi olan gebelerin yaşları 16-18 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 16.89 ± 0.60 yıl idi. İntihar girişimi olmayan gebelerin ise yaşları 16-19 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 17.17 ± 0.74 yıl idi. Gruplar arasında yaş ortalamaları bakımından fark gözlenmedi ($p=0.343$). Gruplar arasında okula devam durumu ve eğitim durumu parametreleri bakımından istatistiki olarak fark saptanmadı (her biri için $p>0.05$). Adölesanlar arasında sigara kullanımı, geçmişte fiziksel travma, geçmişte cinsel şiddet, geçmişte fiziksel ya da cinsel istismar yaşama ve geçmişte evden kaçma intihar girişimi bulunan grupta daha fazla olarak tespit edilirken (her biri için $p<0.05$). Adölesanlar arasında alkol kullanımı, madde kullanımı, geçmişte suça karışma, bakımından gruplar arasında fark gözlenmedi (her biri için $p>0.05$). Gebe grubunda intihar girişimi olan ile olmayanlar arasında sosyodemografik özellikleri ve karşılaştırılması Tablo: 9'da gösterilmiştir:

Tablo 9:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında Sosyodemografik Özellikler ve Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe İntihar Girişimi Var N=9				Adölesan Gebe İntihar Girişimi Yok N=41				P değeri
	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	
Yaş	16	18	16.89±0.60		16	19	17.17±0.74		0.343
Medeni Durum									
Bekar				6 (66.7)				10 (24.4)	0.022
Evli				3 (33.3)				31 (75.6)	
Nikah Durumu									
Yok				5 (55.6)				11 (26.8)	0.009
Resmi nikahlı				2 (22.2)				29 (70.7)	
Dini nikahlı				2 (22.2)				1 (2.4)	
Okula Devam Durumu									
Devam etmiyor				9 (100.0)				39 (95.1)	0.669
Devam ediyor				0 (0.0)				2 (4.9)	
Eğitim Durumu									
İlkokul mezunu				3 (33.3)				12 (29.3)	0.971
Ortaokul mezunu				5 (55.6)				24 (58.5)	
Lise mezunu				1 (11.1)				5 (12.2)	
Sigara Kullanımı									
Yok				3 (33.3)				31 (75.6)	0.022
Var				6 (66.7)				10 (24.4)	
Alkol Kullanımı									
Yok				7 (77.8)				39 (95.1)	0.144
Var				2 (22.2)				2 (4.9)	
Madde Kullanımı									
Yok				8 (88.9)				39 (95.1)	0.456
Var				1 (11.1)				2 (4.9)	
Yok				3 (33.3)				36 (87.8)	0.002
Var				6 (66.7)				5 (12.2)	
Geçmişte Fiziksel Travma									<0.05
Geçmişte Cinsel Travma									
Yok				5 (55.6)				39 (95.1)	0.007
Var				4 (44.4)				2 (4.9)	
Geçmişte Fiziksel ya da Cinsel Travma Yaşama									
Yok				3 (33.3)				35 (85.4)	0.003
Var				6 (66.7)				6 (14.6)	
Geçmişte Suça Karışma									
Yok				7 (77.8)				38 (92.7)	0.216
Var				2 (22.2)				3 (7.3)	
Geçmişte Evden Kaçma									
Yok				3 (33.3)				34 (82.9)	0.006
Var				6 (66.7)				7 (17.1)	

4.2.2 ADÖLESAN GEBE GRUBUNDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN İLE OLMAYANLAR ARASINDA AİLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KARŞILAŞTIRILMASI:

İntihar girişimi olan ve olmayan bireylerin anne ve baba yaş ortalamaları arasında istatistiki bir fark saptanmadı (her biri için $p>0.05$). Gebe gruplarının anne ve babalarının eğitim düzeyleri bakımından istatistik fark izlenmedi (her biri için $p>0.05$). Gruplar arasında gelir durumu açısından istatistik fark izlenmedi ($p=0.085$). Aile birliği durumu incelendiğinde ise intihar girişimi olmayan gebelerin daha çok aileleri ile birlikte yaşadığı tespit edildi. ($p=0.005$). Evde yaşayan kişi sayısı ve kardeş sayısı bakımından gruplar arasında fark gözlenmedi (her biri için $p>0.05$). Gruplar arasında ailede ruhsal hastalık bulunma durumu bakımından fark gözlenmedi ($p=0.518$). Ailede sigara kullanımı, ailede madde kullanımı, ailede alkol kullanımı bakımından gruplar arasında fark gözlenmedi (her biri için $p>0.05$). Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında Aile Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştırılması Tablo: 10'da gösterilmiştir:

Tablo 10:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında Aile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe İntihar Girişimi Var N=9				Adölesan Gebe İntihar Girişimi Yok N=41				P değeri
	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	Min	Max	Ort.±S.S	n (%)	
Anne Yaş	34	49	42.44±5.45		34	64	45.39±7.16		0.294
Baba Yaş	38	64	48.77±7.75		36	64	45.22±7.31		0.882
Anne Eğitim Düzeyi									
Okuma yazma yok				1 (11.1)				9 (22.0)	0.869
İlkokul mezunu				5 (55.6)				22 (53.7)	
Ortaokul mezunu				1 (11.1)				4 (9.8)	
Lise mezunu				2 (22.22)				6 (14.6)	
Üniversite mezunu				0 (0.0)				0 (0.0)	
Baba Eğitim Düzeyi									
Okuma yazma yok				1 (11.1)				4 (9.8)	0.966
İlkokul mezunu				3 (33.3)				15 (36.6)	
Ortaokul mezunu				2 (22.22)				9 (22.0)	
Lise mezunu				2 (22.22)				11 (26.8)	
Üniversite mezunu				1 (11.1)				2 (4.9)	
Aile Birliği									
Birlikte				4 (44.0)				33 (80.5)	0.005
Boşanmış				5 (55.6)				4 (9.8)	
Anne vefat				0 (0.0)				0 (0.0)	
Baba vefat				0 (0.0)				4 (9.8)	
Diğer				0 (0.0)				0 (0.0)	
Gelir Durumu									
Asgari ücret ve altı				0 (0.0)				11 (26.8)	0.085
Asgari ücret üzeri				9 (100.0)				30 (73.2)	
Kardeş Sayısı	1	8	3.66±2.17		1	8	4.14±1.90		0.502
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	3	8	5.00±1.41		2	10	4.26±1.46		0.125
Ailede Ruhsal Hastalık Bulunma Durumu									
Yok				7 (77.8)				38 (92.7)	0.216
Var				2 (22.2)				3 (7.3)	
Ailede Sigara Kullanımı									
Yok				6 (66.7)				38 (92.7)	0.063
Var				3 (33.3)				3 (7.3)	
Ailede Alkol Kullanımı									
Yok				1 (11.1)				16 (39.0)	0.110
Var				8 (88.9)				25 (61.0)	
Ailede Madde Kullanımı									
Yok				7 (77.8)				40 (97.6)	0.080
Var				2 (22.2)				1 (2.4)	

4.2.3 ADÖLESAN GEBE GRUBUNDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN İLE OLMAYANLAR ARASINDA ÇADÖ-Y VE İOO KARŞILAŞTIRILMASI:

Çalışma grubunda gebeliği istenen ve istenmeyen gebeler arasında ÇADÖ-Y ölçeği toplam puan ve alt-testlere göre yapılan değerlendirmede; Total Puan, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Majör Depresif Bozukluk alanlarında intihar girişimi olan gebelerin puan ortalamaları daha yüksek olarak saptandı.(her biri için $p<0.05$). Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu alt alanında ise gruplar arasında herhangi bir fark gözlenmedi (her biri için $p>0.05$).

İntihar olasılığı ölçeğine göre gruplar arasında yapılan değerlendirmede ölçeğin toplamından alınan puan ortalamaları, Sosyal destek algısı/benlik algısı, İntihar düşüncesi, Öfke /dürtüsellik, Umutsuzluk alt alanlarında intihar girişimi bulunan gebelerin aldıkları puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek olarak belirlendi (her biri için $p<0.05$)

Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında ÇADÖ-Y Ve İOO Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması Tablo: 11'de gösterilmiştir:

Tablo 11:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında ÇADÖ-Y Ve İOO Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe İntihar Girişimi Var N=9			Adölesan Gebe İntihar Girişimi Yok N=41			P değeri
	Min	Max	Ort.±S.S	Min	Max	Ort.±S.S	
ÇADÖ-Y Ölçeği							
Toplam puan	7	117	75.88±37.92	0	141	43.82±31.62	0.020
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	0	17	8.33±6.36	0	21	5.09±4.98	0.160
Sosyal fobi	1	22	13.11±6.90	0	27	8.53±6.27	0.081
Obsesif kompulsif bozukluk	2	18	10.66±6.48	0	18	4.82±4.14	0.016
Panik bozukluk	2	25	15.88±8.75	0	27	8.17±7.18	0.018
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	18	11.33±5.70	0	18	7.51±4.88	0.061
Majör depresif bozukluk	0	25	16.55±8.02	0	30	9.68±7.49	0.020
İOO ölçeği							
Toplam puan	68	110	94.22±13.32	40	114	67.58±18.58	<0.001
Sosyal destek algısı/benlik algısı	31	43	37.11±4.04	16	40	27.95±6.73	<0.001
Öfke /dürtüsellik	11	22	15.22±3.38	6	21	10.41±4.14	0.001
Umutsuzluk	10	23	18.66±4.92	7	23	13.51±4.15	0.008
İntihar düşüncesi	7	26	17.66±6.04	7	25	10.29±4.74	0.002

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, İOO: İntihar Olasılığı Ölçeği

4.2.4 ADÖLESAN GEBE GRUBUNDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN BİREYLER İLE OLMAYANLAR ARASINDA ÇBASDÖ KARŞILAŞTIRILMASI:

Çok boyutlu sosyal destek ölçeğine göre iki grubun değerlendirilmesi yapıldığında toplam puana göre, aile, arkadaş ve aile ve özel insan alt alanlarındaki puana göre yapılan gruplandırma sonucunda, destek yüzdesinin arkadaş ve aile alt alanlarında gruplar arasında benzer olduğu belirlendi (her biri için $p>0.05$). Toplam puana göre ve özel bir kişi alt alanlarındaki destek yüzdesi intihar girişimi bulunmayan gebelerde daha yüksek olarak saptandı (her biri için $p<0.05$). Adölesan gebe grubunda intihar girişimi olan bireyler ile olmayanlar arasında ÇBASDÖ karşılaştırılması Tablo: 12’de gösterilmiştir

Tablo 12: Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Arasında ÇBASD Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe İntihar Girişimi Var N=9	Adölesan Gebe İntihar Girişimi Yok N=41	P değeri
CBASD Ölçeği	n (%)	n (%)	
CBASD Aile			
Düşük destek	2 (22.2)	4 (9.8)	0.073
Orta destek	4 (44.4)	7 (17.1)	
Yüksek destek	3 (33.3)	30 (73.2)	
CBASD Özel insan			
Düşük destek	4 (44.4)	4 (9.8)	0.034
Orta destek	2 (22.2)	11 (26.8)	
Yüksek destek	3 (33.3)	26 (63.4)	
CBASD Arkadaş			
Düşük destek	2 (22.2)	9 (22.0)	0.335
Orta destek	5 (55.6)	13 (31.7)	
Yüksek destek	2 (22.2)	19 (46.3)	
CBASD Total grup			
Düşük destek	3 (33.3)	1 (2.4)	0.002
Orta destek	5 (55.6)	5 (36.6)	
Yüksek destek	1 (11.1)	25 (61.0)	

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

4.2.5 ADÖLESAN GEBE GRUBUNDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN İLE OLMAYANLAR ŞİMDİKİ VE YAŞAM BOYU RUHSAL HASTALIK TANILARININ KARŞILAŞTIRILMASI:

Ruhsal hastalık tanıları bulunan birey sayısının kısıtlılığı nedeniyle hastalıklar ayrı ayrı ele alınmadı. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi Ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) 'ne göre son iki haftalık dönemde bir tanı alanlarla yaşam boyu tanı alma durumuna göre gruplara arası yapılan değerlendirmede son iki haftalık dönemde ve yaşam boyu psikiyatrik hastalık varlığı bakımından intihar girişimi bulunan gebeler arasında ruhsal hastalık tanısı alma yüzdesi daha yüksek olarak belirlendi (her biri için $p<0.05$). Adölesan gebe grubunda intihar girişimi olan ile olmayanlar şimdi ve yaşam boyu ruhsal hastalık varlığının karşılaştırılması Tablo: 13'te gösterilmiştir:

Tablo 13:Adölesan Gebe Grubunda İntihar Girişimi Olan İle Olmayanlar Şimdi Ve Yaşam Boyu Ruhsal Hastalık Varlığının Karşılaştırılması

	Adölesan Gebe İntihar Girişimi Var N=9	Adölesan Gebe İntihar Girişimi Yok N=41	P değeri
	n (%)	n (%)	
Şimdi psikiyatrik hastalık varlığı			
Yok	6 (66.7)	39 (95.1)	0.035
Var	3 (33.3)	2 (4.9)	
Yaşam Boyu psikiyatrik hastalık varlığı			
Yok	5 (55.6)	36 (87.8)	0.043
Var	4 (44.4)	5 (12.2)	

4.3 ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON BULGULARI:

4.3.1 GEBE ADÖLESAN GRUBUNDA ÇADÖ-Y VE İOÖ PUANLARININ KORELASYONU:

Çalışma grubunda CADÖ ve İOÖ ölçeklerinin toplam ve alt alt alanlarının birbirleriyle olan ilişkisi Tablo14'te sunuldu. CADÖ ile İOÖ ölçekleri arasında yüksek düzede pozitif korelasyon bulunmuştur (her biri için $p < 0.001$). CADÖ ölçeğinden alınan puanlar arttıkça İOÖ ölçeğinden alınan puanlarda artmaktadır.

Tablo 14: Gebe Adölesan Grubunda ÇADÖ-Y ve İOÖ Puanlarının Korelasyonu

		CADOTOPLAM	CADÖAAB	CADÖSF	CADÖOKB	CADÖPB	CADÖYAB	CADÖMDB	İOÖTOPLAM	İOÖSDA	İOÖÖD	İOÖUMUT
ÇADÖTOPLAM	R	1,000	,863**	,907**	,825**	,923**	,921**	,944**	,758**	,593**	-,299***	,830**
	P	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,035	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖAAB	R	,863**	1,000	,816**	,665**	,721**	,797**	,747**	,607**	,466**	-,208**	,642**
	P	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,148	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖSF	R	,907**	,816**	1,000	,707**	,794**	,803**	,802**	,655**	,514**	-,131**	,745**
	P	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,365	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖOKB	R	,825**	,665**	,707**	1,000	,730**	,780**	,729**	,674**	,584**	-,410***	,680**
	P	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖPB	R	,923**	,721**	,794**	,730**	1,000	,794**	,911**	,710**	,521**	-,258***	,807**
	P	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,070	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖYAB	R	,921**	,797**	,803**	,780**	,794**	1,000	,835**	,719**	,572**	-,357***	,760**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,011	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖMDB	R	,944**	,747**	,802**	,729**	,911**	,835**	1,000	,773**	,615**	-,304***	,841**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,032	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖTOPLAM	R	,758**	,607**	,655**	,674**	,710**	,719**	,773**	1,000	,896**	-,515***	,885**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖSDA	R	,593**	,466**	,514**	,584**	,521**	,572**	,615**	,896**	1,000	-,654**	,690**
	P	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖÖD	R	-,299***	-,208**	-,131**	-,410***	-,258***	-,357***	-,304***	-,515***	-,654**	1,000***	-,341***
	P	,035	,148	,365	,003	,070	,011	,032	,000	,000	.	,016
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖUMUT	R	,830**	,642**	,745**	,680**	,807**	,760**	,841**	,885**	,690**	-,341***	1,000
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,016	.
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

ÇADÖTOPLAM: Toplam puan, ÇADÖAAB: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, ÇADÖSF: Sosyal fobi, ÇADÖOKB: Obsesif kompulsif bozukluk, ÇADÖPB: Panik bozukluk, ÇADÖYAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, ÇADÖMDB: Majör depresif bozukluk

İOÖTOPLAM: İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam puan, İOÖSDA: İntihar Olasılığı Ölçeği Sosyal destek algısı/benlik algısı, İOÖÖD: İntihar Olasılığı Ölçeği Öfke /dürtüsellik, İOÖUMUT : İntihar Olasılığı Ölçeği Umutsuzluk

4.3.2 GEBE ADÖLESAN GRUBUNDA ÇADÖ-Y VE ÇBASD ÖLÇEĞİ PUANLARININ KORELASYONU:

Çalışmamızda CADÖ ve CBASD ölçeklerinin toplam ve alt alanlarının birbirleriyle ilişkisi tabloda verilmiştir. CADÖ ve CBASD ölçeklerinin toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmişti ($r:-0,299$; $p:0,035$). CADÖ toplam puanı arttıkça CBASD toplam puanı azalmaktadır. Gebe adölesan grubunda ÇADÖ ve ÇBASD ölçeği puanlarının korelasyonu Tablo: 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15: Gebe Adölesan Grubunda ÇADÖ-Y ve ÇBASD Ölçeği Puanlarının Korelasyonu:

		CADOTOPLAM	CADÖAAB	CADÖSF	CADÖOKB	CADÖPB	CADÖYAB	CADÖMDB	CBASDAİLE	CBASDÖZELİNSAN	CBASARKADAŞ	CBASDTOTAL
ÇADOTOPLAM	R	1,000	,863**	,907**	,825**	,923**	,921**	,944**	-,224	-,120	-,236	-,299*
	P	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,118	,405	,099	,035
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖAAB	R	,863**	1,000	,816**	,665**	,721**	,797**	,747**	-,153	-,047	-,199	-,208
	P	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,289	,747	,167	,148
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖSF	R	,907**	,816**	1,000	,707**	,794**	,803**	,802**	-,121	,025	-,072	-,131
	P	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,404	,861	,618	,365
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖOKB	R	,825**	,665**	,707**	1,000	,730**	,780**	,729**	-,336*	-,250	-,348*	-,410**
	P	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,017	,080	,013	,003
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖPB	R	,923**	,721**	,794**	,730**	1,000	,794**	,911**	-,283*	-,096	-,177	-,258
	P	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,046	,507	,220	,070
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖYAB	R	,921**	,797**	,803**	,780**	,794**	1,000	,835**	-,202	-,171	-,326*	-,357*
	P	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,160	,234	,021	,011
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇADÖMDB	R	,944**	,747**	,802**	,729**	,911**	,835**	1,000	-,176	-,153	-,254	-,304*
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,222	,288	,075	,032
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ÇBASDAİLE	R	-,224	-,153	-,121	-,336*	-,283*	-,202	-,176	1,000	,324*	,475**	,671**
	P	,118	,289	,404	,017	,046	,160	,222	.	,022	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDÖZELİNSAN	R	-,120	-,047	,025	-,250	-,096	-,171	-,153	,324*	1,000	,596**	,792**
	P	,405	,747	,861	,080	,507	,234	,288	,022	.	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDARKADAŞ	R	-,236	-,199	-,072	-,348*	-,177	-,326*	-,254	,475**	,596**	1,000	,872**
	P	,099	,167	,618	,013	,220	,021	,075	,000	,000	.	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDTOTAL	R	-,299*	-,208	-,131	-,410**	-,258	-,357*	-,304*	,671**	,792**	,872**	1,000
	P	,035	,148	,365	,003	,070	,011	,032	,000	,000	,000	.
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

* $p<0,05$, ** $p<0,001$

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, ÇADÖTOPLAM: Toplam puan, ÇADÖAAB: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, ÇADÖSF: Sosyal fobi, ÇADÖOKB: Obsesif kompulsif bozukluk, ÇADÖPB: Panik bozukluk, ÇADÖYAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, ÇADÖMDB: Majör depresif bozukluk, CBASD Total: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği toplam puan, CBASD Özel insan: ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği Özel insan alt ölçeği, CBASD Arkadaş: ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği arkadaş alt ölçeği, CBASD Aile: ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği aile alt ölçeği,

4.3.3 GEBE ADÖLESAN GRUBUNDA ÇBASDÖ VE İÖÖ ÖLÇEĞİ PUANLARININ KORELASYONU:

CBASDÖ ile İÖÖ toplam puanları arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır (r:-0,515; p:<0,001). CBASDÖ toplam puanı arttıkça İÖÖ toplam puanı azalmaktadır. CBASDÖ ve İÖÖ toplam ve alt alanlarının ilişkisi ise Tablo: 16'da verilmiştir:

Tablo 16: Gebe Adölesan Grubunda ÇBASD VE İÖÖ Ölçeği Puanlarının Korelasyonu:

		CBASDAİLE	CBASDÖZELİNSAN	CBASARKADAŞ	CBASDTOTAL	İOOTOPLAM	İOOSDA	İÖÖD	İÖÖUMUT
CBASDAİLE	R	1,000	,324*	,475**	,671**	-,408**	-,522**	-,287*	-,314*
	P	.	,022	,000	,000	,003	,000	,043	,026
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDÖZELİNSAN	R	,324*	1,000	,596**	,792**	-,310*	-,404**	-,348*	-,166
	P	,022	.	,000	,000	,028	,004	,013	,248
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDARKADAŞ	R	,475**	,596**	1,000	,872**	-,409**	-,543**	-,391**	-,233
	P	,000	,000	.	,000	,003	,000	,005	,103
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDTOTAL	R	,671**	,792**	,872**	1,000	-,515**	-,654**	-,478**	-,341*
	P	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,016
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İOOTOPLAM	R	-,408**	-,310*	-,409**	-,515**	1,000	,896**	,912**	,885**
	P	,003	,028	,003	,000	.	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İOOSDA	R	-,522**	-,404**	-,543**	-,654**	,896**	1,000	,793**	,690**
	P	,000	,004	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İÖÖD	R	-,287*	-,348*	-,391**	-,478**	,912**	,793**	1,000**	,833**
	P	,043	,013	,005	,000	,000	,000	.	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İÖÖUMUT	R	-,314*	-,166	-,233	-,341*	,885**	,690**	,833**	1,000
	P	,026	,248	,103	,016	,000	,000	,000	.
	N	50	50	50	50	50	50	50	50

*p<0,05, ** p<0,001

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

CBASD Total: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği toplam puan, CBASD Özel insan: ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği Özel insan alt ölçeği, CBASD Arkadaş: ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği arkadaş alt ölçeği, CBASD Aile: ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği aile alt ölçeği,

İÖÖTOPLAM: İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam puan, İOOSDA: İntihar Olasılığı Ölçeği Sosyal destek algısı/benlik algısı, İÖÖD: İntihar Olasılığı Ölçeği Öfke /dürtüsellik, İÖÖUMUT : İntihar Olasılığı Ölçeği Umutsuzluk

4.3.4 GEBE OLMAYAN ADÖLESAN GRUPTA ÇBASDÖ VE İOÖ PUANLARININ KORELASYONU

Gebe olmayan adölesanlarda CBASD ölçeğinden alınan puanlar arttıkça İOÖ ölçeğinden alınan puanlar azalmaktadır (r:-0,291; p:0,040). Gebe olmayan adölesanlarda CBASDÖ ve İOÖ ölçeklerinin birbirleri ile olan ilişkileri Tablo: 17’de sunulmuştur.

Tablo 17:Gebe Olmayan Adölesan Grupta ÇBASDÖ VE İOÖ Puanlarının Korelasyonu

		CBASDAİLE	CBASDÖZELİNSAN	CBASARKADAŞ	CBASDTOTAL	İOÖTOPLAM	İOÖSDA	İOÖÖD	İOÖUMUT
CBASDAİLE	R	1,000	,281*	,151	,504**	-,621**	-,440**	-,559**	-,551**
	P	.	,048	,296	,000	,000	,001	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDÖZEL İNSAN	R	,281*	1,000	,451**	,803**	,026	-,048	,008	-,057
	P	,048	.	,001	,000	,860	,742	,956	,695
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDARKADAŞ	R	,151	,451**	1,000	,763**	-,178	-,271	-,035	-,186
	P	,296	,001	.	,000	,218	,057	,811	,195
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDTOTAL	R	,504**	,803**	,763**	1,000	-,291*	-,306*	-,212	-,310*
	P	,000	,000	,000	.	,040	,030	,139	,028
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖTOPLAM	R	-,621**	,026	-,178	-,291*	1,000	,672**	,833**	,850**
	P	,000	,860	,218	,040	.	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖSDA	R	-,440**	-,048	-,271	-,306*	,672**	1,000	,368**	,307*
	P	,001	,742	,057	,030	,000	.	,009	,030
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖÖD	R	-,559**	,008	-,035	-,212	,833**	,368**	1,000**	,766**
	P	,000	,956	,811	,139	,000	,009	.	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50
İOÖUMUTSUZLUK	R	-,551**	-,057	-,186	-,310*	,850**	,307*	,766**	1,000
	P	,000	,695	,195	,028	,000	,030	,000	.
	N	50	50	50	50	50	50	50	50

*p<0,05, ** p<0,001

CBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği, İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

CBASD Total: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği toplam puan, CBASD özel insan: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği özel insan alt ölçeği, CBASD Arkadaş:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği arkadaş alt ölçeği, CBASD Aile: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği aile alt ölçeği,

İOÖTOPLAM: İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam puan, İOÖSDA: İntihar Olasılığı Ölçeği Sosyal destek algısı/benlik algısı, İOÖÖD: İntihar Olasılığı Ölçeği Öfke /dürtüsellik, İOÖUMUT : İntihar Olasılığı Ölçeği Umutsuzluk

4.3.5 GEBE OLMAYAN ADÖLESAN GRUPTA ÇADÖ-Y -ÇBASDÖ PUANLARININ KORELASYONU:

Gebe olmayan adölesanlarda CADÖ-Y ölçeğinden alınan toplam puan ile CBASD ölçeğinden alınan toplam puan arasında ilişki bulunamamıştır (r:-0,225; p:0,116). Gebe olmayan adölesanlarda CADÖ-Y ve CBASDÖ ölçeklerinin birbirleri ile olan ilişkileri Tablo:18’de sunulmuştur.

TABLO 18: GEBE OLMAYAN ADÖLESAN GRUPTA ÇADÖ-ÇBASD Puanlarının Korelasyonu

		CBASDAİLE	CBASDÖZELİNSAN	CBASARKADAŞ	CBASTOTAL	CADOTOPLAM	CADÖAAB	CADÖSF	CADÖOKB	CADÖPB	CADÖYAB	CADÖMDB
CBASDAİLE	R	1,000	,281*	,151	,504**	-,425**	-,165	-,310*	-,417**	-,452**	-,362**	-,453**
	P	.	,048	,296	,000	,002	,253	,029	,003	,001	,010	,001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASDÖZELİNSAN	R	,281*	1,000	,451**	,803**	-,098	,042	-,167	-,117	-,097	-,113	,035
	P	,048	.	,001	,000	,496	,771	,245	,417	,503	,434	,808
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASARKADAŞ	R	,151	,451**	1,000	,763**	-,103	,100	-,031	-,078	-,124	-,130	-,114
	P	,296	,001	.	,000	,478	,488	,832	,591	,392	,369	,429
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CBASTOTAL	R	,504**	,803**	,763**	1,000	-,225	,005	-,161	-,201	-,250	-,216	-,198
	P	,000	,000	,000	.	,116	,971	,263	,162	,080	,131	,169
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADOTOPLAM	R	-,425**	-,098	-,103	-,225	1,000	,662**	,901**	,794**	,902**	,773**	,892**
	P	,002	,496	,478	,116	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADÖAAB	R	-,165	,042	,100	,005	,662**	1,000	,654**	,440**	,465**	,461**	,561**
	P	,253	,771	,488	,971	,000	.	,000	,001	,001	,001	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADÖSF	R	-,310*	-,167	-,031	-,161	,901**	,654**	1,000	,630**	,779**	,714**	,693**
	P	,029	,245	,832	,263	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADÖOKB	R	-,417**	-,117	-,078	-,201	,794**	,440**	,630**	1,000	,690**	,605**	,748**
	P	,003	,417	,591	,162	,000	,001	,000	.	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADÖPB	R	-,452**	-,097	-,124	-,250	,902**	,465**	,779**	,690**	1,000	,663**	,795**
	P	,001	,503	,392	,080	,000	,001	,000	,000	.	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADÖYAB	R	-,362**	-,113	-,130	-,216	,773**	,461**	,714**	,605**	,663**	1,000	,581**
	P	,010	,434	,369	,131	,000	,001	,000	,000	,000	.	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADÖMDB	R	-,453**	,035	-,114	-,198	,892**	,561**	,693**	,748**	,795**	,581**	1,000
	P	,001	,808	,429	,169	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

*p<0,05, ** p<0,001

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, ÇBASD:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇADÖTOPLAM: Toplam puan, ÇADÖAAB: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, ÇADÖSF: Sosyal fobi, ÇADÖOKB: Obsesif kompulsif bozukluk, ÇADÖPB: Panik bozukluk, ÇADÖYAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, ÇADÖMDB: Majör depresif bozukluk

CBASD Total: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği toplam puan, CBASD özel insan:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği özel insan alt ölçeği, CBASD Arkadaş: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği arkadaş alt ölçeği, CBASD Aile: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği aile alt ölçeği,

4.3.6 GEBE OLMAYAN ADÖLESAN GRUPTA ÇADÖ-Y-İÖÖ PUANLARININ KORELASYONU:

Gebe olmayan adölesanlarda CADÖ-Y ölçeğinden alınan puanlar arttıkça İÖÖ ölçeğinden alınan puanlar artmaktadır (r:0,696; p<0,001). Gebe olmayan adölesanlarda CADÖ ve İÖÖ ölçeklerinin birbirleri ile olan ilişkileri Tablo:19’da sunulmuştur:

TABLO 19: GEBE OLMAYAN ADÖLESAN GRUPTA ÇADÖ-İÖÖ Puanlarının Korelasyonu

		CADOTOPLAM	CADOAAB	CADOSF	CADOOKB	CADOPB	CADÖYAB	CADOMDB	İÖÖTOPLAM	İÖÖSDA	İÖÖÖD	İÖÖUMUT
CADOTOPLAM	R	1,000	,662**	,901**	,794**	,902**	,773**	,892**	,696**	,267	,586**	,761**
	P	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,060	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADOAAB	R	,662**	1,000	,654**	,440**	,465**	,461**	,561**	,281*	,067	,259	,316*
	P	,000	.	,000	,001	,001	,001	,000	,048	,645	,069	,026
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADOSF	R	,901**	,654**	1,000	,630**	,779**	,714**	,693**	,516**	,151	,424**	,650**
	P	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,294	,002	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADOOKB	R	,794**	,440**	,630**	1,000	,690**	,605**	,748**	,601**	,258	,496**	,629**
	P	,000	,001	,000	.	,000	,000	,000	,000	,071	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADOPB	R	,902**	,465**	,779**	,690**	1,000	,663**	,795**	,718**	,322*	,630**	,748**
	P	,000	,001	,000	,000	.	,000	,000	,000	,022	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADÖYAB	R	,773**	,461**	,714**	,605**	,663**	1,000	,581**	,627**	,142	,637**	,744**
	P	,000	,001	,000	,000	,000	.	,000	,000	,325	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CADOMDB	R	,892**	,561**	,693**	,748**	,795**	,581**	1,000	,768**	,383**	,610**	,751**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,006	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İÖÖTOPLAM	R	,696**	,281*	,516**	,601**	,718**	,627**	,768**	1,000	,672**	,833**	,850**
	P	,000	,048	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İÖÖSDA	R	,267	,067	,151	,258	,322*	,142	,383**	,672**	1,000	,368**	,307*
	P	,060	,645	,294	,071	,022	,325	,006	,000	.	,009	,030
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İÖÖÖD	R	,586**	,259	,424**	,496**	,630**	,637**	,610**	,833**	,368**	1,000**	,766**
	P	,000	,069	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,009	.	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
İÖÖUMUT	R	,761**	,316*	,650**	,629**	,748**	,744**	,751**	,850**	,307*	,766**	1,000
	P	,000	,026	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,030	,000	.
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

*p<0,05, ** p<0,001

ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

ÇADÖTOPLAM: Toplam puan, ÇADÖAAB: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, ÇADÖSF: Sosyal fobi, ÇADÖOKB: Obsesif kompulsif bozukluk, ÇADÖPB: Panik bozukluk, ÇADÖYAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, ÇADÖMDB: Majör depresif bozukluk

İÖÖTOPLAM: İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam puan, İÖÖSDA: İntihar Olasılığı Ölçeği Sosyal destek algısı/benlik algısı, İÖÖÖD: İntihar Olasılığı Ölçeği Öfke /dürtüsellik, İÖÖUMUT : İntihar Olasılığı Ölçeği Umutsuzluk

5.1 GEBE VE GEBE OLMAYAN ADÖLESANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gebe ve gebe olmayan adölesan grupları arasında yaş ortalamaları bakımından bir fark gözlenmedi. 2014 yılında yayınlanan Ankara’da 220 adölesan gebe ile yapılmış çalışmada yaş ortalaması $17,4 \pm 0,73$ yıl olarak saptanmış olup gebe adölesan yaşı örneklem grubumuz ile uyumludur (173).

Gebe ve gebe olmayan adölesanlar arasında eğitim düzeyi arasında anlamlı fark saptanmıştır. TNSA–2013 verilerine göre 15-19 yaş kadın grubunun % 2.2’ si eğitimi yok ya da ilkokulu bitirmemiş, 7.5’si ilkokul mezunu, 69.4 ortaokul mezunu, 20.8 lise mezunudur (17). Bu verilerle karşılaştırıldığında gebe adölesan grubunda ilkokul mezunu oranı Türkiye ortalamasını üzerinde olup, lise ve ortaokul mezunu oranı düşük saptanmıştır. 2015 yılında Ankara ilinde 300 adölesan gebe ile yapılan çalışmada ilkokul mezunu %25. 7, ortaokul mezunu % 57, lise mezunu %13 olarak bulunmuş olup bulgular çalışmamızla uyumludur(174). Türkiye’de Denizli’de yapılan bir çalışmada, adölesan gebelerin %89’unun eğitim düzeylerinin ortaokul ve altında olduğu tespit edilmiştir. Gebe olanların eğitim düzeyleri, gebe olmayanlara göre daha düşük bulunmuş olup, gebelerin %10,5’i lise ve üstü eğitime sahip iken, gebe olmayanlarda oran %21,3’dür (175).

Erken ve istenmeyen gebelik genellikle ergenlerin okulu bırakmasına neden olur. Bununla birlikte, erken ve istenmeyen gebelik ile okulu bırakma arasındaki ilişki net değildir, çünkü adölesan gebeliği okuldan ayrılmanın hem nedeni hem de sonucu olabilir. Kenya da 10-19 yaş kız çocukları arasında yapılmış bir çalışmada % 62’ sinin gebelik öncesinde okulu bıraktığı saptanmıştır (176). Brezilya’da 3050 ergen ile yapılan çalışmada %46’sı gebeliği süresince okula devam etmiş, %37 ‘si gebe kalınca okulu bırakmış, %17’si ise okulu bıraktıktan sonra gebe kalmıştır (177). Gebe ve gebe olmayan adölesanlar arasında okula devam durumu açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Gebe grubundaki bireylerin %96. 0’sı (n=48) okula devam etmezken, kontrol grubundaki bireylerin tamamının okula devam ettiği görülmüştür. 2015 yılında Ankara ilinde 300 adölesan gebe ile yapılan çalışmada gebe ergenlerin okulu bırakma oranlarının daha yüksek olduğu (%95,3) saptanmış olup çalışmamız ile uyumludur (174).

Eğitim düzeyi ile erken yaşta çocuk sahibi olma arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim düzeyi daha düşük adölesanların, daha yüksek olanlara göre çocuk sahibi olmaları daha muhtemeldir (19). TNSA–2013 verilerine göre eğitimi olmayan veya

ilkokulu bitirmemiş kadınların yüzde 17'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az ilkokulu bitirmiş kadınlar arasında yüzde 8 düzeyindedir (17). *Martin ve ark.* tarafından yapılan bir çalışmada kızlarda 10 yıl boyunca okula devam etmenin, eğitim almamış kızlarla karşılaştırıldığında evlilik yaşını 6 yıl geciktirdiği saptanmıştır (178). Adölesanların okula devam etmeme sebepleri ve okulu bıraktıkları dönem çalışmamızda değerlendirilmemiş olsa da gebe olan grupta eğitim durumları göz önüne alındığında çoğunluğunun okulu bıraktıktan sonra gebe kaldıklarına kanaat getirebilir. Okuldan ayrılma, bir kızın hayatındaki potansiyelinin daralmasına yol açan, adölesan gebelik oluşumuna zemin hazırlayan bir destekleyici gibi görünebilir.

Anne-baba eğitim düzeyinin düşük olmasının adölesan evlilik ve gebelik riskini artırdığı bilinmektedir (179). Brezilya'da yapılan bir çalışmada ebeveyn eğitim düzeyiyle adölesan gebeliği arasında ters ilişki saptanmıştır (50). *Choe ve ark.* tarafından yapılan çalışmada, ebeveynleri eğitilmiş bir adölesanın, diğer adölesanlara oranla 20 yaşından önce doğum yapma oranı daha az saptanmış olup, adölesanın kendi eğitim seviyesi de dahil olmak üzere diğer değişkenler kontrol edildikten sonra bile adölesanın annesinin eğitiminin etkisi özellikle güçlü olarak saptanmış (51). TNSA-2013'e göre 40-44 yaş grubu kadınların % 22.1'ü eğitimsiz veya ilkokulu bitirmemiş % 53.7 si ilkokul 5.sınıf mezunu, % 6'sı ilköğretim 8. Sınıf mezunu, % 18.2'si ise lise ve üzeri eğitimlidir. TNSA-2013'e göre 40-50 yaş grubu erkeklerin % 4.95'i eğitimsiz veya ilkokulu bitirmemiş, % 49.9 si ilkokul 5.sınıf mezunu, % 12,75'i ilköğretim 8. Sınıf mezunu, % 32.7'si ise lise ve üzeri eğitimlidir (17). Bu verilerle karşılaştırıldığında örneklem grubu anne ve baba eğitim düzeyleriyle benzerdir. Gebe olmayan ve gebe adölesanlar arasında anne ve babalarının eğitim düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Olgu ve kontrol grubunun homojen olması ve örneklem büyüklüğünün kısıtlı olması farklılık çıkmasına engel olmuş olabilir.

Adölesan gebelerin düşük gelirli, tek ebeveynli ailelerden gelme olasılığı daha yüksektir (180). *Brahmbhatt ve ark.* tarafından yayınlanan çalışmada adölesan gebeliğinde, tek ebeveynle yetiştirilmenin iki ebeveyn tarafından yetiştirilmeye oranla daha anlamlı ilişkili bulunmuştur (181). Gebe ve gebe olmayan adölesanlar arasında aile birliği durumu ve gelir durumu açısından anlamlı farklılık izlenmedi.

Sigara, olumsuz perinatal sonuçlar için güçlü risk faktörlerinden biridir ve yapılan çalışmalarda gebe adölesanların daha ileri yaştaki gebelere oranla daha yüksek oranda sigara kullanımı olduğu gösterilmiştir (182). Adölesan gebelerin, 20-24 yaş aralığındaki gebe kadınlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada adölesan gebelerde sigara kullanımı daha yüksek

oranda saptanmıştır (183). Gebe ve gebe olmayan adölesanların karşılaştırıldığı bir çalışmada sigara kullanımı hikayesi adölesan gebeliği ile anlamlı ilişkili bulunmuştur (44). 2007 yılında ülkemizde yapılan araştırmaya göre 15-19 yaşlarındaki erkeklerin yüzde 28,6'sı ve aynı gruptan kızların yüzde 12,9'u sigara içmektedir (19). Sigara kullanım oranları çalışma örneğimizde gebe adölesanların % 32'si, gebe olmayan grupta %2 olmak üzere; tüm örneklemede %17 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda saptanan sigara kullanımı yüzdesi 2007 yılında ülkemizde yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde 18 yaş altına sigara satılması yasaklanmış olmasına karşın adölesan grupta kullanımının devam ettiği gözlenmektedir. Bizim çalışmamızda literatürü (12, 44) destekler nitelikte olup gebe olan grupta sigara kullanımı gebe olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir.

Alkol tüketimi Türkiye'de batılı ülkelere göre çok daha az görülmektedir; ancak yine de toplumun çeşitli kesimlerinde bu tür durumlara rastlanmaktadır. Oranlar konusunda farklı bilgiler verilmekle birlikte, bundan çocuklar da etkilenmektedir. 2007 yılında yapılan bir araştırmaya göre 15-19 yaş grubundan erkeklerin yüzde 22'si ve aynı yaş grubundan kızların yüzde 7'si son üç ay içinde en az bir kez alkol almıştır (19). Adölesanlarda madde kullanımı ve riskli cinsel davranışlar hakkında daha önce yapılan araştırmalar, madde kullanımı ve adölesan gebeliklerin iç içe geçtiğini göstermektedir. Birleşik devletlerde 2002- 2012 yılları arasında adölesan gebelerde madde kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada; Adölesan gebelerin alkol, esrar ve diğer yasadışı uyuşturucular deneme olasılıklarının gebe olmayan adölesanlara oranla daha yüksek olarak değerlendirilmiştir (184). Bizim olgu ve kontrol grubumuzda alkol ve madde kullanımı açısından farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda alkol madde kullanımı öz bildirimine dayanması nedeniyle olgu ve kontrol grubu açısından adölesanların alkol ve madde kullanımını gizleme ihtimalinin göz ardı edilmemesi gerekir.

Adölesan dönem gebelikleriyle fiziksel, seksüel ve emosyonel istismar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında istismar öyküsü varlığı ile adölesan gebeliği arasında anlamlı ilişki saptanmış olup; fiziksel istismar öyküsü olan genç kadınların adölesan döneminde gebe kalma olasılıklarının 1,5 kat, seksüel istismar öyküsü olan genç kadınların adölesan döneminde gebe kalma olasılıklarının 2 kat arttığı saptanmıştır (185). Literatürdeki çalışmalara (72, 73) benzer olarak gebe ve gebe olmayan adölesanların değerlendirildiği çalışmamızda geçmişte fiziksel ve cinsel travma öyküsü varlığı gebe ergen grubunda daha yüksek olarak saptandı.

Geç çocukluktan genç erişkinliğe kadar, adölesanlar giderek riskli durumlarda kendi kararlarına güvenmek zorundadırlar ve aşırı risklerden kaçınmayı öğrenmelidirler. Bu kararları verme becerisi yavaşça gelişir ve günlük hayatta ciddi sonuçlar doğurabilir (186, 187). Örneğin, öz-bildirim ve gözlem çalışmaları, trafik kazalarının sayısının adölesan dönemde zirve yaptığını ve adölesanların suç davranışlarına, tütün ve alkolle deneylere ve güvensiz cinsel aktiviteye dahil olma riski altında olduğunu göstermektedir (188, 189). 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada geçmişte suça karışma ve evden kaçma kaydıyla adölesan gebeliği arasında anlamlı ilişki saptanmış (190). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde geçmişte suça karışma ve geçmişte evden kaçma davranışları gebe adölesan grubunda daha yüksek olarak saptandı. Bu bulgular öz bildirimde dayanmakta olup resmi kayıtlara dayanmamaktadır. Karşılan suçun niteliği ve evden kaçmaya sebep olan etkenler araştırmamız kapsamında olmadığı için değerlendirilmedi. Bununla beraber adölesanların sigara kullanımı, evlilik olmadan gebeliğe sahip olmaları, fiziksel ve cinsel travma varlığı, evden kaçma ve suça karışma gibi riskli davranışlar açısından bakıldığında zarardan kaçınma becerilerinin henüz gelişmediğini düşündürmektedir.

Bir çalışmada bakım veren kişilerde bulunan ruhsal hastalık öyküsü ile adölesan gebeliği arasında anlamlı ilişki saptanmış olmasına karşın, adölesan gebede bulunan ruhsal hastalık öyküsü ile anlamlı çıkmamıştır. Bu durum ruhsal hastalığı bilinen ve tedavi edilenlerin ruhsal hastalığı teşhis edilmeyenlere göre gebelik açısından daha az risk taşıdığını düşündürmektedir (190). Bizim örneklem grubumuzda ailede ruhsal hastalık bulunma durumu bakımından fark gözlenmedi. Bu durum öz bildirimde dayanmakta olup aile üyelerine yapılandırılmış ruhsal değerlendirme yapılmamış olup, ruhsal hastalık varlığı dökümanete edilmemiştir. Gebe ve gebe olmayan ergenler arasında Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) toplam puan ve alt ölçekler arasında OKB alt ölçeği dışında anlamlı fark saptanmamıştır. *Ferri ve ark.* tarafından adölesan gebelerde yapılan bir çalışmada son 12 aylık dönemde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı % 24.3 olarak saptanmış olup depresyon % 13, anksiyete bozuklukları % 5.7, travma sonrası stres bozukluğu % 9.8, somatoform bozukluklar % 1.8 olarak bulunmuştur (191). Çalışmamızda yarı yapılandırılmış ruhsal değerlendirme verilerine bakıldığında şimdiki ruhsal hastalık varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yarı yapılandırılmış ruhsal değerlendirme verilerine bakıldığında yaşam boyu ruhsal hastalık tanıları hastalık bazında değerlendirildiğinde anlamlı saptanmamıştır. Gebe adölesan grupta majör depresyon %12, anksiyete bozuklukları %2, davranım bozukluğu % 6 saptanmıştır. Yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı

varlığı adölesan gebe grubunda anlamlı olarak daha yüksek olarak saptandı. Kısıtlı örneklem büyüklüğümüz kesin nedensellik ilişkisi kurmamıza engel olsa da bulgularımız ışığında yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik tanı varlığının adölesan gebelik riskini artırdığını düşündürmektedir.

İntihar girişimi varlığı , daha sonra intihar girişiminde bulunmak için önemli bir risk faktörüdür (192, 193). Brezilya gebe ve gebe olmayan adölesanların karşılaştırıldığı çalışmada gebe adölesanlarda geçmişteki intihar girişimi varlığı gebe olmayan gruba göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Adölesan gebe grubunda intihar girişimi %20 oranında saptanmıştır (12). Bizim çalışmamızda gebe örnekleminde % 18 (n=9) oranında geçmişte intihar girişimi öyküsü saptandı. Gebe ve gebe olmayan hastalarda İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puan ve alt ölçekler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Geçmişteki intihar girişimi varlığı ve şimdiki intihar düşüncesi varlığı açısından gebe ve gebe olmayan adölesan grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Adölesan gebe grubumuzun çoğunluğu evli adölesanlardan oluşmaktadır. Çalışmamızın metodolojisinde adölesanların hangi bölgede yaşadıklarından ve hangi kültürden geldikleri değerlendirilmedi. Türkiye’de belirli bölgelerde ve kültürlerde kızların erken yaşta evlendirilmesi doğal bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu durum gebe olan ve olmayan adölesanlar arasında farklılık çıkmasına engel olmuş olabilir. Daha büyük bir örneklemin anlamlı bir istatistiksel fark ortaya koyması mümkündür.

Freitas ve ark tarafından yayınlanmış olan bir çalışmada adölesan gebelerde düşük sosyal destek tanımlayanlar gebelikle anlamlı ilişkili, fakat orta ve yüksek sosyal destek açısından gebe ve gebe olmayan grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (152). Örnekleminizde iki grup arasında algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanları açısından bakıldığında denekler genel olarak orta ve yüksek sosyal destek tanımlamış olup iki grup arasında toplam puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ölçek alt testlerine bakıldığında özel insan alt ölçeğinde gebeler lehine anlamlı derece yüksek saptanmıştır. Bu farklılık gebe olmayan grupta partner varlığı tariflenmemiş olması, gebe grubundaki partner varlığı ve gebe grubun genelinin evli olmasıyla ilişkili olabilir.

5.2 GEBE ADÖLESANLARDA İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Adölesan gebe grubunda intihar girişimi olan ve olmayanları karşılaştırmamızdaki amacımız gebe grubunda önceki intihar girişimi ile ilişkilendirebilecek faktörleri belirlemektir.

İntihar davranışının prediktörlerini belirlemek, doğru tanıma ve etkili önlemeyi geliştirmeye yardımcı olur.

Gruplar arasında yaş, eğitim durumu, aile gelir düzeyi, evdeki kişi sayısı, ailede ruhsal hastalık öyküsü açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Tek ebeveyn ile yetiştirilme hem adölesan gebeliği hem de intihar davranışları açısından bakıldığında adölesan gebeliği ve adölesanlarda intihar davranışıyla ilişkilidir (131, 180, 181). Tek ebeveynler, bakım verdiği kişilerin hem maddi ihtiyaçlarını hem de manevi ihtiyaçlarını partnerinin desteği olmadan sağlamaya çalışmak zorunda kalmaktadır. Tek ebeveynler özellikle adölesan dönem gibi çatışmaların yoğun olduğu dönemlerde yeterliliği sağlamakta zorlanabilir. Çalışmamızda intihar girişimi olmayan gebelerin, intihar girişimi olan gruba göre ebeveynlerinin birlikte yaşaması anlamlı olarak yüksek saptandı.

King ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada intihar girişimi olan adölesanlarda, girişimi olmayan adölesanlara oranla cinsel olarak aktif olma, stresli yaşam olayları yaşamış olma ve sigara kullanımı varlığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (194). Bizim çalışmamızda literatürü desteklemektedir. Sigara kullanımı intihar girişimi olan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Adölesanlarda kötü muamele öyküsü, kendi başına, adölesan intiharının sağlam bir yordayıcısıdır (195). Kötü muamale cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal kavramlarını içermektedir. Çalışmamızda intihar girişimi olan gebelerde fiziksel ve cinsel travma öyküsü, intihar girişimi olmayan gruba göre anlamlı derece yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda intihar girişimi ve travma arasında zamansal ilişkisi değerlendirilmemiş olsa da kötü muamele öyküsü olan gebe adölesanlarda da suicidalite açısından daha dikkat edilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Depresyon, anksiyete bozukluğu ya da madde bağımlılığı bozukluğu gibi bir psikiyatrik bozukluğun varlığı, çocuklarda ve adölesanlarda intihar girişimi ve tamamlanmasında önemli bir risk faktörüdür (115, 196). Adöleasan gebe gurubunda yarı yapılandırılmış ruhsal değerlendirmede ruhsal hastalıklar tek tek ele alındığında anlamlı farklılık saptanmamış olup, geçmişte ve şimdiki ruhsal hastalık varlığı intihar girişimi olan grupta literatürle (115, 196), uyumlu şekilde anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Geçmişte intihar girişimi varlığı intihar davranışı açısından önemli bir risk faktörüdür (184, 185). İntihar olasılığı ölçeğinin toplam puanı alt ölçeklerden, sosyal destek algısı/benlik algısı puanı, öfke /dürtüsellik puanı, umutsuzluk puanı, intihar düşüncesi puanı geçmişte intihar girişimi bulunan grupta anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Geçmişinde intihar

girişimi olan olgularda yeniden girişimde bulunma ihtimalinin artmış olması nedeniyle; bu olgularda diğer kolaylaştırıcı ve önleyici etmenlerin araştırılmasının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Pinheiro ve ark. tarafından adölesan gebelerde yapılan bir çalışmada çok değişkenli analizler majör depresif bozukluk, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar intihar davranışı ile anlamlı ilişki gösterdi (24). Örneklem grubumuzda Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) açısından karşılaştırıldığında, ölçek toplam puanı, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Majör Depresif Bozukluk alanlarında intihar girişimi olan gebelerin puan ortalamaları daha yüksek olarak saptandı. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu alt alanında ise gruplar arasında herhangi bir fark gözlenemedi. Adölesan gebe grubunda geçmişteki intihar varlığı açısından bakıldığında, eşik altı psikiyatrik belirtiler tanı ölçütlerini karşılamasa da intihar davranışı ile ilişkili olabilir. Hastalar tanı almasa da eşik altı belirtiler varlığında intihar ve risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve takip edilmeli kanaatindeyiz.

Ergenlik dönemi bireyin kendi kimliğini kazanma, aileden bağımsızlaşma, yeni yaşam olayları ve yakın ilişkiler geliştirme vb. değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu çalkantılı dönemde zaman zaman ergenler stresle başa çıkmakta zorlanabilirler. Olumlu Sosyal destek varlığı stresle başa çıkmasında katkı sağlar. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine göre iki grubun değerlendirilmesi yapıldığında toplam puana göre, aile, arkadaş ve aile ve özel insan alt ölçekler açısından değerlendirildiğinde, arkadaş ve aile alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Toplam puana göre ve özel insan alt alanlarındaki destek yüzdesi intihar girişimi bulunmayan gebelerde daha yüksek olarak saptandı. İntihar girişimi öyküsü olanlarda sosyal desteğin daha az olduğu saptanmış olup, adölesan gebelerde intihar girişimi öyküsü varlığında sosyal destek sistemlerinin düzenlenmesi hem bireyin kendisi hem de dünyaya gelecek olan çocuğa yeterli bakım verebilmesine yardımcı olacaktır.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda gebe olan ve gebe olmayan 50'şer kişilik adölesan gruplar karşılaştırıldı. İki grubu karşılaştırdığımız araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Gebe adölesanların % 68'nin nikahlı olduğu görüldü.
2. Gebe olan adölesan grupta daha düşük eğitim düzeyi, daha düşük oranda okula devam etme görüldü.
3. Gebe adölesan grupta sigara kullanımının daha fazla olduğu görüldü.
4. Gebe adölesan grupta fiziksel ve cinsel travma öyküsü daha fazla görüldü.
5. Gebe adölesan grupta evden kaçma ve geçmişte suça karışma öyküsü daha fazla görüldü.
6. Adölesanlarda gebe olan grupta olguların % 18'inde (n=9) , gebe olmayan olguların ise %6'sında (n=3) intihar girişimi vardı. İki grup arasında intihar girişimi açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Örneklem büyüklüğü bakımından daha yüksek katılımlı bir çalışmanın anlamlı istatistiksel fark ortaya koyması mümkündür.
7. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile yarı yapılandırılmış bir görüşme değerlendirmesine göre yaşam boyu ruhsal hastalık tanısı varlığı gebe adölesan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.
8. Gebe adölesanlarda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği özel kişi alt ölçeği gebe olmayan adölesanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı.

İntihar girişimi olan ve olmayan adölesan gebelerin karşılaştırma sonuçlarımız aşağıdaki gibidir.

1. İntihar girişimi olmayan grupta medeni durum açısından nikahlı olma anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
2. İntihar girişimi olan grupta sigara kullanımı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
3. Geçmişte fiziksel ve cinsel travma öyküsü, intihar davranışı olan grupta anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

4. Evden kaçma öyküsü, intihar davranışı olan grupta anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.
5. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile yarı yapılandırılmış bir görüşme değerlendirmesine göre şimdiki ve yaşam boyu ruhsal hastalık tanısı varlığı intihar davranışı olan grupta anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.
6. İntihar olasılığı ölçeğinin toplam puanı alt ölçeklerden, sosyal destek algısı/benlik algısı puanı, öfke /dürtüsellik puanı, umutsuzluk puanı, intihar düşüncesi puanı geçmişte intihar girişimi bulunan grupta anlamlı olarak daha yüksek saptandı.
7. Çocuklarda Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) açısından karşılaştırıldığında, ölçek toplam puanı, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Majör Depresif Bozukluk alanlarında intihar girişimi olan gebelerin puan ortalamaları daha yüksek olarak saptandı.
8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve özel kişi alt ölçek puanları intihar davranışı olmayan adölesan gebe grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklem büyüklüğü, bu çalışmada mevcut olan tüm değişkenlerde gruplar arasında ayırım yapılmasına izin vermemiştir. Çalışmamızın kesitsel olması adölesan gebeliği ve suicidalite arasında nedensellik ilişkisi kurmamızı engellemektedir. Örneklemimizde kullandığımız sosyodemografik veri formu ve ölçekler öz bildirim dayanağı nedeniyle bu durumun deneklerin bazı verileri gizlemesini kolaylaştırdığı düşünülebilir. Yaşam boyu ruhsal hastalık tanılarına yönelik yarı yapılandırılmış görüşmede ÇDŞG-ŞY tarafından önerilen tüm prosedürler uygulanmış olmasına rağmen, verilerin doğruluğu sağlanabilmesi için bir geri çağırma yanlılığı riski vardır. Çalışmamızda gebe olmayan adölesan grubunda partner varlığı tariflenmemesi iki grubun karşılaştırılmasına engel olmuştur.

Çalışmamızın güçlü yanları bütün olguların şimdiki ruhsal hastalık tanılarına yönelik Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL) ile yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilmiş olmasıdır.

Literatürde bildiğimiz kadarıyla ülkemizde adölesan gebelerde ilgili ruhsal hastalık, suisidalite ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmanın olmaması nedeniyle mevcut çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. İlerde adölesanlarda gebelik ve intihar davranışı arasında nedensellik ilişkisi kurmaya imkan verecek şekilde izlem içeren çalışmaların yararlı olacağını düşünmekteyiz.



7 KAYNAKÇA

1. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. World Health Organization; 2009.
2. Chahande M, Jadhao A, Wadhva S, Ughade S. Study of some epidemiological factors in teenage pregnancy hospital based case comparison study. *Indian J Community Med.* 2002;27(3):106-9.
3. Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P, Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine.* 2004;16(5):265-70.
4. MIHÇIÖKUR S, AKIN A. Çocuk Yaşta, Zorla Evlilikler ve Ergen Gebelikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health-Special Topic.* 2015;1(2):22-31.
5. Shawky S, Milaat W. Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. 2000.
6. Kost K. Unintended pregnancy rates at the state level: Estimates for 2002, 2004, 2006 and 2008: Guttmacher Institute New York, NY; 2013.
7. Barnet B, Liu J, DeVoe M, Duggan AK, Gold MA, Pecukonis E. Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: a community-based randomized trial. *The Annals of Family Medicine.* 2009;7(5):436-45.
8. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2005;75(4):676-83.
9. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri 2015.
10. Klineberg E, Clark C, Bhui KS, Haines MM, Viner RM, Head J, et al. Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2006;41(9):755-60.
11. Berkman LF. Social support, social networks, social cohesion and health. *Social work in health care.* 2000;31(2):3-14.
12. Freitas GV, Cais CF, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers. *European child & adolescent psychiatry.* 2008;17(6):336.
13. Organization WH. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. 2014.
14. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstetrics & Gynecology.* 2000;96(6):962-6.

15. KESKİN U, KINCI MF. Adolesan Dönemi ve Gebelikler. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2018;9(5):33-8.
16. Aktepe E, Atay İM. Çocuk Evlilikleri ve Psikososyal Sonuçları. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 2017;9(4).
17. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.
18. Türk Medeni Kanunu Madde 124-128.
19. UNICEF Türkiye'de Çocukların Durumu Raporu 2011.
20. Child Marriage -Latest trends and future prospects UNICEF 2018.
21. Çolak Ü. Türkiye'deki adölesan gebelikler. *Eğitim Dergisi*. 2012;33(1):1-6.
22. BİLGİNER Ç, KÜTÜK MÖ. Çocuk Evlilikleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*. 2017;3(3):188-94.
23. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *Bmj*. 1991;302(6769):137-40.
24. Pinheiro RT, da Cunha Coelho FM, da Silva RA, de Ávila Quevedo L, de Mattos Souza LD, Castelli RD, et al. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of affective disorders*. 2012;136(3):520-5.
25. Blum RW, Gates Sr W. Girlhood not motherhood. *Preventing adolescent pregnancy*. 2015.
26. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2012;91(9):1114-8.
27. Organization WH. Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. 2015.
28. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FJIJoG, Obstetrics. Pregnancy outcomes in urban teenagers. 2002;79(2):117-22.
29. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Curtin SC, Matthews TJ. Births: Final Data for 2014. *Natl Vital Stat Rep*. 2015;64(12):1-64.
30. Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19). c2016. The World Bank. [last accessed 30 Oct 2016]. Available at:
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>.
31. Türkiye İstatistik Kurumu 2017.
32. Türkiye İstatistik Kurumu -Resmi Evlilik 2014.

33. Türkiye İstatistik Kurumu- Çocuk Gelinlere İlişkin Duyuru.
34. Türkiye İstatistik Kurumu Doğum İstatistikleri 2017.
35. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011;84(5):478-85.
36. Falk G, Östlund I, Magnuson A, Schollin J, Nilsson KJC. Teenage mothers—a high-risk group for new unintended pregnancies. 2006;74(6):471-5.
37. McCarthy FP, O'Brien U, Kenny LCJb. The management of teenage pregnancy. 2014;349:g5887.
38. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *The Lancet Global Health*. 2014;2(3):e155-e64.
39. Baldwin MK, Edelman AB. The Effect of Long-Acting Reversible Contraception on Rapid Repeat Pregnancy in Adolescents: A Review. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(4, Supplement):S47-S53.
40. Bradshaw J, Finch N, Miles JNJS, Health R. Deprivation and variations in teenage conceptions and abortions in England. 2005;31(1):15-9.
41. McLeod AJB. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. 2001;323(7306):199-203.
42. Mchunu G, Peltzer K, Tutshana B, Seutlwadi LJAhs. Adolescent pregnancy and associated factors in South African youth. 2012;12(4):426-34.
43. Maswikwa B, Richter L, Kaufman J, Nandi A. Minimum Marriage Age Laws and the Prevalence Of Child Marriage and Adolescent Birth: Evidence from Sub-Saharan Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2015;41(2):58-68.
44. Faler CS, Câmara SG, Aerts DRGdC, Alves GG, Béria JUJCdsp. Family psychosocial characteristics, tobacco, alcohol, and other drug use, and teenage pregnancy. 2013;29:1654-63.
45. Goicolea I, Marianne W, Öhman A, San Sebastian MJRPdSP. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. 2009;26:221-8.
46. Ditsela N, Van Dyk GJJOPiA. Risk factors associated with adolescent pregnancy: An exploratory study. 2011;21(4):581-4.

47. Lipovsek V, Karim AM, Gutierrez EZ, Magnani RJ, Gomez MdCCJA. Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. 2002;37(146):335.
48. Seamark CJ, Gray DPJBJGP. Like mother, like daughter: a general practice study of maternal influences on teenage pregnancy. 1997;47(416):175-6.
49. Almeida MdCC, Aquino EM, Barros APdJCdSP. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. 2006;22:1397-409.
50. Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KMJRPdSP. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. 2004;16:1-10.
51. Choe MK, Thapa S, Achmad SI. Surveys show persistence of teenage marriage and childbearing in Indonesia and Nepal. 2001.
52. Gupta N, Mahy M. Adolescent childbearing in sub-Saharan Africa: Can increased schooling alone raise ages at first birth? Demographic Research. 2003;8(4):93-106.
53. Sahoo H. Fertility behaviour among adolescents in India. 2011.
54. Omar K, Hasim S, Muhammad NA, Jaffar A, Hashim SM, Siraj HH. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. 2010;111(3):220-3.
55. Gomes KRO, Speizer IS, Gomes FM, Oliveira DDC, Moura LNB. Who Are the Pregnant Adolescents in the Poorest State Capital of Brazil? 2008;25(4):319-26.
56. Mturi AJ, Moerane WJJoSAS. Premarital childbearing among adolescents in Lesotho. 2001;27(2):259-75.
57. Lion KC, Prata N, Stewart CJIpos, health r. Adolescent childbearing in Nicaragua: a quantitative assessment of associated factors. 2009:91-6.
58. Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, et al. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. 2001;358(9296):1843-50.
59. Voyeurism and Exhibitionism. The Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice.
60. Alemayehu T, Haider J, Habte D. Determinants of adolescent fertility in Ethiopia. Ethiopian Journal of Health Development. 2010;24(1):30-8.
61. Agyei WKA, Biritwum RB, Ashitey AG, Hill RB. SEXUAL BEHAVIOUR AND CONTRACEPTION AMONG UNMARRIED ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS IN GREATER ACCRA AND EASTERN REGIONS OF GHANA. Journal of Biosocial Science. 2000;32(4):495-512.

62. Amoran OEJjfeih. A comparative analysis of predictors of teenage pregnancy and its prevention in a rural town in Western Nigeria. 2012;11(1):37.
63. Beyene A, Muhiye A, Getachew Y, Hiruye A, Mammo D, Hailemariam D, et al. Assessment of the magnitude of teenage pregnancy and its associated factors among teenage females visiting Assosa General Hospital. 2015;53.
64. Gurmu E, Dejene TJAjorh. Trends and differentials of adolescent motherhood in Ethiopia: Evidences from 2005 demographic and health survey. 2012;16(4):162-74.
65. Calvert C, Baisley K, Doyle AM, Maganja K, Chagalucha J, Watson-Jones D, et al. Risk factors for unplanned pregnancy among young women in Tanzania. 2013;jfprhc-2012-100389.
66. Beguy D, Mumah J, Gottschalk LJPo. Unintended pregnancies among young women living in urban slums: Evidence from a prospective study in Nairobi City, Kenya. 2014;9(7):e101034.
67. Holmberg L, Berg-Kelly KJAP. Health, health-compromising behaviour, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year-old Swedish males: a cross-sectional survey. 2002;91(7):838-43.
68. Edgardh KJAP. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. 2002;91(9):985-91.
69. Kanku T, Mash RJSAFP. Attitudes, perceptions and understanding amongst teenagers regarding teenage pregnancy, sexuality and contraception in Taung. 2010;52(6).
70. Ilika A, Anthony I. Unintended Pregnancy among Unmarried Adolescents and Young Women in Anambra State, South East Nigeria. African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive. 2004;8(3):92-102.
71. Ochiogu IN, Miettola J, Ilika AL, Vaskilampi TJJoCH. Impact of Timing of Sex Education on Teenage Pregnancy in Nigeria: Cross-sectional Survey of Secondary School Students. 2011;36(3):375-80.
72. Christofides NJ, Jewkes RK, Dunkle KL, McCarty F, Shai NJ, Nduna M, et al. Risk factors for unplanned and unwanted teenage pregnancies occurring over two years of follow-up among a cohort of young South African women. Global Health Action. 2014;7(1):23719.
73. Pallitto CC, Murillo V. Childhood Abuse as a Risk Factor for Adolescent Pregnancy in El Salvador. Journal of Adolescent Health. 2008;42(6):580-6.
74. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, Jordaan EJSs, medicine. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. 2001;52(5):733-44.

75. Arai L. Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility: Qualitative findings from research in English communities. *Health & Place*. 2007;13(1):87-98.
76. Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker MJJoe. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. 2007;36(2):368-73.
77. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B, Pediatrics MESGotCPSSJ. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. 2012;peds. 2011-1447.
78. Fraser AM, Brockert JE, Ward RHJNEjom. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. 1995;332(17):1113-8.
79. Wilson RE, Alio AP, Kirby RS, Salihu HMJAog, obstetrics. Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. 2008;278(3):231-6.
80. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. 2014;121(s1):40-8.
81. Kramer KL, Lancaster JBJAohb. Teen motherhood in cross-cultural perspective. 2010;37(5):613-28.
82. Mollborn S, Morningstar EJJoh, Behavior S. Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence. 2009;50(3):310-26.
83. Maynard R. Economic costs and social consequences of teen pregnancy. Washington DC, the Urban Institute Press; 2008.
84. Francesconi MJSJoE. Adult outcomes for children of teenage mothers. 2008;110(1):93-117.
85. Bailey PE, Bruno ZV, Bezerra MF, Queiróz I, Oliveira CM, Chen-Mok MJJoAH. Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. 2001;29(3):223-32.
86. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJJPoS, health r. Abortion among young women and subsequent life outcomes. 2007;39(1):6-12.
87. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2016 2.baskı.
88. Orbach I. Suicide prevention for adolescents. *Suicide in children and adolescents*. 2003:227-50.

89. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9(540).
90. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*. 2016;387(10036):2423-78.
91. Värnik P. Suicide in the world. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(3):760-71.
92. Suicide WP. A global imperative. World Health Organization. 2014.
93. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. 2004;53(2):1-96.
94. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JRJoc, Practice. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. 1996;3(1):25-46.
95. Andrews JA, Lewinsohn PMJotAAoC, Psychiatry A. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. 1992;31(4):655-62.
96. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JRJoc, psychology c. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. 1994;62(2):297.
97. Hawton K, Goldacre MJTBJoP. Hospital admissions for adverse effects of medicinal agents (mainly self-poisoning) among adolescents in the Oxford Region. 1982;141(2):166-70.
98. Leo DD. Can We Rely on Suicide Mortality Data? *Crisis*. 2015;36(1):1-3.
99. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*. 2008;192(2):98-105.
100. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(12):1617.
101. WHO Global Health Observatory. Adolescent Health. Geneva: World Health Organisation (2017). Available online at: <http://apps.who.int/gho/data/view.wrapper.MortAdov?lang=en>.
102. Eurostat. Statistics Explained. Being Young in Europe today. European Union (2017). Available online at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_health#Main_tables.
103. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri 2016

104. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of affective disorders*. 1998.
105. Van Heeringen C. The suicidal process and related concepts. *Understanding suicidal behaviour: the process approach to research and treatment/van Heeringen C(ed)-Chichester: John Wiley & Sons, 2001. 2001:1-15.*
106. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(3-4):372-94.
107. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. *Pediatric Drugs*. 2003;5(4):243-65.
108. Gould MS. Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;932(1):200-24.
109. Renaud J, Brent DA, Birmaher B, Chiappetta L, Bridge J. Suicide in Adolescents With Disruptive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(7):846-51.
110. Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, et al. Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(8):1080-6.
111. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;36(1):99-103.
112. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(3):247-53.
113. Mazza JJ. The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000;30(2):91-103.
114. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):599-611.
115. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology Associated With Suicidal Ideation and Attempts Among Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(9):915-23.

116. Pilowsky DJ, Wu L-T, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(10):1545-9.
117. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AEJotAAoC, et al. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. 1999;38(6):660-71.
118. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):297-303.
119. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide: A practical guide to its nature and management*: Oxford University Press; 1987.
120. Hawton K, Zahl D, Weatherall RJTBJoP. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. 2003;182(6):537-42.
121. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta LJJotAAoC, Psychiatry A. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. 1999;38(12):1497-505.
122. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C. Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. *American Journal of Diseases of Children*. 1993;147(10):1066-71.
123. Gunnell D, Hawton K, Murray V, Garnier R, Bismuth C, Fagg J, et al. Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France: are restrictions on availability justified? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1997;51(2):175-9.
124. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJJPm. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. 2000;30(1):23-39.
125. Shaffer D, Pfeffer CRJJotAAoC, Psychiatry A. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. 2001;40(7):24S-51S.
126. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer DJAogp. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. 1996;53(12):1155-62.
127. Apter A, Wasserman D. Adolescent attempted suicide. *Suicide in children and adolescents*. 2003:63-86.
128. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Suicide among adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40(11):922-30.
129. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular psychiatry*. 2006;11(4):336.

130. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(12):1155-62.
131. Im Y, Oh W-O, Suk M. Risk factors for suicide ideation among adolescents: five-year national data analysis. *Archives of psychiatric nursing*. 2017;31(3):282-6.
132. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:237-66.
133. Amitai M, Apter A. Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: a review. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(3):985-94.
134. Soole R, Kõlves K, De Leo D. Suicide in children: a systematic review. *Archives of suicide research*. 2015;19(3):285-304.
135. Gould MS, Shaffer D, Greenberg T. The epidemiology of youth suicide. *Suicide in children and adolescents*. 2003:1-40.
136. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*. 2009;48(3):254-61.
137. Cheng AT, Chen TH, Chen C-C, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(4):360-5.
138. Robinson J, Pirkis J, O'Connor RC. Suicide clusters. *The International Handbook of Suicide Prevention*. 2016:758-74.
139. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang S-S, Wu KC-C, Chen Y-Y. Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*. 2012;379(9834):2393-9.
140. WHO Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: World Health Organisation (2014). Available online at: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
141. Borowsky IW, Resnick MD, Ireland M, Blum RW. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1999;153(6):573-80.
142. Wallace L, Calhoun A, Powell K, O'Neil J, James SJACfDC, Prevention NCFIP, et al. Homicide and suicide among Native Americans, 1979–1992. 1996(2).

143. Kienhorst IC, De Wilde EJ, Diekstra RF, Wolters WH. Adolescents' image of their suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):623-8.
144. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA, Reboussin DM, Frazier PH, Harris AE. Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(1):91-9.
145. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: Determinants of suicidal behavior in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1982;21(2):178-86.
146. Grossman DC, Milligan BC, Deyo RA. Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health*. 1991;81(7):870-4.
147. Brent DA. Overrepresentation of epileptics in a consecutive series of suicide attempters seen at a children's hospital, 1978-1983. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1986;25(2):242-6.
148. Goldston DB, Kovacs M, Ho VY, Parrone PL, Stiffler L. Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(2):240-6.
149. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996;3(1):25-46.
150. McCarthy FP, O'Brien U, Kenny LC. The management of teenage pregnancy. *bmj*. 2014;349:g5887.
151. Zhong Q-Y, Gelaye B, Miller M, Fricchione GL, Cai T, Johnson PA, et al. Suicidal behavior-related hospitalizations among pregnant women in the USA, 2006–2012. *Archives of Women's Mental Health*. 2016;19(3):463-72.
152. Freitas GVS, Cais CFS, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;17(6):336.
153. Chan LF, Mohamad Adam B, Norazlin KN, Siti Haida MI, Lee VY, Norazura AW, et al. Suicidal ideation among single, pregnant adolescents: The role of sexual and religious knowledge, attitudes and practices. *Journal of Adolescence*. 2016;52:162-9.
154. Hupcey JE. Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*. 1998;27(6):1231-41.

155. Logsdon MC, Koniak-Griffin D. Social support in postpartum adolescents: guidelines for nursing assessments and interventions. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*. 2005;34(6):761-8.
156. Peter PJ, de Mola CL, de Matos MB, Coelho FM, Pinheiro KA, da Silva RA, et al. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017;39(1):21-7.
157. Orr ST. Social support and pregnancy outcome: a review of the literature. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2004;47(4):842-55; discussion 81-2.
158. Ki-Moon B. *Global strategy for women's and children's health*. New York: United Nations. 2010.
159. Wahn EH, Nissen E. Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scandinavian journal of public health*. 2008;36(4):415-23.
160. Wills TA, Cleary SD. How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of personality and social psychology*. 1996;71(5):937.
161. De Wilde EJ, Kienhorst IC. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *The American journal of psychiatry*. 1992;149(1):45.
162. Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver KR. Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of adolescence*. 1998;21(4):445-57.
163. King CA, Segal HG, Naylor M, Evans T. Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(6):1198-206.
164. Kerr DCR, Preuss LJ, King CA. Suicidal Adolescents' Social Support from Family and Peers: Gender-Specific Associations with Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006;34(1):99-110.
165. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2008;12(3):181-96.
166. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(5):545-66.

167. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(8):835-55.
168. Gormez V, Kılınçaslan A, Orengul AC, Ebesutani C, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale–Child Version in a clinical sample. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017;27(1):84-92.
169. Cull JG, Gill WS. *Suicide probability scale (SPS)*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1989.
170. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örnekleme geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2009;12(3):111-24.
171. Çakır Y, Palabıyıkoglu R. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*. 1997;5(1):15-24.
172. Ünal F, Öktem F, Çuhadaroglu Çetin F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Bekler MB, Aydos BS, Kütük F, Yanar E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A (2018) Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli– Türkçe Uyarlaması'nın Geçerlik ve Güvenirliği. 28. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 9-12 Mayıs 2018, İstanbul.
173. Sökülmez P, Özenoğlu A. General Health And Nutritional Status Of Adolescent Pregnants And Effect Of These Status On Newborn. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2014;11(1):1-9.
174. Sivaslıoğlu S. Ergen gebelerin sosyodemografik özellikleri ve kendilik algıları. Yayımlanmamış doktora tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, Ankara. 2015.
175. Ozsahin A, Zencir M, Gokce B, Acimis N. Adolescent pregnancy in West Turkey. Cross sectional survey of married adolescents. *Saudi medical journal*. 2006;27(8):1177-82.
176. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230510E.pdf>.
177. da Conceição Chagas de Almeida M, Aquino EM. The role of education level in the intergenerational pattern of adolescent pregnancy in Brazil. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2009:139-46.
178. Martin TC. Women's education and fertility: results from 26 Demographic and Health Surveys. *Studies in family planning*. 1995:187-202.

179. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*. 2004;113(2):320-7.
180. Al-Sahab B, Heifetz M, Tamim H, Bohr Y, Connolly J. Prevalence and Characteristics of Teen Motherhood in Canada. *Maternal and Child Health Journal*. 2012;16(1):228-34.
181. Brahmabhatt H, Kågesten A, Emerson M, Decker MR, Olumide AO, Ojengbede O, et al. Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban Disadvantaged Settings Across Five Cities. *Journal of Adolescent Health*. 2014;55(6, Supplement):S48-S57.
182. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ*. 2001;323(7311):476.
183. Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(2):368-73.
184. Salas-Wright CP, Vaughn MG, Ugalde J, Todic J. Substance use and teen pregnancy in the United States: Evidence from the NSDUH 2002–2012. *Addictive Behaviors*. 2015;45:218-25.
185. Madigan S, Wade M, Tarabulsy G, Jenkins JM, Shouldice M. Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*. 2014;55(2):151-9.
186. Dahl RE, Gunnar MR. Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: implications for psychopathology. *Development and psychopathology*. 2009;21(1):1-6.
187. Steinberg L, Albert D, Cauffman E, Banich M, Graham S, Woolard J. Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: evidence for a dual systems model. *Developmental psychology*. 2008;44(6):1764.
188. STEINBERG L. Risk Taking in Adolescence: What Changes, and Why? *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1021(1):51-8.
189. Furby L, Beyth-Marom R. Risk taking in adolescence: A decision-making perspective. *Developmental review*. 1992;12(1):1-44.
190. Garwood SK, Gerassi L, Jonson-Reid M, Plax K, Drake B. More Than Poverty: The Effect of Child Abuse and Neglect on Teen Pregnancy Risk. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(2):164-8.

191. Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;7(1):209.
192. Koniak-Griffin D, Lesser J. The impact of childhood maltreatment on young mothers' violent behavior toward themselves and others. *Journal of Pediatric Nursing*. 1996;11(5):300-8.
193. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review*. 2004;24(8):957-79.
194. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(7):837-46.
195. Stewart JG, Kim JC, Esposito EC, Gold J, Nock MK, Auerbach RP. Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*. 2015;187:27-34.
196. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(4):339-48.

8 EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sosyodemografik Veri Formu

1- Katılımcının doğum tarihi

2 -Katılımcının medeni durumu (Dini veya Resmi)

3 -Katılımcının eğitim durumu

1)ilkokul 2)ortaokul 3)lise

4 -Anne yaşı

5 -Annenin eğitim durumu

1)okuryazar değil 2)ilkokul 3)ortaokul 4)lise 5)üniversite

6- Baba yaşı

7- Babanın eğitim durumu

1)okuryazar değil 2)ilkokul 3)ortaokul 4)lise 5)üniversite

8- Anne baba birlikte mi?

1) birlikte 2) boşanmış 3) anne vefat etti 4) baba vefat etti 5)diğer

9- Ailenizin ortalama gelir düzeyi

1) 1400ve altı

2) 1400-4500arası

3) 4500veüstü

10- Ailedeki çocuk sayısı

11- Katılımcı ailenin kaçınıcı çocuğu?

12- Evde kaç kişi yaşıyor?

13 - Ailenizde bir psikiyatrist tarafından tanı alan ve ya tedavi gören biri var mı? açıklayınız.
(depresyon, bipolar bozukluk, zihinsel gerilik, otizm, şizofreni gibi)

1) evet var

2) hayır yok

anne.....

baba..... kardeşler

diğer.....

16- Katılımcının Partnerinin yaşı?

17- Katılımcının Partnerinin medeni durumu ?

18- Katılımcının Partnerinin mesleği?

19- Katılımcının Partnerinin eğitim durumu?

1)okuryazar değil 2)ilkokul 3)ortaokul 4)lise 5)üniversite

20- Katılımcının Kaçınıcı gebeliği?

21- Katılımcının Önceki gebeliklerinin sayısı?

Var ise canlı doğum sayısı?..... Abortus sayısı ?.....

22- Katılımcının Sigara kullanımı ?

23- Katılımcının Alkol kullanımı ?

24- Katılımcının Madde kullanımı ?

25- Katılımcının Ailesinde sigara kullanan?, Madde kullanan?, Alkol kullanan?

26- Katılımcının Geçmişte fiziksel travma varlığı ?.....

27- Katılımcının Geçmişte cinsel travma varlığı?.....

28- Katılımcının Geçmişte suça karışma öyküsü?

29- Katılımcının Geçmişte evden kaçma öyküsü?

30- Katılımcının Geçmişte intihar girişimi öyküsü?.....

Var ise sayısı, Türü.....

31- Katılımcının İlk cinsel deneyim yaşı?

Teşekkür ederiz...

EK-2: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman veya her zaman
1.Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2.Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum				
3.Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.				
4.Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler yaşadım.				
5.Çok fazla sorumlüğümün olduğunu düşünüyorum.				
6.Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğunu düşünüyorum				
7.Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.				
8.Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum				
9.Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10.İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum				
11.Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12.Kendimi dayanılamayacak kadar yalnız hissediyorum				
13.İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu düşünüyorum.				
14.Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım.				
15.Pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.				
16.Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum				
17.Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerim yolunda gidiyora benziyor.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptığım veya düşündüğüm şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.				

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık Sık	Çoğu zaman veya her zaman
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığımı hissediyorum.				
24. Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum.				
25. Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediyordum				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum				
28. Bir şeylerin düzeleceği konusunda umutsuzum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.				
31.Para konusu beni endişelendiriyor.				
32.İntihar etmeyi düşünüyorum.				
33. Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.				
34. Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım.				
35.Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36.Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.				

EK-3: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, öğretmen) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, öğretmen) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, öğretmen) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor, öğretmen) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

EK-4: ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ (ÇADÖ-Y)

Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitimi (sınıfı):

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)

19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüdüğümünden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissederim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)

45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

