



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN ERGENLERDE ANKSİYETE,
DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, BENLİK ALGISI VE
YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Nazmiye ÖCALAN
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Fevziye TOROS**

MERSİN - 2020



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN ERGENLERDE ANKSİYETE,
DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, BENLİK ALGISI VE
YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Nazmiye ÖCALAN
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Fevziye TOROS**

MERSİN - 2020

TEŐEKKÜR

Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm uzmanlık eğitimim süresince yanında çalışmaktan gurur duyduğum, bilgisinden ve deneyimlerinden faydalandığım, sevecenliği, güler yüzü, disiplini ve hasta yaklaşımı ile bana her zaman örnek olan çok değerli hocam Prof. Dr. Fevziye TOROS'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini her zaman paylaşan, her konuda ilgi ve anlayışlarını gösteren, samimi ve içten tavırlarıyla bana destek olan değerli hocam Dr. Öğr.Üyesi Gülen Güler AKSU'ya,

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyon sürecimde yeni bakış açıları kazanmamı sağlayarak mesleki açıdan büyük katkıları olan sevgili hocalarım Prof. Dr. M. Kemal YAZICI, Prof. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI, Prof. Dr. Şenel TOT ACAR ve Dr. Öğr. Üyesi Eda ASLAN'a,

Çocuk Nörolojisi rotasyonumu en verimli şekilde geçirmemi sağlayan, bana mesleki anlamda büyük katkıları olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Çetin OKUYAZ ve Doç. Dr. Mustafa KÖMÜR'e,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, asistanlık eğitimimi sıcak ve samimi bir ortamda bitirmemi sağlayan tüm asistan arkadaşlarım, sekreter ve personelimize,

Şüphesiz ki hayatımda en kıymetli yere sahip olan her daim destekleyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

DR. NAZMIYE ÖCALAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	5
SUMMARY	6
1. GİRİŞ ve AMAÇ	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. İntihar Davranışı	8
2.1.1. İntihar davranışının tanımı	8
2.1.2. İntihar ile ilgili kuramlar	9
2.1.3. İntiharın Epidemiyolojisi	12
2.2. İntihar Risk Etmenleri	13
2.2.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri	13
2.2.2. Ailesel Risk Faktörleri ve Stresli Yaşam Olayları	15
2.3. Gelişimsel Etmenler	16
2.3.1. Dürtüsellik ve İntihar	16
2.3.2. Öfke ve İntihar	18
2.3.3. Benlik Algısı ve İntihar	19
2.3.4. Umutsuzluk	19
2.4. Biyolojik Etmenler	20
2.5. Nöropsikiyatrik Hastalıklar	21
2.5.1. Major Depresif Bozukluk ve İntihar	21
2.5.2. Anksiyete ve İntihar	23
2.5.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve İntihar	24
2.5.4. Madde Kullanım Bozukluğu ve İntihar	25
2.5.5. Yıkıcı Davranım Bozukluğu ve İntihar	25
2.5.6. Cinsel Kimlik Karmaşası ve İntihar	26
2.5.7. İnternet Kullanım Bozukluğu ve İntihar	26
2.5.8. Kişilik Bozuklukları ve İntihar	27
2.6. Bedensel hastalıklar	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	30
3.1. Örneklem Grupları	30
3.2. Yöntem	31
3.3. Veri Toplama Araçları	31

4. BULGULAR	34
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguları	34
4.1.1. Cinsiyet ve Yaş Dağılımı	34
4.1.2. Çocuğun eğitim durumu	35
4.1.3. Kardeş Sayısı	35
4.1.4. Anne eğitim durumu	36
4.1.5. Annenin Çalışma Durumu	36
4.1.6. Annede Psikiyatrik Hastalık	37
4.1.7. Annede Fiziksel Hastalık Durumu	37
4.1.8. Baba eğitim durumu	38
4.1.9. Babanın Çalışma Durumu	38
4.1.10. Babada Ruhsal Hastalık	39
4.1.11. Babada Fiziksel Hastalık	39
4.1.12. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	40
4.1.13. Tıbbi Hastalık Varlığının Gruplara Göre Dağılımı	40
4.1.14. Psikiyatrik Hastalık Varlığının Gruplara Göre Dağılımı	41
4.1.15. Anne ile Babanın Birlikte Yaşama Durumu	41
4.1.16. Akran İlişkisi	42
4.2. Gruplar Arası Ölçeklerin Karşılaştırılması	43
4.2.1. Gruplar Arası BECK Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular	43
4.2.2. Gruplar Arası Barrat Dürtüsellik Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular	43
4.2.3. Gruplar Arası ROSENBERG Benlik Algısı Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular	44
4.2.4. Gruplar Arası SCARED Ölçeğine Göre Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular	44
4.2.5. Gruplar Arası Yaşam Kalitesi Ölçeğine Göre Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular	45
4.3. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular	46
4.3.1. Gruplar arası yaşam kalitesi ile aile durumu ilişkisinin değerlendirilmesi	46
4.3.2. İntihar Girişimi Grupları Arasında Ailede Ruhsal Hastalık Soygeçmişinin Değerlendirilmesi	47

4.3.3. Aile Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması	47
4.4. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular	48
5. TARTIŞMA	52
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	60
8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	75
9. TABLOLAR DİZİNİ	76
10. EKLER DİZİNİ	77
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	77
EK-2 Çocuklar için Depresyon Ölçeği	78
EK-3 Barrat Dürtüsellik Ölçeği	81
EK-4 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	83
EK-5 Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)- (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED):	84
EK-6 Rosenberg Benlik Algısı Ölçeği	87

ÖZET

İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN ERGENLERDE ANKSİYETE, DEPRESYON, DÜRTÜSELLİK, BENLİK ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

İntihar bütün dünyada geniş kitleleri doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ergenlik intihar davranışının sık görüldüğü bir dönemdir.

Araştırmada ergenlerde intihar davranışının, benlik saygısı, dürtüsellik, yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri ve depresyon, anksiyete ölçekleri intihar davranışını ne düzeyde etkilediğini incelemek amaçlanmıştır.

Bu çalışma Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 01.12.2019-01.04.2020 tarihleri arasında başvuran, 10-18 yaş arası intihar girişimi olan 46 (37 kız, 9 erkek) çocuk ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 01.12.2019-01.04.2020 tarihleri arasında başvuran 10-18 yaş intihar girişimi olmayan 44 (24 kız, 20 erkek) çocuk olmak üzere toplam 90 çocuk ile yapılmıştır. Yaş ortalaması 15 yıl olarak saptanmıştır.

Çocuklara Çocuklar İçin Depresyon Envanteri, Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Hasta ve kontrol grubu açısından karşılaştırılma yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS uygulanmıştır.

İntihar girişimi ile ilişkili faktörler: yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri, düşük benlik saygısı, yaşam kalitesinin düşük olması ve akran ilişkileri ile ilgili güçlükler olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). İntihar girişimi ile ilişkili faktörler ise: annedeki ruhsal hastalık varlığı, ailesel ruhsal hastalık öyküsünün olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,005$).

İntihar girişimi olan ergenlerdeki psikiyatrik eş tanının, ailesel psikopatolojinin önemini, yaşam kalitesi benlik saygısı, akran ilişkisi, dürtüsellikle ilişkisinin önemini ortaya koymuştur.

Anahtar Sözcükler; Benlik saygısı, Çocuk Ergen Psikiyatrisi, Dürtüsellik, İntihar Girişimi

SUMMARY

Suicide is an important public health problem that directly or indirectly affects large audiences worldwide.

Adolescence is a period when suicidal behavior is common. The aim of this study was to examine the relationship between suicidal behavior, self-esteem, impulsivity, quality of life, and how depression and anxiety scales affect suicidal behavior in adolescents.

This study was applied to Mersin University Medical Faculty Research and Application Hospital Child and Adolescent Mental Health and Diseases Polyclinic between 01.12.2019-01.04.2020, 46 (37 girls, 9 boys) children with suicide attempt between the ages of 10-18 and who applied to Mersin University Faculty of Medicine Child and Adolescent Mental Health and Diseases Polyclinic between the dates of 01.12.2019-01.04.2020 44. It was performed with a total of 90 children (24 girls, 20 boys). The average age was determined as 15 years.

Depression Inventory for Children, Anxiety Screening Scale (ÇATÖ) for Children, Barrat Impulsivity Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, and Quality of Life Scale for Children were administered.

Comparison was made in terms of patient and control groups. SPSS was applied in statistical analysis.

Factors related to suicide attempt: high depression and anxiety levels, low self-esteem, low quality of life, and difficulties related to peer relationships ($p < 0.05$).

Factors related to suicide attempt: presence of a mental illness in the mother and a family history of mental illness were found statistically significant ($p < 0.005$).

He revealed the importance of psychiatric comorbidity, familial psychopathology in adolescents with suicide attempts, quality of life, self-esteem, peer relationship, and impulsivity.

Key words; Self-esteem, Child Adolescent Psychiatry, Impulsivity, Suicide Attempt

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İntihar psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerin sonucundan etkilenebilen çok yönlü bir davranış olarak tanımlanan, ölüm niyeti ile bilinçli olarak kişinin kendine zarar vermesi olarak ifade edilmektedir. ¹

Ergenlik dönemi, hızlı fizyolojik, anatomik ve ruhsal değişikliklerin olduğu, çocuklukla yetişkinlik arasında yer alan kendine özgü özellikleri ve sorunları olan bir geçiş çağıdır. ²

Ergenlik döneminde görülen intiharlar hem ülkemizde hem de dünyada gün geçtikçe yoğunluğu artan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.³Dünya Sağlık örgütünün verilerine göre, 15-24 yaşlar arasındaki her 100.000 gençten 13'ü kendi hayatına son vermektedir ve bu oran her yıl yükselmektedir. Ergenlerde intihar girişimlerinin yaşam boyu prevalansının %3.5 ile %11 arasında olduğu bildirilmektedir.⁴

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin %80-90'nında psikiyatrik bir bozukluğun bulunduğu bildirilmiştir. ^{5,6} En sık görülen psikiyatrik tanılar; duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarıdır.^{7,8} İntihar eden çocuk ve ergenlerin %50–75'inde bir duygu durum bozukluğu vardır. İntihar eden ergenlerle yapılmış birçok araştırmada en sık rastlanan psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğu belirtilmiştir. ⁹

Ergen intiharlarının da erişkin intiharlarına göre daha plansız ve dürtüsel olma gibi farklılıkları mevcuttur. Ergenler daha sık intihar girişiminde bulunurken, girişim daha az oranda ölümle sonuçlanmaktadır.¹⁰

Ergenlik döneminde intihar davranışının kendine özgü psikolojik, psikiyatrik, sosyal özelliklerin ve intihar davranışının gelişim, niteliğinin anlaşılmasına yönelik katkıları olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar Davranışı

2.1.1. İntihar davranışının tanımı

İntihar davranışı 'bireyin ölmeye dair niyet ve isteğini' barındıran intihara ilişkin tüm davranış ve düşünceleri kapsayan genel bir kavramdır.¹¹

Genellikle intihar sadece ölümlü sonuçlanmış olaylar olarak düşünülmektedir. Fakat intihara yalnızca bu bakış açısıyla yaklaşıldığında kişileri kendini öldürmeye götüren süreç ihmal edilmekte ve tanım, intihar olayının tamamını kapsamaya yeterli olmamaktadır.¹²

İntihar davranışını tanımlarken üzerinde durulması gereken üç temel unsur vardır. Birincisi kişinin kendisini öldürmek isteyip istemediği durumu belirten 'intihar niyetidir'. Kişinin yaşamına son vermeye yönelik yaptığı davranışa kendini öldürme niyeti eşlik ediyorsa, bu eylem intihar olarak isimlendirilmektedir. İkinci temel unsur, kişinin kendisini öldürmek amacı ile bir 'eylemde' bulunmuş olmasıdır. Bu aşamada gereken bazen eylemsizlik durumunun da intihar davranışı ile ilişkilendirilebileceğidir (önemli bir hastalığı olan kişinin sağaltımı için içmesi gereken ilaçları içmemesi gibi). İntihar davranışının tanımındaki bir diğer nokta ise intihar davranışında bulunan kişinin bu davranışı bilerek ve isteyerek yaptığını gösteren 'kendini öldürme güdüsüdür'. Fakat bu noktada, bütünüyle bilinç düzeyinde gerçekleşen bir eylem olarak varsayılan intihar davranışında rol oynayan bilinçdışı süreçlerin etkisinin de farkında olmak gerekir.¹²

Ziyalar 'a göre; intihar kişinin kendine yönelttiği şiddetli bir saldırganlık halidir.¹³

Yörükoğlu 'na göre intihar; "Çaresiz kalan kişinin sorunlarından ümitsiz bir kaçıışı" olarak tanımlamaktadır.¹⁴

DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)-IV ise "Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi" şeklinde intiharı tanımlamaktadır.¹⁵

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) intiharla ilgili bazı terimleri öyle tanımlanmıştır.

İntihar Kişinin ölmeyi hedeflediği ve ya ölmeye niyeti olduğunun açık ya da örtülü kanıtıyla birlikte kendini öldürmesidir.¹⁶

İntihar girişimi: Kişinin ölmeyi hedeflediğinin veya ölmeye niyetinin olduğunun açık veya örtülü kanıtı ile beraber, ölüm ile sonuçlanmayan kendine zarar verici davranıştır.

İntihar düşüncesi: Ölümü arzulama düşünceleri. İntihar planının özelliği ve intihar niyetinin şiddetine bağlı olarak değişir.

İntihar niyeti: Kişinin öznel olarak yaşamına son verme arzusudur.

Durdurulmuş intihar girişimi: Kişinin ölmeyi hedeflediğinin veya niyeti olduğunun açık veya örtük kanıtının olduğu, ancak fiziksel hasar gerçekleşmeden durdurulduğu, potansiyel olarak kendine zarar verici davranış.

İntihar davranışının ölümcüllüğü: Bir intihar yöntemi veya eylemi ile bağlantılı olan nesnel hayati tehlikedir.¹⁷

2.1.2. İntihar ile ilgili kuramlar

İntihar, kişi için ölüm sağlayıcı, yok oluş, kaybediş, vücudun çürümesi, korku ve üzüntü veren tasarımlar yerine içinde bulunulan koşullardan kurtaran, problemleri çözen, acıları sonlandıran bir durumu da temsil ediyor olabilir.¹⁸

E. Durkheim' e göre: "Kurbanın kendisi tarafından, ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılmış olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüme intihar" denir. Bu şekilde tanımlanan ancak ölüm sonucu doğurmayan eylem ise "intihar girişimi" olarak tanımlanır.¹⁹

Durkheim, üç çeşit intihar tanımlamıştır.

Bunlar:

1.Bencil intihar: Bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşememesinden kaynaklanan intihar olayıdır.Bireyi kendi başının çaresine bakmak durumunda bırakan etkenler ne

Kadar çoğalırorsa intihar olayı da o oranda artar.

2.Elcil intihar: Bireyin aşırı toplumsal bütünleşmişliğinin baskısı altında kalması intihar olayını kolaylaştırmaktadır. Adetler, gelenekler, töre, dinsel, siyasi kurallar ve alışkanlıklardaki katı kurallar örnek gösterilebilir.

3.Kuralsızlık intiharı: Birey davranışlarında uyulacak standart ölçülerin bulunmamasından ileri gelmektedir.¹⁹

Psikodinamik bakış açısından, intihar davranışına ilişkin çeşitli açıklamalar yapılmıştır. Psikolojik kayıp, ayrılık ve terk edilme sebebiyle ortaya çıkan bilinçaltı düşmanlık ve öfke duygularının intihar davranışının ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu ifade edilmektedir.¹⁷

Freud'un psikanalitik teorisine göre öfke ve kızgınlık duygularını kişinin kendi benliğine yöneltmesinin intihara neden olduğunu varsaymaktadır; bu nedenle de intiharların cinayetlerle ortak özellikleri olduğu düşünülmektedir.¹⁷

Meninger intiharı tanımlarken, Freud'un yapıcı (konstrüktif) ve yıkıcı (destrüktif) dürtülerinden; bu dürtülerin beraberlikleri, bütünleşmeleri ve ayrışmaları kavramlarından faydalanır. Meninger'e göre intihar, süreğen intihar eğilimlerinin bir ileri aşamasıdır. Tüm intiharların bileşeni olmak üzere intihar triadında,

1. Başkasını öldürme isteği
2. Başkaları tarafından öldürülme isteği daha sonra
3. Kendini öldürme isteği olarak açıklar. İntihar değişen oranda bu üç arzunun birlikteliğine dikkat çeker.²⁰

Beck, intiharın içerdiği en önemli duygunun umutsuzluk olduğunu ve depresif hastalardaki intihar davranışlarının belirli bilişsel çarpıtmaların neden olduğunu ifade etmiştir. Umutsuzluk dışında diğer bilişsel beceriler; katı düşünce tarzı ve yetersiz problem çözme becerileridir. Buna göre, eğer kişi olumsuz yaşam stresleri ile karşı karşıya ise ve/veya hem zayıf problem çözme becerilerine bir de bilişsel katılığa sahip ise intihar riskinden söz edilir. Yaşamı sürdürme nedenlerinin ise ergenlerde görülen intihar davranışlarında rol oynayan önemli bilişsel faktörlerden biri olduğu ifade edilmiştir.²⁰

Narsistik kuramcılar, intihar eylemini sonu gelmeyen bir dinginlik, bitmeyen bir uyku, koruyucu ve güven verici nesnelere kaynaşma olarak tanımlamaktadır. İntihar eyleminin bilinçdışı amacının, uyumlu birincil durumun oluşturulması olduğunu ifade etmektedir.²⁰

Herpertz 'e göre; intihar davranışına yol açan en önemli faktör, tolere edilemeyen gerilimden kurtulma isteğidir. Bu gerilimi yaratan etken kişinin diğerlerine yönelik saldırganlığıdır. Kişi bu kimselerden biri ile özdeşleşme içinde bulunduğu zaman saldırganlık duygularını kendine karşı yöneltmektedir.²¹

Nesne ilişkileri kuramına göre intihar eyleminin birinci amacının ölmek değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin odağında bulunan bir nesneyi değiştirmek olduğunu ileri sürer. Bu nedenle intihar sorunu bir ilişki içinde anlaşılmaya çalışılmalıdır. Bu bağlamda intiharın dinamiğini hekim hasta ilişkisini belirleyen dinamiğe dayanarak anlamak açısından hasta-hekim ilişkisi önemlidir.²⁰

Baechler intiharı dört gruba ayırmıştır.

Kaçma intiharları: Kişi çözümsüz olarak algıladığı bir durumdan ya da sorundan kaçmak ister. İntihar eden kişi; kayıp, acı, utanç verici bir olay, hastalık, yaşlılık, başarısızlık, travma, yoksulluk gibi olaylardan kaçma arzusundadır. Katlanılamaz bir durumdan kaçmak için gerçekleştirilen kaçış intiharları, kayıp sonrası gerçekleştirilen yas intiharları ve kişinin bir hata veya kusuru yüzünden gerçekleştirilen ceza intiharları biçiminde üç alt tipi tanımlanmıştır.²²

Saldırganlık intiharları: Kişinin başkasına hissettiği duygular yüzünden meydana gelmektedir. Dört alt tipi bulunmaktadır. Bunlar; başkalarından öç almak için yapılan intikam intiharları; kişinin hem başkasını hem de kendini öldürdüğü cinayet intiharları; başkalarını etkilemek, gözdağı vermek için yapılan şantaj intiharları ve kişinin çevreye mesaj vererek yardım talep ettiği intiharlardır.²²

Adanma(oblative) intiharları: İki alt gruba ayrılır. Bunlar; kişinin kendi değerini fazlalaştırmak için kendini biri veya bir şeye adanmak için gerçekleştirdiği kurban intiharları(örneğin intihar bombacıları) ve kişinin kendini yüceleştirmek (örneğin şehitlik mertebesine ulaşmak) için gerçekleştirdiği intiharlardır .²²

Oyun intiharları: Bireyin hayatı dolu dolu yaşarken ortaya çıkan riskli davranışlar sonucu meydana gelen ölüm olayları olarak belirtilmektedir. Bunlar; kişinin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği dayanıklılık denemesi intiharları ve bireyin yaşamı riske atan ve risk alan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği oyun intiharları olmak üzere iki alt tipi mevcuttur. Oyun intiharlarıyla kişi, yaşamda daha fazla heyecan, mutluluk gibi duyguları tatmak için ölümlerle sonuçlanabilecek eylemlere kalkışmaktadır.²²

2.1.3. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar eden ya da intihar girişiminde bulunan kişi sayısının toplumdan topluma hatta aynı toplumun farklı bölgelerinde farklılık gösterdiği bilinmektedir.²³ Ülkelerin intihar oranları ya da intihar artış hızları arasındaki farklılıklar, ülkelerdeki yaşam şartları ya da risk faktörleri ile tam olarak açıklanamamaktadır.²⁴

İntihar davranışına yol açan etmenler biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bağlamlarda açıklanırken bazı çalışmalar da intihara biyolojik ve psikolojik açıdan duyarlı kişilerin uygun kültürel koşullarda bu davranışı sergilediklerini vurgulamaktadır.²³

İntihar girişimlerinin epidemiyolojik verileri tamamlanmış intiharlar kadar net olarak bilinmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının başta gelen on nedeninden bir tanesi intiharlardır. Dünyada 2000 yılı itibariyle 815.000 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. Bir başka ifadeyle her 40 saniyede bir kişi intihar etmektedir. İntihar girişimleri ise bu oranın 10-20 katı olarak bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 15-24 yaşları arasındaki her 100.000 gençten 13'ü kendi yaşamlarına son vermektedir.²⁵ Dünya genelinde ise önde gelen ölüm nedenleri arasında yer alan intihar, 15 ila 29 yaş arasındaki gençlerin ikinci sıradaki ölüm nedeni olarak raporlanmıştır.²⁶

İntihar düşüncelerinden gerçek bir intihar girişimi planları arasında değişkenlik gösteren ve aynı zamanda intihar olasılığının bir alt boyutu olan intihar düşüncelerinin, ergenlerde dünya genelinde görülme sıklığının %15 ile %25 arasında olduğu gösterilmektedir.²⁵

Amerika Birleşik Devletleri'nde intihar nedeniyle ortaya çıkan 15 ila 19 yaş arası ergenler için intihar oranı 1950'den 1990 'a kadar ki zamanda %300 arttığı, ancak 1990'dan 2013'e kadar, bu yaş grubundaki oranın %28 azaldığı gösterilmiştir.²⁷

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) intihar, ölüm sebepleri arasında sekizinci sıradadır, yaklaşık olarak yılda 30 000 kişinin ölümüne neden olur. İntihar oranı ABD'de yıllık 11/100.000' dir. Bu tüm ölümlerin %1.4' ünü meydana getirmektedir.²⁸

Avrupa ülkesinde, 1980-1984 yılları arasında yapılan bir çalışmada, 5-14 yaş grubunda intihardan ölen erkeklerin oranı 100.000'de 0,9 iken, kızlarda bu oran 0,3 dür. 15-24 yaşları arasında bu oran, erkeklerde 100.000'de 15,5, kızlarda ise 4,7 olarak ifade edilmiştir. Avrupa ülkelerinde intihar oranı en fazla 15-24 yaşları arasında görülmektedir.²⁹

Dört ülkede yapılan bir çalışmada, intiharın 10-19 yaşları arasındaki ergenlerin ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir.³⁰

Türkiye'de ise intiharla ilişkili istatistikler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından derlenmekte ve yayınlanmaktadır. Veriler hastane, polis ve jandarma kayıtlarından elde edilmektedir. Toplumda intiharı gizleme, resmi kayıtlara geçirmeme eğiliminin yüksek olması nedeniyle bu kayıtların güvenilirliği düşüktür.³¹

Türkiye'de intihar girişiminde bulunanların ve intiharı gerçekleştirenlerin oranı Avrupa ülkelerine göre daha düşük olmakla beraber intihar girişiminde bulunanların büyük bir kısmını Avrupa ülkelerinde olduğu gibi 15-19 yaş arasındaki gençler meydana getirilmektedir.³² Türkiye'de intihar hızı yıldan yıla değişse de gençlerde belirgin olmak üzere artma eğilimi dikkat çekicidir.³³

TÜİK 2016 yılı verilerine göre kaba intihar hızı 100.000'de 4,03 (erkeklerde 6,10, kadınlarda 1,94), 2017 yılı ise 3,82'dir (erkeklerde 5,88, kadınlarda 1,75). 2017 yılında 15 yaş altı intiharlar tüm intiharların %2,1'ini oluştururken, 15-19 yaş arası %10,8'ini oluşturmaktadır.

İntihar yöntemleri içerisinde en sık % 47,5 ile ası, ikinci sırada % 31,1 ile ateşli silah kullanımı bulunmaktadır.³³

2.2. İntihar Risk Etmenleri

2.2.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri

Lise dönemini kapsayan ergenlik dönemi, beden ve kişiliklerini etkileyen fiziksel, duygusal, sosyal değişim ve gelişimin gerçekleştiği bir gelişim dönemidir.³⁴

Çocuk ve ergen yaş grubu karşılaştırıldığında intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarının ergen yaş döneminde yüksek bir şekilde artmaktadır.^{25,35}

Çocuk ve ergen yaş grubu karşılaştırıldığında intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarının ergen yaş döneminde yüksek bir şekilde artmaktadır. Ergen yaş grubunda oluşan bu yüksek riskin artmış olmasının nedenleri; psikopatolojilerin artması, intihar planını hazırlama ve uygulama için yeterli bilişsel kapasiteye erişme, madde kullanımının artması ve ebeveyn gözetiminin azalması şeklinde çeşitli açıklamalarda bulunulmuştur.^{25,35}

Araştırmalar 15-19 yaş arası ergenlerde, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharların belirgin cinsiyet ve etnik değişkenlik göstermemektedir. Cinsiyet farklılıkları ile ilgili Amerika ve Batı Avrupa, Yeni Zelanda, Avustralya, Kuzey Amerika gibi pek çok ülkede da yapılan çalışma sonuçları benzer olup, bu ülkelerde intihar düşünce ve girişimleri kız ergenlerde daha sık görülürken tamamlanmış intiharlar 15-19 yaş arası erkek ergenlerde daha fazla görülmektedir.^{36,37}

Özgüven-Devrimci ve Sayıl'ın (2003) Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile yürüttükleri bir çalışmada, ülkemizde 1998-2002 yılları arasında, intihar girişim hızının %93.59 oranında arttığı ve girişimde bulunanların büyük bir kısmının 15-19 yaş arasındaki gençlerin oluşturduğu bildirilmiştir.³⁸

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 ila 19 yaşları arasındaki ergenlerin tamamlanmış intihar oranı, kadın muadillerine göre 3 kat daha fazladır, oysa intihar girişimi oranı kızlarda erkeklere göre iki kat daha yüksektir.³⁹ Ergenlerde intihar girişiminin tamamlanmış intiharlara oranının 50: 1 ila 100: 1.5 olduğu tahmin edilmektedir.⁴⁰

Türkiye'de tüm intihar girişimlerinin %30-35'i 14-15 yaş grubu arasında görülmektedir⁴¹.Ölümlle sonuçlanan intihar vakalarında erkeklerin sayısı kızlardan 3-5 kat daha fazladır. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri ise, kızlarda erkeklerden en az 2-3 kat daha fazla görülmektedir.⁴²

İntihar girişiminde bulunan kızların depresyon, anksiyete ya da içe kapanma şeklinde 'içe-dönük' bulgular görülürken, intihar girişiminde bulunan erkek ergenlerin öfke, saldırganlık ve ajitasyon gibi 'dışa-dönük' bulgular sergilediklerini belirtilmiştir. Dolayısıyla intihar davranışıyla ilgili etkenler her iki cins arasında farklılık gösterebilir.⁴³

2.2.2. Ailesel Risk Faktörleri ve Stresli Yaşam Olayları

Farklı ortam ve toplumlarda yürütülen çalışmalarda aile bağlarının gevşemesi veya kopmasının genç insanlar arasında intihar yaygınlığını etkileyen en önemli faktörler arasında olduğu belirlenmiş ve intihar davranışı gösteren ergen ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu, düşmanca tutumların ön plana olduğu bildirilmiştir. ⁴⁴

Çocuk-ebeveyn ilişkisinde yetersizlik, aile içi iletişimde yetersizlik, çok yüksek ya da düşük ebeveyn beklentisi ile ebeveynlerin gençlerin aşırı kontrolünü içeren tutumları gençlerde intihar ve intihar girişimi riskini 1,4-3,6 kat arttırdığı gösterilmiştir. ⁴⁵

Aile desteğinin düşük algılanması ve intihar girişimi arasında yakın ilişki olduğu, aile ve sosyal desteği düşük olan kişilerde intihar girişiminin yüksek olduğu belirtilmektedir. ⁴⁶

Ailede intihar öyküsü ile ruhsal bozukluk, aile içi uyuşmazlık, boşanma ile çocuk ve ergenin kendine zarar verici davranışları arasında ilişki saptanmıştır. ⁴⁷

Parçalanmış aile, boşanmalar, anne-baba ayrılığı, anne-babanın yeniden evlenmesi, sadece anne veya babanın kaybı veya her ikisinin kaybı, üvey kardeşin varlığı, aile içi şiddet, aile içinde intihar ya da intihar girişimi yaşanması, alkol ve madde kullanımı, aile içi fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmallerin varlığı, aile içi iletişim kopukluğu ya da yetersizliği, ailede olumsuz ilişkiler, aile-çocuk ilişkisi tipleri, sosyal ve ekonomik krizler, anne babanın eğitim düzeyi, erken evlilikler, sosyal izolasyon, yalnızlık, anne-baba da bulunan ruhsal sorunlar ve hastalıklar neden olabilir. ⁴⁸

İntihar davranışının ailelerde toplandığını gösteren çalışmalar mevcuttur. İkiz çalışmalarında, monozigotik (özdeş) ikilerde intiharın dizigot (ikiz olmayan) ikizlere kıyasla intihar davranışı için daha yüksek bir oranda görülmektedir. Duygudurum bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve travma gibi ilgili faktörler kontrol edildiğinde bile, monozigotik bir ikizdeki intihar, dizigot ikizlerden dört kat daha fazla intihar davranışı riski taşır. ⁴⁹

Aile üyelerinden birinin intihar etmiş olması dışında yakın arkadaşının intihar girişimine tanık olması, ergenin intihar riskini artırır. Medyadaki intihar haberlerin veriliş şekli ve süresi de ergen intiharları üzerinde etkilidir. ³⁰

İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık %44'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuştur. Bir intihar girişiminin ardından ilk bir yıl, özellikle de 3-6 aylık dönem, tekrar intihar girişimi yönünden en riskli dönemdir. ⁵⁰

Ergenlerde sonraki intihar davranışını en iyi öncü faktörlerden biri geçmişteki intihar girişimidir. Özellikle tamamlanmış intiharlarda, önceki intihar girişimi en önemli risk belirteçlerinden biri olarak kabul edilmektedir. ²⁵

ABD'de öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %8,6'sının son bir yıl içinde intihar girişiminde buldukları, bunlarında %50'sinin bir kez, %29'unun iki-üç kez, %8'inin dört-beş kez, %13'ünün altı ve daha fazla sayıda intihar girişiminde buldukları gözlenmiştir. Kızların %11'i ve erkeklerin %6,2'si intihar girişiminde bulunmuştur. ⁵¹Tamamlanmış intiharı olan ergenlerin %10-40'ında daha önceden bir intihar girişimi olduğu belirtilmiştir. ⁵²

Fiziksel zorbalık, siber zorbalık, madde kullanımı, şiddet davranışı ile güvenli olmayan cinsel davranışın intihar davranışı ile bağlantılı olduğu ifade edilmektedir. ⁵³

Düşük sosyoekonomik durum, düşük akademik başarı, düşük gelir ile birlikte yoksulluk gibi özelliklerle tanımlanan sosyoekonomik düzeyi düşük gençlerde intihar ve intihar girişimi riskinin arttığı bildirilmiştir. ⁴⁵

İşsizlik ya da göç gibi etkenler toplumsal bağları bozarak intihar davranışına zemin hazırlayabilir^{54,41}. Okul ile ilişkili problemlerin, okula gitmemenin de intihar riskini arttırdığı saptanmıştır. ⁶

Düzenli yapılan fiziksel aktiviteler (spor etkinlikleri) erkek ergenlerde umutsuzluk ve intihar riskini düşürmektedir. Düzenli yapılan spor, her iki cinsiyet için umutsuzluk ve intihar riski açısından koruyucu etki oluşturur. ⁵⁵

2.3. Gelişimsel Etmenler

2.3.1. Dürtüsellik ve İntihar

Dürtüsellik içsel ya da dışsal bir uyarıcıya, kendisi ya da başkaları için meydana gelebilecek olumsuz neticeleri göz ardı ederek çabuk ve plansız bir şekilde cevap verme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. ⁵⁶

Dickman dürtüsellığı fonksiyonel dürtüsellik ve disfonksiyonel dürtüsellik olmak üzere iki alt gruba ayırmaktadır.

1.Disfonksiyonel dürtüsellik: kişileri zor durumda bırakan durumlarda çoğu insandan daha az öngörü ile hareket etme eğilimidir.

2.Fonksiyonel dürtüsellik: durumun optimal olduğu zamanlarda az miktarda öngörü ile hareket etme eğilimidir. Dickman her dürtüsel davranışın dezavantajlı olmadığı konusuna dikkat çekmektedir.⁵⁷

Dürtüsellik kavramından bahsedilirken dikkate alınması gereken bazı unsurlar mevcuttur. Bunlardan birincisi dürtüsellik ile tek bir davranışın değil bir yatkınlığın açıklanıyor olmasıdır. İkinci olarak ise dürtüsellik bir davranışın neticesini bilinçli bir biçimde düşünmeden çabuk ve plansız hareket etmeyi ifade etmektedir. Bu açıdan yargılamanın bozulduğu zamanlardan ya da hareketten evvel plan yapıldığı kompulsif hareketten farklılıklar gösterir. Son olarak dürtüsellikte bir davranışın neticesini göze almadan hareket etme ve risk alma davranışı bulunmaktadır. Ancak bu daha fazla zevk isteğiyle alakalı olan risk alma hareketinden ayrılır. Bu özellikle dürtüsellik biyolojik zeminin anlaşılması ve tedavi yöntemleri geliştirilebilmesi için önemlidir.⁵⁶

Dürtüsellik tek başına bir psikiyatrik tanı olmamakla birlikte; kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, dikkat eksikliği /hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, frontal lob sendromu, trikotillomani, depresyon ve intihar girişimleri gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla bağlantılıdır.⁵⁸

Ergenlerin kendine zarar verme davranışlarının çoğunlukla dürtüsel olduğunu ve eyleme geçmeden önce sadece birkaç dakika düşündüklerini bildirmiştir. Belirgin ölüm isteği olmasa dahi intihar davranışının sonucu hayatı tehdit edecek ciddiyette olabilir.⁵⁹

İntihar davranışı ile dürtüsellik arasındaki korelasyon, saldırganlık değişkeni kontrol altına alındığında da sürmektedir ve erkeklerde daha yüksek oranda bulunmuştur.⁶⁰

Yapılan bir çalışmada aynı zamanda dürtüsellik, yüksek dozda ilaç alan ergenlerde depresyondan bağımsız bir etken olarak görünmektedir.⁶¹

Saldırganlık, dürtüsel davranışlar ve intihar arasındaki ilişkileri destekleyen çalışmalara rastlanmaktadır.⁶² Dürtüsellik gençlerde kendine zarar verme davranışı ile de ilişkili bulunmuştur.⁶³

2.3.2. Öfke ve İntihar

Öfke, doğal bir duygu olmasına rağmen ergenlerin öfke ile ilgili temel problemi öfkeyi uygun bir şekilde ifade edecek ve yönlendirecek gerekli beceri ve kaynaklara yeterince sahip olunmaması olarak tanımlanabilir. ⁶⁴

Ergenlerin evdeki, okuldaki ve toplumdaki zorunluluk ve sorumluluklara dair verdiği tepkilerden olan öfke, sıklığı ve yoğunluğuna göre sürekli ve durumluk öfke olarak ikiye ayrılmaktadır. ⁶⁵

Durumluk öfke, acil durumlarda verilen tepki ile meydana gelen, yoğunluğu değişebilen, kısa dönemde dalgalanmalar gösteren duygusal ve fizyolojik yaşantılardır.

Sürekli öfke, durumluk öfke yaşama eğilimi veya öfke yatkınlığının durağan şekilde yansıtılmasıdır. Bunun yanı sıra, sürekli öfkenin artışı bireyin daha sık ve daha yoğun durumluk öfke yaşadığını göstermektedir. ⁶⁶ Sürekli öfke duygusunu yüksek düzeyde deneyimlemek, sağlık problemlerine, eğitim ve iş yaşamındaki güçlük yaşanmasına, kişilerarası ilişkilerin zarar görmesiyle birlikte benlik saygısının azalmasına neden olabilmektedir. ⁶⁷

Spielberger'e göre, kişilerin öfkelerini içte tutma, dışa vurma ve kontrol etme olmak üzere üç biçimde gösterebilmektedir.

1. İçte tutulan öfke, öfkeli düşünme ve duygulanımları bastırma tutumlarını yansıtırken
2. Dışa vurulan öfke, dış dünyadaki nesne veya canlılara yöneltilerek saldırma içeren davranışlara dönüşme eğilimini yansıtmaktadır.
3. Öfkenin kontrolü ise öfke duygusunun çıkmasını önleme, bastırma, mantığa bürünme gibi savunmalarla kontrol sağlama eğilimi olarak ifade edilmektedir. ⁶⁸

Öfke, doğal bir duygu tepkisi olsa da ergenlerin öfke ile ilgili temel problemi öfkeyi uygun bir şekilde gösterecek ve yönetecek gerekli beceri ile kaynaklara yeterince sahip olamamasıdır. ⁶⁹

Yoğun öfke duygusunun, kriz ve intihar grubundaki kişileri çaresizliğe sevk ettiği ve onların bu durumu kontrol edemediklerinde, çevrenin olumsuz tutumlarıyla karşılaştıkları bildirilmektedir. Bu durum da kişilerin bir kısır döngü yaşadıklarını düşündürmektedir. ⁷⁰

İntihar düşüncesi olan ergenlerde yapılan testlerde öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu, erkeklerin kızlara göre daha yüksek puan aldığı gösterilmiştir.⁷¹

2.3.3. Benlik Algısı ve İntihar

Öz yeterlik beklentisi kişinin bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştiremeyeceğine ilişkin beklentisi olarak tanımlanmaktadır; sorun çözme bağlamında öz yeterlik algısı ise kişinin karşılaştığı soruna ilişkin yeterlik ve yetenekleri konusundaki öznel algı ve inançlarıdır.⁷²

Benlik saygısı ve ergenlik dönemi arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Benlik saygısı ergenin psikososyal gelişimini etkilemektedir. Bu dönemde, içsel faktörler ve çevresel faktörlerin etkisi ile gelişen benlik imgeleri, ergenin kendine yaklaşım biçimini de belirlemektedir. Bu yaklaşımın yönü, yani kendisi hakkında olumlu veya olumsuz bakış açısına sahip olması, kendini değerli veya değersiz görmesi benlik saygısını etkilemektedir. Benlik saygısı ergenin ileriki yaşamında düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyen kimliğinin çekirdeğini oluşturur.⁷³

Ergenlerin olumlu benlik saygısına sahip olmaları ise yaratıcı başa çıkma stratejileri, yüksek motivasyon ve olumlu duygusal durum ile ilişkili bulunmuştur.⁷⁴

Ebeveynin, kaygı ve güvensizlik yaratan davranış ve tutumları çocukta, düşük öz değer gelişimine ve psikososyal stresörlere karşı dayanıklılığın azalmasına neden olmaktadır.⁷⁵

Benlik ile ilgili olumsuz tutumların artmış intihar eğilimi ile ilgisini göstermişlerdir. Başa çıkma amacıyla intiharı düşünebilmektedir.⁷⁶

Pek çok çalışmada, düşük benlik saygısının intihar düşüncesinin artmasında etkili olduğu görülmüştür.⁷⁷

Benlik saygısının hayattaki stres kaynaklarına karşı ve intihar düşüncelerine yönelik önemli bir koruyucu faktör olduğu belirtilmektedir.⁶⁴

2.3.4. Umutsuzluk

Umutsuzluk, ergenin sorun çözme motivasyonunu, güçlüklerle başa çıkabilme yetisini bozmaktadır.⁷⁸

İntihar girişimine neden risk faktörleri arasında bilişsel faktörlerden de bahsedilmekte ve yetişkin intiharlarında olduğu gibi çocuk ve ergen intiharlarında da umutsuzluk ve intihar arasında bir ilişki olduğunu belirtmektedir.⁷⁹

Beck ve ark. geliştirdikleri umutsuzluk ölçeğini kullanarak yatarak tedavi gören intihar girişiminde bulunan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda hem depresyonun hem de umutsuzluğun intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu, umutsuzluk kontrol edildiğinde de depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğunu ancak tersinin geçerli olmadığını saptamışlardır.⁸⁰

Kazdin ve ark. çocuklarda umutsuzluğun depresyonun şiddetiyle pozitif, özgüven ile negatif ilişkisi olduğunu göstermiştir. Çalışmada intihar niyetiyle umutsuzluk arasında güçlü bir ilişki vardır ve depresyon kontrol edildiğinde bu güçlü ilişki sürmektedir.⁸¹

İntihar girişiminde ve tehdidinde bulunan hastalarla yapılan kontrollü bir çalışmada intiharın depresyondan ziyade umutsuzluk ile ilişkili olduğunu bulmuştur.⁸²

2.4. Biyolojik Etmenler

Prepubertal dönemdeki çocuklar ve ergenlerde intihar ile ilgili yapılan biyolojik çalışmalar, erişkinlere benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır.⁸³

İntihara ilişkin başlıca alanlar orta beyindeki dorsal raphe nukleusu ve ventral prefrontal kortekstir.⁸⁴

Ergenlerde hipotalamo–pitüiter–adrenal eksenindeki bozulmaların da intihar davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bir çalışmada intihar davranışı gösteren puberte öncesi çocuklarda deksametazon supresyon testinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek seyrettiği gösterilmiştir.⁸⁵

Diğer bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş ergenlerde uyku öncesinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek düzeylerde olduğu gösterilmiştir.⁸³

Özellikle gençlerde serotonerjik sistemle ilgili olduğu bilinen öfke, bunaltı ve dürtüsellikle intihar davranışı ile yakın bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Serotonerjik sistemin intihar davranışının yanı sıra saldırganlık ve bunaltıyla da yakın bir ilişkisi vardır.⁸⁶

İntihar girişiminde bulunanların santral serotonin düzeylerinde ve beyin omurilik sıvısı (BOS)'ndaki serotonin miktarında azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bir serotonin metaboliti olan 5-Hidroksiindolasetikasitin (5-HİAA) beyin omurilik sıvısındaki düşüklüğü impulsivite, agresyon ve intihar davranışı ile alakalı bulunmuştur. ^{25,87}

Yapılan postmortem çalışmalarda erişkinlerdekine benzer şekilde intihar etmiş ergenlerde de prefrontal korteks ve hipokampusta serotonin 2A (5HT2A) reseptörlerinde artış gösterdiği ifade edilmiştir. ⁸⁸

2.5. Nöropsikiyatrik Hastalıklar

2.5.1. Major Depresif Bozukluk ve İntihar

Psikiyatrik bozukluklarla intihar girişimi en fazla depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir. ^{89,90}

Duygudurum bozuklukları birincil ya da başka bir ruhsal bozukluğa sekonder gelişebilir. Ergenler, içinde buldukları dönem itibariyle duygu, düşünce ve ilişkilerinde ani değişiklikler yaşarlar. Depresyondaki ergenler bu değişiklikleri daha hızlı yaşayabildikleri gibi, yetişkinlere benzer şekilde sosyal geri çekilme, ilgi ve etkinlikte azalma, arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısında düşme, okul ve evden kaçma, madde ve alkol kullanma eğilimi ile intihar düşünce ve girişimleri şeklinde depresyon belirtileri gösterebilirler.

Birincil durumlarda duygudurum bozukluğundan önce herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanımlanmaz. İkincil olanlarda ise Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Madde Kullanımı duygudurum bozukluğuna öncülük eder. ^{91,92}

Çocukluk döneminde daha az görülmesine karşın, depresyonun ergenlikle birlikte görülme sıklığı belirgin bir biçimde artmaktadır. Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı çocukluk döneminde %3'ten az olduğu halde ergenlik döneminde bu oran %14'e ulaşmaktadır. ⁹³

Ergenlik döneminde depresyonun görülme sıklığının %5 ile %20 arasında değiştiği bildirilmektedir. ^{94,95} Bu dönem genç açısından özerklik kazanımı için çabaladığı, bağımsız sosyal ilişki geliştirmeye çalıştığı, bir taraftan da aileyle olan yakınlık bağlarını sürdürdüğü bir değişim zamanıdır. Bu değişim

sürecinde ailenin de ergene ilişkin beklentileri ve kaygıları artar. Sorunlarla baş etme gücü yeterli olmayan gerilimli ilişkiler içindeki aile ve genç, ergenlik sürecine girilmesi ile beraber değişime uğraması beklenen kişiler arası ilişkileri düzenlemek konusunda zorluk yaşar ve bu durum, ergende depresyonun ortaya çıkması neden olabilir. Erken dönem ailesel güçlüklerin ergenlik döneminde, kızlardaki stres duyarlılığını arttırdığı ve özellikle kız ergenler için depresyonu artırıcı bir işlev gördüğü belirtilmiştir.⁹⁶

Kaotik aile yapılanmaları depresyona duyarlılığı olan ergenlerde tetiği çekici stresörler olarak depresyonun ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir. Çocuk tarafından ebeveynin sağlıksız biliş ve tutumlarının modellenmesi ise emosyon regülasyonunda ve stresle baş etmede güçlüklerle neden olmaktadır.⁷⁵

Ergenlerde depresyon riskini arttıran diğer ailesel faktörler arasında kardeş sayısının fazlalığı, büyük kardeşin alkol ya da madde kullanımının olması ve cinsel istismar sayılabilir.⁷⁵

Ergenlik depresyonuyla ilişkili olan özelliklerden biri benlik saygısıdır. Benlik saygısı yüksek ergenlerde depresyon olasılığının daha düşük olduğu gösterilmiştir.⁹⁷

Ergen için akranların ve dış dünyanın önemi artmakta, hatta yaşamsal değere ulaşmaktadır. İlişkiyi başlatıp sürdürebilme ve akranların olumsuz etkilerini sınırlayabilme becerileri ergenin ruhsal gelişimi üzerinde etkilidir. Ergenlerde atılganlık becerisi eksikliği hem depresyon hem de intihar davranışı için önemli bir risk etmenidir.^{98,99}

Depresyon hastalarının yaklaşık 2/3'ünde intihar düşüncesi görülmektedir. Bu hastaların yaşam boyu intihar olasılığı yaklaşık %15 olup diğer psikiyatrik bozukluklara göre depresyondaki kişilerde intihar 3-4 kat daha fazla saptanmıştır.^{89,100}

Barbe ve arkadaşlarının(2005) yapmış olduğu takip çalışmasında depresyonu olan çocukların %85'inde ilerleyen dönemlerde intihar düşüncesinin geliştiği, %32'sinin ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde intihar girişiminde bulunduğu, %20'sinin birden fazla intihar girişiminde bulunduğu ve %2,5-7'sinin genç erişkinlik döneminde intihar ile yaşamına son verdiği gösterilmiştir.¹⁰¹

Psikolojik otopsi çalışmalarında intihar ile hayatını kaybeden ergenlerin %60'ının ölüm anında depresyonda olduğu saptanmıştır.¹⁰¹ Çalışmalar

depresyonu olan ergenlerde hem intihar girişiminin hem de intihar düşüncesinin yaygın olduğunu ortaya çıkarmıştır .Depresyonu olan ergenlerin yaklaşık olarak %60– 70'inde intihar düşüncesi ve %13–39'unda da intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir.¹⁰²

Esposito ve Clum'ın (2000) 14–18 yaş arası 73 lise öğrencisini değerlendirdikleri bir çalışmada depresyona davranış bozuklukları ve anksiyete eşlik ettiğinde depresif semptomların şiddetlendiği görülmüş ve bu yolla dolaylı olarak intihar düşüncelerinin arttığı düşünülmüştür.¹⁰³

2.5.2. Anksiyete ve İntihar

Korku; fiziksel ya da duygusal olarak zarar görme, incinme ya da kayıp tehdidi karşısında verilen bir tepkidir. Anksiyete ise gerçekmiş gibi görüldüğü için tehlikeli olarak algılanan ancak oluşma ihtimali çok küçük olduğu için daha çok beklenti düzeyindeki duygusal tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Normal gelişim sürecinde bireyi potansiyel tehlikelere kaygı uyanık hale getirdiği için anksiyetenin uyumsal bir özelliği vardır ve normal gelişimin bir parçasıdır. Ancak anksiyetenin, çocuğun akademik ve sosyal bir temel gelişim basamaklarında alıkoyması ve günlük işlevlerini bozması ve uzun süre devam etmesi patolojik olduğunun göstergesidir.¹⁰⁴

Çocuk ve ergenlerde görülen bütün anksiyete bozuklukları okul performansında ve kişiler arası işlevsellikte bozulmalara neden olabilmekte ve bu olumsuz etkiler erişkin yaşamda da gözlenen sorunlarla ilişkili bulunmaktadır.¹⁰⁵

Anksiyete ile birlikte depresyonun, somatoform bozukluklar, intihar ve anksiyeteyi bastırma amacıyla alkol ve madde kötüye kullanımı gibi olumsuz sonuçların sık görüldüğü bildirilmektedir.¹⁰⁶

Toplum çalışmaları sonucunda anksiyete bozukluklarının da intihar ile bağlantısı olduğu bulunmuştur.¹⁰⁷

Araştırmaların günümüzde ortaya koyduğu ağırlıklı görüş, panik bozukluğunun tek başına bir risk faktörü olmadığı, ancak özgül fobi, agorafobi, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğun da içinde bulunduğu anksiyete bozukluklarının kişilik bozuklukları, alkol madde kötüye kullanımı ve özellikle de duygudurum

bozukluklarıyla komorbid görülmesi durumunda intihar riskini belirgin şekilde arttırdığıdır.^{108,109}

Yapılan bir çalışmada hem anlık hem de süreklilik anksiyete düzeyleri intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Bulunan bu sonuçlar anlık anksiyetenin daha ön planda olmak üzere depresyona eşlik eden anksiyetenin intihar düşüncesi riskini arttırdığını düşündürmüştür.¹¹⁰

Tuisku ve ark.'nın (2006) yaptıkları bir çalışmada 218 depresif bozukluğu olan ergeni değerlendirdikleri düşük psikosoyal işlevsellik ve anksiyetenin şiddetinin hem intihar düşüncesi hem de intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur. 16–19 yaş grubunda, 13–15 yaş grubuna göre intihar girişimi daha sık, self–mutilatif davranışlar daha az saptanmıştır.¹¹¹

Norton ve ark.'nın (2008) yaptıkları bir çalışmada yaş ortalaması 21,6 olan 166 üniversite öğrencisini incelemiş ve anksiyete bozukluklarının birlikte depresyon olmasa da intihar düşüncesi riskini artırdığını ancak anksiyete ile depresyon birlikteliğinin intihar düşüncesi riskini daha da arttırdığını saptamışlardır.¹¹²

2.5.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve İntihar

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) aşırı hareketlilik, dikkatle ilgili sorunlar ve dürtüsellik ile karakterize, çocukluk çağının nörogelişimsel bir bozukluğudur.¹¹³

Ayrıca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu birlikteliği de intihar eğilimini etkileyen önemli etkenlerdendir. Bununla ilişkili yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, özellikle bileşik tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda intihar eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir.¹¹⁴

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan hastalarda intihar ve kendine zarar verme davranışı intihar açısından risk arz eder.¹¹⁵ DEHB daha kötü akademik ve mesleki başarıya, aile ve arkadaşlarla daha fazla çatışmaya ve karşılaştırma örneğinden daha düşük benlik saygısına sahip bulunmuştur.¹¹⁶

DEHB'si olan erkeklerde özellikle davranım bozukluğu ve depresif bozukluk gibi eş tanıların varlığında intihar riskini arttırmaktadır.¹¹⁷

Karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunda ise intihar girişimi 13 kat artmaktadır.¹⁰⁷

2.5.4. Madde Kullanım Bozukluğu ve İntihar

Madde kullanımı da intihar riskini arttıran faktörlerdendir. Madde kullanım bozuklukları (MKB) özellikle intihar nedeniyle ölen ergen ve gençlerde sık olup intihar riskini 2-4 kez arttırmaktadır.¹¹⁸

Çocuklarda intihar girişiminin nadir görüldüğü, ergenlikle birlikte sıklığın arttığı bilinmektedir. Bunun başta duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların ergenlik döneminde artış göstermesiyle açıklanabilir.²⁵

15-24 yaşları arasındaki intihar eden ergenlerin %35'inin kanında yüksek oranda alkol bulunduğunu belirtmektedir.⁵²

Alkol ve madde kullanımı olan ailelerin çocuklarında tamamlanmış intiharın daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.¹¹⁹

Kız ergenlerde depresyonun intihar riskiyle doğrudan ilişkili olduğu, erkeklerde ise depresyonun madde kullanımına zemin hazırladığı ve daha sonra intihar riskinin arttığı ileri sürülmüştür.¹²⁰

2.5.5. Yıkıcı Davranım Bozukluğu ve İntihar

Yıkıcı davranım bozukluğunun intihar açısından risk etmeni olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır.^{121,6}

İntihar nedeni ile kaybedilen, yıkıcı davranım bozukluğu bulunan 59 ergen ve 18 kontrol grubunun ele alındığı bir çalışmada, yıkıcı davranım bozukluğu birlikteliğinde madde bağımlılığının, geçmiş intihar girişiminin, fiziksel istismarın ve ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün olması riski artıran etmenler olarak ortaya çıkmıştır.¹²²

Benzer biçimde davranım bozukluğu birlikteliğinde madde bağımlılığı ve duygudurum bozukluğu, özellikle daha ileri yaştaki erkek ergenlerde riski artırmaktadır.⁸

2.5.6. Cinsel Kimlik Karmaşası ve İntihar

Cinsel yönelimler ile intihar düşüncesi gay, lezbiyen ve biseksüel (GLB) ergenlerde, heteroseksüellere göre intihar düşüncelerinin %50-70 oranında daha fazla olduğu belirtilmiştir. İntihar girişimlerinin ise %30 oranında daha fazla olduğu tespit edilmiştir.¹²³

Yapılan bir araştırmada biseksüel-homoseksüel erkeklerde intihar girişimi %28,1, heteroseksüel erkeklerde ise %4,2'dir. Biseksüel-homoseksüel kadınlarda intihar girişimi %20,5, heteroseksüel kadınlarda ise %14,5'dir. Cinsel tercihleri farklı olanlar, normal olanlara göre 3,4 kat daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır.⁵²

İntihar girişimi için diğer bazı önemli risk faktörleri ele alınmamıştır: GLB gençleri arasında daha yüksek intihar davranışı oranları gey ve lezbiyen topluluğunda bulaşıcı bir etki yaratabilir. Benzer şekilde, daha yüksek seviyelerde uyuşturucu kullanımı ve daha fazla cinsel partner, muhtemelen intihar davranışına neden olabilecek GLB arkadaşları arasında daha fazla sorunlu davranış anlamına gelecektir.¹²⁴

Çoğu çalışma eşcinsel erkekler ve lezbiyenler için ayrı analizler yapmamıştır, ancak bazıları eşcinselliğin erkekler için değil, kadınlar için bir risk faktörü olduğunu ileri sürmektedir.¹²⁵

Cinsel yönelim ve ergen intiharları arasında bir ilişki olduğuna gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Mevcut kesitsel ve boylamsal epidemiyolojik çalışmalar homoseksüel ve biseksüel gençlerde intihar davranışı riskinin 2-6 kat arttığını göstermiştir.^{126,125,127,128}

Geniş kapsamlı toplum çalışmalarında yalnızca erkeklerde homoseksüellik ve intihar arasında bir ilişki saptanmıştır.¹²⁹

2.5.7. İnternet Kullanım Bozukluğu ve İntihar

Patolojik İnternet kullanımı, intihar düşüncesi ile ilişkilidir.¹³⁰

Kendi kendine bildirilen günlük video oyunlarının kullanımı ve 5 saati aşan İnternet kullanımı, ergenlerde daha yüksek depresyon ve intihar düşüncesi girişimleri ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur.¹³¹

İntihar düşüncesi ile intiharla ilgili konular hakkında bilgi almak için İnternet'te arama yapmak özellikle riski gösterebilir.¹³²

İntiharla ilgili aramaların genç yetişkinler arasında tamamlanmış intiharlarla ilişkili olduğu bulunmuştur.¹³³

Bu bilgilere maruz kalmak çevrimiçi haber siteleri (% 44), sosyal paylaşım siteleri (% 25), çevrimiçi tartışma forumları (% 15) ve video Web siteleri (% 15) aracılığıyla gerçekleşir.

Sosyal ağ siteleri özel bir öneme sahiptir, çünkü bunlar aksi takdirde mevcut olmayacak sosyal temasların intihar davranışı hakkında bilgi sağlayabilir.

Neyse ki, sosyal paylaşım sitelerinden bilgiye maruz kalma, intihar düşüncesindeki değişikliklerle ilişkili görünmüyor ve artan maruziyet daha fazla sosyal destekle azaltılıyor.

Bununla birlikte, çevrimiçi forumlara katılım, muhtemelen akıl sağlığı sorunları hakkında anonim tartışmalarla ilişkili, intihar düşüncesindeki artışlarla ilişkilidir.

Duyarlı bireylerin intihar girişimleri bu tür konuşmalarla teşvik edilmiş görünmektedir.^{134,135}

2.5.8. Kişilik Bozuklukları ve İntihar

Kişilik bozuklukları ile intihar arasındaki ilişki dikkat çekmektedir. Yetişkin dönemde antisosyal, borderline, narsistik ve histrionik kişilik bozukluklarının gelecekte ortaya çıkabileceğini öngören semptomlardan impulsivite ve agresyonun, ergenlerde hatta çocuklarda intihar davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Birden fazla sayıda intihar girişiminde bulunan ergenlerde özellikle borderline kişilik bozukluğu semptomlarının olduğu ifade edilmiştir.¹³⁶

Yapılan bir çalışmada 67 ergende major depresyon ile borderline kişilik bozuklukları arasında intihar davranışının karşılaştırılmış; bunlardan 33'ünde borderline kişilik bozukluğu semptomları olup, 17'sinin daha önce de intihar girişiminde buldukları saptanmıştır. 32'sinde major depresif bozukluk bulunup 12'sinin geçmişte intihar girişimi öyküsü olduğu belirlenmiştir.¹³⁷

2.6. Bedensel hastalıklar

Başkalarına bağımlı olmaya neden olan hastalıklar intihar riskinde artışa neden olabilmektedir.

Farklı nedenlerle hastaneye yatışlar incelendiğinde epilepsi ile intiharlar arasında direkt bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yatırılan epileptik hastalarda diğer hastalıklara kıyasla intihar hızı 5-7 kat daha fazla olmaktadır.

Kanser, AIDS ve nörolojik hastalıklar gibi daha ciddi hastalıklarda intihar riskinin arttığı bazı çalışmalar literatürde mevcuttur. Bunun yanı sıra hepatik ensefalopati, hipotiroidizm gibi bireyin ruhsal durumunu etkileyen hastalıklarda da intihar nedeni olabilmektedir.¹³⁸

Aynı zamanda bazı psikiyatrik hastalıklar somatik yakınmalarla gelebilir ya da birlikte görülebilir.

Depresyonun diğer semptomlar yanında bedensel yakınmalar, özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş toplumlarda önde gelen belirtilerindendir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Bozukluklar" araştırmasının Türkiye bölümünde, depresif bozukluğu olan hastaların %60'ının bedensel yakınmalarla, %24'ünün ise ruhsal yakınmalarla başvurduğu gösterilmiştir.¹³⁹

Yapılan bir çalışmada 20 yaş altında 92 intihar girişimi olan ergenle yaptıkları çalışmada bu ergenlerin 41 'inin intihar girişimi öncesi 6 hafta içinde bir doktorla görüştükleri ve 27 'sinin yalnızca fiziksel sorunlar, 6 'sının psikiyatrik yakınmalar; 8 'inde ise her iki sorunun birlikteliği tespit edilmiştir. Yalnızca 2 tanesi intihar düşüncesinden bahsetmiştir.¹⁴⁰

Kirmayer, depresyonun hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde çok yaygın bir biçimde bedenselleştirildiğini ifade etmektedir.¹⁴¹ Bununla birlikte depresyonda somatik yakınmaların çok yaygın görüldüğüne ilişkin bu görüşler her somatik şikayetin bir depresyon belirtisi olduğu anlamına gelmemektedir. Ayrıca depresyonda somatik belirtilerin sık görülmesinin yanında, somatizasyon bozukluğu olan kişilerde duygudurum bozukluklarına sık rastlanmaktadır.¹⁴²

Ergenler intihar davranışını birçok faktörün etkisi altında kalarak göstermektedir. Bu risk faktörlerini saptamak için intihar davranışı sergileyen ergenlerle yapılmış birçok araştırma bulunmaktadır. İntihar girişimi için depresif bozukluğun en önemli risk faktörü olduğu gösterilmişse de, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozuklukta da intihar davranışının görülebilmektedir. Bu nedenle intihar davranışı sergileyen ergenlerle yürütülen birçok çalışma psikiyatrik bozukluklar dışında da risk etkenleri araştırılmaktadır.

Yurt dışında ergenlerde intihar davranışı için risk faktörlerinin araştırıldığı pek çok çalışma mevcutken ülkemizde kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda genelde intihar girişimi için risk faktörleri araştırılmıştır.

Çalışmamızda mevcut çalışmalardan farklı olarak, intihar girişimi olan ergenlerde mevcut psikiyatrik tanıları, dürtüsellik, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon ölçekleri, yaşam kalitesi parametrelerini araştırdık.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Örneklem Grupları

Bu çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 01/12/2019-01/04/2020 tarihleri arasında başvuran, 10-18 yaş arası intihar girişimi ile başvuran 46 hasta ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 01/12/2019–01/04/2020 tarihleri arasında başvuran 10-18 yaş arasında intihar girişimi olmayan 44 çocuk olmak üzere toplam 90 çocuk dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve sağlıklı çocukların kendilerinden ve ailelerinden sözlü ve yazılı onay alınmıştır. Onay verenler çalışmaya dahil edilmiştir.

Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ilgili çalışma ile ilişkin 06/11/2019 tarihli ve 2019/483 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı alınmıştır.

İntihar Girişiminde Bulunanlar

1. Mersin Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniğine başvuranlar
2. İntihar girişiminde bulunanlar
3. Anket/Ölçeği tam olarak dolduranlar
4. Klinik muayene ile kognitif yetileri etkileyecek derecede önemli tıbbi sorunu olmayanlar
5. Görüşmeyi ve ölçekleri engelleyecek şekilde görme, işitme ve anlama sorunu olmayanlar

İntihar Girişiminde Bulunmayanlar

1. Mersin Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniğine başvuranlar
2. İntihar girişiminde bulunmayanlar
3. Anket/Ölçeği tam olarak dolduranlar

4. Klinik muayene ile kognitif yetileri etkileyecek derecede önemli tıbbi sorunu olmayanlar

5. Görüşmeyi ve ölçükleri engelleyecek şekilde görme, işitme ve anlama sorunu olmayanlar

3.2. Yöntem

Tanımlayıcı istatistikler kategorik türdeki değişkenler için sayı ve yüzdelik şeklinde verilmiş olup sürekli tipteki değişkenler için minimum, maximum ve $\text{mean} \pm \text{sd}$ cinsinden verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testleri ile kontrol edilmiştir ve normal dağılıma uygunluk durumunda parametrik uygun olmama durumunda ise parametrik olmayan istatistik yöntemler kullanılmıştır. Gruplara göre karşılaştırma yapılacak değişkenler arasındaki fark ya da ilişki tespiti için değişken türünün kategorik ya da sürekli olması durumuna göre istatistik yöntemler seçilmiştir. İntihar girişimi grubuna göre yapılan karşılaştırmalarda kategorik türdeki değişkenler için Ki-Kare, sürekli türdeki değişkenler için Student t test istatistiği kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki katsayısı için korelasyon analizi yapılmıştır. $p < 0.05$ olduğunda sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Anlamlı bulunan sonuçlar için post-hoc testler yardımıyla farklılığın ya da ilişkinin hangi gruplardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Kullanılan tüm istatistik yöntemler STATISTICA version 13.5.0.17 programıyla gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, arkadaş ilişkileri, fiziksel hastalık) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, ruhsal ve fiziksel hastalık, ailenin yapısı ve durumu, fiziksel şiddet) ait sosyodemografik bilgiler sorgulanmaktadır (EK-1). **ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ(ÇDÖ)**

Çocuklarda depresyonunun şiddeti ÇDÖ ile değerlendirilmektedir. Kovacs(1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilen, Çocuklar için Depresyon Ölçeği 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini

değerlendirme ölçeğidir¹⁴³. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Her madde, belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 puan alır. En üst puan 54'tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. ÇDÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.72 ve iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.¹⁴⁴ (EK-2)

BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ(BTÖ-11)

Barratt ve arkadaşları tarafından anksiyete ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi araştırırken geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddeler Likert tipi 4 derece üzerinde değerlendirilir (1=Nadiren/Asla; 2=Ara sıra; 3=Genellikle; 4= Hemen hemen her zaman/Her zaman). 4 genellikle en yüksek dürtüsellik davranışına işaret etmektedir. Fakat bazı maddeler cevap yanlışlığından kaçınmak için ters sıra ile derecelendirilebilmektedir. Maddelerden elde edilen puanlar toplanır ve en yüksek BDÖ toplam skoru en yüksek dürtüsellik derecesi anlamına gelmektedir. Dikkatsizlik (8 madde), motor dürtüsellik (11 madde) ve plan yapmama (11 madde) olmak üzere 3 alt ölçeği vardır.¹⁴⁵ (EK-3)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ(ÇİYKÖ)

Çakın Memik tarafından 8-18 yaş grupları için, Üneri tarafından 2-7 yaş grupları için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL). ÇİYKÖ genel bir YK ölçeğidir. Ölçeğin kolay uygulanabilirliği, farklı yaş grupları ve ebeveyn için ayrı formlarının olması olumlu özellikleridir. Beş-7 yaş çocuk formunun geçerliğinin düşük olması bu yaş grubunda kullanımını kısıtlayabilir.¹⁴⁶ (EK-4)

ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ (ÇATÖ)- (Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ))

Birmaher B ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilen ÇATÖ-anne baba formu ve ÇATÖ- çocuk formu çocuğun anksiyetesini değerlendiren 41 maddeden oluşmaktadır. Her madde, belirtinin şiddetine göre 0,1 veya 2 puan alır. Toplam puan ve 5 ayrı faktör puanı elde edilir. Toplam puan kesim noktası 25 olarak önerilmektedir ve bir Anksiyete Bozukluğu varlığına işaret edebileceği düşünülmektedir ÇATÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Çakmakçı FK tarafından 2003 yılında yapılmıştır.^{147,148} (EK-4)

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 63 madde ve 12 alt gruptan oluşmaktadır. Bunlar: “Benlik Saygısı, Kendilik Kavramı Sürekliliği, Eleştiriye Duyarlılık, Tartışmalara Katılma, Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme, İnsanlara Güven Duyma, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Ana-Baba İlgisi, Baba ile İlişki, Psikik İzolasyon ve Psikosomatik Belirtiler Gösterme” şeklindedir. Ölçek maddeleri için “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok yanlış” şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Çalışmamızda Benlik Saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Bu alt ölçekte 10 madde bulunmaktadır. Her maddedeki seçeneklerin farklı puanları bulunmaktadır: 1.C=0,17 D=0,34 2. C=0,16 D=0,33 3. A=0,17 B=0,33 4. C=0,25 D=0,50 5. C=0,25 D=0,50 6. C=0,50 D=1 7. C=0,50 D=1 8. A=1 B=0,50 9. A=0,50 B=0,25 10. A=0,50 B=0,25. Diğer seçeneklerin puan değeri 0’dır.

Puanlama sonucunda 0-1 benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise benlik saygısı düşük olarak değerlendirilmektedir.^{149,150} (EK-5)

4. BULGULAR

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine çalışma tarihleri arasında başvuran, intihar girişimi olan 10-18 yaş arasındaki intihar girişimi olan 46 çocuk ve ergen araştırma grubunu oluşturmuştur. Bu grup ile intihar girişimi olmayan, hastaneye farklı nedenlerle getirilmiş 44 çocuk ve ergen ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguları

4.1.1. Cinsiyet ve Yaş Dağılımı

Çalışmaya katılan çocukların %68 'i (n=61) kadındı. Hasta grubunda kadınların oranı %80,4(n=37) iken kontrol grubunda bu oran %54,5 (n=24) idi. (Tablo 1)

Tablo 1. Cinsiyetin Gruplara Göre Dağılımı

			intihar girişimi		Total	P
			yok	var		
cinsiyet	kadın	n	24	37	61	0.013**
			%54,5	%80,4	%67,8	
	erkek	n	20	9	29	
			%45,5	%19,6	%32,2	
Total	n	44	46	90		
		%100	%100	%100		

p* < 0,05 (anlamli) , p** > 0,05 (anlamsiz)

Hasta grubunda yer alan hastaların kadın oranlarının, kontrol grubunda yer alan hastaların kadın oranlarından daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi (p=0,013).

Çalışmada yer alan çocukların yaş ortalamasının 15(min:11–maks:17) olduğu belirlendi. Hasta grubunun yaş ortalaması 15,54±1,29 yıl iken, kontrol grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması 14,84±1,72 yıl idi(Tablo 2)

Tablo 2. Yaşın Gruplara Göre Dağılımı

Yaş	İntihar Girişimi Olan (n: 46) Ort±ss	Kontrol (n:44) Ort±ss	Toplam Hasta (n:90) Ort±ss	P
Yaş (ort±ss) (min-maks)	15,54±1,29 (13-17)	14,84±1,72 (11-17)	15,20 (11-17)	0,031*

p* < 0,05

İntihar girişimi olanlarda ve olmayanlarda yaş ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0.031). Kontrol grubuna dahil edilen hastalar 10-18 yaş aralığında olup çalışmaya dahil edilme kriterleri ölçüt alınmış olup yaş ortalaması daha küçük olduğu görülmüştür.

4.1.2. Çocuğun eğitim durumu

Tablo 3. Çocukların Eğitim Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Ortaokul(n: 23) n(%)	Lise (n:64) n(%)	P
İntihar Girişimi Olan	9(19,6)	37(80,4)	>0,05**
Kontrol Grubu	14(32,6)	29(67,4)	

p* < 0,05(anlamlı), p** > 0,05(anlamsız)

Çalışmada yer alan çocukların eğitim düzeyleri incelendiğinde intihar girişimi olan grubun %19,6' sı ortaokul, %80,4 'ü liseye gittikleri gözlemlendi. Kontrol grubunda %32,6'sı ortaokul, %67,4'ü lisede okumaktadır. Hasta ve kontrol grubunda eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. (p > 0,05) (Tablo 3).

4.1.3. Kardeş Sayısı

Tablo 4. Kardeş Sayısına Gruplara Göre Dağılımı

Kardeş Sayısı	İntihar Girişimi Olan(%)	Kontrol n(%)	Toplam Hasta n(%)
Yok	4(9,3)	7(15,9)	11(12,6)
1	16(37,2)	14(31,8)	30(34,5)
2	12(27,9)	15(34,1)	27(31)
3	7(16,3)	5(11,4)	12(13,8)
4	1(2,3)	3(6,8)	4(4,6)
5	2(4,7)	0(0)	2(2,3)
6	1(2,3)	0(0)	1(1,1)

p* < 0,05(anlamlı), p** > 0,05(anlamsız)

Çalışmada yer alan çocukların %34,5' unun(n=30) 2 kardeşe sahip olduğu gözlemlendi. İki grup için de dağılımın daha çok 1 ve 2 kardeş sayısı arasında olduğu gözlemlendi.

Kardeş sayısı ile intihar girişimi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4).

4.1.4. Anne eğitim durumu

Tablo 5. Anne Eğitim Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı

Anne Eğitimi	İntihar Girişimi Olan (n: 40) n(%)	Kontrol (n:43) n(%)	Toplam Hasta (n:83) n(%)	P
Yok	1(2,5)	0(0)	1(1,2)	0.157**
İlkokul	24(60)	17(39,5)	41(49,4)	
Ortaokul	3(7,5)	4(9,3)	7(8,4)	
Lise	6(15)	10(23,3)	16(19,3)	
Yüksek	5(12,5)	12(27,9)	17(20,5)	
Okuryazar	1(2,5)	0(0)	1(1,2)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

Annenin eğitim durumu; intihar girişimi grubunda %2,5 okur/yazar değildi, %2,5 okur /yazar 'dı, %60 ilkököl, %7,5 ortaokul, %15 lise, %12,5 yüksekokul mezunuydu. Kontrol grubunda ise %39,5 ilkököl, %9,3 'ü ortaokul, %23,3 lise ve %27,9 'u yüksekokul mezunu bulunmuştur.

Annenin ve babanın eğitim durumu, gruplar arasında medyan puanları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0.05$) (Tablo 5).

4.1.5. Annenin Çalışma Durumu

Tablo 6. Annenin Çalışma Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

Anne Çalışma Durumu	İntihar Girişimi Olan (n: 41) n(%)	Kontrol (n:44) n(%)	Toplam Hasta(n:85) n(%)	P
Çalışıyor	9(22)	13(29,5)	22(25,9)	0.466**
Çalışmıyor	32(78)	31(70,5)	63(74,1)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

İntihar girişimi grubunun %22'sinde (n=9), kontrol grubunun %29,5 'u (n=13) annesi çalışıyordu. İntihar girişimi grubunun %78'i (n=32) kontrol grubunun %70'5'inin (n=31) annesi çalışmıyordu.

Annenin çalışma durumu ile iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 6).

4.1.6. Annede Psikiyatrik Hastalık

Tablo 7. Annenin Psikiyatrik Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

Annede Psikolojik Hastalık	İntihar Girişimi Olan (n:41) n(%)	Kontrol (n:44) n(%)	Toplam Hasta (n:85) n(%)	P
Yok	32(78)	41(93,2)	73(85,9)	0.034*
Depresyon	7(17,1)	2(4,5)	9(10,6)	
Anksiyete Bozukluğu	1(2,4)	1(2,3)	2(2,4)	
Şizofreni	1(2,4)	0(0)	1(1,2)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

İntihar girişimi olan grubun %24,4' ünde (n=10) ve sağlıklı kontrol grubunun %6,8' inde (n=13) annenin en az bir ruhsal hastalığı vardır. İntihar girişimi olan grubun annelerinde %17,1 oranında en sık depresyon olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi olan grubun %75,6 'sında (n=31) ve kontrol grubunun %93,2 'sinde (n=41) annede herhangi bir ruhsal hastalık yoktur.

Annenin psikiyatrik hastalık durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,034$)(Tablo 7).

4.1.7. Annede Fiziksel Hastalık Durumu

Tablo 8. Annenin Fiziksel Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

Annede Fiziksel Hastalık	İntihar Girişimi Olan (n: 41) n(%)	Kontrol (n:44) n(%)	Toplam Hasta (n:85) n(%)	P
Var	17(41,5)	15(34,1)	32(37,6)	0.510**
Yok	24(58,5)	29(65,9)	53(62,4)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

Çalışmaya katılan çocukların annelerinin %62,4'ünün (n=53) herhangi bir fiziksel hastalığı olmadığı gözlemlendi.

Hasta ve kontrol grubundaki çocukların annelerinin fiziksel hastalık durum dağılımları homojendi. Hasta ve kontrol grubundaki çocukların annelerinin fiziksel hastalık durum dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

4.1.8. Baba eğitim durumu

Tablo 9. Babanın Eğitim Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı

Babanın Eğitimi	İntihar girişimi olan (n: 43) n(%)	Kontrol (n:41) n(%)	Toplam Hasta (n:84) n(%)	P
Yok	1(2,3)	0(0)	1(1,2)	0.472**
İlkokul	18(41,9)	13(31,7)	31(36,9)	
Ortaokul	7(16,3)	4(9,8)	11(13,1)	
Lise	9(20,9)	15(36,6)	24(28,6)	
Yüksek	7(16,3)	8(19,9)	15(17,9)	
Okuryazar	1(2,3)	1(2,4)	2(2,4)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

Babanın eğitim durumu; intihar girişimi grubunda %2,3 'ü okur/yazar değildi %2,3 'ü okuryazar, %41,9 'u ilköğretim, %16,3 'ü ortaokul, %20,9 lise, %16,3 'ü yükseköğretim mezunu olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise 2,4 'ü okur/yazar, %31,7 'si ilköğretim, %9,8 'i ortaokul, %36,6' sı lise, %19,5 'i yükseköğretim mezunu olarak bulunmuştur. Baba eğitim düzeyleri arasında gruplar arası anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

4.1.9. Babanın Çalışma Durumu

Tablo 10. Babanın Çalışma Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

Babanın Çalışma Durumu	İntihar Girişimi Olan (n: 43) n(%)	Kontrol (n:43) n(%)	Toplam Hasta(n:85) n(%)	P
Çalışıyor	39(90,7)	35(81,4)	74(86)	0.351**
Çalışmıyor	4(9,3)	8(18,6)	12(14)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

İntihar girişimi grubunun %90,7 'si (n=39), kontrol grubunun %81,4 'ü (n=35) babası çalışıyordu. İntihar girişimi grubunun %9,3 'ü (n=4) kontrol grubunun %18,6 'sı (n=8) babası çalışmıyordu.

Babanın çalışma durumu ile tabloda belirtilen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 10).

4.1.10. Babada Ruhsal Hastalık

Tablo 11. Babanın Psikiyatrik Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılım

Baba psikiyatrik hastalık	İntihar Girişimi Olan (n: 44) n(%)	Kontrol (n:41) n(%)	Toplam Hasta(n:58) n(%)	P
Yok	41(93,2)	38(92,7)	79(92,9)	0,351**
Depresyon	1(2,3)	1(2,4)	2(2,4)	
Anksiyete Bozukluğu	1(2,3)	2(4,9)	3(3,5)	
AMKB	1(2,3)	0(0,0)	1(1,2)	

AMKB=Alkol Madde Kullanım Bozuklukları, $p^*<0,05$ (anlamlı),
 $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

İntihar girişimi grubunun %6,8 'inde (n=3) ve kontrol grubunun %6,9'unda (n=4) babanın en az bir ruhsal hastalığı vardı. İntihar girişimi olanların babasında depresyon,alkol madde kullanım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olduğu belirtildi.

Babanın ruhsal hastalık durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 11).

4.1.11. Babada Fiziksel Hastalık

Tablo 12. Babanın Fiziksel Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

Babada Fiziksel Hastalık	İntihar Girişimi Olan (n: 44) n(%)	Kontrol (n:41) n(%)	Toplam Hasta (n:85) n(%)	P
Var	10(22,7)	7(17,1)	17(20)	0.593**
Yok	34(77,3)	34(82,9)	68(80)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

Çalışmada yer alan çocukların babalarının %80 'sinde (n=68) herhangi bir fiziksel hastalık olmadığı belirlendi.

Kontrol ve hasta grubundaki çocukların babalarının fiziksel hastalık varlığı dağılımları benzerdi. İki grup arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.($p>0,05$) (Tablo 12).

4.1.12. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü

Tablo 13. Gruplar Arası Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü

Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	İntihar Girişimi Olan (n: 45) n(%)	Kontrol (n:44) n(%)	Toplam Hasta (n:89) n(%)	P
Var	14(31,1)	6(13,6)	20(22,5)	0.048**
Yok	31(68,9)	38(86,4)	69(77,5)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

İntihar girişimi grubunun 31,1' inde($n=14$) ve kontrol grubunun %13,6'sında ($n=6$) ailesinde ruhsal hastalık öyküsü vardı. İntihar girişimi olanlarda, kontrol grubuna göre ailesinde ruhsal hastalık öyküsü istatistiksel anlamlı yüksek saptanmıştır.

Ailesinde ruhsal hastalık durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır($p=0,048$) (Tablo 13).

4.1.13. Tıbbi Hastalık Varlığının Gruplara Göre Dağılımı

Tablo 14. Tıbbi Hastalık Varlığının Gruplara Göre Dağılımı

Kronik Fiziksel Hastalık	İntihar Girişimi Olan (n: 46) n(%)	Kontrol (n:) n(%)	Toplam Hasta (n:58) n(%)	P
Yok	37(80,4)	51(82,3)	88(81,5)	0.386**
Var	9(19,6)	11(17,7)	20(18,5)	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

İntihar girişimi grubunun %9 'unda ($n=19,6$) ve kontrol grubunun %11 'inde ($n=17,7$)sinde kronik fiziksel hastalık saptanmıştır.

Kronik fiziksel hastalık ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo14).

4.1.14. Psikiyatrik Hastalık Varlığının Gruplara Göre Dağılımı

Tablo 15. Gruplar Arası Psikiyatrik Hastalık Eş Tanısının Karşılaştırılması

Ek Hastalık Varlığı	İntihar Girişimi Olan (n: 46) n(%)	Kontrol (n:44) n(%)	Toplam Hasta (n:90) n(%)
Yok	8(17,4)	31(70,5)	39(43,3)
MDB	30(65,2)	3(6,8)	33(36,7)
DB	3(6,5)	0(0,0)	3(3,3)
DEHB	1(2,2)	1(2,3)	2(2,2)
Anksiyete Bozukluğu	1(2,2)	5(11,6)	6(6,7)
AMKB	0(0,0)	1(2,3)	1(1,1)
Borderline Kişilik Özellikleri	2(4,3)	0(0,0)	2(2,2)
Uyum Bozukluğu	0(0,0)	3(6,8)	3(3,3)
Bipolar Bozukluk	1(2,2)	0(0,0)	1(1,1)

MDB=Majör Depresif Bozukluk, DB=Davranım Bozukluğu, DEHB=Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, AMKB=Alkol Madde Kullanım Bozukluğu, $p^* < 0,05$ (anlamlı), $p^{**} > 0,05$ (anlamsız)

İntihar girişimi grubunun %80,4' ünde (n=37) ve kontrol grubunun %29,5' inde(n=13) psikiyatrik hastalık saptanmıştır. İntihar girişimi olan grupta %65,2 oranında majör depresif bozukluk en sık görülen psikiyatrik hastalıktır.

Psikiyatrik eş tanı ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır($p < 0,001$) (Tablo15).

4.1.15. Anne ile Babanın Birlikte Yaşama Durumu

Tablo 16. Anne ile Babanın Birlikte Yaşama Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

Anne ile Babanın Birlikte Yaşama Durumu	İntihar Girişimi Olan (n: 46) n(%)	Kontrol (n:44) n(%)	Toplam Hasta (n:58) n(%)	p
Birlikte	28(60,9)	36(81,8)	64(71)	0.054**
Boşanma	10(21,7)	(13,6)	16(18)	
Parçalanma	8(17,4)	2 (4,5)	10(11)	

$p^* < 0,05$ (anlamlı), $p^{**} > 0,05$ (anlamsız)

Burada aile durumu olarak; anne babası ayrı olan, anne babası birlikte olan ve ebeveynlerden biri vefat etmiş olan diye üçe ayrılmıştır.

Aile durumu ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

İntihar girişimi grubunda %60,9' u ($n=28$) ve sağlıklı kontrol grubunun %81,8'inin ($n=36$) anne babası birlikte dir.

İntihar girişimi grubunun %21,7'sinde ($n=10$) ve kontrol grubunun %13,6'inde ($n=16$) anne babası ayrıdır ve bu iki grup oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p<0.05$).

Ebeveynlerden biri vefat nedeniyle kaybeden intihar grubunda %17,4 ($n=8$), kontrol grubunda %4,5 ($n=2$) olarak bulunmuştur.

Anne babası birlikte veya anne babası ayrı olması; intihar düşüncesi grubu ile sağlıklı kontrol grubun oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 16).

4.1.16. Akran İlişkisi

İntihar girişimi grubu ile akran ilişkisi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır $p<0.001$.

Bu ilişkinin hangi gruplardan kaynaklandığı incelendiğinde, intihar girişimi hayır olan grupta akran ilişkisi yüksek ile iyi-az sayıda grupları arasında ($p<0.001$) ve akran ilişkisi yüksek ile yetersiz grupları arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Aynı şekilde intihar girişimi evet olan grupta akran ilişkisi yüksek ile iyi-az sayıda grupları arasında ($p<0.001$) ve akran ilişkisi yüksek ile yetersiz grupları arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 17).

Tablo 17. Gruplar Arası Akran İlişkisinin Değerlendirilmesi

			Akran ilişkisi			Total	P
			Yüksek	İyi Az Sayıda	Yetersiz		
İntihar girişimi	Hayır	n	42	1	1	44	<0.001*
			%72,4	%9,1	%4,8	%48,9	
	Evet	n	16	10	20	46	
			%27,6	%90,9	%95,2	%51,1	
Total		n	58	11	21	90	
			%100	%100	%100	%100	

n:kişi sayısı , $p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

4.2. Gruplar Arası Ölçeklerin Karşılaştırılması

4.2.1. Gruplar Arası BECK Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular

Tablo 18. Gruplar Arası Beck Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi

BECK depresyon ölçeği	n	Min	Max	Mean±SD
İntihar Girişimi Olan	46	7,00	49,00	23,67±10,66
Kontrol Grubu	44	0,00	38,00	15,16±9,19

p* < 0,05 (anlamlı), p** > 0,05 (anlamsız)

İntihar girişimi olanlarda Beck depresyon ölçeğinin puan ortalaması 23,67±10,66 olarak gelmiştir. Kontrol grubunun ise Beck depresyon ölçeği puan ortalaması 15,16±9,19 olarak bulunmuştur. Gruplar arası BECK toplam puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p < 0.001) (Tablo 18).

4.2.2. Gruplar Arası Barrat Dürtüsellik Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular

Tablo 19. Gruplar Arası Dürtüsellik Ölçeğinin Değerlendirmesi

	İntihar girişimi	n	Mean±SD	P
Dikkatte dürtüsellik	Yok	38	17,58±3,19	0.410**
	Var	44	17,00±3,13	
Plan yapmama	Yok	38	25,63±4,52	0.064**
	Var	42	23,62±5,02	
Devinimsel dürtüsellik	Yok	38	20,82±4,29	0.095**
	Var	41	22,49±4,48	

p* < 0,05 (anlamlı), p** > 0,05 (anlamsız)

İntihar girişimi grupları arasında dikkatsel dürtüsellik, plansız dürtüsellik ve devinimsel dürtüsellik puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p > 0.05) (Tablo 19).

4.2.3. Gruplar Arası ROSENBERG Benlik Algısı Ölçeğinin Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular

Tablo 20. Grupların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek Düzeyinin Karşılaştırılması

	İntihar girişimi	n	Mean±SD	P
Rosenberg toplam	Yok	44	1,45±1,01	<0.001*
	Var	46	2,32±1,26	

p* < 0,05 (anlamlı), p** > 0,05 (anlamsız)

Çalışmaya katılan çocuklardan hasta grubunda yer alanların (2,32±1,26) rosenberg benlik saygı düzeyinin, kontrol grubunda yer alan çocukların (1,45±1,01) rosenberg benlik saygı düzeyine göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu saptandı (p < 0,05) (Tablo 20).

4.2.4. Gruplar Arası SCARED Ölçeğine Göre Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular

SCARED ölçeğinde her iki grupta alt ölçekleri olan panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve okul fobisi değerlendirilmiştir.

Tablo 21. Gruplar Arası SCARED Anksiyete Ölçeğinin Değerlendirmesi

	İntihar girişimi	n	Mean±SD	P
Panik bozukluk	Yok	44	8,32±6,90	0.001*
	Var	46	13,48±7,64	
Yaygın anksiyete bozukluk	Yok	44	8,07±5,03	0.044*
	Var	46	10,35±5,52	
Ayrılık anksiyete bozukluk	Yok	44	5,05±3,53	0.217**
	Var	46	6,00±3,75	
Sosyal fobi	Yok	44	5,05±3,33	0.024*
	Var	46	6,78±3,79	
Okul fobisi	Yok	44	2,27±1,93	0.007*
	Var	46	3,43±2,03	

p* < 0,05 (anlamlı), p** > 0,05 (anlamsız)

İntihar girişimi grupları arasında panik bozukluk puan ortalamaları olarak istatistiksel anlamlı bir fark vardır (p=0.001).

İntihar girişimi grupları arasında yaygın anksiyete bozukluk puan ortalamaları olarak istatistiksel anlamlı bir fark vardır ($p=0.044$). İntihar girişimi grupları arasında sosyal fobi ve okul fobi puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark vardır. P değerleri sırasıyla 0.024 ve 0.007 olarak bulunmuştur.

İntihar girişimi grupları arasında ayrılık anksiyete bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ($p=0.217$) (Tablo 21).

4.2.5. Gruplar Arası Yaşam Kalitesi Ölçeğine Göre Karşılaştırılması ile İlişkin Bulgular

Tablo 22. Gruplar Arası Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirmesi

	İntihar girişimi	n	Mean±SD	P
YK Sağlık Toplam	yok	44	572,73±169,11	0.151**
	var	46	518,48±185,55	
YK Duygu Toplam	yok	44	292,05±136,37	0.011*
	var	46	221,20±123,37	
YK Başkaları Toplam	yok	44	414,20±99,33	0.001*
	var	46	325,00±141,72	
YK Okul Toplam	yok	44	303,98±95,84	0.008*
	var	46	241,3±119,51	

$p^*<0,05$ (anlamlı), $p^{**}>0,05$ (anlamsız)

Kontrol grubunda yaşam kalitesi bedensel iyilik alt ölçek puanı 572,73±169,11, intihar girişimi olan grubunda bedensel iyilik alt ölçek puanı 518,48±185,55 'dir.

Gruplar arasında yaşam kalitesi bedensel iyilik alt ölçek puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.151$).

Kontrol grubunda yaşam kalitesi duygusal iyilik alt ölçek puanı 292,05±136,37, intihar girişimi grubunda duygusal iyilik alt ölçek puanı 221,20±123,37'dir.Gruplar arası duygusal iyilik alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0.011$).

Kontrol grubunda yaşam kalitesi başkalarıyla ilişki kurma alt ölçek puanı 414,20±99,33, intihar girişimi grubunda başkalarıyla ilişki kurma alt ölçek puanı 325,00±141,72'dir.

Gruplar arası yaşam kalitesi başkalarıyla ilişki kurma alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0.001$).

Kontrol grubunda yaşam kalitesi okul alt ölçek puanı 303,98±95,84, intihar girişimi grubunda okul alt ölçek puan 241,3±119,51'dir. Buna göre okul alt ölçek puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008)(Tablo 22).

4.3. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular

4.3.1. Gruplar arası yaşam kalitesi ile aile durumu ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 23. Gruplar Arasında Aile Durumu İlişkisinin Değerlendirilmesi

	Aile Durumu	n	Mean ±Sd	p
YK Sağlık Toplam	Anne baba birlikte	64	570,31±165,52	0.074**
	Boşanmış	16	506,25±185,4	
	Parçalanma	10	445±220,73	
	Total	90	545±178,8	
YK Duygu Toplam	Anne baba birlikte	64	270,7±130,67	0.208**
	Boşanmış	16	232,81±147,96	
	Parçalanma	10	197,5±123,29	
	Total	90	255,83±133,98	
YK Başları Toplam	Anne baba birlikte	64	378,52±122,46	0.083**
	Boşanmış	16	382,81±128,69	
	Parçalanma	10	282,5±159,88	
	Total	90	368,61±130,12	
YK Okul Toplam	Anne baba birlikte	64	292,97±106,67	0.019*
	Boşanmış	16	217,19±105,17	
	Parçalanma	10	225±126,93	
	Total	90	271,94±112,48	

YK=Yaşam Kalitesi, p* < 0,05, (anlamlı), p** > 0,05 (anlamsız)

Aile durumu grupları arasında yaşam kalitesi okul alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p=0.019). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı incelendiğinde aile durumun anne baba birlikte olanlar ile boşanmış olanlar arasında yaşam kalitesi okul alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p=0.038) .

Aile durumu ile yaşam kalitesi alt ölçekleri olan; sağlık, duygu, başkaları ile geçinme arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 23).

4.3.2. İntihar Girişimi Grupları Arasında Ailede Ruhsal Hastalık Soygeçmişinin Değerlendirilmesi

Tablo 24. İntihar Girişimi Grupları Arasında Ailede Ruhsal Hastalık Soygeçmişinin Değerlendirilmesi

			İntihar girişimi		Total	p
			Yok	Var		
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Yok	n	37	29	66	0.034*
		%	%84,1	%64,4	%74,2	
	Var	n	7	16	23	
		%	%15,9	%35,6	%25,8	
Total		n	44	45	89	
		%	%100	%100	%100	

p* < 0,05 (anlamalı), p** > 0,05 (anlamsız)

İntihar girişimi olanların %35,6 sının ailesinde, kontrol grubunun %15,9 unun ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur. Gruplar arası ruhsal hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.034) (Tablo 24).

4.3.3. Aile Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması

Tablo 25. Aile Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması

	Aile durumu	n	Mean±sd	p
BECK Toplam	Anne baba birlikte	64	18,83±11,47	0.236**
	Boşanmış	16	18,81±8,02	
	Parçalanma	10	25±9,32	
	Total	90	19,51±10,8	

p* < 0,05 (anlamalı), p** > 0,05 (anlamsız)

Aile durumu depresyon ölçek puanları karşılaştırıldığında parçalanmış ailelerde BECK depresyon puanının 25±9,32 olduğu görülmektedir. Aile durumu ile BECK depresyon ölçeği değerlendirildiğinde BECK depresyon puan ortalaması ile istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p > 0,05).

4.4. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular

Tablo 26,27 ve 28 'de araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyon bulguları özetlendi.

Tablo 26. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular -1

		YK Sağlık Toplam	YK Duygu Toplam	YK Başkaları Toplam	YK Okul Toplam	BECK Toplam	Rosenberg toplam
YK Sağlık Toplam	r	1,000	0,683	0,552	0,575	-0,513	-0,243
	p		<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	0,021*
YK Duygu Toplam	r	0,683	1,000	0,415	0,593	-0,723	-0,494
	p	<0.001*		<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
YK Başkaları Toplam	r	0,552	0,415	1,000	0,504	-0,328	-0,296
	p	<0.001*	<0.001*		<0.001*	0,002*	0,005*
YK Okul Toplam	r	0,575	0,593	0,504	1,000	-0,362	-0,112
	p	<0.001*	<0.001*	<0.001*		<0.001*	0,292**
BECK Toplam	r	-0,513	-0,723	-0,328	-0,362	1,000	0,729
	p	<0.001*	<0.001*	0,002*	<0.001*		<0.001*

r=korelasyon katsayısı, YK= Yaşam Kalitesi, p*<0,05(anlamlı), p**>0,05(anlamsız)

Çalışmada kullanılan Beck depresyon ölçeği puanı ile; Rosenberg Benlik algısı (r=0,729) ile pozitif yönlü yüksek derecede, YK duygu alt ölçek puanı (r=-0,732) negatif yönlü yüksek derecede, YK sağlık toplam puanı (r=-0,513) arasında negatif yönlü orta derecede kuvvetli bir ilişki olduğu gözlenmiştir.

Rosenberg benlik algısı ölçeği ile YK duygusal alt ölçek puanı ile (r=0,494) negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür.

Yaşam kalitesi okul alt ölçeği ile YK sağlık toplam (r=0,575), YK duygu toplam (r=0,593), YK başkaları toplam (r=0,504) orta dereceli kuvvetli bir ilişki mevcuttur.

Tablo 27. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular -2

		Yaygın anksiyete bozukluk	Ayrılık anksiyete bozukluk	Panik bozukluk	Sosyal fobi	Okul fobisi
YK Sağlık Toplam	r	-0,353	-0,498	-0,522	-0,403	-0,512
	p	0,001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
YK Duygu Toplam	r	-0,643	-0,562	-0,733	-0,393	-0,537
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
YK Başkaları Toplam	r	-0,295	-0,497	-0,426	-0,546	-0,419
	p	0,005	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
YK Okul Toplam	r	-0,266	-0,358	-0,499	-0,170	-0,531
	p	0,011	0,001	<0.001	0,110	<0,001
BECK Toplam	r	0,556	0,424	0,684	0,440	0,477
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Rosenberg toplam	r	0,521	0,338	0,580	0,399	0,337
	p	<0.001	0,001	<0.001	<0.001	0,001

r:korelasyon katsayısı, YK= Yaşam Kalitesi, $p^* < 0,05$ (anlamlı),
 $p^{**} > 0,05$ (anlamsız)

SCARED ölçeğinin alt ölçekleri ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri olan,sağlık ,duygu,başkaları arasında değişen derecelerde negatif yönlü ilişki gözkenmiştir($p < 0,05$).

BECK depresyon ölçeği toplam puanı ile SCARED ölçeğinin alt ölçekler olan yaygın anksiyete puanı ($r=0,556$), panik bozukluk($r=0,684$) orta derecede kuvvetli; ayrılık anksiyete($r=0,424$), sosyal fobi ($r=0,440$), okul fobisi($r=0,477$) arasında zayıf derecede kuvvetli ilişki gözlenmiştir.

Rosenberg ölçeği ile SCARED ölçeğinin alt ölçeklerinden yaygın anksiyete bozukluğu puanı ($r=0,521$) ile panik bozukluk puanı ($r=0,580$) arasında orta derecede kuvvetli, sosyal fobi puanı ile ($r=0,399$) düşük derecede kuvvetli bir ilişki mevcuttur.

Rosenberg ölçeği ile SCARED ölçeğinin ayrılık anksiyete alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($p > 0,05$).

		Dikkatsel dürtüsellik	Plansız dürtüsellik	Devinimsel dürtüsellik
YK Sağlık Toplam	r	-0,234	0,030	-0,195
	p	0,034*	0,793**	0,085**
YK Duygu Toplam	r	-0,313	-0,016	-0,267
	p	0,004*	0,891**	0,017*
YK Başkaları Toplam	r	-0,025	0,095	-0,072
	p	0,821**	0,403**	0,527**
YK Okul Toplam	r	-0,071	-0,049	-0,216

Tablo 28. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular-3

	p	0,529**	0,665**	0,056**
BECK Toplam	r	0,264	-0,208	0,319
	p	0,017*	0,065**	0,004*
Rosenberg Toplam	r	0,142	-0,185	0,255
	p	0,203**	0,101**	0,023*
Yaygın anksiyete bozukluk	r	0,333	0,163	0,334
	p	0,002*	0,148**	0,003*
Ayrılık anksiyete bozukluk	r	0,206	0,063	0,130
	p	0,063**	0,581**	0,254**
Panik bozukluk	r	0,208	0,025	0,310
	p	0,060**	0,827**	0,005*

r=korelasyon katsayısı, p* $<$ 0,05(anamlı), p** $>$ 0,05(anlamsız)

Dikkatsel dürtüsellik ile yaşam kalitesi sağlık($r=0.234$), duygu ($r=0.313$) zayıf derecede negatif yönlü bir ilişki vardır($p<0,05$).

Beck depresyon ölçeği ile dikkatsel dürtüsellik($r=0,216$) ve devinimsel dürtüsellik($r=0,319$) pozitif yönlü zayıf bir ilişki mevcuttur($p<0,05$).

Plansız dürtüsellik ile ölçekler arasında ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; intihar girişimi olan 10-18 yaş aralığındaki çocuklarda sosyodemografik ve klinik özellikleri, dürtüsellik, benlik algısı, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendiren klinik bir araştırmadır. İntihar girişimi olan çocukların anne ve babalarının geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, yaşam şekilleri, çalışma durumları ile aile durumu arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Çalışmamızda sosyodemografik verilerden yaş ve cinsiyet parametrelerine bakıldığında, intihar girişimi grubunun yaş ortalaması $15,54 \pm 1,29$ ve kontrol grubunun yaş ortalaması $14,84 \pm 1,72$ bulunmuştur. Çalışmamıza baktığımızda, 10-18 yaş aralığındaki ergenlerde, intihar gruplarında medyan yaş 15,20 olarak bulundu. Bu yaş ortalaması orta ergenlik ile geç ergenlik dönemine denk gelmektedir.

Türkiye’de tüm intihar girişimlerinin %30-35’i 14-15 yaş arasında olduğu görülmektedir.⁴¹

Le Heuzey ve arkadaşlarının(1995) intiharla ilgili çalışmasında vakaların % 81’i 13 yaş ve üzerinde bulunmuştur.¹⁵¹

Osana ve ark.(2000) yaptıkları bir çalışmada intihar girişimi olanların %73’ü 14-17 yaş aralığındadır.^{151,103}

Çalışmamızda intihar girişimi nedeni ile değerlendirilen 46 vakanın 37’si kız (%80,4), 9’u erkektir (%19,6). Literatürde intihar girişiminde bulunan kızların oranı %70, %78, %83, %87, %96 olarak bildirilmektedir.^{151,152, 103,153}

Çalışmamızda kız /erkek oranı 4/1 olarak bulunmuştur.

Türkiye’de değişik çalışmalarda kız/erkek oranları 4/1 ve 3/1 olarak bildirilmiştir. Kızların erkeklere oranla daha az ölümcül yöntemlere başvurduğu, erkeklere oranla daha gizli yardım arama yöntemlerini tercih ettiğini ve puberte sonrası kızlarda duygulanım bozukluklarının daha yaygın olduğu gibi sebepler bu farkı açıklamak için ortaya atılmıştır.¹⁵⁴

Kardeş sayısı açısından bakıldığında hem hasta hem kontrol grubundaki katılımcıların %65,5’inde 1 ya da 2 kardeş bulunmaktaydı. Hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Çuhadaroğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin ailelerinde ocuk sayısı fazlalığının ek bir etmen olabileceği belirtilmiştir.¹⁵⁵

Çalışmamızda anne veya babanın herhangi bir içte çalışıp çalışmaması ile intihar girişimi arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Hasta grubundaki çocukların annelerinin %78'i alışmıyor iken; kontrol grubunda bu oran %70,5 olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyi ile intihar girişimi arasında da anlamlı ilişki görülmemiştir.

Çalışmamızda olguların 28'inin (%60,8) anne-baba birlikte yaşamaktaydı. Olguların 10'u (%21,7) ise parçalanmış aile yapısına sahipken, 8'inde (%17,4) anne ya da babasından birisinin öldüğü saptanmıştır. Kontrol grubunda 36'sının (%81,8) anne babası birlikte,6'sının(%13,6) anne babası boşanmıştır.

Bu oranlar göz önüne alındığında çalışmamızda parçalanmış ailede yaşama ve ebeveynlerden uzun süre ayrılık yaşamanın intihar girişimi açısından risk faktörü olmadığını düşündürtmektedir. Çalışmamızda boşanmış ailelerden gelen intihar girişimi olan çocuklarda yaşam kalitesi okul alt ölçek puanları istatistiksel anlamlı düşük bulunmuştur.

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, her iki ebeveyn den ayrı yaşamak, ebeveyn ayrılığı, üvey bir ebeveynle yaşamak gibi parçalanmış aile yapısının ergenlerde intihar düşünce ve girişimleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁵⁶

Birçok çalışmada ebeveyn kaybından çok aile ortamı üzerinde durulmuştur. Aile işlev bozukluğu kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olabilir.⁴⁴Ailenin sosyal ve duygusal destek sağlayamaması depresyon-davranım bozukluğu, madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu ortaya atılmıştır.¹⁵⁷

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %9,3' ünün, kontrol grubunda %18,6 oranında işsiz babanın olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunanların annelerin %78'inin, kontrol grubunda ise %70,5 'unun annesinin işsiz olduğu saptanmıştır.

Anne baba çalışma durumu ile intihar girişimi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kienhorst ve arkadaşlarının(1990) yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan 9393 ergenin babalarının büyük çoğunluğunun işsiz olduğu belirtilmiştir. ¹⁵⁸

Ergen kişinin hayatında çok önemli bir yere sahip olan arkadaş ilişkilerindeki aksaklıkların da bu dönemde tetikleyici olabileceği bildirilmiştir. ⁵⁴

Çalışmamızda intihar girişimi olanların %95,2 'sinin, kontrol grubunda %4,8 'inin arkadaş ilişkisinin kötü olduğu öğrenilmiştir. İntihar girişimi grubu ile akran ilişkisi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). İntihar girişimi olan grupta iyi-yüksek arkadaş ilişkisi ile intihar girişimi olmayan grupta anlamlı bir fark mevcuttur.

Arkadaş ilişkileri ana babayla ilişkilere göre ikinci sırada önemlidir. Arkadaş ile ilişki güçlükleri sevginin yitilmesi olarak algılanmakta çocuk red edilme duyguları yaşamakta ve bütün ilişki yollarının kapandığı düşünerek intihar edebilmektedir. ¹⁵⁹

Yapılan bir çalışmada yetkili kişilerle sorunlar, akademik zorluklar ve ilişki sorunları (örneğin, bir kız arkadaşı veya erkek arkadaşından ayrılmak) gibi yaşam stresörleri ergenlerde tamamlanmış ve intihar girişiminde bulunmaya yönelik önemli risk faktörüdür. ^{160,6 ,161}

Çalışmamızda intihar girişimi olan grubun annelerinin %22'sinde, kontrol grubunun annelerinin %6,8'inde en az bir ruhsal hastalığı vardır. İntihar girişimi olan grubun annelerinin %17,1 'inde majör depresif bozukluk, %2,4 'ünde anksiyete bozukluğu, %2,4 'ünde şizofreni olduğu belirtilmiştir. İntihar girişimi olanlarda sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,034$).

İntihar girişimi olan grubun babalarının %6,8 'inde, kontrol grubunun %7,3'ünde psikiyatrik hastalık bulunmuştur. Babadaki ruhsal hastalık durumu istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0,05$).

Yapılan başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların annelerinde duygudurum bozuklukları yüksek olarak bulunmuştur. ⁶

Literatürle uyumlu olarak ebeveyn psikopatolojisinin ergen intiharıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. ¹⁶²

Yaptığımız çalışmada intihar girişimi olan ergenlerin aile öyküsünde ruhsal hastalık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$).

Toros ve arkadaşlarının(2003) yaptıkları çalışmada intihar girişimi açısından akrabalarda ruhsal sorunların olmasının en önemli risk faktörlerinden biri olduğu belirtilmiştir. ¹⁶³

Yaptığımız çalışmada intihar girişimi olan ergenlerin %82,4 'ünde ek bir psikopatoloji saptanmıştır. Bunlardan %65,2 'sini majör depresif bozukluk, %6,5'ini davranım bozukluğu, %2,2'sini dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, %2,2' sini ankiyete bozukluğu, %4,3'ünü alkol madde kullanım bozukluğu %2,2 'sini bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak intihar girişimi olanlarda en sık duygudurum bozuklukları görülmüştür.

Duygudurum bozukluğu (major depresif bozukluk ve/veya distimi) tanısı olan ergenler olmayanlara göre 17 kat daha yüksek oranda intihara eğilimli olduğu gösterilmiştir. Major depresif bozukluk tanısıyla izlenen ergen ve çocuklar %70 oranında intihar düşüncesinden veya girişiminden bahsetmişlerdir. ¹⁶⁴

Gould ve meslektaşları(1998), 9 ila 17 yaşları arasında rastgele seçilmiş 1.285 çocuk ve ergen arasında intihar düşüncesi, intihar girişimi ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi araştırdılar. Duygudurum, kaygı ve madde bağımlılığı bozuklukları, intihar girişimi riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur. Hem intihar tamamlayıcıların hem de girişimcilerin girişimci olmayanlardan daha fazla psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları belirtilmiştir. ¹⁶⁵

E. Akin ve ark(2012) yaptıkları 36 ergenin dahil edildiği bir araştırmada %22.2'si dürtüsel tarzda intihar girişiminde bulunmuşken; %77.8'inde ise psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. ¹⁶⁶

Çalışmamızda Çocuklar için Depresyon Ölçeği kullanılarak intihar girişimi olan çocukların depresif semptomları değerlendirilmiştir. Ölçek puanları kıyaslandığında hasta grubunda ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

Beck ve arkadaşları(1975) yaptıkları çalışmalarda hem depresyonun hem de umutsuzluğun intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu, umutsuzluk kontrol edildiğinde ise depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğunu ama tersinin geçerli olmadığını saptamışlardır. ⁸⁰

Z.Yalaki ve ark.(2012) yaptıkları çalışmada tüm yaş gruplarının %50'den fazlasının depresyon ölçeğinden yüksek puan aldığı görülmüştür. ¹⁶⁷

Ancak Spinto, Antnony ve arkadaşları(1990) intihara girişimi olan 40 ergenle, girişimi olmayan 41 ergen karşılaştırmıştır. Sonuçlar incelendiğinde Matson'un "Sosyal Becerilerin Değerlendirilmesi Ölçeği " ve "Çocuk Depresyon Ölçeği "nin sonuçlarında bir fark görülmemiştir.¹⁶⁸

Çalışmamızda dürtüsellik ölçmek için Barrat Dürtüsellik Ölçeğini kullanıp hep toplam puanına hem de alt ölçek puanlarına baktık. Barrat Dürtüsellik ölçeğinde alınan puanların yüksekliği bireydeki dürtüsellik düzeyinin yüksekliğini ortaya koyarken alt ölçeklere bakılması dürtüsellik bireylerin yaşamlarını daha çok hangi alanda etkilediğini anlamaya yöneliktir.

Dikkatsel dürtüsellik puanları yüksek olan bireyler dikkat ve konsantrasyon ile ilgili problemler yaşarlar. Bu bireyler bir konu üzerine düşünmeye çalıştıklarında eklenen diğer düşüncelerden dolayı asıl üzerinde durması gereken konu dışında başka şeyler düşünmek zorundan kalırlar. Bu bireylerin dikkatleri çabuk dağılır ve bilişsel karışıklığa tahammül edemezler.

Devinimsel(motor) dürtüsellik puanları yüksek olan kişiler karşılaştıkları problemler karşısında hızlı tepkiler. Hayatlarında genellikle aceleci ve huzursuzdurlar beklentilerinin hemen olmasını isterler.

Çalışmamızda gruplar arasında intihar girişimi olanlarda devinimsel dürtüsellik puanları yüksek bulunurken iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ergenlik dönemindeki birçok intihar girişimi dürtüsel özellik gösterebilir.⁵⁴

Witte ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada ise ergenler, intihar planlayan ancak girişimde bulunmayan, intihar planı olmayan ancak girişimde bulunan, intihar planlayan ve girişimde bulunan olarak 3 gruba ayrılmış ve plansız girişimde bulunan grup diğer iki gruptan da daha az dürtüsel olarak bulunmuştur.¹⁶⁹

Yapılan bir çalışmada dürtüsellik ölçeğinden alınan puanlar açısından karşılaştırıldığında, dürtüsellik toplam ve alt puanlarının intihar girişiminde bulunan grupta kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁶⁶

Yine intihar girişimi olanlarla(n=30) olmayanların(n=24) karşılaştırıldığı bir çalışmada intihar girişimi öyküsü olanların daha yüksek dürtüsellik sahibi oldukları gösterilmiştir. Ancak bu bulgu kısa belirti ölçeği (Brief Symptom Rating Scale) sonuçlarına göre bulunmuşken Barrat Dürtüsellik Ölçeği toplam skorlarına bakıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.¹⁷⁰

Literatürde girişimin dürtüselliği ile yapısal dürtüselliğin ilişkili olmadığını gösteren çalışmalarda vardır. İntihar girişiminde bulunan 242 kişi ile yapılan bir çalışmada yapısal dürtüselliğin girişimin dürtüselliğinin iyi bir yordayıcısı olamayacağı öne sürülmüştür.¹⁷¹

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır.

Hasta grubunda benlik saygısının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gösterilmiştir.

Benzer biçimde, bireyin benlik saygısının düşük olması, kişilerin hassasiyetlerinin gelişmesine neden olup intihar davranışlarının ortaya çıkışına katkı sağlamaktadır.¹⁷²

Yapılan bir çalışmada benlik saygısı daha düşük olan ergenlerde intihar davranışı şiddetinin daha yüksek olduğunu gösterilmiştir.¹¹⁰ Çocukluk dönemindeki düşük benlik saygısının ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki intihar düşünceleri üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada çocukluk çağındaki düşük benlik saygısının ergenlik dönemindeki intihar düşüncelerinin gelişimini etkilediği gösterilmiştir.¹⁷³

Bir diğer çalışmada yüksek benlik saygısının ergenlerde intihar düşüncesine karşı koruyucu faktörlerden biri olarak tespit edilmiştir.¹⁷⁴

Yaptığımız çalışmada SCARED ölçeği ile anksiyete ve anksiyetenin alt ölçek puanlarına göre karşılaştırma yapılmıştır. İntihar girişimi olanlarda yağın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve okul fobi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). İntihar girişimi grupları arasında ayrılık anksiyete bozukluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sosyal fobinin, epidemiyolojik çalışmalarda, artmış intihar düşüncesiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Gerek birincil sağlık hizmetlerinde gerekse de toplum çalışmalarında, komplike olmamış sosyal fobinin intihar girişimi ile bağlantısı gösterilmemiştir. Yapılan toplum çalışmalarında eş tanımlı sosyal fobinin intihar riskini arttırdığı bilinmektedir. İntihar düşüncesi sosyal fobiyle ilişkili olsa da intihar girişimleri depresyon eş tanısının varlığıyla bağlantılıdır.

Bazı çalışmalarda anksiyete ve intihar arasında anlamlı bir ilişki gösterme bulgularını desteklemektedir.¹⁷⁵

Anksiyete ve eşik altı anksiyete semptomları, 11 ülkeden 12.395 ergen ile yapılan bir çalışmada intihar riskindeki artışla ilişkili bulunmuştur .¹⁷⁶

Çalışmamızda intihar girişimi olan grupta kontrol grubuna göre yaşam kalitesi toplam puan ve alt ölçekleri olan; fiziksel iyilik, okul yaşamı, duygulanım, başkalarıyla ilişki kurma puanları düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Yapılan bir çalışmada benlik saygısı daha düşük olan ergenlerde intihar davranışı şiddetinin daha yüksek olduğunu gösterilmiştir. ¹¹⁰



6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda 10-18 yaşları arasından intihar girişiminde bulunun ergenlerin klinik ve psikososyal özellikleri, intihar girişimlerinin değerlendirilmiştir. Sonuçlar benzer yaş grubundaki kontrollerle karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda ayrıca birkaç sosyodemografik faktörün de intihar girişimi ile bağlantısı olup olmadığını araştırdık. Bu faktörler annenin veya babanın çalışıp çalışmaması, anne babanın birliktelik durumu, anne veya babada fiziksel hastalık varlığı, kardeş sayısı idi. Bu faktörlerden herhangi birisi için hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulamadık.

Cinsiyet farklılığı açısından baktığımızda çalışmamızda kız/erkek oranını yaklaşık 4/1 olarak bulduk. Yaş ortalaması olarak hasta grubumuzda yaş ortalaması 15.2 idi.

İntihar girişiminde bulunanların aile geçmiş öyküsünde psikiyatrik tanı ve annesinde psikiyatrik hastalık kontrol grubuna oranla daha sık olduğu tespit edilmiştir. Özellikle intihar girişimi olanların annesinde duygudurum bozuklukları literatürle uyumlu olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ergenlerin %82,6' sında eş psikiyatrik hastalık olduğunu saptadık. En sık saptanan psikiyatrik hastalık %65,2 oranında majör depresif bozukluk olduğunu belirledik.

İntihar girişimi olanlarda kontrol grubuna göre benlik saygısı, dürtüsellik, anksiyete, yaşam kalitesini de değerlendirdik.

Sonuç olarak intihar girişiminde bulunanların benlik saygısının daha düşük ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının düşük olduğunu gözlemledik.İntiharın bir yordayıcısı olan dürtüsellikte ise hem dikkatsel dürtüsellik hem de plansız dürtüsellik puanları düşük bulunmuş ancak dürtüsellik puanları kontrol grubu ile anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Halk sağlığı sorunu olan ve ergenlik döneminde artış gösteren intiharın bu dönemde etkileyen faktörlerden birkaçını çalışmamızda değerlendirmeyi hedefledik. Bu alanda yapılması gereken birçok çalışmaya daha ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, et al. Why People Engage in Parasuicide: A Cross-Cultural Study of Intentions. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2002;32(4):380–393.
2. ALTAN T, ŞAHİN BALTAÇI H. Lise Öğrencilerinde Benlik Saygısının Yordayıcısı Olarak Depresyon, Bağlanma ve Şiddet Eğilimi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2016;1(40).
3. Gredler GR, Sandoval, J. (Ed.) (2002). Handbook of crisis counseling, intervention and prevention in the schools. 2nd ed. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. 444 pp. *Psychol Sch.* 2003;40(4):439–441.
4. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(6):612–619.
5. Levinson DF, Mowry BJ, Sharpe L, Endicott J. Penetrance of schizophrenia-related disorders in multiplex families after correction for ascertainment. *Genet Epidemiol.* 1996;13(1):11–21.
6. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(12):1155–1162.
7. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(9):1174–1182.
8. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(4):339–348.
9. Sanchez LE, Le LT. Suicide in mood disorders. *Depress Anxiety.* 2001;14(3):177–182.
10. Parellada M, Saiz P, Moreno D, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res.* 2008;157(1–3):131–137.
11. Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clin Psychol Rev.* 2011.

12. M. Eskin İçinde: *Eskin M.İntihar:Açıklama ,Değerlendirme ,Tedavi ve Önleme .Ankara :HYB Yayıncılık. ; 2012.*
13. Ziyalar A. İçinde: *Sosyal Psikiyatri. ; 1980:263–276.*
14. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı.*; 1986.
15. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5).*; 2013.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Suicide, Violence, and Other Psychiatric Emergencies. In: Kaplan&Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 5th Editio. Philedelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2010:332-348. 17. Eskin M. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara: HYB Yayıncılık, 2012.
18. Odağ C. İçinde: *İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği. ; 1995.*
19. Durkheim E. *İntihar Çev Ö Ozankaya.* 2013.
20. Odağ, C., (2008) İNTİHAR. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti Yayınları No:1, İzmir
21. Herpertz S. Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91(1):57–68.
22. Eskin M. İçinde: *İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama. ; 2003:3–28.*
23. De Leo D. Struggling against suicide: the need for an integrative approach. *Crisis.* 2002;23(1):23–31.
24. Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol.* 2001;30(1):154–162.
25. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2006;47(3–4):372–394.
26. World Health Organization (2017). Surveillance of suicide and suicide attempts.
27. O'Carroll PW, Potter LB, Mercy JA. Programs for the prevention of suicide

- among adolescents and young adults. *MMWR Recomm Rep*. 1994;43(RR-6):1–7.
28. Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. *3 Biyolojik Psikiyatr Kongresi*. 2001:18–20.
29. Moens GFG, Haenen W, Van de Voorde H. Epidemiological aspects of suicide among the young in selected European countries. *J Epidemiol Community Health*. 1988;42(3):279–285.
30. Crepeau-Hobson MF, Leech NL. The impact of exposure to peer suicidal self-directed violence on youth suicidal behavior: A critical review of the literature. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2014;44(1):58–77.
31. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. *Nobel Tıp Kitabevleri*. 2015.
32. Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 2003;J Psychiat(48):324–329.
33. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması , 2016. *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*. 2017.
34. Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P. Mental Pain and Its Relationship to Suicidality and Life Meaning. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2003;33(3):231–241.
35. Goldstein TR BD. *Youth Suicide Dulcan's Textb Child Adolesc psychiatry Am Psychiatr Pub*. 2015.
36. Oliver J. İçinde: *Journal of Chemical Information and Modeling*. C 53. ; 2013:1689–1699.
37. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009.
38. Özgüven-Devrimci, H. ve Sayil I. *Can J Psychiatry*. 2003;48(Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behavior.):324–329.
39. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *MMWR Surveill Summ Morb Mortal Wkly report Surveill*

Summ / CDC. 2004;53(2):1–96.

40. Husain SA. Current Perspective on the Role of Psychosocial Factors in Adolescent Suicide. *Psychiatr Ann. 1990;20(3):122–127.*

41. Atay İM KE. Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2003;10(3):128-136.*

42. Sanders JM, Beach RK, Brookman RR, et al. Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults. *Pediatrics. 1988;81(2):322–324.*

43. Bettles BA, Walker E. Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol. 1986;14(4):591–604.*

44. Bayam G, Dilbaz N HH ve ark. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 1995;2–2(Genel Bir Hastanede Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri):5763.

45. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry. 2000;34(3):420–436.*

46. SUVARLI MK. Çocuklarda Ve Adolesans Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler Ve Çözüm Önerileri. *Kriz Derg. 1995;3(Çocuklarda ve adolesans çağında intihar: araştırmalar, önlemler ve çözümler):89–101.*

47. Turgay A. An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am. 1989;12(4):971–985.*

48. Yoder KA, Hoyt DR, Whitbeck LB. Suicidal behavior among homeless and runaway adolescents. *J Youth Adolesc. 1998;27(6):753–771.*

49. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry. 1995;152(7):1075–1076.*

50. S. CAN S. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Derg. 2004:53–62.*

51. Pisani AR, Wyman PA, Petrova Met al. Emotion Regulation Difficulties, Youth-Adult Relationships, and Suicide Attempts Among High School Students in Underserved Communities. *J Youth Adolesc. 2013;42(6):807–820.*

52. Miller AL, Glinski J. Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. *J Clin Psychol. 2000;56(9):1131–1152.*

53. Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber Bullying and Physical Bullying in

Adolescent Suicide: The Role of Violent Behavior and Substance Use. *J Youth Adolesc.* 2013;42(5):675–684.

54. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alimiyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klin Psikofarmakol Bul.* 2000;10(3):133–138.

55. Taliaferro LA, Rienzo BA, Miller MD, Pigg RM, Dodd VJ. High school youth and suicide risk: Exploring protection afforded through physical activity and sport participation. *J Sch Health.* 2008;78(10):545–553.

56. Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2001;21(4):193–198.

57. Dickman SJ. Functional and Dysfunctional Impulsivity: Personality and Cognitive Correlates. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(1):95–102.

58. Kalenscher T, Ohmann T, Güntürkün O. The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. *Int J Psychophysiol.* 2006;62(2):203–211.

59. Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(7 SUPPL.):24S-51S.

60. Horesh N, Gothelf D, Ofek H, Weizman T, Apter A. Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis.* 1999;20(1):8–14.

61. Kingsbury S, Hawton K, Steinhardt K, James A. Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(9):1125–1131.

62. Michaelis BH, Goldberg JF, Davis GP, Singer TM, Garno JL, Wenzel SJ. Dimensions of Impulsivity and Aggression Associated with Suicide Attempts Among Bipolar Patients: A Preliminary Study. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2004;34(2):172–176.

63. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.*

2017;26(4):387–402.

64. Jang JM, Park J II, Oh KY, et al. Predictors of suicidal ideation in a community sample: Roles of anger, self-esteem, and depression. *Psychiatry Res.* 2014;216(1):74–81.

65. Patterson CJ, Farr RH, Hastings PD. Socialization in the context of family diversity. *Handb Social Theory Res 2nd ed.* 2015:202–227.

66. Deffenbacher JL, Lynch RS, Oetting ER, Kemper CC. Anger Reduction in Early Adolescents. *J Couns Psychol.* 1996;43(2):149–157.

67. Dahlen ER, Martin RC. The experience, expression, and control of anger in perceived social support. *Pers Individ Dif.* 2005;39(2):391–401. d

68. Spielberger CD, Jacobs GA, Russell S, Crane RJ. Assessment of anger: The state-trait anger scale. İçinde: *Advances in personality assessment. C 2.* ; 1983:112–134.

69. Lee J, Choi H, Kim MJ, Park CG, Shin DS. Anger as a predictor of suicidal ideation in middle-school students in Korea: Gender difference in threshold point. *Adolescence.* 2009;44(174):433–446.

70. Palabıykoğlu R. No Title. *Türk Psikol Bülteni.* 1995;(3):15–20.

71. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res.* 2003;120(3):247–255.

72. Eskin M, Voracek M, Stieger S, Altinyazar V. A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(9):813–823.

73. Erbil N ve ark. Ergenlerin Benlik Saygısına Ailelerinin Tutum ve Davranışlarının Etkisi. *Sos Polit Çalışmaları Derg.* 2006;10(10):7–16.

74. Quatman, T. ve Watson C. *J Genet Psychol.* 2001;162(1):93–117.

75. Parker G, Roy K. Adolescent depression: A review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(5):572–580.

76. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev.* 1990;97(1):90–113.

77. Duprey EB, Oshri A, Liu S. Childhood Maltreatment, Self-esteem, and Suicidal Ideation in a Low-SES Emerging Adult Sample: The Moderating Role of Heart Rate Variability. *Arch Suicide Res.* 2019;23(2):333–352.
78. Vairo MC, Ruiz M BM , et al. No . *vertex.* 2003;14(53)(Suicidal behavior in adolescents. Risk factors (bibliography review and descriptive-analytical study))::179-89.
79. Shahtahmasebi S. Youth suicide prevention. *Child Violence Bullying Int Perspect.* 2013;31:271–281.
80. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *JAMA J Am Med Assoc.* 1975;234(11):1146–1149.
81. Kazdin AE, et al. Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(4):504–510.
82. Richard D. Wetzel P. *Arch Gen Psychiatr.* 1976;33(Hopelessness, Depression, and Suicide Intent):1069–1073.
83. Dahl RE, Puig-Antich J, Ryan ND, et al. EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *J Affect Disord.* 1990;19(1):63–75.
84. Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depress Anxiety.* 2001;14(3):164–176.
85. Pfeffer CR, Stokes P, Shindedecker R. Suicidal behavior and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis indices in child psychiatric inpatients. *Biol Psychiatry.* 1991;29(9):909–917.
86. Coccaro EF, Silverman JM, Klar HM, Horvath TB, Siever LJ. Familial Correlates of Reduced Central Serotonergic System Function in Patients with Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(4):318–324.
87. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(4):386–405.
88. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, et al. Higher expression of serotonin 5-

HT2A receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):419–429.

89. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):935–940.

90. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*. 1994;151(4):530–536.

91. Şenol S, Karacan E ŞP. İçinde: *Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, A Ekibi (Ed).* ; 1999:335–344.

92. Yaylayan SA, Weller EB, Weller RA. Biology of Depression in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 1990;1(3):215–227.

93. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(7):765–794.

94. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1584–1591.

95. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(8):760–765.

96. Sheeber L, Davis B, Hops H. Gender-specific vulnerability to depression in children of depressed mothers. İçinde: *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment.* ; 2004:253–274.

97. Burwell RA, Shirk SR. Self processes in adolescent depression: The role of self-worth contingencies. *J Res Adolesc*. 2006;16(3):479–490.

98. Chan DW. Components of assertiveness: Their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. *Behav Res Ther*. 1993;31(5):529–538.

99. Eskin M. Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of

- current adolescent suicidal ideation. *J Gender, Cult Heal*. 1996;1(3):189–205.
100. Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. *Am J Psychiatry*. 1987;144(1):35–40.
101. Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, et al. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):492–498.
102. Liu X, Gentzler AL, Tepper P, et al. Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(9):1442–1450.
103. Osona Rodríguez B, González Vicent M, Mencía Bartolomé S, Casado Flores J. Suicidio en la edad pediátrica: Presentación de 30 casos. *An Esp Pediatr*. 2000;52(1):31–35.
104. Lu W, Daleiden E, Lu SE. Threat perception bias and anxiety among Chinese school children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36(4):568–580.
105. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(1):56–64.
106. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(6):643–650.
107. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, et al. Early Psychosocial Risks for Adolescent Suicidal Ideation and Attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(5):599–611.
108. Bock H, Ronneberger DL BP. İçinde: *Int J Legal Med*. ; 2000:101–102.
109. Ekici Gıyasettin, Savaş A.Haluk ÇS. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler Psychosocial factors increasing suicide risk. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2001;2(4):204–212.
110. Soylu N, Taneli Y, Taneli S. Depresyonu olan ergenlerde İntihar davranışını etkileyen sosyal, emosyonel ve kognitif faktörlerin araştırılması.

Noropsikiyatri Ars. 2013;50(4):352–359.

111. Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, et al . Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(4):199–206.

112. Norton PJ, Temple SR, Pettit JW. Suicidal ideation and anxiety disorders: Elevated risk or artifact of comorbid depression? *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008;39(4):515–525.

113. Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması Elkitabı. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). E Köroğlu (çev.); 2000.

114. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(3):147–157.

115. Licanin I, Music E, Laslo E, et al. Suicidal thoughts related to psychoactive substance abuse among adolescents. *Med Arh.* 2003;57(4):237–240.

116. Babinski DE, Pelham WE, Molina BSG, et al. Late adolescent and young adult outcomes of girls diagnosed with ADHD in childhood: An exploratory investigation. *J Atten Disord.* 2011;15(3):204–214.

117. Hawton K ve Heeringen K. İçinde: *Suicide. Lancet.* ; 2000:1372–1381.

118. APA. Practice Guidelines Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. APA. Practice Guidelines Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, 2003. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf.

119. Wagner BM, Silverman MAC, Martin CE. Family factors in youth suicidal behaviors. *Am Behav Sci.*2003;46(9):1171–1191.

120. Metha A, Chen E, Mulvenon S, Dode I. A theoretical model of adolescent suicide risk. *Arch Suicide Res.* 1998;4(2):115–133.

121. BRENT DA, PERPER JA, KOLKO DJ, ZELENAK JP. The Psychological Autopsy: Methodological Considerations for the Study of Adolescent Suicide. *J*

Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27(3):362–366.

122. Renaud J, Brent DA, Birmaher B, Chiappetta L, Bridge J. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999.

123. Rutter PA, Soucar E. Youth suicide risk and sexual orientation. *Adolescence.* 2002;37(146):288–299.

124. Crowther B, Jessor R, Jessor SL. Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth. *Contemp Sociol.* 1978.

125. Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey J, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics.* 1998;101(5):895–902.

126. Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: The benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Public Health.* 2001;91(6):940–946.

127. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: Results of a population-based study. *Am J Public Health.* 1998;88(1):57–60.

128. Faulkner AH, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health.* 1998;88(2):262–266.

129. Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *J Am Med Assoc.* 1999;282(13):1291–1292.

130. Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet pathways in suicidality: A review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(10):3938–3952.

131. Messias E, Castro J, Saini A, Usman M, Peebles D. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: Results from the Youth Risk Behavior Survey 2007 and 2009. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2011;41(3):307–315.

132. Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, Takeshima T. Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(6):744–746.
133. Hagihara A, Miyazaki S, Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(1):39–46.
134. Becker K, Mayer M, Nagenborg M, El-Faddagh M, Schmidt MH. Parasuicide online: Can suicide websites trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? *Nord J Psychiatry*. 2004;58(2):111–114.
135. Becker K. Internet chat rooms and suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(3):246–247.
136. Brent DA, Perper J, Moritz G, et al. Bereavement or Depression? The Impact of the Loss of a Friend to Suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(6):1189–1197.
137. Horesh N, Orbach I, Gothelf D, Efrati M, Apter A. Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(9):582–588.
138. Yüksel N. No Title. *Klin Psikiyatr Derg*. 2001;2(intiharın Nörobiyolojisi):5–15.
139. Üstün T, VonKorff M. Primary mental health services: access and provision of care. İçinde: *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. ; 1995:347–360.
140. Langlo SR, Ramberg M, Grøholt B. Suicidal adolescents: What should clinicians look for? *Tidsskr den Nor Laegeforening*. 2003;123(16):2246–2249.
141. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179(11):647–655.
142. Kara H, Sayar K, Sayg S. Kültürel Psikiyatri Açısından Depresyon Kavramı. *Bull Clin Psychopharmacol*. 1997.
143. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children.

Acta Paedopsychiatr. 1981;46(5–6):305–315.

144. B. Ö. İçinde: *Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatr Derg.* ; 1991;2:132-136.

145. Güleç H, Tamam L GM ve ark. Barratt dürtüsellik ölçeği -11 (BDÖ11)'nin Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri 18(4), 251–258 (2008).

146. Üneri ÖŞ, Şenbil N TS. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2009;10(Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi.):137–141.

147. Birmaher B., Khetarpal S., Brent D., et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(4)(The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics):545-53.

148. Çakmakçı F.K. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2004;11(2)(Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması).

149. Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda Benlik Saygısı,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara*

150. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image.*; 1965.

151. Le Heuzey MF, Isnard P, Badoual AM, Dugas M. Enfants et adolescents suicidants. *Arch Pediatr.* 1995;2(2):130–135.

152. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Prevalence and Risk Factors for Depression in Children: An Outpatient Pediatric Sample. *J Med Assoc Thai.* 1997;80(5):302–309.

153. Jay MS, Graham CJ, Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. *Adolescence.* 1989;24(94):467–472.

154. Çuhadaroğlu F SB. *Türk Psikiyatr Derg.* 1992;3(Adolesan intiharları. Risk faktörleri üzerine bir inceleme.):222–226.

155. Çuhadaroğlu Ç SB. *Türk Psikiyatr Derg.* 1993;4(Adolesan intiharları ve kendilik imgesi):29-38.

156. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005;35(3):239–250.

157. Tomori M, Zalar B. Characteristics of suicide attempters in a Slovenian high school population. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2000;30(3):222–238.
158. Kienhorst CWM, De Wilde EJ, Van den Bout J, Diekstra RFW, Wolters WHG. Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *Br J Psychiatry.* 1990;156(FEB.):243–248.
159. Aysev A. İntihar Girişimi Olan Çocuklarda Yaşam Olayları. *Kriz Derg.* 1992:017–021.
160. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics.* 2001;107(3):485–493
161. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(12):1145–1152.
162. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89(Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study):52–58.
163. Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R, ve ark T. Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R ve ark T. No Title. *Adli Bilim Derg.* 2003;2(Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R, ve ark T. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve risk faktörleri. Adli Bilimler Dergisi 2003: 2: 11-17):11–17.
164. Myers K, McCauley E, Calderon R, Mitchel J, Burke P, Schloredt K. Risks for Suicidality in Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991;30(1):86–94.
165. Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(9):915–923.
166. Akin E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik. *Marmara Med J.* 2012;25(3):148–152.
167. Zahide Yalaki¹, İlyas Çakır². Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. *Dicle Tıp Derg.* 2012;39(3).
168. Spirito, Anthony; Hart, Kathleen; Overholser, James; Halverson J.

Adolesc Rosl Height. 1990;25(Social Skills and Depression in Adolescent Suicide Attempters):543-52.

169. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(1):103–122.

170. Wu CS, Liao SC, Lin KM, Tseng MMC, Wu ECH, Liu SK. Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Compr Psychiatry.* 2009;50(4):315–321.

171. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, García Resa E, et al. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005.

172. Harter S, Marold DB. Psychosocial risk factors contributing to adolescent suicidal ideation. *New Dir Child Adolesc Dev.* 1994;1994(64):71–91.

173. Wagner KD, Rouleau M JT. *Am J Psychiatry.* 2000;157(Cognitive factors related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescent.):2017–2021.

174. Wang RH, Lai HJ, Hsu HY, Hsu MT. Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents. *Nurs Res.* 2011;60(6):413–421.

175. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(11):1249–1257.

176. Balázs J, Miklősi M, Keresztény Á, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2013;54(6):670–677.

8. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD= Amerika Birleşik Devletleri

AMKB= Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

BTÖ-11= Barrat Dürtüsellik Ölçeği -11

ÇATÖ= Çocuklarda Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği

ÇDÖ= Çocuklar için Depresyon Ölçeği

ÇİYKÖ= Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

DEHB= Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DB= Davranım Bozukluğu

GLB= Gay,Lezbiyen,Biseksüel

TÜİK=Türkiye İstatistik Kurumu

5HİAA= 5- Hidroksi İndol Asitikasit

5HT2A= 5-Hidroksi Triptamin 2A

YK= Yaşam Kalitesi

9. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Cinsiyetin Gruplara Göre Dağılımı	34
Tablo 2. Yaşın Gruplara Göre Dağılımı	35
Tablo 3. Çocukların Eğitim Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı	35
Tablo 4. Kardeş Sayısına Gruplara Göre Dağılımı	35
Tablo 5. Anne Eğitim Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı	36
Tablo 6. Annenin Çalışma Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	36
Tablo 7. Annenin Psikiyatrik Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	37
Tablo 8. Annenin Fiziksel Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	37
Tablo 9. Babanın Eğitim Düzeyinin Gruplara Göre Dağılımı	38
Tablo 10. Babanın Çalışma Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	38
Tablo 11. Babanın Psikiyatrik Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	39
Tablo 12. Babanın Fiziksel Hastalık Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	39
Tablo 13. Gruplar Arası Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	40
Tablo 14. Tıbbi Hastalık Varlığının Gruplara Göre Dağılımı	40
Tablo 15. Gruplar Arası Psikiyatrik Hastalık Eş Tanısının Karşılaştırılması	41
Tablo 16. Anne ile Babanın Birlikte Yaşama Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	41
Tablo 17. Gruplar Arası Akran İlişkisinin Değerlendirilmesi	42
Tablo 18. Gruplar Arası Beck Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi	43
Tablo 19. Gruplar Arası Dürtüsellik Ölçeğinin Değerlendirmesi	43
Tablo 20. Grupların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek Düzeyinin Karşılaştırılması	44
Tablo 21. Gruplar Arası SCARED Anksiyete Ölçeğinin Değerlendirmesi	44
Tablo 22. Gruplar Arası Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirmesi	45
Tablo 23. Gruplar Arasında Aile Durumu İlişkisinin Değerlendirilmesi	46
Tablo 24. İntihar Girişimi Grupları Arasında Ailede Ruhsal Hastalık Soygeçmişinin Değerlendirilmesi	47
Tablo 25. Aile Durumu ile Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması	47
Tablo 26. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular -1	48
Tablo 27. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular -2	49
Tablo 28. Ölçekler Arasındaki İlişki Düzeyine Ait Bulgular-3	50

10. EKLER DİZİNİ

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH:

DOĞUM TARİHİ:(GG/AA/YY)

CİNSİYET: 1. Kadın 2. Erkek

EĞİTİM DÜZEYİ: İLKOKUL () ORTAOKUL () LİSE ()

ÜNİVERSİTE ()

KARDEŞ SAYISI :

KAÇINCI ÇOCUK :

EĞİTİMİ:

ANNE YAŞI:

ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ:

ANNE İŞİ:1. EV HANIMI 2.ÇALIŞIYOR

ANNENİN KRONİK FİZİKSEL HASTALIK:

ANNENİN RUHSAL HASTALIK :

BABA YAŞI:

BABANIN EĞİTİM DURUMU:

BABA İŞİ:

BABANIN KRONİK FİZİKSEL HASTALIK:

BABANIN RUHSAL HASTALIK :

AİLE DURUMU:

ANNE-BABA ARASINDAKİ AKRABALIK:

AİLEDE RUHSAL HASTALIK:

AİLE YAPISI:

ÇOCUĞUN KRONİK BİR HASTALIĞI:

EŞ TANI:

AKRAN İLİŞKİSİ:

İNTİHAR GİRİŞİMİ () Evet () Hayır

AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ: (0) yok

EK-2 Çocuklar için Depresyon Ölçeği

3. Ek 3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Scale-CDI)

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDI)

Adı Soyadı :

Tarih:

Cinsiyeti :

Okul :

Doğum Tarihi :

Sınıf :

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.

3- Kendimi beğenirim.

- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarımlarım iyi.
2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-3 Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla	-	-	-	-

harcarım.

26. Düşünürken sıklıkla zihnimde
konuyla ilgisiz
düşünceler oluşur.

- - - -

27. Şu an ile gelecekte daha
fazla ilgilenirim.

- - - -

28. Derslerde veya sinemada rahat
oturamam.

- - - -

29. Yap-boz/puzzle çözmeyi
severim

- - - -

30. Geleceğini düşünen birisiyim

- - - -



EK-4 Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.



Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkta	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duyularım ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkta	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkta	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkta	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

EK-5 Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)- (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED):

ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)

ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyük)

SCARED (Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe (“doğru değil ya da nadiren doğru”, ya da “bazen ya da kısmen doğru” ya da “çok doğru ya da çoğu kez doğru” olduğuna) karar verin.

Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak her madde için sana **en çok uyan** seçeneğin kutusunu karalayın. Bazı ifadeler seni ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Okulda başım ağrır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gerginim (huzursuzum) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüldüğümü söyler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Okulda iken karnım ağrır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yalnız uyumaktan korkarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığım beni endişelendirir (kaygılandırır).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Titremelerim olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Korktuğumda çok terlerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(kaygılandığımı) söyler.			
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Okula gitmekten korkarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Korktuğumda başım döner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Çekingen (utangaç) biriyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Düzenleyeb/revised by: Dr.Rasim Somer Diler

EK-6 Rosenberg Benlik Algısı Ölçeği

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır

a.ÇOK DEĞİŞİR b.ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c.ÇOK AZ DEĞİŞİR d.HİÇ DEĞİŞMEZ

12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu ?

a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz

13. Kendim hakkındaki görüşlerimin **çok çabuk** değiştiğini farkettim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16.Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz ?

a. İnsanların çoğuna güvenilebilir.

b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler ?

a. Başkalarına yardım

etmeye b. Kendi çıkarlarını

düşünmeye

D – 4

21. Eleştiriyeye karşı ne kadar hassassınızdır ?

- a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiriyeye ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz ?

- a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur ?

- a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz ?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu ?

- a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız ?

- a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz ?

- a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.
c. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

- a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

- a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim e. Kız kardeşim f.
Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla c.
Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla

e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla c.
Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla e. Annem
çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla c. Her
ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz ?

- a. Çok daha fazla olarak babamdan yana b. Biraz fazla olarak
babamdan yana c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz fazla olarak
annemden yana e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D – 12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

- a. Evet b. Hayır

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünüyorsunuz ?

- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir. b. Çoğu gerçekten beni tanımaz.

