

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EĞİTİMDE PSİKOLOJİK HİZMETLER ANABİLİM DALI**  
**EĞİTİM PSİKOLOJİSİ PROGRAMI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KENDİNE ZARAR VERME**  
**DAVRANIŞINDA DUYGU AYARLAMA BECERİSİ, ÖFKE KONTROL**  
**BİÇİMLERİ VE TRAVMA YAŞANTILARININ ETKİSİNİN YORDAYICI ROLÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**CANSU HAZAL GÜÇLÜ**

**Ankara, Haziran, 2017**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EĞİTİMDE PSİKOLOJİK HİZMETLER ANABİLİM DALI**  
**EĞİTİM PSİKOLOJİSİ PROGRAMI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KENDİNE ZARAR VERME**  
**DAVRANIŞINDA DUYGU AYARLAMA BECERİSİ, ÖFKE KONTROL**  
**BİÇİMLERİ VE TRAVMA YAŞANTILARININ ETKİSİNİN YORDAYICI ROLÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**CANSU HAZAL GÜÇLÜ**

**DANIŞMAN: PROF. DR. EMİNE GÜL KAPÇI**

**Ankara, Haziran, 2017**

Eğitim Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne

Cansu Hazal G¼ÇL¼'n¼n hazırladığı "¼niversite ¼đrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışında Duygu Ayarlama Becerisi, ¼fke Kontrol Biçimleri ve Travma Yaşantılarının Etkisinin Yordayıcı Rol¼" başlıklı bu çalışma, j¼rimiz tarafından Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Eğitim Psikolojisi Programı'nda Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan: Prof. Dr. Emine G¼l KAPÇI (Danışman)



¼ye: Yrd. Doç. Dr. Emine Arzu ORAL



¼ye: Yrd. Doç. Dr. Eylem G¼ke T¼RK



ONAY

Bu tez Ankara ¼niversitesi Lisans¼st¼ Eğitim – ¼đretim ve Sınav Y¼netmeliđi'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından 01/06/2017 tarihinde uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulunca ...../...../20..... tarihinde kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail G¼VEN  
Eğitim Bilimleri Enstit¼s¼ M¼d¼r¼

## ETİK BİLDİRİM

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

**Cansu Hazal GÜÇLÜ**



## ÖZET

### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞINDA DUYGU AYARLAMA BECERİSİ, ÖFKE KONTROL BİÇİMLERİ VE TRAVMA YAŞANTILARININ ETKİSİNİN YORDAYICI ROLÜ

Güçlü, Cansu Hazal

Yüksek Lisans, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Emine Gül KAPÇI

Haziran, 2017, xiii + 106 sayfa

Kendine zarar verme davranışı tüm dünyada yaygınlığı artan bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle genç yaştaki bireylerin yaşadığı bu sorun, DSM-V’te (2013) “Daha İleri Çalışmalar İçin Durumlar” başlığı altında yer almış ve ruh sağlığı araştırmacılarının dikkatini çekmiştir.

Bu araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinde duygu ayarlama becerisi, öfke kontrol biçimi ve travma yaşantısının etkisinin kendine zarar verme davranışını yordama gücünün incelemektir. Bu amaca ek olarak, üniversite öğrencilerinin yaş ve cinsiyetleri de ilgili değişkenlerle ilişkileri açısından incelenmiştir.

Araştırma ilişkisel tarama modelindedir. Çalışma grubunu 2016-2017 yılı Eğitim-Öğretim yılı içerisinde Başkent Üniversitesi Eğitim Fakültesi’nde öğrenim görmekte olan, altı farklı bölümden toplamda 564 öğrenci (kız n=492; erkek n=72; Yaş,  $X=20.88$ ,  $SS=1.88$ ) oluşturmuştur. Üniversite öğrencilerinden Kişisel Bilgi Formu’nun yanı sıra, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (Klonsky ve Glenn, 2009; Bildik ve diğerleri, 2013), Duygu Ayarlama Güçlüğü Ölçeği (Gratz ve Roemer, 2004; Rugancı ve Gencöz, 2010), Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği (Spielberger ve diğerleri, 1983; Özer, 1994) ve Olayların Etkisi Ölçeği’ni (Wilner ve Alvarez, 1979; Çorapçıoğlu ve diğerleri, 2006) doldurmaları istenmiştir.

Analizler sonucunda, üniversite öğrencilerinin kendine zarar verme davranışlarında yaş ( $F_{(7;556)}=0.783$ ;  $p>.05.$ ) ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, ( $t_{(562)}=1.335$ ,  $p>.05.$ ) Öğrencilerin kendine zarar verme davranışlarını yordayan değişkenlerin incelenmesi sonucunda, yordayıcıların sırasıyla, travmatik

yaşantılarının etkisi (%14)  $R^2 = .14$ ,  $F_{(1, 562)} = 35.92$ ,  $p < .05$ , duygu ayarlama becerisi (%4)  $R^2 = .4$ ,  $F_{(2,561)} = 26.54$ ,  $p < .05$  ve sürekli öfke (%1.3)  $R^2 = 1.3$ ,  $F_{(3,560)} = 24.14$ ,  $p < .05$ . olduğu bulunmuştur. Öfke kontrol biçimlerinin ise kendine zarar verme davranışını anlamlı düzeyde yordamadığı bulunmuştur.

Travma yaşantıları meydana geldikten sonra kişiye uygun müdahale yöntemleri uygulanarak üzüntü ve öfke gibi olumsuz duyguların fark ettirilmesi ve bu duyguları uygun biçimde ayarlama becerilerinin öğretilmesi kendine zarar verme davranışlarının azaltılabilmesi ve/veya önlenmesi için önemli katkıları sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kendine zarar verme davranışı, duygu ayarlama, öfke kontrolü, travmatik yaşantı

## SUMMARY

### THE PREDICTIVE ROLE OF EMOTION REGULATION, ANGER MANAGEMENT STYLES AND TRAUMATIC EXPERIENCE ON NON-SUICIDAL SELF-INJURY BEHAVIOURS OF UNIVERSITY STUDENTS

Güçlü, Cansu Hazal

Master's Degree, Department of Educational Psychology

Advisor: Prof. Dr. Emine Gül KAPÇI

June, 2017, xiii + 106 pages

Non-suicidal Self-injury (NSSI) appears to be a wide-spread health issue at a global level. This problem, particularly experienced by young individuals, has found its place among the conditions for further study in DSM-V in the future as well as attracting the attention of mental health researchers.

The aim of this study is to explore the predictive role of Emotional Regulation, Anger Management Styles and Traumatic Experience on Non-suicidal Self-injury behaviours of university students. In addition, the relationship between the variables of age and gender is also investigated.

This study is in the realm of the quantitative research in which correlation research technique is employed. The sample consists of 564 university students studying in different departments at Faculty of Education at Başkent University (female  $n=492$ ; male  $n=72$ ;  $X=20.88$ ,  $s=1.88$ ). The participants were asked to fill out Inventory of Statements about Self-Injury (Klonsky and Glenn, 2009; Bildik and others, 2013), Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz and Roemer, 2004; Rugancı and Gencoz, 2010), Trait Anger and Anger Expression Scale (Spielberger and others, 1983; Özer, 1994) and Impact of Event Scale-Revised (Wilner and Alvarez, 1979; Çorapçioğlu and others, 2006) in addition to the Personal Information Form.

The results indicate that age ( $F_{(7;556)}=0.783$ ;  $p>.05.$ ) and gender ( $t_{(562)}=1.335$ ,  $p>.05.$ ) imply no significant differences on non-suicidal self-injury behaviour of the students. As a result of exploring the predictor variables of non-suicidal self-injury behaviour; the predictors are found out to be the impact of Traumatic Experience (%14)

$R^2 = .14$ ,  $F_{(1, 562)} = 35.39$ , ability of Emotional Regulation (%4)  $R^2 = .4$ ,  $F_{(2, 561)} = 36.57$ ,  $p < .05$ , and the state of permanent anger (%1.3)  $R^2 = 1.3$ ,  $F_{(3, 560)} = 24.14$ ,  $p < .05$  respectively. The results show that anger management styles do not significantly account for the non-suicidal self-injury behaviours of the university students.

The findings reveal that the predictive variables on non-suicidal self-injury behaviours are the impact of traumatic experience, ability of emotional regulation and trait anger. In the lights of the findings of this thesis, it can be suggested that having individuals realize the negative emotions such as anger by applying individual-specific intervention techniques just after the traumatic experience, developing the appropriate individual expression styles would highly contribute to the decrease and/or prevention of non-suicidal self-injury behaviors.

**Keywords:** Non-suicidal self-injury behaviour, emotion regulation, anger management, traumatic experience



## ÖNSÖZ

Çalışmam süresince desteğini, bilgisini ve görüşlerini benden esirgemeyen, sabırla bana yardımcı olan ve yol gösteren çok sevgili ve kıymetli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Emine Gül Kapçı'ya, istatistik analizlerimde sabırla bana yardımcı olan kıymetli hocam Prof. Dr. Giray Berberoğlu'na, bilimsel desteğinin yanında bana güzel bir insan olmakla ilgili çok şey öğreten sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Emine Arzu Oral'a, değerli katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Eylem Gökçe Türk'e, çok sevdiğim hocam Yrd. Doç. Dr. Deniz Örucü'ye, bitmez tükenmez sabrı ile her an yanımda olan sevgili arkadaşım Zeynep Kızıl'a, kıymetli arkadaşlarım Sevgen Özbaşı ve Sevgi Şahin'e, bana kıymetli zamanını ayıran Gökhan Savul'a, kıymetli önerileri için Gökçe Çokamay'a, tüm destekleri için sevgili Başkent Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü'ndeki kıymetli hocalarım sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Onlara sahip olma şansını yakaladığım güzel ve çok kıymetli aileme,

En büyük desteğim ve şansım olan sevgili eşim Eray'a,

Araştırma verilerini toplarken yardımcı olan bütün hocalarıma, araştırmama katılan ve sabırla ölçekleri dolduran tüm katılımcılara teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI.....	ii
TEZ BİLDİRİMİ .....	iii
ÖZET .....	iv
SUMMARY .....	vi
ÖNSÖZ.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xii
KISALTMALAR .....	xiii
BÖLÜM 1.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Amaç .....	4
1.3. Önem.....	5
1.4. Sayılıtlar.....	7
1.5. Sınırlılıklar .....	7
1.6. Tanımlar.....	7
BÖLÜM 2.....	8
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE.....	8
2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı.....	8
2.1.1. Tarihçe.....	8
2.1.2. Tanım ve Sınıflandırma.....	9
2.1.3. Tanı ve Değerlendirme .....	16
2.2. Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili değişkenler .....	18
2.2.2. Yaş ve KZVD .....	21
2.2.3. Örneklem Türü ve KZVD .....	25
2.2.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Travma Yaşantıların Etkisi .....	26
2.2.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Duygu Ayarlama Becerileri .....	31
2.2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Öfke Kontrol Biçimleri .....	37
2.3. Türkiye’de Yapılan Araştırmalar.....	41
2.4. Kendine Zarar Verme Davranışlarında Risk Faktörleri.....	43

BÖLÜM 3.....	45
YÖNTEM.....	45
3.1. Araştırmanın Modeli.....	45
3.2. Çalışma Grubu.....	46
3.3. Veri Toplama Araçları.....	48
3.4. Verilerin Toplanması.....	53
3.5. Verilerin Analizi.....	53
3.5.1. Verilerin Analize Hazırlanması ve Varsayımların İncelenmesi.....	54
BÖLÜM 4.....	56
BULGULAR.....	56
4.1. Öğrencilerin Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Betimsel İstatistikler.....	56
4.2. Yaşa Göre Kendine Zarar Verme Davranışının İncelenmesi.....	58
4.3. Cinsiyete Göre Kendine Zarar Verme Davranışının İncelenmesine Yönelik Bulgular.....	59
4.4. Travmatik Yaşantıların Etkisi, Duygu Ayarlama Becerisi, Öfke Kontrol Biçimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	60
4.5. Üniversite Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışı'nın Yordayıcısı Olarak Duygu Ayarlama Becerisi, Öfke Kontrol Biçimleri ve Travmatik Yaşantıların Etkisine İlişkin Bulgular.....	61
BÖLÜM 5.....	64
TARTIŞMA VE YORUM.....	64
BÖLÜM 6.....	70
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.1. Sonuçlar.....	70
6.2. Öneriler.....	70
KAYNAKÇA.....	73
EKLER.....	93
Ek A. Kişisel Bilgi Formu.....	93
Ek B. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE).....	95
Ek C. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ).....	99
Ek D. Sürekli Öfke Ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ).....	101
Ek E. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R).....	103
Ek F. Uygulama İzin Yazısı.....	105

## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
1. Ergenlerde kendine zarar verme yaygınlığı.....	23
2. Genç yetişkinlerde kendine zarar verme yaygınlığı.....	24
3. Çalışma Grubunu Oluşturan Öğrencilerin Demografik Değişkenlerine İlişkin Frekans Dağılımları .....	47
4. Uygulanan Ölçeklere İlişkin Betimsel İstatistikler.....	57
5. Öğrencilerin Yaşların Göre KZVDDE Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler.....	58
6. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	59
7. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Puanlarına İlişkin T-testi Sonuçları.....	59
8. Uygulanan Ölçekler Arasındaki Korelasyonel Değerler.....	60
9. Kendine Zarar Verme Davranmasına İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları.....	62

**ŞEKİLLER DİZİNİ****Şekil****Sayfa**

1. Kendine Zarar Verme Davranışları..... 15



## KISALTMALAR

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

ISSS: Uluslararası Kendine Zarar Verme Çalışmaları Derneği (International Society for the Study of Self injury)

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Değerlendirme Envanteri (Inventory of Statement about Self Injury)

DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation)

IES-R: Olayların Etkisi Ölçeği (Impact of Events Scale-Revised)

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke Tarzları Ölçeği (Trait Anger and Anger Expression Scale)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

# BÖLÜM 1

## GİRİŞ

Bu bölümde, yapılan araştırmanın problem durumu, amacı, önemi, sayıltıları ve sınırlılıklarına yer verilmektedir.

### 1.1. Problem Durumu

Toplumsal yaşamın başlangıcından itibaren, kişinin kendi bedenine fiziksel olarak zarar verme davranışı ile karşılaşmıştır. Mitolojik hikâyelerde (Kral Oedipus, Odin vb.) ve dini yazıtlarda (Yeni Ahit vb.) insanların kendi bedenine kasıtlı biçimde zarar verdiğinden söz edilmektedir (Favazza, 1989). Kendine zarar verme davranışının (KZVD) en önemli özellikleri intihar amacı taşımaması, yaşamı tehdit etmemesi ve kasıtlı olarak beden dokusuna kişinin kendisi tarafından zarar verilmesidir. KZVD tüm zamanlarda ve her toplumda görülmesine karşın (Favazza, 1989) özellikle 2000'li yılların başlangıcından itibaren yapılan araştırmalar bu sorunun yaygınlığına dikkat çekmektedir. Örneğin, KZVD'nin yaşam boyu sıklığı ergenlerde %14 (Heath, Schaub, Holly ve Nixon, 2009) üniversite öğrencilerinde %13 (Swannell, Martin, Page, Hasking ve St. John, 2014) ve yetişkinlerde %6 (Klonsky, 2011) olarak bulunmuştur.

Türkiye'de yapılan araştırmalar incelendiğinde ise, KZVD'nin yaşam boyu sıklığı, ergenlerde %21 (Zoroğlu ve diğerleri, 2003) üniversite öğrencilerinde %8 olarak bulunmuştur (Öksüz ve Malhan, 2005).

KZVD'nin temel amacı, kişinin kendi beden dokusuna zarar vermesi gibi görünse de, aslında kişi kendini incitmeyi, içinde bulunduğu ruhsal durumun olumsuzluğunu olumluya çevirmenin bir aracı olarak görmektedir. Bir diğer ifadeyle, kişi, içinde bulunduğu olumsuz durumla etkili biçimde başa çıkamadığında ve buna katlanmakta güçlük yaşadığında gerginlik ve baskı hissetmekte ve kendi beden dokusuna zarar vererek rahatlamaya çalışabilmektedir (Favazza ve Conterio, 1989). KZVD'nin bir diğer özellikleri ise tepkisel olması, yabancılaşma, hissizleşme ya da

endişe gibi olumsuz duyguları azaltması ve kişiye verdiği rahatlama hissini geçici olmasındır (Favazza ve Conterio, 1989).

Olumsuz yaşantılara ve olumsuz duygulara katlanma güçlüğünün KZVD'nin önemli boyutları olduğu görülmektedir. KZVD'ye yönelik yapılan araştırmalarda duygu ayarlama becerileri ve travmaya maruz kalma değişkenlerinin sıklıkla ele alınması da bu önemi destekler niteliktedir.

Duygu ayarlama becerileri tüm duyguları kapsamakla birlikte, bu alanda en fazla öfke duygusunu ayarlama konusunda çalışıldığını söylemek yanıltıcı olmayacaktır (Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl, 2005). Bilindiği üzere öfkelenen kişi bu duygusunu işlevini bozacak biçimde dışa vurabilmekte, dolayısıyla çevresine ve/veya kendisine zarar verebilmektedir. Yoğun biçimde öfkelenen ve bu duygusunu ayarlayamayan gençler, KZVD'yi sergileme açısından risk altında olabilirler.

KZVD sırasında hissedilen duyguları araştıran Chapman ve Dixon-Gordon (2007), öfke duygusunun (%45) en yoğun hissedilen duygu olduğunu belirtmişlerdir. Öfke ile KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer araştırmada, öfke kişilerde KZVD'yi başlatan duygu olarak bulunmuştur (Kemperman, Russ ve Shearin, 1997). İncelenen araştırmalar doğrultusunda, öfke duygusunun zarar verici davranışları başlatma ve devam ettirmede önemli bir etmen olduğu söylenebilir. Bu kadar önemli bir etmenin anlaşılması ve kontrol edilmesi, yaşamın her alanı için gerekli, tedavi ve müdahale süreçleri için ise kritik değerde olacaktır. Bu sebeple öfke ve KZVD arasındaki ilişkinin anlaşılması önemlidir.

Öfke duygusu dışında, hissedilen diğer olumsuz duyguların da kişiler tarafından ayarlanması, kişilerin psikolojik ve biyo-fizyolojik iyilik halleri üzerinde etkilidir. Karagöz (2010), kendine zarar veren kişilerin duygu ayarlama becerilerini incelemiştir. Özellikle olumsuz duygulanım durumundayken, kişilerin duygu ayarlama stratejilerini kullanmada sorun yaşadıkları ve davranışlarını kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını rapor etmiştir.

Ergenlerin KZVD'yi bir duygu ayarlama stratejisi olarak kullandıklarını öne süren Mikolajczak, Petrides ve Hurrey (2009) duygu ayarlama güçlüğü yaşayan kişileri KZVD'ye iten sebepleri üç madde ile açıklamışlardır. Şiddetli hissedilen kaygı, suçluluk, yalnızlık, üzüntü gibi duygular, olumsuz duyguları azaltma amacı ve geçici duygusal rahatlama.



KZVD görülen kişiler, bu davranışların hissettikleri yoğun kaygı/ gerginlik hissini azaltmada yardımcı olduğunu bildirmekle birlikte davranış ardından gelen bu rahatlamanın anlık olduğu ve kısa süreli bir etkisi olduğunu da rapor etmişlerdir (Kemperman ve diğerleri, 1997). Bu rahatlama hissini kısa süreli olması, KZVD'nin devamlılığını saptayan bir etmen olabilmektedir. Kişilerin yeterli ve sağlıklı biçimde duygularını ayarlayamaması, sürekli fiziksel yaralanmalara ve psikolojik iyilik durumunda bozulmalara yol açabilmektedir.

KZVD ile ilişki olabilecek bir diğer değişken de geçmişte maruz kalınan travmatik yaşantılardır (Erdem, 2009; Gratz, 2003). İnsanların büyük kısmı çocukluk yaşantılarında stres verici veya olumsuz olaylarla karşılaşır, bu yaşantılar genellikle bir travmaya dönüşmez. Ancak yaşanan olumsuz olayın stresinin şiddeti, kişinin olaya maruz kaldığı yaş ve çevre koşulları bu yaşantıların travmatik bir sürece dönmesine neden olup, etkisini yaşam boyu sürdürebilmektedir. Çocuklukta yaşanan travma, kişinin tüm yaşamı boyunca karşılaşabileceği olaylarla baş etme becerisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. KZVD'de çocukluk yaşantılarını inceleyen Van der Kolk, Perry ve Herman (1991) çocukluk travma yaşantılarının KZVD'yi doğrudan etkilediğini bildirmişlerdir. Putnam (1997), travma yaşantısı ile KZVD arasında doz-yanıt ilişkisi olduğunu, travmatik yaşantının niteliksel ve niceliksel özellikleri ile KZVD'nin niteliksel ve niceliksel özelliklerinin ilişkili olduğunu bildirmiştir. Yazar travmatik yaşantının varlığı ve sebep olduğu duygusal yoğunluğun, KZVD'nin ortaya çıkmasında ve görülme sayısında etkili olabildiği belirtmiştir.

KZVD'yi yaş değişkeni açısından inceleyen araştırmalara göre, ergenlik dönemi KZVD'nin en sık görüldüğü yaş dönemidir. Yetişkinlikte ise ergenlik ve genç yetişkinliğe göre KZVD'nin görülme sıklığı daha düşüktür (Classen, Trivedi ve Shimizu, 2006). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu yaş dönemindeki öğrenciler için, KZVD'nin görülme sıklığında son yıllarda artış olduğu görülmektedir. KZVD'nin görülme oranı 2006'da %7.1'iken (Young, Sweeting ve West, 2006) 2011 yılında %17.8 (Wan, Hu, Hao, Sun ve Tao, 2011) olarak bulunmuştur. KZVD'deki bu artış, risk grubu içinde görülebilecek olan üniversite öğrencileri için bir ruh sağlığı problemi olarak değerlendirilebilir.

KZVD açısından bir diğer önemli değişken ise cinsiyettir. KZVD'nin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek için yapılan araştırmalarda net bir sonuç elde edilemese de, daha fazla sayıda araştırma kadınların erkeklere oranla daha

yüksek KZVD gösterdiğini bildirmektedir. Örneğin Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens ve Onghena (2011) kadınlarda KZVD görülme oranını % 17.5, erkeklerde % 9.47 olarak bulmuştur. Bir başka çalışmada da bu oran kadınlarda % 7.95, erkeklerde % 2.8 olarak bulunmuştur (Whitlock ve diğerleri, 2011). Erkeklerde KZVD'nin daha yüksek olduğunu bildiren bir çalışmada, erkeklerde KZVD görülme oranı %31.1, kadınlarda ise %17.1 olarak rapor edilmiştir (Erdem, 2009). Cinsiyetin anlamlı bir değişken olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Heath, Toste, Nedecheva ve Charlebois, 2008; Nixon, Cloutier ve Aggarwal, 2002).

İlgili çalışmalarda KZVD ile ilişkilendirilen duygu ayarlama becerileri, öfke kontrol biçimleri ve travmaya maruz kalma değişkenlerinin farklı değişkenlerle ele alındığı ve aralarında anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmektedir. Ancak bu üç değişkenin birlikte ele alınıp her birinin tek başına ve birlikte olası katkılarının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sonuç olarak bu çalışmanın temel problemi duygu ayarlama becerileri, öfke kontrol biçimleri ve travmatik yaşantıların etkisinin her birinin olası tek başına ve birlikte katkılarının KZVD'yi yordama gücünün incelenmesidir.

## 1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde duygu ayarlama becerileri, öfke kontrol biçimleri ve travmatik yaşantıların etkisinin kendine zarar verme davranışını yordama gücünü incelemektir. Bu genel amaç doğrultusunda yanıtı aranan sorular aşağıda yer almaktadır:

1. Duygu ayarlama becerileri, öfke kontrol biçimleri ve travmatik yaşantıların etkisi üniversite öğrencilerinin kendine zarar verme davranışlarını yordamakta mıdır?
2. Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı yaşa göre farklılaşmakta mıdır?
3. Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?

### 1.3. Önem

KZVD'nin çok boyutlu bir kavram olduğunu söylemek mümkündür. Doğrudan ve dolaylı pek çok boyutu yapılan çalışmalarda ele alınmıştır. Klinik anlamda incelendiğinde KZVD, zarar verici davranışların doğrudan ve fiziksel olarak ele alınmasıdır. Bu çalışmada, kendine zarar vermenin en açık ve görünür olarak kabul edilebilecek dışavurumu olan bedensel boyuta odaklanılmıştır. Duygusal yükün en ağır hissedildiğinin göstergesi olarak deride iz bırakan eylemler, aslında yaşadığı sorunlarla başetme zorluğu yaşayan kişinin yardım ihtiyacının bir göstergesi olabileceği gibi, intihar girişiminden ve/veya intihardan önceki son eylemler olarak da görülebilmektedir. KZVD'yi görebilmek ve göstergeleri ortaya çıkaran değişkenleri saptayabilmek, zarar verici davranışları ortaya çıkmadan önce önleyebilme şansı sağlayabilir. Bu davranışların bazen intihar davranışının öncüsü olabileceği göz önüne alındığında, intiharı önleme imkânı sağlayabileceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu sebeplerle KZVD'yle ilişkili değişkenlerin anlaşılması, önleyici çalışmalar için de önemlidir.

Türkiye'de yapılan araştırmalar incelendiğinde KZVD'yle ilgili çalışmaların örneklemelerini daha çok ergenlerin oluşturduğu görülmüştür. Ancak DSM-V'e (2013) göre KZVD'nin en sık görüldüğü yaş aralığı 20-29'dur. Üniversite öğrencilerinin de içinde bulunduğu bu yaş aralığının risk grubu içinde değerlendirilebileceği yapılan çalışmalarda görülmüştür. Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2008 intihar ve kendini yaralama istatistiklerine göre, kendine zarar vermenin en sık görüldüğü yaş aralıklarının 20-24 (180, kadın n=66, erkek n=114) ve 25-29 (181, kadın n=52, erkek n=127) olduğu görülmektedir. Bulgulara göre, yaş açısından risk taşıyan grup 20'li yaşlardır. Bu yaş grubu Türkiye için ağırlıklı olarak lise eğitimini tamamlamış, üniversite eğitimi içinde olan ya da olmayan (çalışan, işsiz, iş arayan vb.) kişileri kapsamaktadır. 20'li yaşların Türkiye nüfusundaki oranının düzeyi göz önüne alındığında, yaş ve KZVD ilişkisini belirlemenin, Türkiye'deki önleyici çalışmalar için ışık tutacağı umulmaktadır.

KZVD'yle ilgili ilk çalışmalar büyük oranda klinik gruplarla yapılmıştır. Konuyla ilgili çalışmalar arttıkça, klinik olmayan gruplarla yapılan çalışmalar da önem kazanmaya başlamıştır. Türkiye'de bu konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde, klinik olmayan gruplarla yapılan çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir. Oysaki bu

gruplarla yapılacak çalışmaların, ileride ortaya çıkabilecek zarar verici davranışları önlemeye yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma ile kültürden kültüre farklılık gösteren (Muehlenkamp, Claes, Havertape ve Plener, 2012) KZVD'nin Türkiye'deki durumu ele alınan değişkenler açısından alanyazına bilgi sağlayacaktır. Türkiye'de KZVD'yle ilişkin araştırmaların sınırlı sayıda olması dikkate alındığında bu araştırma ve sonuçlarının alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca mevcut olan alanyazını güncelleştirip, farklı değişkenler ile KZVD ilişkisini inceleyen yeni araştırmalara yol gösterici olması umulmaktadır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde duygu ayarlama becerisinin kendine zarar verici davranışları önemli ölçüde etkilediği görülmüştür (Jacobson, Muehlenkamp, Miller ve Turner, 2008; Nock ve Kessler, 2006). KZVD'nin, duygu ayarlama becerisi uygun ve sağlıklı şekilde kullanılmadığı zamanlarda arttığı rapor edilmektedir. Duygu ayarlama becerisi, öfke duygusunu yönetme becerisini de içermekte, öfke yönetimi ise KZVD'yi etkileyebilmektedir (Martin ve Dahlen, 2005). Öfke duygusunun dürtüsel ve tepkisel ifade edilme biçimi, yönetilmesini kişi ve çevresi için önemli hale getirmektedir. Yoğun hissedilen ve kişinin davranışsal ifade etme olasılığı yüksek duyguların (öfke, üzüntü, kızgınlık vb.) yönetilmesindeki sorunlar kişinin iyi oluş halini doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilmektedir.

KZVD'nin önemli risk faktörlerinden biri olan travma yaşantılarının (Weiderman, Sansone ve Sansone, 1999) yarattığı duygusal yük dikkate alındığında, travma yaşantılarının KZVD için önemli olan duygu ayarlama ve ifade etme becerisini olumsuz etkileyebileceğini düşünmek mümkündür. KZVD'yi ele alan araştırmalar çoğunlukla klinik örneklerle yapılmış olsa da, zarar verici davranışların önemli ölçüde duygu ayarlamayla ilişki olduğu görülmektedir. Dolayısıyla duyguları ayarlama becerilerinin geliştirilmesi, gerek klinik gerekse klinik olmayan gruplar için KZVD'nin bir ifade biçimi olmaktan çıkarılması açısından önemlidir. Bu sebeplerle KZVD'nin gelişmesinde ve/veya sürdürülmesinde katkısı olduğu düşünülen duygu ayarlama becerileri, öfke kontrol biçimleri ve travma yaşantıları arasındaki ilişkilerin incelenmesi, bu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

#### 1.4. Sayıtlar

Araştırmaya katılan üniversite öğrencileri, ölçeklerde yer alan maddeleri içtenlikle, kendi durumlarını yansıtacak şekilde cevaplamışlardır. Tüm katılımcılar, kontrol edilemeyen değişkenlerden aynı derecede etkilenmişlerdir.

#### 1.5. Sınırlılıklar

Araştırma, 2016–2017 öğretim yılında Başkent Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerle sınırlıdır. Araştırma, uygulanacak ölçeklerden toplanacak verilerle sınırlıdır.

#### 1.6. Tanımlar

*Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD)*: İntihar amacı taşımayan, kasıtlı olarak beden dokusuna zarar vermeyle sonuçlanan davranışlar.

*Duygu Ayarlama*: Olumlu ve olumsuz duyguların yer, süre ve şiddetini ayarlama.

*Travma Yaşantısı*: Kişiyi kısa ya da uzun dönemde olumsuz olarak etkileyen sarsıcı yaşantılar.

*Öfke Kontrolü*: Öfke duygusunun sağlıklı biçimde yaşanması.

## BÖLÜM 2

### KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırmayla ilgili kavramsal ve kuramsal açıklamalara yer verilmektedir.

#### 2.1. Kendine Zarar Verme Davranışı

##### 2.1.1. Tarihçe

Favazza (1996) *Bodies Under Siege* adlı kitabında mitolojik öykülerde karşılaşılan KZVD'ler için şu örnekleri vermiştir:

*Yunan mitolojisinde de Sophocles'in Kral Oedipus trajedisinde Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkârlık duyguları içinde nasıl gözlerini çıkarıp Tebai kentini terk ettiği anlatılmıştır. Norveç mitolojisinde ise Odin, sularında bilgelik ve zekâ taşıyan Mirmir ırmağının suyundan tek bir yudum içebilmek için gözlerinden birini vermiştir. 13. yüzyılda ise Marco Polo anılarında, Bağdat'ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin, müşterilerinden bir kadının terliklerini onarıırken bacağına baktığı için günah duyguları ile sağ gözünü nasıl kör ettiğini anlatmıştır (Favazza, 1996).*

KZVD'yle ilgili olarak günümüze dek pek çok hikâye, edebi eser ya da vaka yazılmış olsa da bu terim 1938'e kadar ayrı bir başlık altında incelenmemiştir. KZVD 1938'e kadar psikologlar ve doktorlar tarafından intihar davranışının bir öncüsü olarak görülmüştür. İntihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışları üzerine ilk çalışmalar Menninger (1938) tarafından yapılmıştır. Menninger'in *Man Against Himself (Kendine Karşı İnsan)* adlı kitabında KVZD için 'Bir yandan hafifletilmiş bir intihar biçimi gibi görünürken, kendini yaralama aslında toptan yok olmayı yani intiharı önlemeye yönelik bir feda oluşumu' demektedir (akt: Lüleci, 2007). Menninger (1938), kendini yaralama davranışını, intiharı önlemek için yapılan kısmi intihar olarak

tanımlamıştır. Bu terim 1990'lara kadar kullanılmıştır. Menninger KZVD'yi, yaşam ve ölüm güdüleri arasındaki mücadelede dürtüsel (impulsive) bir eylem; 'Yıkıcı güdülerimizin kanıtı ve ölüm arzumuzun hafifletilmiş bir tezahürüdür' biçiminde açıklamaktadır (akt: Çamuroğlu, 2014).

KZVD tekrar edilme sıklığı, fiziksel veya patolojik olmasına göre kendini yaralama (self-injury), intihar amacı taşımayan kendini yaralama (non-suicidal self-injury), kasten kendine zarar verme (deliberate self-harm), kendini sakatlama (self-mutilation), kendine zarar verme (self-harm), tekrarlayıcı kendine zarar verme (repetitive self-harm) gibi ifadelerle farklı şekillerde adlandırılmıştır. Bu çalışmada, daha geniş kapsamlı olduğu düşünülen kendine zarar verme terimi kullanılmıştır.

### *2.1.2.Tanım ve Sınıflandırma*

Günümüze kadar KZVD için pek çok tanım yapılmıştır. En genel özellikleri ile KZVD, tekrarlı ve bilinçli şekilde, ölümcül olmayan, vücudun belirli kısımlarına doğrudan ya da dolaylı olarak zarar veren davranışlardır.

KZVD'le ilgili pek çok çalışma yapan Favazza ve Conterio (1989) bu davranışları, kişinin yaşadığı duruma tahammül edememesi sonucu oluşan başa çıkamama durumuyla, kendine yardım etme ve kendini rahatlatma çabaları olarak tanımlamışlardır.

Kişinin içinde bulunduğu ortamı, KZVD davranışını tanımlarken kritik olarak gören LeBlanch (1993) kendine zarar vermeyi, ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olarak tanımlamıştır. LeBlanch (1993) zarar verici davranışlarda bağlamın önemine dikkat çekmiştir. Zarar verici davranışların ortaya çıkmasında kişinin içsel süreçleri kadar kişiyi bu davranışlara yönelten çevresel etmenlerin de önemli olduğunu belirtmiştir. Müdahale ve tedavi aşamasında, yalnızca kişinin kendisine odaklanması dışında, davranışları tetikleyebilecek çevresel faktörlerin de ele alınması gerektiğini söylemiştir.

Nock (2010) ise KZVD'yi tanımlarken bu davranışın ve sonuçlarının bilincinde olmayı ön plana çıkarmaktadır. Bu tanımla ile Nock, KZVD'nin psikolojik boyutuna dikkat çekmiş ve davranışların yalnızca fiziksel neden ve sonuçlarla kısıtlı kalmadığına dikkat çekmiştir. Psikolojik boyut, kişiye doğrudan ve/ya dolaylı olarak zarar

verebilmekte, kişinin ileriki yaşantısında olumsuz sonuçları ile kendini gösterebilmektedir.

KZVD'nin tekrarlı olması, kişinin bu davranışları bazı amaçlara ulaşmak için bir araç olarak gördüğü fikrini akıllara getirebilmektedir. Bu davranışlar sonucunda kısa süreli rahatlama hissedilmesinin ya da kişinin amaçladığı şeye ulaşmasının, davranışların görülme sıklığı ve tekrarını etkilediği düşünülmektedir.

Fox ve Hawton (2004) KZVD'yi, bireyin yaşadığı olumsuz duyguların fiziksel yollarla dışavurumu olarak tanımlamaktadır. KZVD'nin görülmeye başlanmasında ve tekrarlı hale gelmesinde öfke, üzüntü, hissizlik ve yüksek kaygı gibi duyguların etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Dünya genelinde bu davranışların yaygınlaşması sebebiyle 2006 yılında Uluslararası Kendine Zarar Verme Çalışmaları Derneği (ISSS, International Society for the Study of Self-Injury) kurulmuştur. ISSS derneği KZVD tanımına toplum tarafından uygun görülmemeye ölçütünü eklemiştir.

Bir kişinin kendi kendine fiziksel bir zarar vermesi ilk bakışta anlaşılması zor gibi görünmektedir. Bu durumu anlaşılır kılabilecek gerekçelerden biri KZVD'yi gösteren kişilerin yaşadıkları hissizlik duygusundan kurtulma ve kendilerine acı vererek hala hayatta olduklarını hissedebilme isteğidir (Knightsmith, 2015).

KZVD'nin belirlenmesi için Favazza ve Rosenthal (1993) dört ölçüt önermiştir:

- Tekrarlayıcı bir şekilde cildi kesme veya yakma,
- Davranışı gerçekleştirmeden hemen önce duyulan gerilim hissi,
- Fiziksel acıyla birlikte hissedilen, rahatlama, tatmin olma, hoşluk duyguları,
- Yaraları, kanı ve diğer kanıtları saklamaya neden olan utanç ve toplumsal olarak damgalanma korkusu.

Favazza ve Rosenthal (1993) bu ölçütleri ile kişilerin KZVD öncesi, sırası ve sonrasında yaşadıkları duyguları bir süreç halinde ele almışlardır. Davranış ortaya çıkmadan hemen önce hissedilen gerilim, davranışın sonrasında hissedilen rahatlama ve davranışın ardından gelen utanç duygularının ölçüt olarak ele alınmasıyla, araştırmacılar kendine zarar verme sürecinin duygusal boyutuna odaklanmışlardır.



Walsh ve Rosen (1988) yaptıkları araştırmada temel olarak KZVD'nin türüne odaklanmışlardır. Sınıflamalarında dokuz adet yüksek seviyede zararlı olan KZVD davranışını önermişlerdir. Bunlar: ısırma, aşındırma, yakma, soluma-yeme, vurma, sıkıştırma ve bölmedir. Görüldüğü üzere araştırmacılar daha düşük seviyede zarar verici olan davranışları (saç yolma, tırnak ısırma, cildini kaşıma) araştırmalarına katmamışlardır. Araştırmacıların tanımına göre KZVD, kasıtlı ve bir amaca yönelik olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul görmeyen davranışlardır.

Ayrıca Walsh ve Rosen (1988), KZVD'nin "bulaşıcı" bir etkisi olduğunu, akranlar arasında sosyalleşme süreci içinde kullanılabileceğini söylemişlerdir. Bu etkinin gençler arasında KZVD'nin yaygınlaşmasında riskli olabileceğini belirtmişlerdir.

KZVD'nin esas özelliği, bireyin derisine, tekrarlı, küçük ama acı verici bir şekilde zarar vermesidir. En yaygın olarak kişinin amacı, kişilerarası ilişkilerde yaşanan bir problem sonucunda yaşadığı olumsuz duyguları (kaygı, gerginlik, hissizlik) azaltmaktır. KZVD sonucunda, hissedilen olumsuz duyguların azalması ile kişi amacına ulaşmış olur. Her davranış sonucu amacına ulaşan kişinin gösterdiği zarar verici davranışların sıklığı ve yoğunluğu artabilmekte ve bu davranışlar bir bağımlılık gibi bir tekrara dönüşebilmektedir.

Zarar verici davranışlar genellikle bıçak, iğne, jilet ve diğer keskin cisimler kullanılarak yapılmaktadır. KZVD'de en sık karşılaşılan vücut bölgeleri, kolların arkası ve üst bacağın ön tarafıdır. Davranış sonucu kanama olması ve uzun vadede iz kalması olasıdır. Kendine vurma, yaraların iyileşmesine engel olma, kesme, yakma ve saç koparma yaygın olarak görülen diğer KZVD'lerdir. Kesme ve yakmanın diğerlerine göre daha yaygın olduğunu öne süren çalışmalar bulunmaktadır (Stanley, Gameraff, Michalsen ve Mann, 2001).

KZVD'nin fiziksel boyutu dışında sebep olduğu Son yıllarda KZVD alanındaki çalışmaları ile öne çıkan Nock'a (2010) göre, öncelikle bu davranışlar bireyde önemli ölçüde psikolojik ve fiziksel zarara neden olmaktadır. Ayrıca sıklıkla kişinin arkadaşları ve ailesini tedirgin etmekte ve kişi için sürekli endişe duymalarına sebep olmaktadır.

İntihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışı için yapılan tanımlar incelendiğinde, bazı değişkenlerin tanımlarda ortak olarak yer aldıkları görülmüştür.

Bireylerin davranışları sonucunda ölümü hedeflememesi bu değişkenlerin ilkidir. Vücut dokusuna verilen zararlar, intihar amaçlı yapılmamaktadır. İkinci değişken bireylerin bu davranışları kasıtlı bir şekilde yapmasıdır. Üçüncüsü birey KZVD'yi acı veya herhangi başka bir duygu hissetmeyi hedefleyerek yapmaktadır. Dördüncüsü sonrasında hissedilen utanma, suçluluk vb. duygulardır.

KZVD'ye özgü sınıflandırma çalışmalarına bakıldığında, ilk sınıflandırma çalışması Menninger (1938) tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre KZVD beş başlık altında incelenebilir:

- Nevrotik (Neurotic),
- Psikotik (Psychotic),
- Fizyolojik (Organic),
- Dini (Religious),
- Geleneksel Form (Conventional).

Menninger (1938) intihar ile kendine zarar verme davranışları arasındaki farklılıklarla ilgili çalışmalarıyla öne çıkmıştır. Menninger'in çalışmalarından önce KZVD intihar davranışının bir parçası, ritüeli ve habercisi olarak görülüyordu. Zarar verme davranışlarının ölüm amacı dışında yapılabileceği düşüncesi ilk olarak araştırmacının çalışmaları ile ortaya konulmuştur.

Pattison ve Kahan (1983) daha önce Farberow (1980), Litman (1980) ve Farmer (1980) tarafından yapılan sınıflamaları birleştirerek kendi sınıflandırmalarını oluşturmuşlardır. Araştırmacılara göre KZVD üç değişken üzerinden incelenebilir: doğrudan/dolaylı olarak, zaman ile ilişkili olarak ve farkındalık odaklı olarak. Araştırmacılar birey tarafından doğrudan kendi dokusuna zarar vermesi ile dolaylı olarak (sigara, alkol kullanımı vb.) vücuduna zarar vermesini ilk değişken olarak almışlardır. İkinci değişken ise kişinin zarar verici davranışları ne sıklıkta ve aralıkta yaptığıdır. Son olarak ise bireyin bilinçli bir şekilde, kendi dokusunu tahrip ettiğinin farkında olarak yaptığı eylemleri incelemiştirler. Bu değişkenlerin KZVD tanımı yapılırken belirleyici olduğunu, doğrudan kendine zarar verme, düşük öldürücülük seviyesi ve tekrarlı davranışlar ile kendini öldürücülük seviyesi ve tekrarlı davranışlar ile kendini gösterdiğini belirtmişlerdir.

Feldman (1988) ise KZVD'yi zarar verilen beden bölgesine göre incelemiştir. Araştırmacı bu davranışları rapor edilen kendine zarar verme davranışlarında en sık karşılaşılan beden bölgelerine göre incelemiştir. Bunlar: Kendini kesme (Deriyi kazıma ve kesme), gözünü yaralama (Göz kapağını yaralama, göz içine zarar verme) ve genital yaralama olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir.

Ayrıca Favvaza ve Rosenthal (1990), kendini yaralama davranışlarını bağımsız bir sendrom olarak değerlendirmişler ve bu davranışları üç temel grupta sınıflandırmışlardır:

- Major kendini yaralama,
- Stereotipik kendini yaralama,
- Yüzeysel veya orta derecede (Superficial-moderate) kendini yaralama.

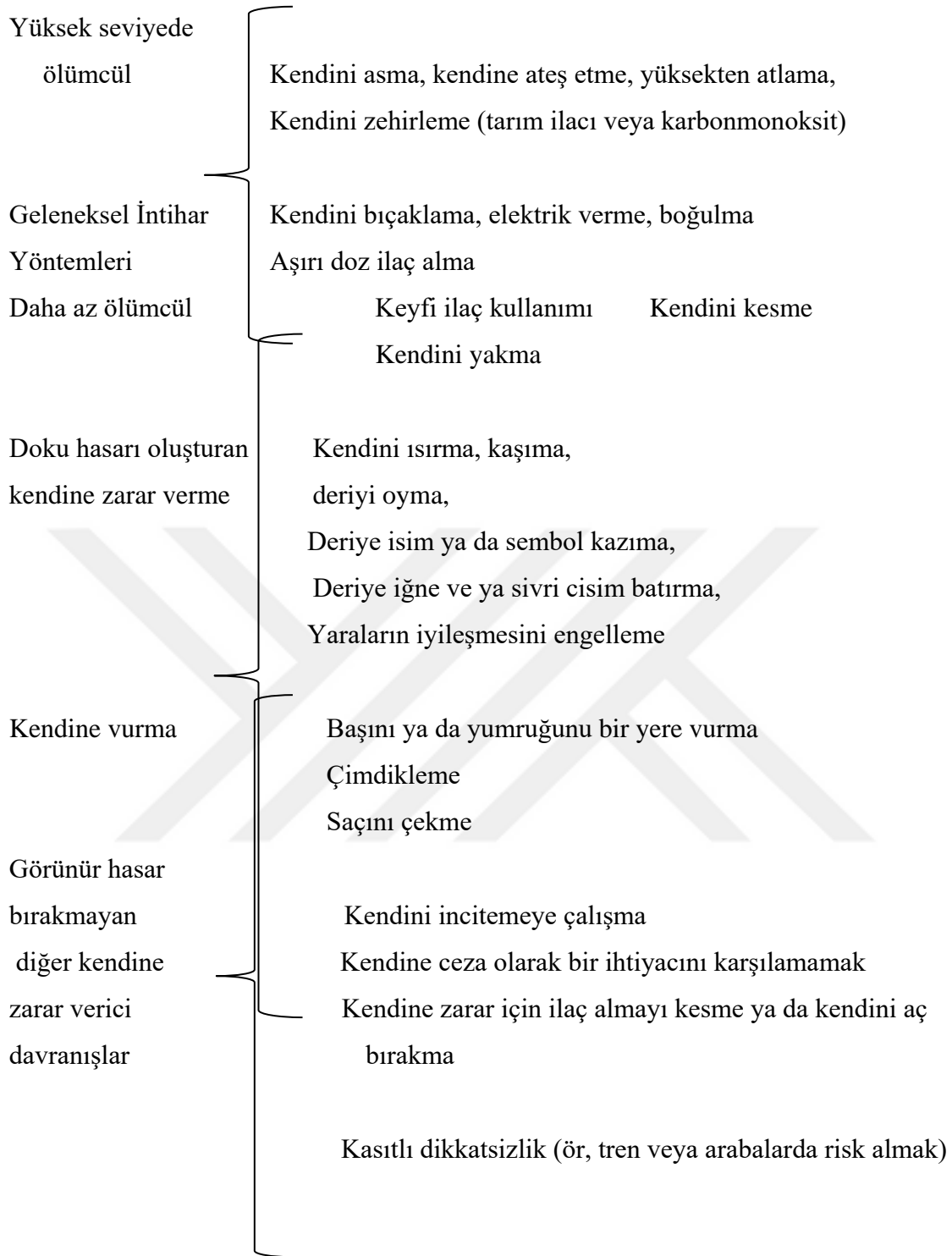
Bu üç kategoriye ek olarak kendini yaralama davranışına Simeon ve Favazza (1995) tarafından üç alt tip eklenmiştir: Kompulsif, aralıklı/olaylara bağlı (episodic) ve yinelenen.

Skegg (2005) kendine zarar verme davranışlarını bireyin maksat/niyet seviyesini göz önüne alarak bir sınıflandırma yapmıştır. Skegg'e göre zarar verici davranışlar çoğu zaman dürtüsel ve davranıştan hemen önce yapılmasına karar verilir. Bu davranışlar hissedilen yoğun acının azalması isteğiyle ve rahatlık hissini hedefleyerek yapılmaktadır. Özellikle ergenler, bu davranışlardan kurtulmak için bir yardım isteği olarak değil, hissettikleri acıdan kurtulma amacı ile bu davranışlara yönelirler. KZVD gösteren ergenler, yoğun kaygı ve stres duygularını bedensel acıya dönüştürmeyi amaçlayarak bu davranışları sergilemektedirler.

Skegg, KZVD'yi dört grupta incelemiştir. Birinci grupta yüksek ölümcüllük riski olan davranışlar; kendini asma, vurma, zehirlenme, boğma yer alır. İkinci grupta ise daha az ölümcül olan davranışlar yer alır; yüksek doz ilaç alma, kesme ve yakma gibi. Üçüncü grup olan doku hasarı yaratan kendini yaralamanın ardından son grupta, görünür hasar bırakmayan kendine zarar verme davranışları yer almaktadır. Yüksek ölümcüllük riski olan davranışlar ölüm niyeti ile yapıldığı için, araştırmacı bu grup üzerinde çok durmamıştır. Özellikle ergenler, ikinci gruptaki davranışları daha sık gösterdikleri için bu grup üzerinde daha çok durulmuştur. Araştırmacı aşırı doz ilaç alma ve kesme davranışlarına odaklanmıştır. Bu davranışlar, hastanede en sık karşılaşılan ve en sık rapor edilen davranışlardır. Doku hasarı yaratan kendini yaralama

grubunda, kişi genellikle bu davranışları yalnızken gerçekleştirir, ardından meydana gelen izleri saklamaya çalışır. Genel olarak kişilerin kendine ne derece zarar verdiği, amaçlanan ve niyet edilen kadar olmaktadır. Şekil 1’de Skegg’in KZVD sınıflandırması verilmiştir.





**Şekil 1.** Kendine Zarar Verme Davranışları (Skegg, 2005, s.1472)

Zarar verici davranışları incelerken önemli bir diğer değişken eylemlerden kaynaklanan zararların doğrudan veya dolaylı olmasıdır. Nock (2010) KZVD'yi doğrudan ve dolaylı olmak üzere ikiye ayırır: Doğrudan KZVD intihar amacı olan ve intihar amacı olmayan olmak üzere iki ana başlık altında incelenir. İntihar amacı olan

düşünce ve davranışlar intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişimi olarak sıralanmaktadır. İntihar amacı taşımayan düşünce ve davranışlar ise intihar tehdidi, kendine zarar verme düşüncesi ve kendine zarar verme davranışı (Hafif, Orta, Ciddi) olarak sıralanmaktadır. Bu davranışlar görülme sıklığı ve şiddetine göre sıralanmaktadır. Hafif grupta, düşük görülme sıklığı ve düşük şiddetli davranışlar yer almaktadır. Orta ise daha yüksek görülme sıklığı ve şiddet, ayrıca tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır. Ciddi grubunda, görülme sıklığı ve şiddet, ayrıca kalıcı bozukluklar oluşmaktadır.

KZVD'nin özellikle ergenler ve genç yetişkinler arasında yaygınlaşması ile bu davranışlar DSM-V'te (2013) daha ileri çalışmalar için durumlar başlığı altında ele alınmıştır. KZVD DSM-V'de 'İntihar amacı taşımayan kendine zarar verme davranışları' olarak yer almıştır. KZVD'nin ayrı bir tanı kategorisi olarak önerilmesi ile bu durumun daha ayrıntılı çalışılması ve daha iyi anlaşılmasına, bu davranışlara özgü tedavi ve müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine katkıda bulunacağı umulmaktadır (In-Albon, Ruf ve Schmid, 2013).

### 2.1.3. Tanı ve Değerlendirme

KZVD, DSM-V'e kadar ayrı bir tanı olarak sınıflandırılmamıştır. Dürtüsel kendine zarar verme davranışı DSM-III-R (1989) ile birlikte sınırda kişilik bozukluğu, çoğul kişilik bozukluğu, seksüel mazoşizm ve yapay bozukluk ile tanı kategorileri arasına girmiştir (Favazza, 1989). DSM-IV'te (2001) ise bu davranışlar sınırda kişilik bozukluğu, dürtü kontrol bozuklukları ve duygu durum bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. 2013'te yayınlanan DSM-V ile KZVD daha ileri çalışmalar için durumlar başlığı altında yer almış ve tanı ölçütleri önerilmiştir. DSM-V'te (2013) önerilen tanı ölçütleri şunlardır:

A. Kişinin son bir yıl içinde beş veya daha fazla gün bedeninde kanama, morarma veya acı yaratacak ve az veya orta derecede fiziksel zarar verecek eylemde bulunması. Not: İntihar niyetinin olmadığı kişi tarafından belirtmiş olması veya kullanılan yöntemlerden anlaşılabilmesi.

B. Kişi kendine zarar verme davranışına aşağıdaki maddelerden biri veya daha fazlasının beklentisiyle girer:

1.Olumsuz bir duygu ya da zihinsel durumdan kurtulmak,

2. Kişilerarası bir sorundan kurtulmak,
3. Olumlu bir duygu durumu yaratmak.

Not: Arzulanan tepki veya rahatlama kendine zarar verme davranışı esnasında veya hemen akabinde deneyimlenir ve kişi sürekli davranışı tekrarlayarak bir tür bağımlılık kalıbı içine girer.

C. Kasti kendine zarar vermenin aşağıdakilerden en az biriyle ilişkili olması;

1. Kendine zarar verme eyleminin hemen öncesinde depresyon, endişe, sıkıntı, gerilim, öfke gibi kişilerarası güçlükler veya negatif düşünce ve duyguların oluşması,
2. Eyleme geçmeden önce bir süre direnmesi güç gelen eylem fikriyle meşgul olma,

3. Gerçekleştirilemese bile, sık sık kendine zarar verme dürtüsü hissetme,

D. Sosyal olarak onaylanan bir davranış (dövme veya pirsing veya dini bir ritüelin parçası gibi) değildir ve kabuk koparma veya tırnak yemeye indirgenemez.

E. Davranış ve sonuçları klinik açıdan belirgin bir strese veya toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Davranış, psikoz, deliryum ya da zehirlenme hallerinde ortaya çıkmaz. Gelişimsel bozukluğu olanlarda tekrarlayıcı kalıplaşmış davranışların bir parçası değildir. Başka bir zihinsel veya tıbbi rahatsızlıkla (psikotik bozukluk, zekâ geriliği, Lesh-Nyan sendromu) açıklanamaz (DSM-V, 2013).

Ayrıca KZVD, DSM-V'de, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu, İntihara Meyilli Davranışlar, Trikotillomani (Saç ve kıl koparma), Basmakalıp Kendine Zarar Verme ve Deri Yolma Bozukluğu'na eşlik etmektedir.

Ayrıca Levenkron (2006) KZVD tanısı için bazı kriterler önermiştir. Bunlar: Cildini kesme veya yakma, eylemden hemen önce hissedilen gerginlik hissi, fiziksel ağrı ile birlikte ortaya çıkan rahatlama, memnuniyet ve uyuşukluk hissi ve kişinin yara izini, kanı veya ortaya çıkan diğer sonuçları utanç ve korku duygusu ile saklama girişimidir.

DSM-V'e kadar herhangi bir tanı sınıflaması içerisinde değerlendirilmeyen KZVD'nin günümüzde netleştirilmiş kriterler aracılığıyla tanınmasının, tanı konulma ve müdahale edilme aşamalarında kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2.2.Kendine zarar verme davranışı ile ilişkili değişkenler

### 2.2.1.Cinsiyet ve görülme sıklığı

Pek çok araştırma KZVD'nin kadın ve erkeklerde görülme sıklığını incelemiştir. KZVD cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde birbirinden farklı sonuçlar ile karşılaşıldığı görülmektedir. Alanyazında kendine zarar verme davranışlarının kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Kanada'da yaşları 14-21 arasında değişen 263 erkek 305 kız öğrenci ile yapılan çalışmada KZVD'yi belirlemek için araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket uygulanmıştır. Kızların %77'si, erkeklerin %22'si KZVD'den birini ya da birkaçını gösterdikleri belirlenmiştir. Katılımcılar arasında KZVD'nin en yaygın nedeni depresif duyguları azaltmak olarak bulunmuştur (Nixon, Cloutier ve Jansson, 2008).

Yaşları 12-18 arasında değişen 1417 Flaman genç ile yapılan bir çalışmada, en az bir kez KZVD gösterme oranı %13.71 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda, kız öğrencilerin (%15), erkek öğrencilerden (%6.98) daha yüksek KZVD gösterdiği bildirilmiştir (Baetens ve diğerleri, 2011).

Avustralya'da ergenlik ve genç yetişkinlik dönemini KZVD açısından karşılaştıran araştırmada (Moran ve diğerleri, 2012), 1992-2008 yılları arasında veri toplanmıştır. Yaşları 14 ile 19 arasında değişen 1802 ergenden %8'inin KZVD gösterdiği bulunmuştur. Kızların (%10) KZVD gösterme oranı erkeklere (%6) göre daha yüksek bulunmuştur. En yüksek KZVD görülen yaş 15 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın genç yetişkinlerde KZVD'yi inceleyen kısmında ise, 1652 genç yetişkinin %7'sinde KZVD saptanırken, yine kadınların KZVD oranları erkeklerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Araştırmacılar ergenlik döneminde KZVD'nin daha fazla görülmesinin sebepleri olarak, depresyon, kaygı, anti-sosyal davranışlar, sigara ve zarar verici madde kullanımı gösterilmiştir. Ayrıca depresyon ve kaygı, genç yetişkinlik döneminde KZVD davranışı ile doğrudan ilişkili olarak bulunmuştur.

Morey, Corcoran, Arensman ve Perry'nin (2008), İrlanda'da 3881 öğrenci ile yaptıkları araştırmada, yaşam boyu en az bir kez kendine zarar verme davranışı oranı %9.1 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada da KZVD görülme oranı kız öğrencilerde (%13.9), erkek öğrencilere (%4.4) göre daha yüksek bulunmuştur.



KZVD gösteren üniversite öğrencisi kadın profilini belirlemek üzere yapılan bir çalışmada, KZVD gösteren ve göstermeyen kadın öğrenciler karşılaştırılmıştır. KZVD geçmişi olan 34 kadınla, yaşamı boyunca KZVD göstermemiş 32 kadın katılımcı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. İlk KZVD gösterme yaşı ortalama 15 olarak bulunmuştur. En yaygın KZVD'ler, kesme (%58) ve kaşıma (%29) olarak bulunmuştur. Ayrıca KZVD gösteren kadınların göstermeyenlere göre depresyon ve intihara meyilli oldukları ve daha yüksek kaygı seviyesine sahip oldukları saptanmıştır (Muehlenkamp ve Kerr, 2010).

KZVD'de cinsiyet değişkenini inceleyen Bresin ve Scoenleber (2015), 120 ilgili çalışmayı inceleyerek bir meta-analiz çalışması yapmışlardır. Araştırma sonucunda klinik grupta bulunan ve genç yaşlardaki kadınların, erkeklerden daha fazla kendilerine zarar verdiği bulunmuştur. KZVD'de cinsiyetle birlikte davranış biçimlerinin de değiştiğini, örneğin kadınlarda kendini kesme ve ısırma davranışıyla daha sık karşılaşıırken, erkeklerde kendini yakma ve yumruklamanın daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların kişisel, erkeklerin ise kişilerarası sorunları sebebi ile KZVD gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca araştırma sonucunda bulunan cinsiyet farklılığına iki neden öne sürülmüştür: Birinci neden yaş ortalamasıdır. Ergenlik döneminde genç yetişkinlik ve yetişkinlik dönemlerine göre KZVD daha sık görülmektedir. İkinci ise örneklem türüdür. Üniversite, lise ve toplumda görülen KZVD oranları arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Heath ve diğerleri (2008) Kanada'da üniversite öğrencilerinde KZVD'yi inceleyen bir çalışma yapmışlardır. Yaşları 18 ile 55 arasında değişen 160 erkek 568 kadın araştırmaya katılmıştır. Çalışmada KZVD'yi ölçmek için "Kasıtlı Kendine Zarar Verme Envanterinden" (Gratz, 2001) yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda kadınların %12'sinde, erkeklerin %9.4'ünde KZVD saptanmıştır. Yaşam boyu KZVD gösterme oranı %11 olarak bulunmuştur. Öğrencilere ayrıca 'Duygu Ayarlama Güçlüğü Envanteri' uygulamıştır. Araştırmacılar, KZVD'nin duygu ayarlama becerisinin bir fonksiyonu olduğunu öne sürmüşlerdir.

KZVD'de cinsiyet farklılığı ile karşılaşılmamış araştırmalar da mevcuttur (Fliege, Grimm ve Klapp, 2009). Belçika'da 651 lise öğrencisi ile yapılan araştırmada, KZVD gösterme oranları açısından cinsiyet bir farkına rastlanmamıştır (%18-%16). Kadın ve erkek öğrencilerin KZVD oranları arasında farklılık bulunmasa da, KZVD'de kullanılan yöntemlerde farklılık olduğu bulunmuştur. Kız öğrenciler daha çok kendini

kesme davranışı gösterirken, erkeklerde kafa vurma davranışı daha yüksek bulunmuştur (Claes ve Muehlenkamp, 2013).

İngiltere’de yaşlılarda KZVD’yi inceleyen bir çalışmaya (Pierce, 1987) yaş ortalaması 72 olan 58 erkek 87 kadın katılmıştır. Araştırma sonucunda erkek ve kadın hastaların KZVD gösterme oranları birbirine neredeyse eşit olarak bulunmuştur. Katılımcıların %10’u önceki yıllarda da KZVD yaşantıları olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmacı, 65 yaş üzeri kişilerin KZVD oranlarında farklılığa rastlanmadığını, ancak kişilerin dul olma ve yalnız yaşama durumlarına göre oranlarda farklılık görülebildiğini belirtmiştir.

KZVD’de cinsiyet değişkenini inceleyen bir diğer çalışma sonucunda, üniversitede öğrenci olan kadın ve erkeklerin, yaşamları boyunca kendine zarar verme oranlarının cinsiyete göre bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ancak kadın katılımcıların erkeklere göre daha erken yaşta ve daha farklı yöntemlerde kendilerine zarar verdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Erkeklerde yakma davranışı daha yüksekken, kadınlarda kesme davranışı daha yüksek olarak bulunmuştur. Erkeklerde en yaygın davranış kendine kendine vurma, kadınlardaysa kaşıma ve kesme olarak bulunmuştur. Ayrıca ilk kez KZVD gösterme yaşı kadınlarda 11 iken, erkeklerde 13 olarak bulunmuştur (Andover, Primack, Gibb ve Pepper, 2010).

Kendine zarar verme davranışını inceleyen bir başka çalışmaya 18 ile 55 yaş aralığında 160 erkek, 568 kadın katılmıştır. Çalışma sonucunda kadın ve erkek üniversite öğrencilerinin KZVD oranları arasında bir farklılık bulunmamıştır. Ancak araştırmacılar klinik olan ve klinik olmayan gruplarla yapılan araştırmaların sonuçlarının farklı olduğu, klinik çevrede yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklerden daha fazla KZVD ile karşılaşıldığını belirtmişlerdir (Heath ve diğerleri, 2008).

Lise ve üniversite örneklemleri kullanılarak gerçekleştirilen çalışmalarda, kız ve erkek ergenlerin KZVD oranları arasındaki fark, genç yetişkinlerden daha yüksek bulunmuştur (Gratz, 2001; Klonsky, Oltmanns ve Turkheimer, 2003; Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl, 2005; Plener, Libal, Keller, Fegert ve Muehlenkamp, 2009). Bu sonuç ergenlikte, ileriki yaş dönemlerine göre KZVD’de cinsiyet değişikliği oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın yapıldığı kültürün özellikleri, kız ve erkek öğrencilerin KZVD göstermesinde, bu davranışları bildirmeleri ve yardım almalarında önemli bir faktördür.

Örneğin, Türkiye’de düşük eğitim seviyesine sahip çevrelerde, erkeklerin KZVD göstermesinin teşvik edildiği ve bu davranışların erkeklerin sosyal çevrelerinde kabul görmeleri için gerekli olduğunu söyleyen çalışmalar bulunmaktadır (Toprak, Çetin, Güven, Can ve Demircan, 2011). Kendine zarar vermenin, kişilerin problemler ile baş edememe, yaşadığı çevre içinde kendine yer bulamama ve duygu yoğunlukları ile ilişkili olduğu söylenebilir. Yine yaşanan KZVD’ler için yardım isteme, kültürel etmenlerden etkilenmektedir. Erkeklerin çevreleri veya akranları tarafından yargılanabileceği endişesi, bu davranışları bildirmelerinde ve yardım istemelerinde önleyici bir etki gösterebilmektedir.

KZVD’nin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği konusunda henüz net bir sonuca ulaşılabilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların örneklemelerini oluşturan kadın ve erkek katılımcıların sayıları arasında fark olduğu görülmüştür. Yapılan çoğu çalışmada kadın katılımcıların sayısının erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sayısal dengesizliğin, araştırmaların bulgularını etkilediği düşünülmektedir.

KZVD ile ilgili yapılan çalışmalarda, bu davranışlarının görülme sıklığının yaş ve örneklem türüne göre farklılaştığı görülmüştür. Bu sebeple izleyen bölümde KZVD’nin görülme sıklığı yaş ve örneklem türü değişkenleriyle ilişkili olarak ayrı başlıklar altında alınmıştır.

### 2.2.2. Yaş ve KZVD

KZVD’nin görülme yaş ve gelişim dönemleri incelendiğinde, KZVD’nin tipik olarak ergenlik döneminde başladığı ve sıklıkla dürtüsel bir biçimde ortaya çıktığı, ergenlik ve genç yetişkinlikte, erişkin gruba göre daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Classen ve diğerleri, 2006). Favazza ve Rosenthal’ın (1993) yaptıkları araştırma sonucunda, KZVD’nin her iki cinsiyet için de sıklıkla ergenlik döneminin başında başladığını bulunmuştur. İlk kendine zarar verme davranışı çoğunlukla 13-23 yaşları arasında gerçekleşmektedir (Favazza ve Conterio, 1988). Bu davranış sıklıkla 14-15 yaşları arasında başlamakta, 18-24 yaşları arasında maksimum düzeye ulaşmakta ve bireylerin 30-40’lı yaşlara gelmesiyle birlikte azalma eğilimi göstermektedir (Hodgson, 2004).

Özellikle ergenlik dönemi sırasında KZVD'nin daha sık görüldüğü bulunmuştur. Ergenlerde KZVD görülme oranı %12 ile %46 arasında değişirken (Walsh, 2006; Lloyd-Richardson, Perrine, Kierker ve Kelley, 2007), üniversite öğrencilerinde %17 ile %38 arasında değiştiği bulunmuştur (Whitlock, Eckenrode ve Silverman, 2006; Gollust, Eisenberg ve Golberstein, 2008). Yetişkinlerde KZVD'nin yaşam boyu görülme oranı ise %4 olarak bulunmuştur (Muehlenkamp ve diğerleri, 2012).

Üniversite öğrencilerinde KZVD görülme sıklığı 1989 yılında % 12 iken (Favazza ve diğerleri, 1989), 2002 yılında bu oran %38 olarak bulunmuştur (Gratz, Conrad ve Roemer, 2002). KZVD'nin görülme sıklığındaki oranın artışı, bize bu sorunun gittikçe arttığını göstermektedir.

Ross ve Heath'ın (2002) araştırmasına göre, KZVD'nin ortalama başlangıç zamanı lise yıllarının başıdır ve yetişkin yaşamında da devam etme ihtimali olsa da genellikle 18 yaş civarında azalma eğilimi göstermektedir. 440 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada, KZVD'nin sınıf düzeyi ve yaşa göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. 7 ve 8. sınıfta olan ve yaş ortalaması 15 olan öğrencilerin KZVD gösterme oranları daha yüksek bulunmuştur.

Amerika'da KZVD'nin yetişkinler arasındaki sıklığı ve sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için yapılan çalışmaya 439 kişi katılmıştır. Yaşları 12-92 arasında değişen katılımcıların 267'si kadın 172'si erkektir. Katılımcıların %50'si ilk defa 12-14 yaşları arasında KZVD gösterdiklerini söylemişlerdir. Araştırma sonucunda KZVD'nin cinsiyete göre bir farklılık göstermediği bulunurken, ergenlik ve genç yetişkinlikte olmanın KZVD'yle doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (Klonsky, 2011).

Almanya ile Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ergenlerin zarar verici davranışlarını karşılaştırmak amacı ile bir çalışma yapılmıştır (Plener ve diğerleri, 2009). Çalışmaya Almanya'da 664, Amerika'da 540 ergen katılmıştır. Araştırma sonucunda iki ülkenin yaygınlık oranları arasında bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet oranları iki ülkede de yakın şekilde bulunmuştur. Ancak iki ülke arasında KZVD'nin görülme yaşı açısından farklılık olduğu, Amerika'daki ergenlerin daha erken yaşta zarar verici davranış gösterdiği bulunmuştur.

Muehlenkamp ve diğerleri (2012), ergenlerde KZVD'nin uluslararası yaygınlığını incelemek amacıyla bir meta-analiz çalışması yapmışlardır. Araştırmada 52

çalışma incelenmiştir. Araştırmada incelenen, farklı ülkelerde yapılmış olan sekiz farklı çalışmanın bulguları Çizelge 1' de verilmiştir.

Çizelge 1.

*Ergenlerde kendine zarar verme yaygınlığı*

Yazar	Araştırma yılı	Örneklem	Yaş ortalaması	Yaygınlık	Ülke
Csorba, Szelesne, Steiner, Farkas ve Nemeth	2005	470	14-18	5.5	Hollanda
Laye-Ginghu ve diğerleri	2005	424	15.34	13.2	Kanada
Matsumoto ve diğerleri	2004	1726	14.5	9.6	Japonya
Lloyd-Richardson ve diğerleri	2007	633	15.5	28	Amerika
Plener ve diğerleri	2009	665	14.8	25.6	Almanya
Claes, Houben, Vandereycken, Bijttebier ve Muehlenkamp	2010	150	15.56	30.7	Belçika
Mohl ve Skandsen	2011	2864	Lise	21.5	Danimarka
Cerutti ve diğerleri	2011	234	16.47	42	İtalya

Muehlenkamp ve diğerlerinin (2012) çalışmasına benzer olarak, 2014 yılında Amerika’da birmeta-analiz çalışması (Swannell ve diğerleri, 2014) yapılmıştır. Araştırmada KZVD’nin genç yetişkinlerde görülme sıklığı incelenmiştir. Araştırmada incelenen, farklı ülkelerde yapılmış olan dokuz farklı çalışmanın bulguları Çizelge 2’ de verilmiştir.

Çizelge 2.

*Genç yetişkinlerde kendine zarar verme yaygınlığı*

Yazar	Araştırma yılı	Örneklem	Yaş ortalaması	Yaygınlık	Ülke
Hypes	2010	447	Genç Yetişkin	29.0	ABD
Batey, May ve Andrade	2010	432	Genç Yetişkin	14.0	Birleşik Krallık
Muehlenkamp,Hoff, Licht,Azure ve Hasenzahl	2008	1,248	Genç Yetişkin	22.0	ABD
Heath, Toste, Nedecheva ve Charlebois	2008	728	Genç Yetişkin	12.0	Kanada
Sarno, Madedu ve Gratz	2010	578	Genç Yetişkin	21.0	İtalya
Tang ve diğerleri	2011	400	Genç Yetişkin	20.0	Çin
Tresno, Ito ve Mearns	2012	307	Genç Yetişkin	38.1	Endonezya
Whilock ve diğerleri	2011	11,529	Genç Yetişkin	15.0	ABD
Toprak ve diğerleri	2011	636	Genç Yetişkin	17.0	Türkiye

Farklı ülkelerde yapılan KZVD çalışmaları incelendiğinde, ergenlik döneminde KZVD görülme oranlarının %5.5 ile %30.7 arasında değiştiği görülmektedir (Csorba ve

diğerleri, 2005; Claes ve diğerleri, 2010). Genç yetişkinlerde ise bu oran ile %12 ile %38 arasında (Heath ve diğerleri, 2008; Tresno ve diğerleri, 2012) değişebilmektedir. İncelenen çalışmalarda, ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde olan kişilerde farklı KZVD oranlarıyla karşılaşılmasında birçok faktörün etkili olduğu söylenebilir (Ruhsal bozukluklar, aile yaşantılar ve sosyo-ekonomik faktörler). Ancak içinde bulunulan kültürün de bu davranışları etkilediğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bireyin içinde yaşadığı çevre ve etkilendiği kültürün, farklı yaşlarda farklı oranların görülmesini etkilediğini söylemek mümkündür.

### 2.2.3. Örneklem Türü ve KZVD

KZVD, DSM-V ile ayrı bir tanı olarak ele alınmadan önce, depresyon, dissosiyatif bozukluklar, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, otizm, yeme bozuklukları ya da sınır kişilik bozukluğu ile birlikte görülen bir belirti olarak ele alınmıştır. Bu hastalık grubunda olan hastalarla yapılan çalışmalarda yüksek KZVD oranları ile karşılaşmıştır.

KZVD görülme oranlarında, çalışmanın yapıldığı örneklem gruplarına göre farklı sonuçlar ile karşılaşmıştır. Klinik gruplarla yapılan çalışmalarda, KZVD oranının %11 ile %82 arasında değiştiği görülmüştür (Nock ve Pristein, 2004; Selby, Bender, Gordon, Nock ve Jointer, 2012). Kişilerin bir ya da birden çok kez KZVD göstermeleri, hastaneye başvuru sayıları ve kültürel değişkenler bu oranlar üzerinde etkili olabilmektedir. KZVD, sınırda kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları ve kaygı bozukluğu gibi ruhsal bozukluklarla birlikte görülebilmektedir.

Klinik olan ve olmayan gruplarda KZVD'nin incelendiği bir araştırmada, 927 yetişkin klinik olmayan grupta incelenmiştir. Katılımcıların %4'ü en az bir kez KZVD gösterdiğini belirtmiş ve erkek ve kadın katılımcıların KZVD gösterme oranları arasında farklılığa rastlanmamıştır. Klinik grupta katılımcıların %21'i KZVD davranışı gösterdiğini bildirmiştir. Yine bu grupta da cinsiyete ilişkin bir farklılık bulunmamıştır (Briere ve Gil, 1998).

Bresin ve Scoenleber (2015) klinik gruplarda ve genç yaşlarda olan kadınların erkeklere oranla daha fazla kendine zarar verdiğini bildirmişlerdir. Ancak KZVD'de kullanılan yöntemlerin cinsiyete göre farklılık gösterebildiğini belirtmişlerdir. Ayrıca

problem çözme ve sorunlarla baş etme becerisinin, zarar verici davranış gösterme sıklığını önemli ölçüde etkilediğini öne sürmüşlerdir.

Klinik gruplarla yapılan çalışmalar incelendiğinde, Van der Kolk ve diğerleri (1991), dört yıl boyunca kendine zarar veren 39 kadın 35 erkek hastayı incelemiştir. Bipolar bozukluk tanısı almış katılımcıların, %23'ünde sürekli devam eden zarar verici davranışlara rastlanmıştır. Çalışma sonucunda çocukluk travma yaşantıları ve cinsel istismarın KZVD'yi yordayan iki önemli değişken olduğu bulunmuştur. En yaygın KZVD yöntemi ise kendini kesme olarak bulunmuştur (%40).

İncelenen çalışmalarda KZVD'nin bazı ruhsal bozukluklara eşlik ettiği görülmüştür. Bu ruhsal bozukluklardan biri de yeme bozukluğudur. Yeme bozukluğu ile KZVD arasındaki ilişki pek çok çalışmaya konu olmuştur (Cucchi ve diğerleri, 2016; Favazza ve diğerleri, 1989; Pisetsky, Haynos, Lavender, Crow ve Peterson, 2017). Yeme bozukluğu tanısı alan 185 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların en az bir kez kendine zarar verme oranı %45 olarak bulunmuştur (Claes, Vandereycken ve Vertommen, 2006).

KZVD'nin pek çok ruhsal bozukluğa eşlik ettiği yapılan alanyazın taramasında görülmüştür. KZVD'nin bir belirti olarak eşlik ettiği ruhsal bozukluklardan herhangi birinin tanısını almış olan kişilerde, zarar verici davranışların görülme sıklığının yüksek olduğu görülmüştür. Birden fazla kez KZVD gösteren kişilerde, KZVD'nin eşlik ettiği bir bozukluğun varlığı olası olabilmektedir. KZVD'nin görülme sıklığı, kişinin içinde bulunduğu ruhsal durumun ve bir ruhsal bozukluğun habercisi olabilmektedir.

#### *2.2.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Travma Yaşantılarının Etkisi*

KZVD ile yakından ilişkili olan bir diğer değişken ise travmatik yaşantılardır. Gladstone ve diğerleri (2004) tarafından yapılan çalışmada, çocukluk dönemi travma yaşantılarının ileriki yıllarda bireylerin psikolojik sağlığını etkilediğini ve KZVD'yle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Araştırmaya göre KZVD üzerinde en büyük etkiye sahip olan travma türü, cinsel istismar olarak saptanmıştır.

Çocuk ve ergen yaş gruplarında travma-KZVD ilişkisi ilk kez Green (1967) tarafından fark edilmiştir. Daha sonra yapılan ilk kontrollü çalışmada Green, fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin %41'inin kendine zarar verdiğini bulmuştur. En



sık kullanılan yöntemlerin ise başını çarpma, ısırma, yakma ve kesme olduğu belirtilmiştir. Bu bulguların ardından, KZVD ve travma yaşantıları ilişkisini ergenlerde ve yetişkinlerde inceleyen çalışmalar yapılmıştır (Van der Kolk ve diğerleri, 1991; Zweig, Paris ve Guzder, 1994). Yapılan çalışmalarda travmaya maruz kalınan yaşın önemine dikkat çekilmiş, erken yaşta maruz kalınan travmanın kişiler için daha yıkıcı olduğu ve daha fazla KZVD'ye yol açtığı bulunmuştur. Çocukluk travma yaşantıları yüksek seviyede zarar verici davranış ve intihar girişimi ile ilişkilendirilmektedir.

Yıllar içinde yapılan birçok araştırma sonucunda KZVD ile çocukluk yaşantıları arasındaki yüksek ilişkiyi destekleyen bulgulara ulaşılmıştır (Briere ve Gil, 1998; Farber, 1997; Favazza ve Conterio, 1988; Levenkron, 1998, Muehlenkamp, 2005; Romans, Martin, Anderson, Herbison ve Mullen, 1995; Yip, Ngan ve Lam, 2003). Yapılan araştırmalar incelendiğinde, olumsuz çocukluk yaşantılarına sahip bireylerin, KZVD gösterme risklerinin daha yüksek olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Van der Kolk ve diğerleri, (1991) araştırmaları sonucunda, kendine zarar veren yetişkinlerin %79'unun çocukluk yaşantılarında travmaya maruz kaldıklarını bulmuşlardır.

Whitlock ve diğerleri (2006), 3069 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada katılımcılar arasında en azından bir kez kendine zarar verme oranını %17 olarak bulmuşlardır. KZVD yaşantısı olan öğrencilerin yarısından fazlasının (%53.3) çocukluk travma yaşantısı olduğu, en sık karşılaşılan travma türlerinin ise duygusal (%44) ve cinsel (%20) travma olduğu bulunmuştur.

Gladstone ve diğerleri (2004) tarafından çocukluk dönemi travma yaşantılarının araştırıldığı bir çalışmada, çocukluk dönemi istismar yaşantılarının ileriki yıllardaki psikolojik sağlığı etkilediği vurgulanmakla birlikte; KZVD üzerinde en çok etkili olan yaşantı, cinsel istismar olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun %80'inin acıdan kurtulma, %83'ünün kendini cezalandırma, %58'inin anılardan uzaklaşma, %71'inin öfkeden kurtulma, %77'sinin bastırılmış hislerden kurtulma, %75'inin gerilimi azaltma amacıyla kendilerine zarar verdikleri bulunmuştur.

Yapılan alanyazın taramasına göre, KZVD'nin risk faktörleri arasında çocukluk travma yaşantıları, travmatik deneyimler ve sorunlarla yetersiz başa çıkma becerisi yer almaktadır (Johnson, 2006). Üniversite öğrencilerinde KZVD risk faktörlerini araştıran Gratz ve diğerleri (2002), cinsel istismar, duygusal istismar ve çocukluk dönemi kayıplarını KZVD için risk faktörleri olarak bulmuşlardır.

Aile yaşantıları ile KZVD arasındaki ilişkiye dikkat çeken çalışmalar da mevcuttur. Tulloch, Blizzard ve Pinkus'un (1997) çalışmaları sonucunda, çatışmalı bir aile ortamında yetişen ve ebeveynleri ile zayıf ilişkisi bulunan bireylerin KZVD gösterme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalar aile temellerinin kişinin ileriki yaşantısında KZVD görülmesinde etkili olduğunu göstermektedir (Gratz, 2006).

Kelada, Haking ve Melvin (2016) KZVD'nin tedavi sürecinde, aile yaşantıları ve duygu ayarlama becerilerinin rolünü incelemişlerdir. Çalışmaya yaşları 12 ile 18 arasında değişen 272 ergen katılmıştır. Araştırma sonucunda zayıf aile bağları KZVD'yle ilişkili bulunmuştur. Kendini suçlama ve olayları sürekli gözden geçirme, KZVD ve zayıf aile ilişkileriyle yüksek ilişkili bulunmuştur. Ayrıca uyumlu duygu ayarlama becerileri, KZVD tedavi süreci ve aile ilişkilerinde aracı olarak bulunmuştur. Araştırmacılar aile temelli müdahale programları ve duygu ayarlama eğitimleriyle, KZVD'nin önlenebileceğini öne sürmüşlerdir.

Briere ve Gil (1998) klinik olan ve olmayan gruplar arasında KZVD'yi farklı değişkenler açısından incelemişlerdir. KZVD'nin klinik olmayan grupta %4 oranında, klinik grupta ise %21 oranında görüldüğü bulunmuştur. Kadın ve erkek katılımcıların KZVD oranları arasında bir fark bulunmamıştır. KZVD'nin en önemli yordayıcısı (%96) cinsel istismar olarak bulunmuştur. Kişilerin kendilerine zarar verme nedenlerini de araştırılan çalışmada, acı duygusunu sona erdirmeye, kendini cezalandırma, travmatik olayın yaşandığı anıdan uzaklaşma, öfkeden kurtulma, bastırılmış hislerden kurtulma ve yaşanan yüksek gerilimi azaltma, KZVD nedenleri olarak bulunmuştur.

Travma yaşantısının KZVD ile ilişkisi incelendiğinde, KZVD üzerinde en önemli etkiye sahip travma yaşantılarının istismar yaşantıları olduğu görülmüştür. Fiziksel ve cinsel travmanın KZVD için risk faktörleri olduğunu doğrulayan çok sayıda çalışma mevcuttur (D'Onofrio, 2007; Erdem, 2009; Matsumoto, Azekawa, Yamaguchi, Asami ve Iseki, 2004; Van der Kolk ve diğerleri, 1991; Whitlock ve diğerleri, 2006; Zoroğlu ve diğerleri, 2003). Ayrıca ihmal, sorunlu bir aile temeli ve güvensiz aile bağları, zarar verici davranışlar için risk faktörleri olarak bulunmuştur. Bununla beraber, uyumlu bir aile içinde yaşamak ve ebeveynlerin birlikte olması ve aileden destek görmek, koruyucu faktörler olarak bildirilmiştir (Klonsky ve Glenn, 2009; Laukkanen ve diğerleri, 2009).

Erken yaşta maruz kalınan istismar ve ihmal, çocuk üzerinde travmatik bir etki yaratmaktadır. Travma yaşamış kişilerin çoğu, geçmişte yaşadıkları travmayı andıran ya da yeniden canlandıran düşüncelere girmeye yatkın olabilmektedirler. Bu düşünceler beraberinde aşırı uyarılmışlık halini getirebilmekte ve birey bu duyguyu dengeleyebilmek için kendine zarar verici davranışlara yönelebilmektedir (Van der Kolk, 1989).

Türkiye’de yapılan çalışmalara bakıldığında Baral, Kora, Yüksel ve Sezgin (1998), aile içinde cinsel istismar yaşantısı olan 42 yetişkin kadınla çalışmışlardır. Katılımcıların %33’ünde KZVD saptanmıştır. Çalışma sonucunda en sık yaşanan KZVD, başını sert bir yere vurma olarak bulunmuştur. Ayrıca yeme bozuklukları ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki olduğu da çalışma sonuçlarından biridir.

Zoroğlu ve diğerleri, (2001) lise öğrencilerinde çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantıları, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi ve disosiyatif yaşantıları inceledikleri çalışmada, KZVD gösteren katılımcıların %20’sinin istismar türlerinden en az birine uğradıklarını belirtmişlerdir. İstismar türleri KZVD görülme sıklığına göre; ihmal (%16.5), duygusal (%15.8), fiziksel (%13.5) ve cinsel istismar (%10.7) olarak sıralanmıştır. Bu örnekte KZVD sıklığı %21.4 olarak bulunmuştur.

Saçarçelik, Türkcan, Güveli ve Yeşilbaş (2013) psikiyatri polikliniğine başvuran genç yetişkin ve ergen 300 kişinin KZVD ile çocukluk çağı travma yaşantıları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Katılımcıların %50’sinde KZVD, %57’sinin geçmişine çocukluk çağı istismar yaşantısı olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travma yaşantısı olan katılımcıların KZVD gösterme oranı ise çok yüksek (%71) olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda KZVD ile travma yaşantısı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Zoroğlu ve diğerlerinin (2001) çocukluk dönemi ihmal ve istismarın olası sonuçlarını inceledikleri çalışmada, KZVD görülen katılımcıların %21.4’ünün kendilerine zarar verdikleri belirtilmiştir. Kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamış, ancak KZVD yöntemleri arasında bazı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcılarda saç koparma davranışı yüksekken, erkeklerde kendine vurma daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca farklı ihmal ve istismar türlerine göre farklı sonuçlar ile karşılaşılmıştır. KZVD davranışı gösteren ergenlerin

%43'ünün fiziksel istismar, %45'inin cinsel istismar, %45'inin duygusal istismar ve %41'inin ihmal yaşantısı olduğu bulunmuştur.

Aydın, Özkan ve Altındağ'ın (2009) Diyarbakır'da yaptıkları araştırmaya yaşları 17 ile 32 arasında değişen 265 erkek 220 kadın öğrenci katılmıştır. Katılımcılara "Fiziksel ve Cinsel İstismar Ölçeği" uygulanmıştır. En yaygın görülen çocukluk travma yaşantısı, bakım verenden ayrılma (%46,1) ve bir şiddete tanık olma (%33,1) olarak bulunmuştur. KZVD oranlarında cinsiyetler arası bir fark görülmemiştir. Cinsel istismar yaşantısı olan katılımcıların, KZVD gösterme oranları daha yüksek bulunmuştur.

Çocukluk travma yaşantısı olan kişilerin KZVD gösterme nedenleri araştırıldığında, sekiz farklı etmen KZVD'yle ilişkili olarak bulunmuştur. Çocukluk çağı travması yaşayan ergenlerde KZVD nedenleri şu şekilde sıralanmıştır (akt: Aksoy ve Ögel, 2003) :

- Kendini cezalandırma: Yaşanılan olaydan kendini sorumlu hissetme ve kendini cezalandırma,
- Duygu ayarlamada yetersizlik: Yaşanılan olumsuz olayı hatırlatan durumlarla karşılaşınca ya da bu olayı hatırlayınca hissedilen yoğun duyguları yönetememe,
- Başa çıkmada yetersizlik: Kişinin sorunlarını çözmede yaşadığı zorluklar,
- Kontrolü sağlamak: Kendine zarar verme davranışlarının kişiyi kendi kontrolünde olması ve bu kontrolü elinde tutmak isteme,
- İntikam almak: Bu davranışları başkalarını incitmek ve onlardan intikam almak isteğiyle yapma,
- Hissizliği sona erdirmek: Kişinin hissizlik ve boşluk duygularını sona erdirmek istemesi,
- Öfkeyi ifade etmek: Öfke duygusunun dışavurumu olarak kendine zarar verme,
- Sembolleştirme: Unutmak istemedikleri şeyleri kendi vücuduna kazıma.

Alanyazın taraması incelendiğinde travma yaşantılarının yalnızca KZVD için değil, bir çok ruhsal bozukluk için bir risk faktörü olduğu görülmektedir. DSM-V'te travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar başlığı altında, travmatik olaya maruziyetin açık bir tanı kriteri olarak kullanıldığı beş bozukluk bulunmaktadır. Bunlar:

Tepkisel bağlanma bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, sınırsız toplumsal katılım bozukluğu, akut stres bozukluğu ve uyum bozukluklarıdır. Ayrıca travma yaşantıları anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluklar ve disosiyatif bozukluklar ile de ilişkili olarak görülmektedir (DSM-V, 2013). Travma yaşantıları, bu yaşantıya maruz kalan kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir.

### 2.2.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Duygu Ayarlama Becerileri

KZVD'yle ilişkili kavramlardan biri de duygu ayarlama becerisidir. Duygu ayarlama, bireyin bir hedefe ulaşmak için duygusal tepkilerini kontrol edebilme, anlayabilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme becerisidir. Bu beceri duyguları anlama, tanımlama ve duyguların düzeyleri üzerinde kontrol sahibi olmayı içerir (Wenar ve Kerig, 2005). Duygu ayarlama yeni bir duygunun başlatılması ya da var olan duygunun değiştirilmesini içerebilir (Ochsner ve diğerleri, 2009).

Duygu ayarlama kavramının pek çok tanımı yapılmıştır. Thompsan'a (1994) göre duygu ayarlama, bir amacı gerçekleştirmek üzere duygusal yaşantının yoğunluğu, niteliği ve süresindeki değişikliklerdir. Bireyin duygusal tepki ve yaşantısını anlama, değerlendirme ve değiştirmede kullanılan tepkilerdir. Koole (2009) en basit hali ile duygu ayarlamayı, insanların duygu durumlarını yönetmek için yaptıkları aktif çabalar olarak tanımlamaktadır.

Aslında duygu ayarlama becerisi, duyguların düzenlenmesinin yanında ayrı süreçler olarak da ele alınabilmektedir. Bu süreçler, otomatik ya da kontrollü olabilir, bilinçli ya da bilinç dışı gerçekleşebilir, duygu üretme sürecini bir ya da birkaç noktada etkileyebilir (Gross ve Thompson, 2007). Duygu ayarlama, yeni bir duygusal tepkinin başlatılmasını ya da devam eden duygusal tepkilerin değişmesini içerir.

Kapsamlı bir tanımda duygu ayarlama becerisi, olumlu ya da olumsuz tüm duygu durumlarının düzenlenmesini içerir (Koole, 2009). Gross'a göre (1998) duygu ayarlama becerisi, duygularımızı nasıl yaşadığımızı, bu duyguları nasıl ifade ettiğimizi ve nasıl etkilemeye çalıştığımızı ifade eder. Nihayetinde duygu ayarlamının temel amacı doğal olarak duygusal tepkileri değiştirmektir (Gross, 2002).

Duygu ayarlama becerisiyle ilgili yapılan çalışmalarda, bu süreci ve içeriği farklı şekillerde yorumlayan araştırmaların olduğu görülmektedir. Cole, Mihel ve Teti (1994), duygu ayarlamayı yetersiz (underregulation) ve aşırı (overregulation) olarak ikiye ayırmıştır. Yetersiz duygu ayarlama, davranışsal tepkiler ve dürtü kontrolünde yetersizlikle ilişkilidir. Aşırı düzenleme ise, kaygı bozuklukları ve depresyonla ilişkili bulunmuştur.

Gross ve Thompson'a (2007) göre duygu ayarlamasının üç temel özelliği vardır. İlk olarak insanlar olumlu ve/veya olumsuz duygularını yükselterek veya düşürerek ayarlayabilme becerisine sahiptir. İkinci olarak duygu ayarlama başlangıçta bilinçli olarak yapılırsa da, sonrasında bilinçli bir farkındalık olmadan ortaya çıkabilmektedir ve son olarak duygu ayarlama formlarının önceden iyi ya da kötü olacağı öngörülemez.

Duygu ve duygu ayarlama becerisi ilişkisi uzun zamandır araştırılan konulardan biridir. Duygu ayarlama sürecinde duyguların tanınması ve anlaşılması kadar duyguların nasıl yaşandığı ve nasıl ifade edildiği de önemlidir. Duyguların ifade ediliş ve yaşanış biçimi ise kişilerarası ilişkiler ve psikolojik iyilik halini önemli ölçüde etkilemektedir. Birey tarafından içinde olduğu duygu durumunun anlaşılması, yani duygunun tanınması ise duyguların ifade ediliş biçimlerini etkilemektedir. Birey, içinde bulunduğu duygu durumunu anlamlandıramadığı, dolayısı ile ifade edemediği durumlarda, kendine zarar verme davranışını gösterme riski artmaktadır.

Bireylerin yaşadıkları duygular ve bu duyguların yoğunluğu psikolojik iyi oluşlarını etkilemektedir. Mutsuzluk, yalnızlık ve öfke gibi yoğun ve sıklıkla hissedilen duyguların, ruhsal bozukluklardan biri olan depresyonun KZVD'yle ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Jacobson ve diğerleri, 2008; Nock ve Kessler, 2006). Olumsuz duyguları ifade etme ve bu duyguları yönetmede zorluk yaşayan bireylerin baş etme stratejilerinde de zorluk yaşadıkları görülmektedir. Gross (2002) duyguların ne zaman, nasıl yaşandığının, ne şekilde dışa vurulduğunun, olumlu ve olumsuz duyguların artması, azalması ve aynı düzeyde kalmasında önemli faktörler olduğunu belirtmektedir.

Duygu ayarlama becerisinde güçlüğü pek çok araştırmaya göre KZVD'de en sık karşılaşılan işlevsel bozukluklardandır (Hayes, Castonguay ve Goldfried, 1996; Jacopson ve Gould, 2007; Klonsky, 2009). DSM-V'te yer alan KZVD tanı ölçütleri incelendiğinde, B kriterinde bireyin olumsuz bir duygudan kurtulmak ve olumlu bir duygu yaratmak ölçütlerinin yer aldığı görülmektedir.

Gratz ve Roemer'in (2004) ABD'de yaşları 18 ile 55 arasında değişen 260 kız, 219 erkek üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada, duygu ayarlama becerisi ile KZVD arasında yüksek bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kız ve erkek öğrencilerin KZVD gösterme oranları arasında bir farklılık bulunmamıştır. Duygu ayarlama güçlüğ yaşayan bireylerin daha fazla kendini yaralama davranışı gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca Linehan (1993) duygu ayarlamanın KZVD'yi belirlerken temel belirtilerden biri olduğunu ifade etmiştir.

Favaro ve Santonastaso (1998) duyguları tanımlama ve fark etme konusunda yetersiz olan bireylerin KZVD gösterme sıklığının daha fazla olduğunu öne sürmüşlerdir. KZVD'de duygusal düzensizliklerin patolojik bir etmen olduğunu söyleyen Linehan'a (1993) ek olarak Gratz (2003) kendine zarar verici davranışların bir duygu ayarlama stratejisi olduğunu belirtmiştir. KZVD'yi bir duygu ayarlama stratejisi olarak ele alan çalışmaların sayısı artmaktadır (Gratz, Tull ve Levy, 2014; Gratz ve Roemer, 2008). Bu çalışmalara göre, KZVD olumsuz duyguları azaltmak ve/veya olumlu duyguları arttırmak amacıyla yapılmaktadır. Karşılaşılan en yaygın sebep ise bireylerin olumsuz duygularını azaltılması amacı ile bu davranışları sergilemeleridir.

KZVD'nin kısa vadede negatif duyguları azalttığını ileri süren çalışmalara göre, birey bu davranışları hissettiği negatif duygulardan, hissizlik halinden, öfkeden veya gerilimden kurtulmak için sergilemektedir (Nock ve Prinstein, 2004).

Kendine zarar verme davranışının duygularla ve acı veren yaşam durumlarıyla başa çıkmada bir yol olarak kullanıldığı varsayılmıştır (Ferencz, 2001). Leibenluft, Gardner ve Cowdry (1987, akt; Suyemoto, 1998) kendine zarar verme davranışının sadece duygusal acıdan değil aynı zamanda fiziksel bir acı hissetme gereksiniminden de kaynaklandığını öne sürmüşlerdir.

Kendine zarar veren 12-18 yaş arası 42 ergenle yapılan çalışmada (Nixon ve diğerleri, 2002), ergenlerin %79'unun yaşadıkları gerilimi azaltma amacıyla bu davranışları sergiledikleri bulunmuştur. Ayrıca ergenlerin öfke ve diğer olumsuz duygularını KZVD ile kontrol altına almaya çalıştıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Duyguların kişilerarası ilişkiler, davranışlar ve bireyin fizyolojik ve psikolojik durumu üzerindeki etkileri, duygu ayarlama becerisinin çalışılmasındaki önemli etmenlerdir. Chapman, Gratz ve Brown (2006) çalışmaları sonucunda, KZVD'nin duygusal yönetim, duygusal kaçış ve duygusal ayarlama eşlik ettiğini bulmuşlardır.

Araştırmacılara göre KZVD duygusal bir kaçınma davranışıdır. Yaşanılan duygu birey için anlaşılabilir olarak hissedildiği zaman, birey duygusunu yaşamaktan kaçınarak başka hisleri aramaktadır. Bu his, fiziksel bir acı olarak da karşımıza çıkabilmektedir.

Duygu ayarlamadaki başarısızlık çok sayıdaki psikopatoloji türünün belirgin özelliğidir (Gross, 2002). Duygu ya da duygu ayarlama ile ilgili sorunlar, DSM-IV'teki psikopatoloji tanı ölçütlerinin %75'inden daha fazlasını tanımlamaktadır (Duy ve Yıldız, 2014). Yapılan çalışmalar duygu ayarlama becerileri ile bireylerin KZVD gösterme olasılıkları arasında ilişki olduğunu göstermiştir (Jacobson ve diğerleri, 2008; Nock ve Kessler, 2006).

Heath ve diğerlerinin (2008) Kanada'da 728 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %11,8'inin kendine zarar verdikleri bulunmuştur. Öğrencilerde duygu ayarlama becerisini ölçmek için, "*Duygu Ayarlama Güçlükleri Ölçeği*"nden yararlanılmıştır. Duygu ayarlama güçlüğü yaşayan öğrencilerin KZVD'leri daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca araştırma sonucunda, duygu ayarlama becerisi KZVD için bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

Andrews, Martin, Hasking ve Page (2013), 41 okulda yaşları 12 ile 18 arasında değişen 1973 öğrenci bir çalışma yapmışlardır. KZVD gösteren öğrencilerin duygu ayarlama beceri düzeylerini ölçmek için "*Duygu Ayarlama Ölçeği*" kullanmışlardır. KZVD'nin sürmesinde zayıf duygu ayarlama becerilerinin etkili olduğu çalışmasının sonuçlarından biridir. Araştırmacılar etkili duygu ayarlama yöntemlerinin öğretimi ve erken müdahaleyle öğrencilerde KZVD'nin azaltılabileceğini öne sürmüşlerdir.

Genç yetişkin kadınlarla yapılan başka bir çalışmada ise, KZVD sırasında çok az ya da hiç acı hissetmediklerini ve KZVD'ye hissettikleri olumsuz duygulardan kurtulmak için ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Polk ve Liss, 2009). Başka çalışmalarda da yakın sonuçlar elde edilmiş; katılımcılar olumsuz duygularını düzenlemek amacıyla kendilerine zarar verdiklerini belirtmişlerdir (Hawton ve James, 2005; Klonsky, 2011; Motz, 2009).

Kendine zarar verme eylemine geçme düşünceleri genellikle kişi yalnız iken ve stres yaratan bir olaya karşı olumsuz hisler ve düşünceler içindeyken ortaya çıkabilmektedir. Bu davranışlar, kişilerin kendilerini sakinleştirme yöntemi olarak işlev görebilmektedir (Kakhnovets, Young, Purnell, Huebner ve Bishop, 2010; Klonsky ve Glenn, 2009; Muehlenkamp ve diğerleri, 2009; Nock, 2009; Whitlock ve diğerleri,



2006). Eylemin genellikle yalnızken gerçekleştirildiği öne sürülse de, ergenlerde aynı ortamda birlikte KZVD gösterdikleri de bildirilmiştir (Rissanen, Kylma ve Laukkanen, 2008).

KZVD risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, çevresel (travma yaşantıları) ve bireysel (duygu ayarlama becerisinde yetersizlik, ifadesizlik, hissizlik) faktörlere odaklanılmıştır. Çalışma sonunda duygu ayarlama güçlüğü, KZVD'nin en güçlü risk faktörü olarak bulunmuştur. (Gratz ve Chapman 2007; Gratz ve Roemer 2008).

Duygu ayarlama becerisi de aile yaşantıları ve sosyal çevreden etkilenebilmektedir. Özellikle çocuklar, duygu ayarlamayı sosyal olarak öğrenirler (Campos, Campos ve Barrett, 1989). Yapılan birçok araştırmaya göre, ergenlerin KZVD'yi bir duygu ayarlama stratejisi olarak kullandıkları bulunmuştur (Klonsky, 2007; Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl, 2005; Nock, Prinstein, ve Sterba, 2009; Victor, Glenn ve Klonsky, 2012; Zetterqvist, Lundh, Dahlstrom ve Svedin, 2013).

Çocukluk travma yaşantıları, bireylerin ruh sağlığı, kişiler arası ilişkiler, duygu ayarlama becerileri ve çevreye uyumunda önemli bir etkiye sahiptir. Yapılan çalışmalara göre, olumsuz aile deneyimi olan (ör: istismar-ihmal) veya duygusal dışavurumuna izin verilmeyen çocukların, zayıf duygu ayarlama becerilerine sahip oldukları bulunmuştur (Linehan, 1993; Nock, 2009). Endişe ve sıkıntı duygularını azaltmak için kullanılan duygu ayarlama stratejilerinde yetersiz olma ve strese başa çıkmada güçlük yaşama sonucunda KZVD göstermenin yüksek olasılıkta olduğu bulunmuştur. Ayrıca Fabes ve Eisenberg (1992) erken çocukluk döneminde duygu ayarlama becerisinde meydana gelen kusurlar sonucunda, davranış problemleri ve saldırganlığın ortaya çıkabileceğini söylemişlerdir.

Shields ve Cicchetti (1998) çalışmalarında travma yaşantısı olan çocukların, olmayanlara göre duygu ayarlama bozukluğu seviyesinin daha yüksek olduğunu ve saldırganlık davranışının da aynı yönde fazla olduğunu bulmuşlardır. Çocukluk travma geçmişi olan bireylerin duygu ayarlamama güçlüğü yaşadıkları pek çok çalışma sonucunda bulunmuştur (Shipman ve diğerleri, 2007; Wolfe, Scott, Wekerle ve Pittman, 2001).

Çocukluk travma yaşantılarının, bireyin psikolojik iyilik hali, kişiler arası ilişkileri, duygularını kontrol etme ve yönetmedeki becerileri ve çevresel uyumu üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (Wolfe ve diğerleri, 2001). Birey duygusal

dışavurumlarını uygun biçimde sergileyemediğinde, kişiler arası ilişkilerinde sorun yaşayabilmektedir. Bu durum kişilerin toplum ve kendi çevresi içindeki konumunu olumsuz etkilemekte, dolayısıyla kişiyi olumsuz biçimde etkilemektedir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtileri ile duygu ayarlama becerisi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada (Tull, Barrett, McMillian ve Roemer, 2007) bireylerin hissettikleri duyguları kabul etme ve anlamada güçlük çektikleri, negatif duyguları kontrol etmekte zorlandıkları ve etkili duygu ayarlama stratejilerini kullanamadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Briere, Hodges ve Godbout (2010) çalışmalarında benzer bir sonuç ile karşılaşmış, travma sonrası stres bozukluğu ile duygu ayarlama arasında yüksek bir ilişki bulmuşlardır.

Gore ve diğerlerinin (2011) oluşturdukları Duygu Düzenleme Modeli'ne göre, kişiler acı verici duygularla baş edebilmek ve duygu durumundaki dengeyi sağlayabilmek için kendine zarar verir. Kişi, hissettiği kaygı ve öfkeyi kendi başına dengeleyemediğinde, yüksek bir gerginlik hisseder. Yaşadığı durumla baş edemediğinde ve duygularını ifade edemediğinde kişi, KZVD'ye yönelebilmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalara incelendiğinde, Bilim (2012) travma yaşantılarının duygu ayarlama becerisi, kişilerarası iletişim ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Travma yaşantılarının yetişkinlikte duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu ve bireylerin iyilik halini önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur.

KZVD görülen bireylerin duygu ayarlama becerilerini inceleyen Karagöz (2010), çocukluk travma yaşantısı olan bireylerin duygularını kontrol etmekte güçlük çektiğini ve uyum problemleri olduğunu söylemiştir. Travma yaşantısı olan bireylerde kendine zarar verme riskinin daha fazla olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur.

Öfke, kaygı ve stres gibi duygular, ifade edilmediğinde ve sağlıklı olarak yaşanmadığında, kişi yüksek bir gerginlik hissi duymaya başlar. Hissettiği duyguları ayarlamakta güçlük çeken kişiler, hem kendileri ile hem de kişiler arası ilişkilerinde sorun yaşamaktadırlar. Yoğun ve süreğen duyguları kontrol edememenin, kendine zarar verme davranışlarının ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

### 2.2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Öfke Kontrol Biçimleri

Öfke, doğal ve evrensel bir duygudur. Olumsuz bir duygu olarak aklımıza gelse de, tıpkı kaygı gibi insanı bazı tehlikelerden koruyan, bireysel gelişimi zorlayan ve bireyi koruyucu bir duygudur. Kültürlerde öfkenin olumsuz olarak görülmesinin nedeni, ifade ediliş biçimi ve şiddetinin kişiden kişiye değişmesidir (Aydın, İmamoğlu ve Yukay, 2005).

Thomas (1993) öfkeyi, bir tahrik karşısında hissedilen yoğun hoşnutsuzluk olarak tanımlamaktadır. Biaggio'ya (1989) göre ise öfke, kişiyi tahrik eden ve/veya kışkırtan durum/araçları ortadan kaldırmaya yönelen bir duygudur. Öfke, kişinin bir engelle karşılaştığında, yoğun olarak hissettiği çaresizlik ve yetersizlikten kurtulmak amacıyla yaptığı, birçok farklı biçimlerde ortaya çıkabilen bir tepkidir (Doğan, Güler, Kelleci, 2001).

Öfkenin başta gelen nedenlerinden biri tehdit, diğeri ise engellenme düşüncesidir. Birey bu durumlar karşısında kendini güçsüz hisseder ve yaşadığı sorunu çözmeye girişimlerinde başarısız olursa ortaya sıkıntı duygusu çıkabilmektedir. Bu duygunun tepkisi olarak da öfke ile karşılaşılabilir (Ulutürk, 2006).

Alanyazın incelendiğinde, öfke ifade tarzlarının sınıflandırılmasının genellikle üç biçimde yapıldığı görülmektedir. İlk biçim içe yönelik öfkedir. İçe yönelik öfke tepkileri surat asma ve somurtma şeklinde olabilmektedir. İkinci öfke tarzı dışa yönelik öfkedir. Dışa yönelik öfke, kişinin hissettiği yoğun duyguyu davranışsal olarak ve yıkıcı bir şekilde ifade etmesidir. Hissedilen yoğun duygunun azaltılarak, rahatlanmasına yardımcı olmaktadır. Son öfke ifade tarzı ise öfkenin kontrol edilmesidir. Üç ifade tarzından en zor olanın bu olduğu düşünülmektedir. Duygu ani olarak ortaya çıktığından, şiddetini ayarlamak birey için güç olabilmektedir. Genel olarak, öfke kontrolü duygu yoğunluğunun dengelenmesi ve yapıcı bir biçimde ifade edilmesidir (Albayrak ve Kutlu, 2009).

Öfkeyi uygun şekilde ifade etme becerisine, öfke kontrolü denilmektedir. Öfke kontrolü, öfkenin saldırgan ve yıkıcı olmayan bir biçimde ifade edilmesidir. Öfkeyi

ifade ederken anlatılmak istenilenlerin ve ihtiyaçların net bir şekilde ifade edilmesi, öfke kontrolünün sağlanması için yapılması gerekenlerdir (Beyazaslan, 2012).

Öfkenin ifade ediliş şekli öfke kontrolünün ne derece yapılabildiğiyle ilişkilidir. Öfkenin nasıl ifade edileceği ise öğrenmeye dayalıdır. Bu sebeple farklı kültürlerde farklı öfke ifade ediliş biçimleri ile karşılaşmak mümkündür. Saldırganlık içeren ifade biçimleri yerine sağlıklı ve var olan problemi çözmeye yönelik ifade biçimlerinin öğrenilmesi ve kullanılması, öfke kontrolünü sağlamada yardımcı olacaktır (Balkaya ve Şahin, 2003). Sosyal öğrenme kuramına göre, öfke ifade biçimleri taklit ve rol olma yolu ile öğrenilir. Duygu ifade biçimleri ilk olarak aile içinde, ardından da sosyal çevremizden öğrenilir (Kısaç, 1997).

Gentry'ye (2000) göre, öfkenin ifade biçimi bireyin yaşamı pek çok açıdan etkileyebilmektedir. Bunlar: Fiziksel, psikolojik ve duygusal olabilir. Sağlıksız bir biçimde yaşanan ve ifade edilen öfke duygusu, bireyin sosyal yaşamında yıkıcı etkilere sebep olabilmektedir. Ayrıca fiziksel açıdan da olumsuz sonuçlar doğurabilir. Özellikle içe yönelik öfkenin, KZVD'nin ortaya çıkmasında önemli bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalara göre, KZVD gösteren kişilerde yüksek kişiler-arası ve kendine yönelik öfke görülmektedir (Guertin, Lloyd- Richardson, Spirito, Donaldson ve Boergers, 2001; Ross and Heath, 2002). Kişinin kendine yönelik duyduğu öfke, kendini cezalandırma şeklinde davranışa dönüşebilmektedir. Kendini cezalandırma en yaygın görülen KZVD sebeplerinden biridir (Klonsky, 2007).

Shapiro (2008) KZVD'nin kızlarda daha yaygın olduğunu söyleyen çalışmaların sebebini, öfke ifade ve dışavurumunun erkeklerde doğal karşılanırken kızlarda hoş karşılanmaması olduğunu ileri sürmüştür. Kişinin kendine yönlendirdiği bastırılmış öfkesiyle zarar verici davranışlara yöneldiğini, bu davranışları bir rahatlama aracı olarak kullandığını belirtmiştir.

Öfke duygusunun sağlıklı olarak yaşanıp, yönetilebilmesi yani kontrol edilebilmesi için öncelikle öfkenin kabul edilmesi, nedenlerinin anlaşılması ve doğru biçimde ifade edilme yollarının öğrenilerek içselleştirilmesi gereklidir. Kişiler öfke duygusunu sağlıklı biçimde yaşayamadığında, bu duyguyu ifade etmek için farklı yollar arayabilmektedir. Bu alternatif yollar bireyin duygusal ihtiyaçlarını gideremediği zamanlarda, ifade biçimi davranışsal-tepkisel olarak da ortaya çıkabilmektedir. DSM-

V'in KZVD tanı ölçütlerinin C kriterinde, bireyin kendine zarar vermeden hemen önce öfke duygusunu yaşayabildiği belirtilmiştir. KZVD'nin, ifade edilemeyen öfke, tedirginlik veya acıyı ifade etme ihtiyacından doğduğunu söyleyen Suyemoto (1998), KZVD'nin bir diğer işlevinin intihardan kaçınma olduğunu söylemiştir. Birey duygu durumunu yönetemediği zaman öfkesini kendine yöneltmekte, intihardan kaçınmak için kendine zarar verebilmektedir.

Öfkeyi kontrol edebilmenin ilk adımı bu duyguyu kabul etmektir. Kişi hangi duyguyu yaşadığını bilir ve bunu kabul ederse sebebini bulmak ve sorunu çözmek daha kolay olacaktır. Öfkenin kaynağı bulduktan sonra kişinin neden öfkeli olduğunu anlaması gerekmektedir. Bu aşama kolay olmasa da öfke kontrolünü sağlamada yardımcıdır. Son olarak birey öfkesiyle gerçekçi bir biçimde mücadele ederek öfke kontrolünü sağlayabilir (Baltaş ve Baltaş, 2005). KZVD gösteren bireyin amacı genellikle bu duygudan kurtulmaktır. Bu sebeple duygunun kaynağını bulmak yerine, farklı bir duygu hissetmek amacıyla (acı) kişi zarar verici davranışı gerçekleştirebilmektedir.

Öfke duygusunun kişi tarafından anlaşılması ve yaşanması kültürel olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Kişilerin öfkesini yansıtmasına ve yaşamasına izin verilmeyen toplumlarda, kişi yaşadığı duyguyu adlandıramadığından uygun bir biçimde bu duyguyu yaşayamamakta, dolayısı ile uygun bir şekilde ifade edememektedir. Bunun sonucunda birey uygun şekilde yaşayamadığı bu duyguyu kontrol etmeyi öğrenememektedir. Öfke, diğer tüm duygularımız gibi doğal bir duygu olduğundan bu duyguyu öncelikli olarak kabul etmeli ve anlamalıyız (Ulutürk, 2006).

Öfke kontrol biçimlerinin cinsiyete göre değişiklik gösterebileceğini söyleyen araştırmalar mevcuttur. Lerner (1996) ve Sharkin (1993)'e göre, erkekler kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade etmektedir. Kadınların ifade biçimi ise daha dolaylı olabilmektedir.

Yapılan alanyazın taramasında, öfke kontrol biçimlerinin KZVD'deki işlevini ve yerini araştıran çalışmalara rastlanmıştır. Ergenlerde KZVD nedenleri inceleyen bir çalışmada, yaş ortalaması 15 olan 236 kız ve 188 erkek öğrenciyle çalışılmıştır. Öğrencilerin öfke oranlarını ölçmek için "Öfke Rahatsızlığı Ölçeği" (Anger Discomfort Scale, Sharkin ve Gelso, 1991) kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, öfke kontrolü olmayan kız ve erkeklerde KZVD daha yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca öfke

kontrolü zayıf olan ve KZVD gösterenler arasında cinsiyet farkı görülmemiştir. Çalışmada en yaygın görülen KZVD sebebi (Katılımcıların %50'sinden fazlasında) kendine yönelik öfke ve yalnızlık hissi olarak bulunmuştur (Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl, 2005). Ayrıca Hawton ve James (2005) ergenlerde KZVD'nin tedavi ve müdahale yöntemi olarak, uygun öfke kontrol biçimlerinin öğretilmesini önermişlerdir.

Yetişkinler ile yapılan çalışmalarda, aile içinde duyguların paylaşılması ve duygu ifadelerine izin verilmesi, zarar verici davranışlar ile ilişkili bulunmuştur. Öfkenin ifade edilmesinin yasaklandığı, dolayısı ile olumsuz duyguların ifade edilmesinde güçlük yaşanan ailelerde, zarar verici davranışların görülebileceği söylenmiştir (Carroll, Shaffer, Spensley ve Abramowitz, 1980; Favazza ve Conterio, 1989).

Çocukluk travma yaşantıları, kişilerin problem çözme ve sorunlarla baş etme becerilerini etkilemektedir. Yetersiz başa çıkma tarzları, öfke kontrol güçlüğüne sebep olan faktörlerden biri olarak görülmektedir. Bu durum kişinin tüm yaşam dönemlerinde devam edebilmekte, kişinin kendisine ve çevresine zarar verici olabilmektedir.

Chapman ve diğerleri (2004) tekrarlı KZVD gösteren kadınlar ile yaptığı çalışmada, öfkenin (%45) bu davranışlardan hemen önce hissedilen en yoğun duygu olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında, ergenlerin öfke ifade biçimleri ile KZVD arasındaki ilişkiyi inceleyen Aydın (2014), öfke belirti puanları yüksek olan, diğerlerine, kendisine ve dünyaya yönelik öfke düşünce puanları yüksek olan ve eleştirilme puanı yüksek olan ergenlerin daha sık kendine zarar verdiğini bulmuştur.

Ankay'a (1992) göre, öfke ifade biçimleri bireysel değişiklikler gösterebilmektedir. Kendine zarar verme, yemek yememe, zarar verici madde kullanma vb. davranışlarla kişiler, kendilerine ya da başkalarına olan öfkelerini ifade edebilmektedirler. Bu davranışlar yaş ve cinsiyete göre değişiklik gösterebilmektedir.

Türkiye'de KZVD ve öfke ilişkisini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalar KZVD ve öfke ilişkisinin önemini bize göstermektedir. Öfke duygusu özellikle kişinin kendisine olduğunda, sorunla baş etme ve problem çözmede yetersiz kalan kişi kendine zarar vermeye yönelebilmektedir. Öfke kontrol biçimleri ve öfkenin ifade tarzlarının KZVD'deki etkisinin bilinmesinin, tedavi ve müdahale yöntemlerinin geliştirilmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

### 2.3. Türkiye’de Yapılan Araştırmalar

Türkiye’de KZVD’yi inceleyen çalışmalar incelendiğine, Öksüz ve Malhan’ın (2005) Ankara’da bir üniversitede yaptıkları çalışmaya yaş ortalaması 21 olan 313 erkek 327 kız öğrenci katılmıştır. Katılımcıların KZVD gösterme oranı %4.9 olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda erkek öğrencilerde %8.5, kız öğrencilerde %2.7 oranında KZVD saptanmıştır. Yaş ve sınıf düzeylerine göre KZVD oranlarında farklılık olduğu görölmüştür. Çalışma sonucunda kendini yaralama davranışı stres ve kaygı ile doğrudan ilişkili olarak bulunmuştur. Ayrıca araştırmacılar, KZVD’nin geçmiş yıllara göre arttığını, bunun sebeplerinden birinin de kişilerin toplum içindeki statülerinin eşit olmamasından kaynaklı stres ile baş edememeleri olduğunu öne sürmüşlerdir.

Türkiye’de yapılan bir diğer araştırmada kendine zarar verme davranışının 16-20 yaş arasında başladığı bulunmuştur (Tarlacı, Yeşilbursa, Türkcan, Saatçioğlu ve Yaman, 1997). Kendine zarar verme davranışlarının diğer ölkelerde yapılan çalışmalarda da ergenlik döneminde başladığı önceki araştırmalarda görölmüştür. KZVD’nin başlangıç yaşının ve davranış biçimlerinin kültürel ögelere bağlı olarak değiştiği bilinmektedir.

Toprak ve diğerleri (2011) tarafından üniversite örneklemi ile yapılan araştırmaya yaşları 16 ile 22 arasında değişen 293 erkek, 343 kız öğrenci katılmıştır. Araştırma sonucunda erkeklerde %23.9, kızlarda %11.4 oranında KZVD saptanmıştır. KZVD’nin erkek öğrencilerde daha yaygın olmasının sebebi olarak araştırmacılar, Türkiye’de bazı eğitim seviyesi ve gelir düzeyi düşük bölgelerde KZVD’nin kabul gören hatta desteklenen davranışlar olmasını öne sürmüşlerdir.

Demirel ve Canat (2004), Ankara’da beş farklı okulda kendini yaralama davranışlarını incelemişlerdir. Çalışmaya 164 öğrenci katılmıştır. KZVD gösteren ergenlerin yaşam doyumunun daha düşük, depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur. Bu ergenlerde intihar düşüncesinin de daha yaygın olduğu, dolayısıyla intihar açısından risk grubunda oldukları belirtilmiştir.

Zoroğlu ve diğerlerinin (2003) Türkiye’deki lise öğrencilerinde KZVD ve intihar girişimlerini inceledikleri çalışmaya, yaş ortalaması 15 olan 326 erkek, 513 kız öğrenci katılmıştır. Katılımcılarda KZVD’yi ölçmek için araştırmacıların geliştirdiği bir ölçek kullanılmıştır. Araştırma sonucunda kız öğrencilerin %21.4, erkek öğrencilerde

%21.5'inde KZVD görüldüğü bulunmuştur. Kız ve erkek öğrencilerin KZVD oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Lüleci (2007), 1258 lise öğrencisi ile yaptığı araştırmada katılımcıların yarısından çoğunun kendini en az bir kez yaraladığını, en sık görülen KZVD'nin kendini sert yere vurma, derisini çizme ve kazıma olduğunu belirtmiştir. Araştırmada KZVD başlangıç yaşı en düşük 6 en yüksek 16 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %71'inin 10-14 yaşları arasında zarar verici davranışlara başladıkları belirlenmiştir. Ayrıca çalışma sonuçlarına göre yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki ergenlerde kendini yaralama davranışının daha sık görüldüğü, sürekli öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu ve öfke kontrolünde zorluk yaşadıkları bulunmuştur.

Toprak ve diğerlerinin (2011) 636 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada, KZVD görülme oranı %15.4 olarak saptanmıştır. Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan diğer araştırmada bu oran %8 (Öksüz ve Malhan, 2005) olarak bulunmuştur. Araştırmada çıkan oranın önceki oranlardan yüksek bulunması ve yüksek KZVD görülen ülkelerdeki (Hypes, 2010, ABD, %29; Sarno ve diğerleri, 2010, İtalya, %21,) oranlara yakın olması, KZVD'nin Türkiye'deki gençler arasında artmakta olduğu söylenebilir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2008 "İntihar ve Kendini Yaralama İstatistiklerine" göre 20-29 yaş arasındaki kişilerin en yüksek KZVD oranlarını gösterdikleri bulunmuştur. Ayrıca TÜİK'in 1999-2016 yılları arasında intihar ve kendini yaralama başlığı altında ele alınan ölüm nedeni istatistiklerinde, erkeklerin kadınlardan daha fazla intihar davranışı ve KZVD gösterdikleri görülmektedir. Bu istatistik sonuçları incelenirken, erkek ve kadınların zarar verici davranışlarını rapor etme oranları göz önüne alınmalıdır.

KZVD'yle ilgili yapılan birçok çalışma yabancı kaynaklı olsa da, Türkiye'de de ilgili çalışmaların sayısı artmaktadır. Türkiye'de KZVD'nin görülme oranlarının artmasıyla birlikte, bu alanda bilgi sahibi rehber öğretmen, psikolog ve psikolojik danışmanlara ihtiyaç artmaktadır.



## 2.4. Kendine Zarar Verme Davranışlarında Risk Faktörleri

KZVD için tanımlanan risk faktörleri arasında, dürtüsellik (Simeon ve Favazza, 2001), ana-babaya güvensiz bağlanma (Gratz ve diğerleri, 2002) ve çocukluk travma yaşantıları (Weiderman ve diğerleri, 1999) olduğu yapılan çalışmalarda bulunmuştur.

Levenkron (2006) ise KZVD'yi ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ebeveynlerin çocuklarına davranış biçimleri açısından incelemiştir.

Disosiyatif olan: Ailesinin zalimce davranışlarına maruz kalan, ailesinden ve kedinden kopuk çocukların disosiyatif kendine zarar verme davranışlarının görüleceğini ifade eder.

Disosiyatif olmayan: Ailesinden yeterli destek, sıcaklık ve dikkati alamadığını hisseden, olumsuz hislerini ifade etme konusunda kendini güvensiz hisseden ve bu hislerin ailesine zarar vereceğine ve onları ayıracağına inanan çocuklarda disosiyatif olmayan kendine zarar verme davranışlarının görüleceğini ifade eder.

Ryan, Heath, Fischer ve Young (2008) yaptıkları çalışmada, kendine zarar veren bireylerin genel olarak altı temel karakteristik özelliği olduğunu belirlemiştir. Bunlar; Bireyin istismar ya da ihmal geçmişi, yeme bozukluğu ya da olası zararlı madde kullanımı, sorunlarla başa çıkmada sorun yaşama, olumsuz benlik imajı, sınırlı iletişim beceriler ve yüksek kaygı- öfkedir.

Martinson (1998) ise kişileri KZVD'ye yönelten sebepleri üç kategori altında ele almıştır. Duygu ayarlama bu sebeplerin ilkidir. Kişi duygu ayarlama becerilerini uygun şekilde kullanamadığında, hissedilen duyguyla başa çıkamamaktadır. İkinci sebep iletişimidir. Kişi çevresiyle iletişim kurmakta zorlanabilmekte, kendine zarar vermeyi bir çözüm yolu olarak görebilmektedir. Son sebep ise kişinin kendini/durumu kontrol etme isteği ve kendini cezalandırmasıdır. Özellikle travma geçmişi olan kişiler, yoğun olarak hissedilen acıyı azaltmak ya da kontrol etmek amacıyla kendilerine zarar verebilmektedirler.

KZVD'nin risk faktörleri incelendiğinde, aile ve çocukluk yaşantılarının kritik etkiye sahip olduğu görülmektedir. Çocuklukta yaşanmış ve travmatik bir etkiye sahip yaşantılar, kişiyi tüm yaşamı boyunca etkileyebilmektedir. Ayrıca çevresiyle iletişim

kurmakta zorlanma, yaşadığı duyguları ayarlamakta güçlük çekme ve içinde bulunduğu olumsuz durumlarla başa çıkmakta zorlanma gibi etmenlerin, KZVD için risk faktörleri olduğunu söylemek mümkündür.



## BÖLÜM 3

### YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın amacı doğrultusunda ilişkisel araştırma modeli içinde yer alan yordayıcı korelasyon araştırması kullanılmıştır. Yordayıcı korelasyonel araştırmalarda, bir değişkenin bilinen bir değerinden yola çıkarak diğer bir değişkenin bilinmeyen değeri belirlenmeye çalışılır. Bu değişkenlerden yordama işlemi yapılacak değeri bilinen değişkene yordayıcı değişken, değeri belirlenecek değişkene ise ölçüt değişken denir. İki değişken arasındaki ilişki ne kadar yüksekse bu belirlemenin o kadar doğru yapılabileceğinden söz edilebilir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2008). Bu çalışmanın yordayıcı değişkenleri travma yaşantılarının etkisi, duygu ayarlama becerisi ve öfke kontrol biçimleridir. Ölçüt değişken ise kendine zarar verme davranışıdır.

Korelasyon araştırma, bazı ilişki türü ya da türlerinin ne dereceye kadar var olduğunu bulmaya çalışır. Bu yaklaşım, istenen verinin toplanması için gerekli olan araçların uygulanması dışında, araştırmacının herhangi bir şekilde yönlendirme ya da müdahale yapmamasını gerektirir. Genel anlamda, kişi, doğal olarak ortaya çıkan olgular arasında var olabilecek ilişkileri bulmak ve tanımlamak için, hiçbir şekilde bu olgular değiştirmeye çalışmadan, araştırmayı yürütür. Değişkenler arası ilişkileri anlamaya yönelik keşfedici korelasyonel araştırma ya da bir veya daha çok bağımsız değişkene dayalı olarak bağımlı değişkendeki değişimleri açıklamaya yönelik yordayıcı korelasyonel araştırmalar olmak üzere iki türü vardır (Büyüköztürk ve diğerleri, 2008).

Bekdemir ve Başbüyük (2011) yordayıcı korelasyonel araştırma desenini, iki değişken ilişkili olduğunda, bir değişkenin diğer değişken ile değiştiğini ve bir

değişkenin diğerine ilişkin bilgi taşıdığını ifade eder. Diğer bir deyişle iki değişken arasındaki ilişki ne kadar yüksekse, bilinmeyen değer tahmin edilmesi bir o kadar doğru yapılabileceğinden bahseder.

Bu araştırmada, üniversite öğrencilerinin KZVD'leri ile belirlenen değişkenler arasındaki ilişki incelenerek, bu değişkenlerin öğrencilerin KZVD'lerini ne derece yordadığı ile ilgili bilgi elde edilmek istendiği için yordayıcı korelasyon araştırma modeli kullanılmıştır.

### **3.2. Çalışma Grubu**

Araştırmanın çalışma grubunu, 2016–2017 eğitim-öğretim yılında Başkent Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi'nin Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık (RPD), Okul Öncesi Öğretmenliği (ECE), Matematik Öğretmenliği (MATE), Sınıf Öğretmenliği (SNF) ve İngilizce Öğretmenliği (İNG) 1., 2., 3. ve 4. Sınıf lisans programlarında öğrenim gören 564 (492 kız, 72 erkek) öğrenci oluşturmuştur. Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin demografik özelliklerine ait betimsel istatistikler Çizelge 3'de sunulmuştur.

Çizelge 3.

*Çalışma Grubunu Oluşturan Öğrencilerin Demografik Değişkenlerine İlişkin Frekans Dağılımları*

<b>Değişken</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	492	87.2
Erkek	72	12.8
<b>Yaş</b>		
18	49	8.7
19	121	21.4
20	108	19.1
21	89	15.8
22	88	15.6
23	53	9.4
24	29	5.1
25	27	4.8
<b>Öğrenim Görülen Bölüm</b>		
RPD	108	19.1
ECE	92	16.3
MATE	53	9.4
SNF	110	19.5
TÖR	114	20.2
İNG	87	15.4
<b>Sınıf Düzeyi</b>		
1	182	32.3
2	177	31.4
3	109	19.3
4	96	17.0
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	7	1.2
Okur-yazar	3	.5
İlkokul mezunu	108	19.1
Ortaokul mezunu	89	15.8
Lise mezunu	207	36.7
Üniversite mezunu	140	24.8
Diğer	5	.9
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	3	.5
Okur-yazar	1	.2
İlkokul mezunu	57	10.1
Ortaokul mezunu	78	13.8
Lise mezunu	173	30.7
Üniversite mezunu	239	42.2
Diğer	7	1.2
<b>Toplam</b>	<b>564</b>	<b>100.0</b>

\*RPD: Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, ECE: Okul Öncesi Öğretmenliği, MATE: Matematik Öğretmenliği, SNF: Sınıf Öğretmenliği, İNG: İngilizce Öğretmenliği.

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, toplam 564 kişiden 492'sinin (%87.2) kız, 72'sinin (%12.8) erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, 49'unun (%8.7) 18 yaşında, 214'ünün (%21.4) 19 yaşında, 108'inin (%19.1) 20 yaşında, 89'unun (%15.8) 21 yaşında, 88'inin (%15.6) 22 yaşında, 53'ünün (%9.4) 23 yaşında, 23'ünün (%5.1) 24 yaşında ve 27'sinin (%4.8) 25 yaşında olduğu görülmektedir. Öğrenim görülen bölüme göre öğrenci dağılımları incelendiğinde, toplam 564 kişiden 108'inin (%19.1) Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık programında, 92'sinin (%16.3) Okul Öncesi Öğretmenliği programında, 53'ünün (%9.4) Matematik Öğretmenliği programında, 110'unun (%20.2) Sınıf Öğretmenliği programında, 114'ünün (%20.2) Türkçe Öğretmenliği programında, 87'sinin (15.4) İngilizce Öğretmenliği programında öğrenim gördüğü görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıf düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde, 182'sinin (%32.3) 1. sınıf, 177'sinin (%31.4) 2. sınıf, 109'unun (%19.3) 3. sınıf, 96'sinin de (%17.0) ise 4. sınıf olduğu görülmektedir.

Annenin eğitim durumuna göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların annelerinin 7'sinin (%1.2) okur-yazar olmadığı, 3'ünün (%.5) okur-yazar, 108'inin (%19.1) ilkokul mezunu, 89'unun (%15.8) ortaokul mezunu, 207'sinin (%36.7) lise mezunu, 140'ının (24.8) üniversite mezunu ve 5'inin de (%.9) yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Babanın eğitim durumuna göre dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların babalarının 3'ünün (%.5) okur-yazar olmayan, 1'inin (%.2) okur-yazar, 57'sinin (%10.1) ilkokul mezunu, 78'inin (%13.8) ortaokul mezunu, 173'ünün (%30.7) lise mezunu, 239'unun (42.4) üniversite mezunu ve 7'sinin de (%.1.2) yüksek lisans mezunu olduğu bulunmuştur.

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak; katılımcıların demografik bilgilerini belirlemek amacıyla “Demografik Bilgi Formu”, katılımcıların kendine zarar verme davranışı puanlarının belirlenmesi amacıyla geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Kendine “Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri” (KZVDDE), duyguyu ayarlama becerilerini değerlendirmek amacıyla “Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği”

(DDGÖ), katılımcıların öfke kontrol biçimlerini belirlemek amacıyla “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği” (SÖÖTÖ) ve travma yaşantılarının etkisini değerlendirmek amacıyla “Olayların Etkisi Ölçeği” (IES-R) kullanılmıştır. Bu ölçeklere ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır:

*3.3.1. Kişisel Bilgi Formu:* Katılımcıların yaş, cinsiyet ve sınıf düzeyi, anne-baba eğitim durumu gibi demografik özelliklerine ilişkin bilgiler kişisel bilgi formu aracılığıyla elde edilmiştir.

*3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE):* Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilen Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri Envanteri “Davranışlar” ve “İşlevler” olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Envanterin “Davranışlar” bölümünde, kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan 12 kendine zarar verme davranışının yaşam boyu sıklığı değerlendirilmektedir. Bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özellikleri ise beş farklı soru ile yine birinci bölümde tanımlanmaktadır. İlk bölümde bir ya da birden fazla sayıda KZVD belirten katılımcılar ikinci bölüm olan “İşlevler” bölümü maddelerini yanıtlamaya yönlendirilmektedir. İşlevler bölümü, Otonom ve Sosyal İşlevler olmak üzere iki alt boyut ve 39 maddeden oluşmaktadır. Otonom İşlevler, duygu ayarlama, intiharı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi engelleme olmak üzere beş alt boyuttan oluşurken; Sosyal İşlevler, kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik ve kendiyle ilgilenme olmak üzere sekiz alt boyuttan oluşmaktadır.

Orijinal ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Klonsky ve Olino (2008) tarafından 815 kolej öğrencisinden oluşan örneklem içinde KZVD olan 205 kişide yapılmıştır. Yapı geçerliğini incelemek için yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin iki faktörden oluştuğu ve bu iki faktörün toplam varyansın %61’ini açıkladığı görülmüştür. Ayrıca KZVD toplam puanı ile McLean Borderline Tarama Envanteri (Zanarini ve diğerleri, 2003) arasındaki ilişkiye (intihar maddesi dışlanarak) bakılmış (korelasyon analizleri ile) ve  $r = 0,37$  düzeyinde ilişki bulunmuştur (intihar-KZVD maddesi ile  $r = 0,45$  düzeyinde). Ölçek güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Analiz sonucunda Davranışlar alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı .71, İşlevler için, Sosyal İşlevler’de .88 ve Otonom İşlevler için .87 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirligi ise .85 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türk kültürüne uyarlama çalışması Bildik ve arkadaşları (2013) tarafından 779 lise öğrencisi ile yapılmıştır. Yapı geçerliğini incelemek amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda özgün envantere bulunan iki faktörlü yapının doğrulandığı görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum iyiliği indeksi değerleri  $c^2=243$ ;  $ss=9$ ;  $NCI (c^2/sd)=4$ ;  $RMSEA=0,08$ ;  $CFI=0,97$ ;  $NFI=0,97$  şeklinde bulunmuştur. Uyum geçerliği analizinde ise, KZVDDE ile İntihar Olasılığı Ölçeği (Cull ve Gill, 1988) ve Kısa Semptom Envanteri (Derogatis, 1992) arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda iç tutarlık katsayıları, envanterin tümü için .93, Otonom İşlevler için .81 ve Sosyal İşlevler için .86 olarak bulunmuştur. Yapılan güvenirlik analizlerinde Davranışlar bölümü için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .79, Otonom İşlevler için elde edilen iç tutarlılık katsayısı .81 ve Sosyal İşlevler içine elde edilen iç tutarlılık katsayısı .86 olarak bulunmuştur. Ayrıca yapılan test-tekrar test güvenirliği .64 olarak bulunmuştur.

*3.3.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ):* Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, duygu ayarlamadaki güçlükleri ölçmek için Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiştir. 36 maddeden oluşan ölçek, duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması (farkındalık), duygusal tepkilerin anlaşılmasında (açıklık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi (kabul etmeme), etkili olarak algılanan duygu ayarlama stratejilerine sınırlı erişim (stratejiler), olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama (dürtü), olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama (amaçlar) olmak üzere altı alt boyutu kapsamaktadır. Orijinal ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 357 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek amacıyla yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, altı alt boyutun ölçeğe ait toplam varyansın %55'ini açıkladığı görülmüştür. Ölçek güvenirliğini belirlemek amacıyla Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Analiz sonucunda, ölçeğin tümü için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları .93 olarak bulunurken, ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları Kabul Etmeme alt boyutu için .85, Amaçlar alt boyutu için .89, Dürtü alt boyutu için .86, Farkındalık alt boyutu için .80, Stratejiler alt boyutu için .88 ve Açıklık alt boyutu için .84 olarak bulunmuştur. Ayrıca yapılan test-tekrar test güvenirliği .88 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından yapılmıştır. Çalışma 338 üniversite öğrencisi ile



gerçekleştirilmiştir. Yapı geçerliğini incelemek amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda özgün envantere bulunan altı faktörlü yapının doğrulandığı görülmüştür. Bu altı faktörün toplam varyansın %62'sini açıkladığı bulunmuştur. Ölçeğin uyum geçerliği analizinde, ölçeğin toplam puanı ile Kısa Semptom Evanteri (Derogatis, 1992) toplam puanı arasındaki korelasyon katsayısına bakılmıştır; bu katsayının .34 ile .58 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışmasında, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ölçeğin tümü için .94 olarak hesaplanmıştır. Duygu düzenleme gücünün alt boyutları için bulunan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları Açıklık alt boyutu için .82, Amaçlar alt boyutu için .90, Dürtü alt boyutu için .90, Kabul Etmeme alt boyutu için .83, Stratejiler alt boyutu için .89 ve Farkındalık alt boyutu için .75 olarak bulunmuştur. Ayrıca test-tekrar test güvenilirliği .83 olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen veriler toplam puan üzerinden hesaplanmaktadır.

*3.3.4.Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ):* Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği iki aşamada oluşturulmuştur. İlk olarak Sürekli öfke Ölçeği Spielberger ve diğerleri (1983) tarafından geliştirilmiştir. İkinci olarak ise Öfke Tarz Ölçeği Spielberger ve diğerleri (1985) tarafından geliştirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması 714 üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini belirleyebilmek için 'varimaks' eksen döndürme yöntemine göre temel bileşenler faktör analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda belirlenen üç faktörün eigen değerleri öfke-kontrol için 6.22, öfke-dışa için 3.20 ve öfke-içte için 1.72 olarak bulunmuştur. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin tümü için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları sürekli öfke için .67-.82 arasında, öfke kontrol alt boyutu için .85, öfke dışa-alt boyutu için .76, öfke-içte alt boyutu için .74 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması çalışmaları Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 34 maddeden oluşmakta olup, sürekli öfke, öfke-kontrol, öfke-dışa ve öfke-içte adı verilen toplam dört alt ölçek bulunmaktadır. Araştırma 52 üniversite öğrencisi, 166 lise öğrencisi ve 78 yetişkin ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğini belirleyebilmek için 'varimaks' eksen döndürme yöntemine göre temel bileşenler faktör analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda üç faktör belirlenmiştir: a)öfke-kontrol, b)öfke-dış ve öfke-içte. Ölçeğin uyum geçerliliği için, ölçeğin alt ölçeklerinin toplam puanları ile yine araştırmacının geliştirdiği Depresif Sıfatlar Listesi, Öfke Evanteri ve Sürekli Kaygı Evanteri (Öner, 1983) ile arasındaki korelasyon

katsayıları hesaplanmıştır; bu katsayılar sürekli öfke için .40, öfke kontrolü için.35, öfke dışı için .24 ve öfke içte için .35 olarak bulunmuştur. Yapılan analizlerde alt ölçeklerin puanları kullanılmıştır. Güvenirlik çalışmasında Chronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları; sürekli öfke boyutu için .79, öfke kontrol boyutu için .84, dışı vurulmuş öfke boyutu için .78 ve öfke içte boyutu için ise .62 olarak bulunmuştur. Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışı ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke içte alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Ölçekten toplam puan alınmamaktadır. Yapılan analizlerde alt ölçeklerin toplam puanları kullanılmıştır.

*3.3.5.Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R):* Ölçeğin orijinal hali Horowitz, Wilner ve Alvarez (1979) tarafından, travmatik stres belirtilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin gözden geçirilmiş formu ise Weiss ve Marmar (1997) tarafından hazırlanmıştır.‘Olayların Etkisi Ölçeği’ (IES-R, Impact of Event Scale), herhangi bir travma yaşayan bireyin ölçek uygulandığı sıradaki stresini ve stresin şiddetini belirlemeyi hedefler. Ölçekte, son 7 gündeki belirtilerin şiddetinin 0-4 arası puanlandığı 22 soru bulunmaktadır. “Yeniden Yaşama”, “Kaçınma” ve “Aşırı Uyarılma” olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Yapılan uyum geçerliği analizinde ise (Creamer, Bell ve Failla, 2003), IES-R Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Weathers, Litz, Herman, Huska ve Keane, 1993) toplam puanları arasındaki ilişkiler incelenmiş ve korelasyon katsayısı .84 olarak bulunmuştur. Yeniden yaşama korelasyon katsayısı .86, kaçınma korelasyon katsayısı .66 ve aşırı uyarılma korelasyon katsayısı .79 olarak bulunmuştur. Yapılan güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ölçeğin tümü için .96, yeniden yaşama alt boyutu için .94, kaçınma alt boyutu için .97, aşırı uyarılma alt boyutu için .91 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Çorapçıoğlu, Yargıç, Geyran ve Kocabaşoğlu (2006) tarafından yapılmıştır. Araştırma yaşları 18 ile 65 arasında değişen 169 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Uyum geçerliği analizinde, IES-R ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (Blake ve diğerleri, 1995) arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Korelasyon katsayıları toplam puan için  $r=.70$ , yeniden yaşam aalt boyutu için  $r=.69$ , aşırı uyarılma için  $r=.64$  ve kaçınma için  $r=.49$  olarak bulunmuştur. Yapılan iç tutarlılık analizi ile ölçeği oluşturan soruların her biri ile, her bir soru çıkarıldığında ölçeği oluşturan diğer soruların birbiri

ile ve her bir sorunun ölçek toplam puanı ile tutarlılığı değerlendirilmiştir. Güvenirlik analizlerinde ölçeğin tümü için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen veriler toplam puan üzerinden hesaplanmaktadır.

### 3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama işlemi 2016 yılının Aralık ve 2017 yılının Ocak aylarında Başkent Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncesi Ankara Üniversitesi'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-F). Eğitim Fakültesi bünyesinde bulunan altı bölümden ve her bölümün birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarına devam eden öğrencilerden veri toplanmıştır. Belirlenen veri toplama araçlarının kullanılması için, ölçeği geliştirenlerden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma verileri önceden dersi veren öğretim elemanlarından izin alınarak, ders saatleri içerisinde toplanmıştır. Yapılan bütün uygulamalarda, araştırmacı uygulama esnasında sınıflarda bulunmuş ve gerekli açıklamaları yapmıştır. Uygulamalar sırasında öğrencilere gönüllülük ilkesi hatırlatılmıştır. Araştırmada kendine ilişkin sonuçları öğrenmek isteyen öğrencilerin, ad-soyad belirtmeleri istenmiştir.

### 3.5. Verilerin Analizi

Öğrencilerin Kişisel Bilgi Formu, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Olayların Etkisi Ölçeği ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin Sürekli Öfke, Öfke-Dışa, Öfke-İçte ve Öfke Kontrolü alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistiklere ilişkin analizler yapılmıştır. Öğrencilerin yaşlarına göre kendine zarar verme davranışının anlamlı bir şekilde farklı olup olmadığını test etmek amacıyla tek faktörlü varyans analizi (ANOVA), kendine zarar verme davranışının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya çıkarmak için ise ilişkisiz örneklemeler için t-testi kullanılmıştır.

Öğrencilerin duygu ayarlama, öfke kontrolü ve travmatik yaşantılarının birlikte KZVD'yi ne derece yordadığını belirlemek amacıyla Aşamalı (Stepwise) Regresyon Analizi uygulanmıştır. Açıklanan varyansı belirlemek için etki büyüklüğü (effect size) hesaplanmıştır.

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizler ham puanlar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Analizler için benimsenen manidarlık düzeyi  $p < .05$ 'dir.

### 3.5.1. Verilerin Analize Hazırlanması ve Varsayımların İncelenmesi

Aşamalı Regresyon analizine başlamadan önce, analizin yapılabilmesi için bazı varsayımların karşılanması gerekmektedir.

İlk olarak her bir veri seti için uç değerler kontrol edilmiştir. Uç değerler belirlenirken, her bir değişkene ilişkin z değeri belirlenerek +3 ile -3 aralığı dışında kalan değerlere sahip katılımcılar, uç değer olarak adlandırılırlar. Uç değerler ilişkinin doğrusallığına zarar verebilir ve değişkenlerin dağılımlarının normalden uzaklaşmasına sebep olabilirler (Büyüköztürk, 2002). Bu sebeple bu değerlerin analizden çıkartılması gerekmektedir. Uç değerler Mahalanobis uzaklık değerleri kullanılarak incelenmiş ve değerleri aşan 14 veri tespit edilmiştir. Analizlere 564 katılımcının verileri ile devam edilmiştir.

İkinci olarak, regresyon varsayımlarından biri olan normallik incelemesi için iki analiz kullanılmıştır. İlk olarak basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin -1 ile +1 sınırları içinde kalması, normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanmaktadır (Büyüköztürk, Çokluk ve Köklü, 2010). İkinci olarak ise normallik testleri yapılmıştır. Grup büyüklüğünün 50'den küçük olması durumunda Shapiro-Wilks, büyük olması durumunda Kolmogrov-Smirnow (K-S) testi, puanların normalliğe uygunluğunu incelemeye kullanılan iki testtir (Büyüksener, 2002). Analizler sonucu elde edilen değerlerin manidar olması puanların normal dağılım gösterdiğini belirtmektedir. Bulunan sonuçlarla, değişkenlerin normallik varsayımını karşılandığı görülmüştür.

Üçüncü ve son olarak, bağımsız değişkenler arasındaki çoklu doğrusal bağlantı (Multicollineratif) incelenmiştir. Çoklu doğrusal bağlantı varsayımına göre, bağımsız değişkenlerden biri veya birkaçı arasında tam veya tama yakın doğrusal bir ilişki olmamalıdır. Çoklu doğrusal bağlantı, bağımsız değişkenler arasında yüksek korelasyon olması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum regresyon katsayılarının varyanslarının ve güven aralıklarının büyümesine, dolayısı ile yordama gücüne ait ulaştığımız sonuca ait bilgileri olumsuz etkilemektedir (Field, 2009). Analiz çıktıları (Coefficients ve

Collinearity Diagnostics tabloları) incelendiğinde, VIF değerlerinin 10'dan düşük, tolerans değerlerinin .10'dan oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı ifade edilebilir.

Öğrencilerin yaşlarına göre kendine zarar verme davranışının anlamlı bir şekilde farklı olup olmadığını test etmek amacıyla yapılacak tek faktörlü varyans analizi (ANOVA) varsayımları incelenmiştir. Her iki sürekli değişkenin de (KZVD ve yaş) normal dağılım gösterdiği bulunmuştur. Her alt grup için varyansların homojen dağıldığı bulunmuştur.

Öğrencilerin kendine zarar verme davranışının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya incelemek için ise ilişkisiz örneklem için t-testi kullanılmıştır. Analiz başlamadan önce t-testi analizinin gerektirdiği varsayımların karşılanıp karşılanmadığı incelenmiştir. Değişkenlerin puanlarının normal dağılım gösterdiği, bağımlı değişkene (KZVD) ilişkin ölçümlerin her iki grupta da (kız ve erkek) normal dağıldığı görülmüştür. Puanları karşılaştırılacak örneklem ilişkisizdir.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında gerçekleştirilen istatistiksel analizlerle ilgili bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir. Öncelikle araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin betimsel istatistikler verilmiştir. Ardından öğrencilerin yaşlarına göre kendine zarar verme davranışlarının farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizine (ANOVA) ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Ardından cinsiyete göre kendine zarar verme davranışını incelemek amacıyla ilişkisiz örneklem için t-testi analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Son olarak ise öğrencilerin Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği Alt Ölçeklerinden ve Olayların Etkisi Ölçeği'nden aldıkları puanların, Kendine Zarar Verme Davranışlarını yordama derecesini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen aşamalı regresyon analizi sonuçları aktarılmıştır. Bulgular çizelgeler şeklinde verilmiş ve bulgulara ilişkin açıklamalar yapılmıştır.

#### **4.1.Öğrencilerin Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarından Aldıkları Puanlara İlişkin Betimsel İstatistikler**

Araştırma verilerinin analizinden önce, değişkenlere ilişkin betimsel istatistikler incelenmiştir. Üniversite öğrencilerinin Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Olayların Etkisi Ölçeği ve Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği'nin Sürekli Öfke, Öfke-Dışa, Öfke-İçte ve Öfke Kontrolü alt ölçeklerinden alınan puanlara ilişkin betimsel istatistikler Çizelge 4'de verilmiştir.

## Çizelge 4

*Uygulanan Ölçeklere İlişkin Betimel İstatistikler*

	<b>N</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	$\bar{X}$	<b>S</b>
KZVDDE	564	39	110	53.19	12.99
DDGÖ	564	46	151	92.48	19.30
IES-R	564	22	106	55.47	15.15
Sürekli Öfke	564	10	40	22.08	5.75
Öfke-Dışa	564	8	31	17.96	4.15
Öfke-İçte	564	7	28	14.72	4.28
Öfke-Kontrol	564	8	32	20.12	4.94

\*KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, IES-R: Olayların Etkisi Ölçeği, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Ölçekleri: Sürekli Öfke, Öfke-Dışa, Öfke-İçte ve Öfke-Kontrol.

Çizelge 4 incelendiğinde; öğrencilerin Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'ne ilişkin puan ortalaması 53.19 (SS=12.99) olarak bulunmuştur. Envanterden alınan en düşük puan 39 en yüksek puan 110'dur.

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğine ilişkin puanların ortalaması 92.48 (SS=19.30) olarak bulunmuştur. Ölçeğe ait en düşük puan 46, en yüksek puan ise 151'dir.

Olayların Etkisi Ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması 55.47 (SS=15.15) olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen toplam puanlara ait en düşük puan 22, en yüksek puan 106'dır.

Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği'nin Sürekli Öfke alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması 22.08 (SS=5.75) olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen en düşük puan 10, en yüksek puan 40'dır.

Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği'nin Öfke-Dışa alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması 17.96 (SS=4.15) olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen en düşük puan 8, en yüksek puan 31'dir.

Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği'nin Öfke İçte alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması 14.72 (SS=4.28) olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir.

Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği'nin Öfke Kontrolü alt ölçeğinden elde edilen puanların ortalaması 20.12 (SS=4.94) olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilen en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir.

#### 4.2. Yaşa Göre Kendine Zarar Verme Davranışının İncelenmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 18-25 arasındadır. Öğrencilerin yaşlarına göre KZVDDE'den aldıkları ortalama puanlar ve standart sapma değerleri Çizelge 5'te verilmiştir.

Çizelge 5

##### *Öğrencilerin Yaşlarına Göre KZVDD Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler*

Yaş	N	$\bar{X}$	S
18	49	57.78	15.34
19	121	52.23	12.16
20	108	53.93	11.70
21	89	54.42	13.87
22	88	53.91	13.69
23	53	51.23	11.70
24	29	50.48	14.19
25	27	52.01	13.09

Üniversite öğrencilerinin kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri puanlarının yaşa göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Çizelge 6'da gösterilmiştir.



Çizelge 6

*Öğrencilerin Yaşlarına Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları*

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Gruplararası	928.385	7	132.626	.783	.602
Gruplarıçi	94190.768	556	169.408		
Toplam	95119.153	563			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendine zarar verme davranışı puanlarının yaşlarına göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yapılan tek faktörlü varyans analizi sonuçları incelendiğinde, gruplar arası farkın anlamlı olmadığı görülmektedir,  $F_{(7;556)}=0.783$ ;  $p>.05$ . Sonuç olarak, üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı yaşa göre farklılık göstermemektedir.

#### 4.3. Cinsiyete Göre Kendine Zarar Verme Davranışının İncelenmesine Yönelik Bulgular

Üniversite öğrencilerinin kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yapılan bağımsız gruplar için t-testi sonuçları Çizelge 7’de gösterilmiştir.

Çizelge 7.

*Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Kendine Zarar Verme Davranışı Puanlarına İlişkin t-testi Sonuçları*

Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	sd	t	p
Kız	492	52.91	13.03	562	1.335	.182
Erkek	72	55.10	12.67			

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre kendine zarar verme davranışı puanları incelendiğinde, kızlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır,  $t_{(562)}=1.335$ ,  $p>.05$ .

Kız öğrencilerin kendine zarar verme davranışları ortalama puanları ( $X=52.91$ ;  $SS=13.03$ ) ile erkek öğrencilerin kendine zarar verme davranışları ortalama puanlarının ( $X=55.10$ ;  $SS=12.67$ ) birbirine yakın olduğu görülmektedir. İki grubun ortalama puanları arasında manidar bir farkın olmaması KZVD'nin cinsiyete göre farklılık göstermediğine işaret etmektedir.

#### 4.4. Travmatik Yaşantıların Etkisi, Duygu Ayarlama Becerisi, Öfke Kontrol Biçimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Bu araştırmada öğrencilerin duygu ayarlama becerileri için DDGÖ'nden aldıkları puanlar, travma yaşantılarının etkisi için IES-R'dan aldıkları puanlar ve öfke kontrol biçimleri için SÖÖTÖ'nin Sürekli Öfke, Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke Kontrol Alt Ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Çizelge 8'de sunulmuştur.

Çizelge 8.

##### *Uygulanan Ölçekler Arasındaki Korelasyonel Değerler*

	1	2	3	4	5	6	7
1. KZVDDE	-						
2. DDGÖ	.36*	-					
3. IES-R	.37*	.51*	-				
4. Sürekli Öfke	.29*	.47*	.34*	-			
5. Öfke-Dışa	.20*	.37*	.25*	.70*	-		
6. Öfke-İçte	.20*	.46*	.43*	.37*	.31*	-	
7. Öfke-Kontrol	-.13*	-.34	.07	.07	.54*	-.2	-
$\bar{X}$	53.19	92.48	55.47	22.08	14.72	17.96	20.12
SS	12.99	19.30	15.15	5.75	4.28	4.15	4.94

$p < .05$  \*KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Envanteri, IES-R: Olayların Etkisi Ölçeği

Çizelge 8 incelendiğinde kendine zarar verme davranışı ile duygu ayarlama, travmatik yaşantı, sürekli öfke, öfke-dışa, öfke-içte ve öfke kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ( $p < .05$ ).

Kendine zarar verme davranışı ile duygu ayarlama becerisi arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişkinin ( $r=.36$ ,  $p<.05$ ) olduğu,

Kendine zarar verme davranışı ile travmatik yaşantıların etkisi arasındaki ilişki incelendiğinde, pozitif ve orta düzeyde bir ilişkinin ( $r=.37$ ,  $p<.05$ ) olduğu,

Kendine zarar verme davranışı ile sürekli öfke alt ölçeği arasında orta düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişkinin ( $r=-.29$ ,  $p<.05$ ) olduğu bulunmuştur.

Kendine zarar verme davranışı ile öfke-dışa alt ölçeği arasında zayıf düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişkinin ( $r=-.20$ ,  $p<.05$ ) olduğu bulunmuştur.

Kendine zarar verme davranışı ile öfke-içte alt ölçeği arasında zayıf düzeyde, pozitif ve anlamlı bir ilişkinin ( $r=-.20$ ,  $p<.05$ ) olduğu bulunmuştur.

Kendine zarar verme davranışı ile öfke kontrol alt ölçeği arasında zayıf düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişkinin ( $r=-.13$ ,  $p<.05$ ) olduğu bulunmuştur.

#### **4.5. Üniversite Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışı'nın Yordayıcısı Olarak Duygu Ayarlama Becerisi, Öfke Kontrol Biçimleri ve Travmatik Yaşantıların Etkisine İlişkin Bulgular**

Aşamalı regresyon analizi uygulanarak öğrencilerin kendine zarar verme davranışlarının yordanmasında anlamlı katkı sağlayan değişkenler ve bu değişkenlerin her birinin kendine zarar verme davranışlarının yordanmasında açıklanan toplam varyansına katkısı incelenmiştir.

Aşamalı regresyon analizine, öğrencilerin duygu ayarlama becerileri için DDGÖ'nden aldıkları puanlar, travma yaşantılarının etkisi için IES-R'dan aldıkları puanlar ve öfke kontrol biçimleri için SÖÖTÖ'nin Sürekli Öfke, Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke Kontrol Alt Ölçeklerinden aldıkları puanlar regresyon eşitliğine girilmiştir. Sözü edilen bu bağımsız değişkenlerin Kendine Zarar Verme Davranışı bağımlı değişkenini ne ölçüde yordadığını ve yordama güçlerini görebilmek için aşamalı regresyon analizine ilişkin sonuçlar Çizelge 9'da yer verilmiştir.

Çizelge 9.

*Kendine Zarar Verme Davranmasına İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları*

Model	Yordayıcı	B	SH B	$\beta$	t	p	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F
1	Sabit	35.39	1.92		18.34	.000			
	IES-R	.321	.034	.37	9.56	.000	.140	.140	91.47
2	Sabit	26.54	2.53		10.48	.000			
	IES-R	.220	0.38	.26	5.77	.000			
	DDGÖ	.156	.030	.23	5.23	.000	.180	.040	27.36
3	Sabit	24.14	2.64		9.13	.000			
	IES-R	.205	.038	.24	5.36	.000			
	DDGÖ	.122	.032	.18	3.84	.000			
	S.Ö.	.290	.098	.13	2.96	.003	.193	.013	8.78

Öfke-Dışa ( $p = .56$ ), Öfke-İçte ( $p = .25$ ) ve Öfke Kontrolü ( $p = .69$ ) değişkenleri öğrencilerin kendine zarar verme davranışlarını anlamlı düzeyde yordamadığı için ( $p > .05$ ) bu değişkenler aşamalı regresyon analizine girmemiştir. Çizelge 9'da görüldüğü gibi travma yaşantısının etkisi, duygu ayarlama becerisi ve sürekli öfke değişkenleri aşamalı regresyon analizine girmiştir.

Aşamalı regresyon analizi sonuçları Çizelge 9'da verilmiştir. Analiz üç aşamada tamamlanmıştır. Analize birinci aşamada kendine zarar verme davranışında %14 ile en fazla varyansı açıklayan travma yaşantıları değişkeni girmiştir,  $F_{(1,562)}=35.392$ ,  $p < .05$ . Travma yaşantıları ile kendine zarar verme davranışı arasında pozitif bir ilişki vardır. Travma yaşantısı arttıkça kendine zarar verme davranışları artmaktadır.

Analize ikinci aşamada, duygu ayarlama değişkeni alınmıştır. Duygu ayarlama becerisi varyansa %4 katkı sağlamış böylece açıklanan varyans %18'e yükselmiştir,  $F_{(2,561)}=26.547$ ,  $p < .05$ .

Analize üçüncü ve son aşamasında sürekli öfke değişkeni alınmıştır. Sürekli öfke varyansa %1.3 katkı sağlamış böylece açıklanan varyans %19.3'e yükselmiştir,  $F_{(3,560)}=24.14$ ,  $p < .05$ .

Analizin son aşamasındaki standardize edilmiş regresyon katsayıları ( $\beta$ ) incelendiğinde, kendine zarar verme davranışını yordayan değişkenlerin önem sırası incelendiğinde travma yaşantılarının etkisi en fazla, ikinci sırada duygu ayarlama becerisi ve son olarak da sürekli öfke olduğu bulunmuştur. Değişkenlerin  $\beta$  değerleri .37, .23 ve .13'tür. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları

incelendiğinde travma yaşantılarının etkisi değişkenini .0001, duygu ayarlama değişkeninin .0001 düzeyinde ve sürekli öfke değişkeninin .003 düzeyinde kendine zarar verme davranışlarının anlamlı yordayıcıları olduğu görülmektedir.

Analiz sonucunda ulaşılan bulgular, travma yaşantılarının etkisinin kendine zarar verme davranışlarını en yüksek yordayan değişken olduğunu göstermiştir. Travma yaşantılarının ardından duygu ayarlama becerisi ve sürekli öfke KZVD'nin yordayıcıları olarak bulunmuştur. Öfke-dışa, öfke-içte ve öfke kontrolü KZVD'yi anlamlı bir şekilde yordamadıkları için aşamalı regresyon analizine girmemiştir.

Üniversite öğrencilerinde KZVD'nin yordayıcılarını belirlemek üzere yapılan aşamalı regresyon analizi sonucunda elde edilen anlamlı bulguların etki büyüklüğü (effect size) hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü değerlerinin hesaplanmasında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Cohen (1988), regresyon analizleri ve doğrusal modeller için etki büyüklüğünün hesaplanmasında standartlaştırılmış etki büyüklüğü ( $f^2$ ) değerinin hesaplanmasını önermiştir.

Cohen'in etki büyüklüğü formülüne göre, regresyon analizi sonucu elde edilen  $R^2 = 0.193$  ile yapılan hesaplama: sonucunda  $f^2 = 0.24$  olarak bulunmuştur. Cohen'in sınıflandırmasına göre  $0.15 \leq f^2 < 0.35$  arasındaki değerler orta etkiyi göstermektedir. Bu sınıflandırmaya göre, yapılan aşamalı regresyon analizi sonucunda elde edilen bulguların etki büyüklüğünün orta değerde olduğunu söylemek mümkündür.

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA VE YORUM

Araştırmanın bu bölümde; araştırmanın bulguları, ilgili alanyazında yer alan çalışmaların bulgularıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Çalışmada öncelikle üniversite öğrencilerinin KZVD açısından cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Araştırmanın çalışma grubunun %87'sini kız öğrenciler, %13'ünü erkek öğrenciler oluşturmuştur. Yapılan analiz sonucunda, KZVD'nin cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Başka bir deyişle, kız ve erkek öğrencilerin KZVD puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İlgili alanyazın incelendiğinde, bu araştırma bulgusuyla paralellik gösteren araştırma bulgularına ulaşılmıştır (Andover ve diğerleri, 2010; Gollust, Eisenberg ve Golberstein, 2008; Klonsky, 2011; Pierce, 1987; Whitlock, ve diğerleri, 2006; Young, Sweeting ve West, 2006). Bununla birlikte, kadın ve erkek katılımcıların KZVD puanları arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu araştırmalara da rastlanmıştır (Bresin ve Scoenleber, 2015; Heath ve diğerleri, 2008). İlgili çalışmalarda, erken ergenlik döneminde olmanın ya da ruhsal bir hastalık tanısı almış olmanın zarar verici davranışlardaki cinsiyet farklılığını arttırdığı belirtilmiştir. Ancak Bresin ve Schoenlenber (2015), önceki çalışmaların öne sürdüğü bu iki sebebi incelemiş ve yaş değişkeninin farklı faktörlerden de etkilendiğini öne sürmüşlerdir. Yaşı etkileyen diğer değişkenlerin de (sınıf düzeyi vb.) incelenmesi gerektiğini bildirmişlerdir. İkinci olarak, klinik gruplarda KZVD'nin cinsiyete göre farklılık göstermesinin sebebi olarak, kadınların erkeklere göre ruhsal bozuklukları rapor etme ve yardım alma konularında daha ılımlı olduklarını, dolayısı ile rapor edilen vakalarda kadınların erkeklerden daha çok karşılaşıldığını belirtmişlerdir.

Türkiye'de yapılan araştırmalar incelendiğinde, araştırma bulgusuyla paralellik gösteren (Kara, 2014; Zoroğlu ve diğerleri, 2003) ve tersi bulguları rapor eden çalışma örneklerine rastlanmıştır. Örneğin, yapılan bazı çalışmalarda, erkeklerin kızlardan daha fazla KZVD gösterdiği bulunurken (Çamuroğlu, 2014; Erdem, 2009), kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin incelendiği bir araştırmada (Tüzün, 2008), kızların erkeklerden daha fazla oranda KZVD gösterdiği sonucu rapor edilmektedir. Türkiye'de yapılan araştırmalarda

da cinsiyet ve KZVD ilişkili çalışmaların farklı bulguları ile karşılaşmıştır. Ancak yapılan çalışmalarda, KZVD’de kullanılan yöntemlerinin cinsiyete göre farklılık gösterebildiği görülmektedir (Çamuroğlu, 2014; Erdem, 2009; Lülecı, 2007). Kızlarda saçını yolma, kendini ısırma daha yaygınken, erkeklerde kendini sert bir yere vurma daha yüksek olarak görülebilmektedir. Yapılan çalışmalara göre, erkekler yoğun hissettikleri duyguları dışa vurma konusunda daha rahatken, kadınlar ise bu duygularını içselleştirmeyi tercih etmektedirler. Bu duyguların yaşanış biçiminin, kişilerin KZVD göstermesinde etkili olduğu söylenebilir. Erkeklerin öfke/kızgınlık/üzüntü gibi yoğun duygularla baş edemediklerinde iz bırakabilecek (kendini sert bir yere vurma, kendine vurma) KZVD’leri gösterme riskinin daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür. Kızlarda ise çimdikleme, saç koparma ve tırnaklama gibi düşük seviyede ve iz kalma riski düşük KZVD’lerin daha sık görüldüğü söylenebilmektedir (Bildik, 2001)

Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, cinsiyete göre KZVD puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunduğunu gösteren araştırma bulgularının daha çok olduğu görülmektedir. İlgili alanyazında bu farklılığa sebep olan çeşitli etmenlerden bahsedilmektedir. Araştırmanın yapıldığı kültürün özellikleri, KZVD’de cinsiyet faktörünü etkileyen önemli bir etmendir. Kadın ve erkeklerin gösterdikleri KZVD’yi rapor etme oranları, araştırmanın yapıldığı ülkeye göre değişiklik gösterebilmektedir (Muehlenkamp ve diğerleri, 2012; Swannel ve diğerleri, 2014). Bazı toplumlarda erkeklerin kendine zarar vermesi kabul edilebilir hatta desteklenir durumdayken, kadınların bu davranışlarının üstü kapatılmakta ve saklanmaktadır. Ayrıca yapılan bir araştırmaya göre (Çamuroğlu, 2014), kişilerin psikolojik durumlarına yönelik yardım isteme oranları incelendiğinde, kadınların (%38.6), erkeklerden (%25.9) daha fazla psikiyatr/psikolog görüşmesi yaptığına dair anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu sonuca göre, psikolojik yardım isteme/alma konusunda, kadınların erkeklerden daha ılımlı olduğunu söylemek mümkündür. Kadın ve erkeklerin KZVD’lerinin rapor edilme sayısındaki farkın, KZVD’nin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak adına yapılan çalışma bulgularını etkilediği söylenebilir.

Son olarak yapılan çalışmalarda erkek ve kadın katılımcı sayıları arasında yüksek bir fark olması da cinsiyetler arasında KZVD açısından farklılık olup olmadığı sorusuna farklı yanıtlar verilmesine yol açıyor olabilir. Ulaşılan örneklemdeki kadın ve erkek sayılarındaki farkın araştırmanın sonucunu etkilediği söylenebilir.

Araştırmada ele alınan bir diğer boyut üniversite öğrencilerinin KZVD puanlarının yaşlarına göre farklılaşp farklılaşmadığıdır. Araştırma sonucunda, öğrencilerde KZVD’nin

yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Mevcut araştırmada öğrencilerin yaşları incelendiğinde, yaş aralığının 18-25 arasında değiştiği görülmektedir. Başka bir deyişle, öğrencilerin neredeyse tümü aynı gelişim dönemi içinde bulunmaktadır. Dolayısıyla, araştırmada farklı gelişim döneminde olan gruplar ile çalışılmadığı için ulaşılan sonuç alanyazın ile paralellik göstermektedir. Öte yandan alanyazın incelendiğinde, KZVD'nin ergenlik dönemine denk gelen 14-15 yaşlarında başladığı, genç yetişkinlikte de devam ettiği, yetişkinlik dönemi olan 30-40 yaşlarında azalma eğilimi gösterdiği görülmüştür (Hodgson, 2004). Ergenlik dönemi ve genç yetişkinlik dönemleri arasında KZVD görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmazken, yetişkinlik döneminde görülme sıklığının azaldığı görülmüştür.

KZVD'nin yaş ve gelişim dönemlerine göre yöntem ve sıklığını inceleyen çalışmalara bakıldığında, özellikle ergenlerin bu davranışları sosyal kabul almak ve sosyal destek arayışı için seğiledikleri görülmektedir. Walsh ve Rosen (1988) KZVD'nin bulaşıcı bir etkisi olduğunu, akranlar arasında sosyalleşme sürecinde kullanılabildiğini öne sürmüşlerdir. Akran gruplarına dâhil olabilmek için, grup davranışı olarak görülebilen bu davranışları sergileyebilmektedirler. Ergenler ve genç yetişkinler arasında, bu davranışların bir sosyalleşme aracı olarak kullanılabildiğini söylemek mümkündür. Suyemoto'ya (1988) göre, sosyal öğrenme kuramından faydalanarak KZVD'nin başlama ve devam etme sürecini anlayabiliriz. Ayrıca yine bu kurama göre, kişi KZVD sonucu amaçladığı şeyi elde ederse, bu davranışların tekrarlanma sıklığı artabilmektedir.

Yapılan araştırmada KZVD'nin yordayıcıları incelendiğinde, travmatik yaşantıların etkisi, duygu ayarlama becerisi ve sürekli öfkenin birlikte KZVD'yi %19.3 oranında yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu değişkenlerin yordama oranları incelendiğinde, travmatik yaşantıların etkisi (%14) ilk sırada, duygu ayarlama becerisi (%4) ikinci sırada ve sürekli öfke (%1.3) üçüncü sırada yer almaktadır. Çalışmada öfke kontrolünü değerlendirmede kullanılan sürekli öfke ve öfke tarz ölçeğinin yalnızca sürekli öfke alt-boyutunun KZVD'yi yordayıcı olduğu, öfke kontrolü, öfke-içte ve öfke-dışta boyutlarının KZVD'yi anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür.

Araştırma sonucunda travmatik yaşantıların etkisi, KZVD'nin en önemli yordayıcısı olarak (%14) bulunmuştur. Başka bir deyişle travmatik yaşantıların etkisinin araştırmadaki en etkili değişken olarak bulunduğunu söylemek mümkündür. Alanyazında araştırma bulgusu ile benzer sonuçlara ulaşan çalışma bulgularına rastlanmıştır (Cavanaugh, 2002; Noll, Horowitz, Bonanno, Tricett ve Putnam, 2003; Romans ve diğerleri, 1995; Zoroğlu ve diğerleri, 2003).



Örneğin, Van der Kolk ve diğerleri (1991) yaptıkları çalışmada, yüksek düzeyde KZVD gösteren kişilerin %79'unun çocukluk yaşantılarında travmaya maruz kaldıkları sonucuna ulaşmışlardır. Whitlock ve diğerlerinin (2006) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, travma yaşantıları ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Gladstone ve diğerleri (2004) , travma yaşantıları ile KZVD arasında anlamlı ve önemli bir ilişki olduğunu, kendine zarar verme davranışlarında çocukluk travma yaşantılarının en önemli belirleyici olduğunu belirtmişlerdir.

Türkiye'deki çalışmaların sonuçları incelendiğinde, travma yaşantısının KZVD'nin görülme sıklığını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Araştırmaların sonucunda, travma yaşantısı olan öğrencilerin, travma yaşantısı olmayan öğrencilerden daha fazla KZVD gösterdiği bulunmuştur (Tüzün, 2008; Erdem, 2009; Saçarçelik, 2009 ; Çamuroğlu, 2014).

Çocukluk travma yaşantısı olan kişilerin, ergenlik ve genç yetişkinlikte KZVD gösterme eğilimlerinin fazla olduğu görülmektedir. Erken yaşta maruz kalınan travma, kişiyi bütün yaşamı boyunca etkileyebilmektedir. Bu kişiler yaşadıkları travmayı hatırlatan ve yeniden canlandıran düşünceler ve beraberinde baş edilemeyen yoğun duygular yaşamaktadırlar. Hissedilen yoğun duygular beraberinde aşırı uyarılmışlık halini getirebilmektedir. Kişi hissedilen duyguyu kontrol edebilmek ve duygusal dengeyi sağlamak amacıyla da KZVD gösterebilmektedir. Çocukluk travma yaşantıları, kişilerin tüm yaşamları boyunca başa çıkma mekanizmalarını etkilemektedir (Linning ve Kearney, 2004).

KZVD'nin bir diğer önemli yordayıcısı duygu ayarlama becerisi (%4) olarak bulunmuştur. Kısaca duygu ayarlama, kişinin hissettiği duygunun yerini, şiddetini ve süresini ayarlayabilme becerisidir. Kişilerin duygularını anlama ve ifade etme becerileri, içinde buldukları durumlarla baş etme becerilerini dolayısı ile bu olaylara verdikleri tepkileri de etkilemektedir. Duygu ayarlama stratejilerini uygun şekilde kullanamayan kişilerin KZVD gösterebildikleri yapılan çalışmalarda görülmüştür. Duygu ayarlamının KZVD'deki işlevine ilişkin yapılan çalışmalar (Gratz ve Chapman, 2007; Gratz ve Roemer, 2008) ile mevcut araştırma sonuçları paralellik göstermektedir. Örneğin, Heath ve diğerlerinin (2008) yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerinin duygu ayarlama becerileri ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygu ayarlama güçlüğü yaşayan öğrencilerin KZVD'leri daha yüksek olarak bulunmuştur. Aynı şekilde Andrews ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada da duygu ayarlama ve KZVD arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Türkiye'de yapılan araştırmalara bakıldığında, Lülecı (2007) araştırmasında duygu ayarlamayı KZVD'nin bir işlevi olarak bulmuştur. Araştırmaya katılanların %56.5'i kendine zarar

verdikten sonra kendilerini daha iyi hissettiklerini söylemişlerdir. KZVD ardından gelen bu rahatlama duygusunun, duygu boşalımı, hissizliği sonlandırma, amaçlanan şeye ulaşma gibi sebeplerde açığa çıktığı düşünülmektedir. KZVD öncesi, sırası ve sonrasında kişilerin farklı duygular hissettiklerini söylemek mümkündür.

Araştırma sonucunda, duygu ayarlama becerisinin KZVD'nin önemli bir yordayıcısı olduğunun bulunması, duygu ayarlama becerisinin, kişilerin sosyal çevresini, psikolojik iyilik halini ve hatta fizyolojik durumunu etkileyen bir etmen olmasından kaynaklanabilir. KZVD yoğun şekilde hissedilen bir duygunun dışavurumu şeklinde karşımıza çıkabildiği gibi, hissizlik halini sona erdirmek için de yapılabilmektedir. Duygu ayarlama becerisi, hissedilen yoğun duyguların yönetimini de içermektedir. Duyguların yönetimi ve ifade biçimleri, kişilerin çevreleri ile olan ilişkilerini dolayısı ile psikolojik iyilik hallerini etkilemektedir. Duyguların fark edilmesi ve yönetilmesi, kişilerin doğru ve sağlıklı problem çözme yöntemleri seçmelerinde ve kullanmalarında yardımcı olacaktır. Kişileri KZVD'ye yönelten duyguların belirlenmesi ve bu duyguların yönetimi üzerinde çalışılması, KZVD riskini azaltacağı düşünülmektedir.

Yapılan aşamalı regresyon analizi sonucunda, sürekli öfke alt ölçeğinin KZVD'yi %1.3 oranında yordadığı bulunmuştur. Öfke kontrol biçimlerini ölçmek üzere kullanılan SÖÖTÖ alt ölçeklerinin puanları incelendiğinde, öfke-dışa, öfke-içte ve öfke kontrol alt ölçeklerinin KZVD'yi yordamadığı görülmüştür. Bu çalışmada öfke kontrolü, öfke yaşama (sürekli öfke) ve ifade-tarz (öfke kontrol, öfke-içte ve öfke-dışa) alt ölçekleri kullanılarak incelenmiştir. Beklenenin aksine, öfke kontrol alt ölçeğinin KZVD'yi yordamadığı görülmüştür. Ölçek maddeleri incelendiğinde, öfke kontrol alt ölçeğinin maddelerinde, öfke kontrolünün içerik ve aşamalarından ziyade, doğrudan davranışsal sonuçlara yönelik ifadelerin kullanıldığı görülmüştür (Öfkemi kontrol ederim, davranışlarımı kontrol ederim, soğukkanlılığımı korurum vb). Öfke kontrolünün tek göstergesinin davranışsal tepkiler olmadığı göz önüne alındığında, SÖÖTÖ öfke kontrol alt ölçeğinin, öfke kontrolünü kapsamlı ve farklı boyutlarla (davranışsal, duygu süreçleri odaklı vb.) ele alınmadığını söylemek yanlış olmayacaktır. Ancak öfke kontrolü açısından, öfkeyi yaşama ve ifade etmenin birlikte tanımlandığı sürekli öfke alt ölçeğinin, öfke kontrolüne ilişkin bilgi sağlamaya yardımcı olduğu düşünülmektedir. Sürekli öfke alt ölçeğinde öncelikle kişide öfke duygusunun varlığının incelendiği görülmektedir. Öfke duygusunun varlığı belirlenmeden, duygunun kontrolüne ilişkin bilgi edinmenin mümkün olmadığı düşünülmektedir. Bu sebeple öfke kontrolünü incelemeyen önce, kişilerde öfkenin varlığının ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin

incelenmesi gerektiği düşünülmektedir. Sürekli öfke alt ölçeğinin, öfkenin varlığı, ifade biçimleri ve öfke kontrolüne ilişkin maddeler (Çabuk parlarım, öfkelenince kontrolümü kaybederim vb.) içerdiği için, yordayıcı bir rol gösterdiği düşünülmektedir.

İlişkisel olarak bakıldığında, araştırmada üniversite öğrencilerinde öfke kontrol biçimleri ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre öfke kontrolü arttıkça KZVD görülme olasılığının azaldığı söylenebilir. Ancak regresyon analizleri sonucunda, öfke kontrolünün KZVD'yi yordamadığı bulunmuştur. Yurtdışında yapılan çalışmalar KZVD ve öfke kontrolü arasındaki ilişkinin önemli olduğunu destekler niteliktedir (Carroll ve diğerleri, 1980; Favazza ve Conterio, 1989 ve Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl, 2004). Laye-Gindhu ve Schonert-Reichl'in (2004) araştırma sonuçları, bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Araştırmacıların yaptığı çalışmanın bulgularına göre öfke kontrolü ile KZVD arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Öfke kontrolü azaldıkça KZVD görülme olasılığının arttığı söylenebilir. Öfke kontrolünü incelemeyen önce, öfkenin varlığının ve sıklığının incelenmesi gerekli olduğunu söylemek mümkündür. Sürekli öfke gösteren, yani sağlıklı olmayan bir yoğunlukta ve sıklıkta öfke duygusunu hisseden kişilerin, bu duygularını tepkisel olarak dışavurma eğilimlerinin yüksek olduğu söylenebilir. Öfke duygusu anlaşılmayıp, ifade edilemediğinde, duygusal yoğunluk kişileri tepkisel ve zarar verici davranışlara yönlendirebilmektedir. Benzer şekilde, öfke gibi diğer yoğun hissedilen duygularını da fark etme ve yönetmede sorun yaşayan kişiler, bu duygularını dışavurma yöntemi olarak KZVD'ye yönelebilmektedirler. Özellikle aile içinde duygu paylaşımı ve ifadelerine izin verilmeyen toplumlarda, öfke kontrolünün zayıf olduğu Carroll ve diğerlerinin (1980) çalışması sonucunda bulunmuştur. Öfke ifadesinin kısıtlandığı, dolayısı ile duygunun sağlıklı bir biçimde yaşanmadığı durumlarda, kişilerin KZVD gösterme riski olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

## BÖLÜM 6

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgulara dayalı olarak sonuçlara ve bu sonuçlar doğrultusunda önerilere yer verilmiştir.

#### 6.1. Sonuçlar

Araştırmanın birinci denencesi doğrultusunda ulaşılan sonuçlara bakılacak olursa, öğrencilerin KZVD puanlarının cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği bulunmuştur.

Araştırmanın ikinci denencesi sonucunda ulaşılan sonuçlar ise, öğrencilerin yaşlarına göre KZVD puanlarının farklılık göstermediğidir.

Son olarak araştırmanın üçüncü denencesi sonucunda, KZVD'nin yordayıcıları olarak travma yaşantılarının etkisi, duygu ayarlama becerisi ve sürekli öfke bulunmuştur.

#### 6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre, aşağıdaki önerilere yer verilmiştir:

1. Araştırma sonucunda üniversite öğrencilerinde KZVD'nin cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Ancak araştırmaya katılan kız ve erkek öğrencilerin sayıları arasındaki farkın, elde edilen bulguları etkilediği düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı Başkent Üniversitesi Eğitim Fakültesi'ndeki kız ve erkek öğrenci sayıları arasındaki farkın araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak KZVD ilişkili araştırmalarda kadın ve erkek katılımcı sayılarının birbirine yakın olmasının, KZVD ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi daha net bir biçimde ortaya koyabilmek için yararlı olacağı düşünülmektedir.

2. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda daha temsil edici örneklerle çalışılması, özel üniversiteler dışında devlet üniversiteleri, üniversitede okumayan gençler ve ergenlerle de bu araştırmaların yapılmasının, KZVD'yle ilişkili etmenlerin daha net anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.
3. Yapılacak olan boylamsal çalışmaların, KZVD'nin yaş ve gelişim dönemlerine göre değişiklik gösterip göstermediğini incelemek ve KZVD'yle ilişkili olabilecek gelişimsel faktörleri ortaya çıkarmak için yararlı olacağı düşünülmektedir.
4. Yalnızca travmaya maruz kalan ergen ve genç yetişkinlerle yapılacak çalışmalarla, travmaya maruz kalan gençlerin hangilerinde KZVD görüldüğü, hangilerinde görülmediği ve bu görülmeyi etkileyen travmanın türü/ travmanın üzerinden geçen zaman/ travma sayısı gibi değişkenlerin incelenmesi önerilmektedir.
5. Araştırma sonucunda KZVD'nin yaşa göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Ancak araştırma grubunda olan öğrencilerin KZVD için risk grubunda olan 20-29 (DSM-V, 2013) yaş aralığında olduğu göz ardı edilmemelidir. Yapılacak olan çalışmalarda farklı yaş gruplarının (ergenler-ergen yetişkinler, ergenler-yetişkinler, genç yetişkinler-ergenler vb.) karşılaştırılabileceği örneklerin seçilmesinin KZVD ve yaş arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.
6. Araştırma sonucunda travma yaşantılarının etkisi KZVD'yi en yüksek oranda yordayan değişken olarak bulunmuştur. Travma yaşantıları duygu becerisi açısından önemli olduğundan, travmatik bir yaşantıdan sonra en yakın zamanda gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal desteğin sağlanması kritiktir. Travmanın yaşandığı zamanın hemen ardından bir müdahale yapılmasının, travma yaşantılarının olumsuz etkilerini engelleyebileceği düşünülmektedir. Yaşanan travmanın türünden ne olursa olsun, kişilere etkisi göz önüne alınarak, yaşanan travmatik olayın ardından hemen yapılacak olan müdahalelerin, uzun vadede kişinin psikolojik ve fiziksel bütünlüğünü korumaya yardımcı olacağı düşünülmektedir. Travma yaşantılarının etkisinin travma sonrası stres bozukluğu ve travma yaşantılarından etkilenen pek çok diğer psikolojik bozukluğun hatta intihar davranışını etkilediği yapılan çalışmalarda görülmüştür (Garlow ve diğerleri, 2007, Whitlock ve Knox, 2007). Ayrıca alanyazında incelenen araştırmalarda çoğunlukla KZVD ve çocukluk travma yaşantıları arasındaki ilişkinin incelendiği görülmüştür. Doğal afetler, aile fertlerinden birinin kaybı, geçirilen bir kaza gibi kişilerin yaşamlarının her döneminde karşılaşılabilecekleri travma türlerinin, KZVD'yle ilişkisini inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Bu travma yaşantılarının da kişilerin KZVD göstermelerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu sebeple ileri çalışmalar için çocukluk travma yaşantısı haricinde, farklı travma yaşantıları ile KZVD'nin ilişkisinin incelenmesi önerilmektedir.

7. Bu çalışma Eğitim Fakültesi ile sınırlı tutulmuştur. Gelecekte yapılacak çalışmalar farklı fakülteleri kapsayacak şekilde genişletilmesinin, risk grubunu oluşturan bu yaş grubundaki bireylerle yapılacak olan çalışmalarda önemli bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.
8. KZVD için risk grubu içinde olan gençler yalnızca üniversitede öğrenim görmekte olanları değil, üniversitede olmayan, çalışan ya da iş arayan gençleri de kapsamaktadır. Dolayısıyla bu gençlerle yapılacak çalışmaların, KZVD'nin olası diğer faktörlerini de ortaya çıkaracağı ve KZVD'nin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.
9. KZVD'nin duygu ayarlama becerisi ve ifadeleriyle yakından ilişkili olduğu yapılan çalışmada görülmüştür. Bu sebeple gelişimsel görevler ve yaşantılar göz önüne alındığında, araştırmanın yapıldığı yaş grubundaki bireylerin yaşamakta olduğu kimlik arayışı ve duygu ayarlama becerileri düzeyleri devam etmekte olan bir süreç olarak düşünülmelidir. Duyguları tanıma, adlandırma ve ifade etme becerisinin, kişinin yaşamakta olduğu ve yaşayacağı gelişimsel görevlerin temel taşı olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple duygu ayarlama becerisinin, okul öncesi dönemden üniversite yılları da dâhil olacak biçimde, eğitim-öğretim ortamlarının desteğinin sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.
10. Öfke kontrolü yalnızca davranışsal olarak değil, duygusal ve bilişsel süreçleriyle de incelendiğinde, işlevinin ve boyutlarının daha iyi anlaşılacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla öfke kontrolünün geniş kapsamlı olarak ve farklı boyutlarını da (davranışsal ve duygusal süreçler, ifade biçimleri vb) kapsayacak şekilde ölçülebilmesi adına yeni ölçme araçlarının geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aksoy, A., ve Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 226-236.
- Aktepe, E., Çalışkan, S. ve Sönmez, Y. (2014). Kendine zarar veren ergenlerin aile işlevlerinin ve benlik saygılarının saptanması: Olgu-kontrol çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 69-76.
- Albayrak, B., ve Kutlu, Y. (2009). Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 57-69.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed)*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1989). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-III-R)* (E. Köroğlu, Çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR)* (E. Köroğlu, Çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-V), tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (E. Köroğlu, Çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., and Pepper, C. M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic nssi characteristics?. *Archives Of Suicide Research*, 14(1), 79-88.
- Andrews, T., Martin, G., Hasking, P., and Page, A. (2013). Predictors of continuation and cessation of nonsuicidal self-injury. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 40-46.
- Ankay, A. (1992). *Ruh sağlığı ve davranış bozuklukları*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Aydın, B., İmamoglu, S., ve Yukay, M. (2005). Üniversite öğrencilerinin öfke ve öfke ifade stilleri ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21, 1-19.
- Aydın, Y. E., Altındağ, A., and Özkan, M. (2009). Childhood traumatic events and dissociation in university students. *International Journal of Psychiatry In Clinical Practice*, 13(1), 25-30.

- Aydınlı, S. (2014). *Ergenlerin öfke biçimleri, sosyal karşılaştırma düzeyleri, umutsuzluk seviyeleri ve çatışma çözme yaklaşımlarının incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., and Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives Of Suicide Research*, 15(1), 56-67.
- Balkaya, F., ve Şahin, N. H. (2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri dergisi*, 14(3), 192-202.
- Baltaş, Z. ve Baltaş A. (2005). *Bedenin dili*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baral, I., Kora, K., Yüksel, Ş., ve Sezgin, U. (1998). Self-mutilating behavior of sexually abused female adults in Turkey. *Journal Of Interpersonal Violence*, 13(4), 427-437.
- Batey, H., May, J., and Andrade, J. (2010). Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 35-49.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., and Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 187-198.
- Bekdemir, M., ve Başibüyük, A. (2011). Sosyal bilgiler ve sınıf öğretmenliği programı öğrencilerinin matematik başarı ve kaygı düzeylerinin coğrafya başarısını yordaması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31(2), 459-477.
- Beyazaslan, T. (2012). *Öfke kontrol eğitiminin hipertansiyon tanısı alan hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Biaggio, M. K. (2012). Sex differences in behavioral reactions to provocation of anger. *Psychological Reports*, 64(1), 23-36.
- Bildik, T. (2011). *Lise öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı: İşlevleri, emosyonel regülasyon ve ayrılma bireyleşme* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Bildik, T., Somer, O., Başay, B., Başay, Ö. ve Özbaran, B. (2013). Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(1), 49-57.
- Bilim, G. (2012). *Çocukluk çağı örselenme yaşantıları: Duygu düzenleme, kişiler arası tarz ve genel psikolojik sağlık açısından bir inceleme* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.



- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., and Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
- Bresin, K., and Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64.
- Briere, J., And Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620.
- Briere, J., Hodges, M., and Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of traumatic stress*, 23(6), 767-774.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., ve Köklü, N. (2010). *Sosyal bilimler için istatistik*. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık.
- Campos, J. J., Campos, R. G., and Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394.
- Campos, J. J., Campos, R. G., and Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394.
- Carroll, J., Shaffer, C , Spensley, J., and Abramowitz, S. I. (1980). Family experiences of self-mutilating patients. *American Journal of Psychiatry*, 137(7), 852-853.
- Cavanaugh, R. M. (2002). Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15(2), 97-100.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., and Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of adolescence*, 34(2), 337-347.
- Chapman, A. L., and Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.

- Chapman, A. L., Gratz, K. L., and Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research And Therapy*, 44(4), 371–394.
- Claassen, C. A., Trivedi, M. H., Shimizu, I., Stewart, S., Larkin, G. L., and Litovitz, T. (2006). Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the united states as described in three medical databases. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 36(2), 192-212.
- Claes, L., and Muehlenkamp, J. J. (2013). *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment*. Heidelberg: Springer.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, .P, Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *J Adolesc*, 33, 775-778.
- Claes, L., Vandereycken, W., and Vertommen, H. (2006). Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 7(3), 204-213.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, New Jersey: Erlbaum.
- Cole, P. M., Martin, S. E., and Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75(5), 317–333.
- Cole, P. M., Michel, M. K., and Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 73-102.
- Creamer, M., Bell, R., and Failla, S. (2003). Psychometric properties of the impact of event scale-revised. *Behaviour research and therapy*, 41(12), 1489-1496.
- Csorba. J., Szelesne, E..F, Steiner, P., Farkas, L., and Nemeth, A. (2005). Symptom specificity of adolescents with self-injurious behavior. *Psychiatr Hung*, 20, 456-62.
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A. Ş., Renshaw, S. and Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(07), 1345-1358.
- Cull, J. G., and Gill, W. S. (1989). Suicide probability scale (SPS). *Los Angeles: Western Psychological Services*.

- Çamuroğlu, M. İ. (2014). *Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı ve intihar olasılığının çocukluk örselenmeleri ve saldırganlıkla ilişkisi* (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Çorapçıoğlu, A., Yargıç, İ., Geyran, P., ve Kocabaşoğlu, N. (2006). Olayların etkisi ölçęđi (Ies-R) Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. [Validity And Reliability Of Turkish Version Of "Impact Of Event Scale-Revised" (Ies-R)]. *A Journal Ofopsychiatry, Neurology and Behavioral Science*, 44(1), 14-22.
- Demirel, S., ve Canat, S. (2004). Ankara'daki beş eğitim kurumunda kendini yaralama davranışı üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 12(3), 1-9.
- Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory (BSI), administration, scoring and procedures manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Doğan, S., Güler, H., ve Kelleci, M. (2001). Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 26-32.
- D'onofrio, A. (2007). *Adolescent self-injury: a comprehensive guide for counselors and health care professionals*. New York: Springer Publishing Company.
- Duy, B., ve Yıldız, M. A. (2014). Ergenler için duygu düzenleme ölçęđi'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Turkish Psychological Counseling And Guidance Journal*, 5(41), 23-35.
- Erdem, Ş. (2009). *Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışının demografik değişkenler, travmatik yaşantılar ve benlik kapasitesi ile olan ilişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Faberow, N. L. (1980). *The many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior*. New York: Mcgraw-Hill Companies.
- Fabes, R., and Eisenberg, N. (1992). Young children's coping with interpersonal anger. *Child Development*, 63(1), 116-128.
- Farber, S. K. (1997). Self-medication, traumatic reenactment and somatic expression in bulimic and self-mutilating behavior. *Clinical Social Work Journal*, 25(1), 87-106.
- Farmer, R. D. (1980). The relationship between suicide and parasuicide. *The Suicide Syndrome*, 19-35.
- Favaro, A., and Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behaviors in bulimia nervosa: Prevalence and psychological correlates. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 186(3), 157-165.

- Favazza A, R., and Conterio, K. (1989). Female habitual self mutilators. *Acta Psychiatr Scand.* 79(3), 283-289.
- Favazza A.R. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation in culture and psychiatry.* Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Psychiatric Services*, 40(2), 137-145.
- Favazza, A. R., and Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 22-30.
- Favazza, A. R., and Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 3(2), 77-85.
- Favazza, A. R., and Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2), 134-140.
- Favazza, A. R., Derosear, L., and Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 19(4), 352-361.
- Feldman, M. D. (1988). The challenge of self-mutilation: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 29(3), 252-269.
- Ferentz, L. (2001). Self-injurious behavior. *Child Study Center Letter*, 6(2), 1-5.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS.* London: Sage Publications.
- Fliege, H., Lee, J., Grimm, A., and Klapp, B. F., (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal Of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493.
- Fontaine, J. R. J., Scherer, K. R., Roesch, E. R., and Ellsworth, P. (2007). The world of emotions is not two-dimensional. *Psychological Science*, 18(12), 1050-1057.
- Fox C, and Hawton K. (2004). *Deliberate self harm in adolescence.* London: Jessica Kingsley.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., and Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488.

- Gentry, W. D. (2000). *Anger free ten basic steps to managing your anger*. New York: Harper Collins Publisher.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., Naylor, M., and Ghaziuddin, N. (1992). Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatr*, 55(2), 103–105.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P.B., Malhi, G. S., Wilhelm, K. and Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *The American Journal Of Psychiatry*, 161(8), 14-17.
- Goddard, N., Subotsky, F., and Fombonne, E. (1996). Ethnicity and adolescent deliberate self-harm. *J Adolesc*, 19(6), 513-521.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F., and Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal sessions. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 65(5), 740–748.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F., and Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal sessions. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 65(5), 740–748.
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., and Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *J Am Coll Health*, 56(5), 491-498.
- Gore, H. M., Bloem, P.J.N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., and Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093-2102.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10(2), 192–205.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 76(2), 238–250.
- Gratz, K. L., and Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men and Masculinity*, 8(1), 1.

- Gratz, K. L., and Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal Of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54.
- Gratz, K. L., and Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive behaviour therapy*, 37(1), 14-25.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., and Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 72(1), 128.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., and Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44(10), 2099-2112.
- Green, A. H. (1967). Self-mutilation in schizophrenic children. *Archives of General Psychiatry*, 17(2), 234-244.
- Green, A. H. (1978). Self-destructive behavior in battered children. *Am J Psychiatry*, 135(5), 579-582.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J., (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3), 281 – 291.
- Gross, J. J., and Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. New York: Guilford Press.
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., and Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062-1069.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., and Townsed, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self -harm patients. *The British Journal Of Psychiatry*, 178(1), 48-54.
- Hawton, K., and James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *British Medical Journal*, 330(7496), 891-894.

- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., and Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 64(3), 623–627.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., and Nixon, M. K. (2008). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. M. K. Nixon, and N. L. Heath (Ed.), *Self-Injury In Youth: The Essential Guide To Assessment And Intervention* (pp. 9 –27). Oxford: Routledge Press.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., and Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal Of Mental Health Counseling*, 30(2), 137-156.
- Hodgson, S. (2004). Cutting through the silence: A sociological construction of self-injury. *Sociological Inquiry*, 74(2), 162-179.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Hutchinson, G., Bruce, C., and Simmons, V., (2008). Increasing incidence of admissions to a general hospital for deliberate self-harm in trinidad. *The West Indian Medical Journal*, 57(4), 346-351.
- Hypes, A. W. (2010). *Understanding deliberate self-harm among college women: Applying feminist theory to the affect regulation model* (Yayımlanmamış Doktora Tezi), The University of North Carolina, Charlotte.
- In-Albon, T., Ruf, C., and Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*, 2013.
- Jacobson, C. M., and Gould, M., (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129–147.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., and Turner, J. B., (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal Of Clinical and Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375.
- Johnson, N. N. (2006). *Self-mutilation, an unrecognized disorder: A literature review* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). University Of California, Riverside.
- Kakhnovets, R., Young, H., Purnell, A., Huebner, E., and Bishop, C. (2010). Self-reported experience of self-injurious behavior in college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(4), 309-323.

- Kara, M. Z. (2014). *İntihar girişimi olan ve olmayan kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde gelişimsel ve psikiyatrik özellikler* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Karagöz B. (2010). *Alkol veya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi: Çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile duygu düzenleme güçlüğü faktörleri* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Karagöz, B., ve Dağ, İ. (2015). Kendini yaralama davranışlarında çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki: Alkol ve/ya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 8-14.
- Kassinove, H., and Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. H. Kassinove (Ed.), *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment* (pp. 1-26). Washington Dc: Taylor And Francis.
- Kelada, L., Hasking, P., and Melvin, G. (2016). Adolescent nssi and recovery the role of family functioning and emotion regulation. *Youth & Society*, 1-22.
- Kemperman, I., Russ, M. J., and Shearin, E. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 11(2), 146-157.
- Kerr, Patrick L., Jennifer J. Muehlenkamp, and James M. Turner. (2010). Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *The Journal Of The American Board Of Family Medicine*, 23(2) 240-259.
- Kısaç, İ. (1997). *Üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Klonsky, D. E., Oltmanns, T. F., and Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal Of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 226–239.
- Klonsky, E. D. (2009). The function of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res*, 166(2-3), 260–268.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in united states adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(09), 1981-1986.
- Klonsky, E. D., and Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.



- Klonsky, E. D., and Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal Of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E.D., and Olino, T.M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of selfinjurers among young adults: A latent class analysis. *J Consult Clin Psych*, 76(1), 22-27.
- Knightsmith, P. (2015). *Self-harm and eating disorders in schools: A guide to whole-school strategies and practical support*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4–41.
- Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T., and Hintikka, J. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13 to 18 year-old finnish adolescents. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 23-28.
- Laye-Gindhu, A., and Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “what’s” and “why’s” of self-harm. *Journal Of Youth And Adolescence*, 34(5), 447-457.
- LeBlanc, R. (1993). Educational management of self-injurious behavior. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*.56(2), 91-98.
- Leibensluft, E., Gardner, D. L., and Cowdry, R. W. (1987). Special feature the inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 317-324.
- Lerner, H. (1996). *Öfke Dansı* ( S. Gül, Çev.). İstanbul: Varlık Yayınları.
- Levenkron, H. (2006). Love (and hate) with the proper stranger: Affective honesty and enactment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(2), 157-181.
- Levenkron, S. (1998). *Cutting: Understanding and overcoming self- mutilation*. New York: W.W. Norton And Company.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Bohus, M., and Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. J. Gross (Ed.) *Handbook Of Emotion Regulation* (pp. 508–605). New York: Guilford Press.

- Linning, L. M., and Kearney, C. A. (2004). Post-traumatic stress disorder in maltreated youth: A study of diagnostic comorbidity and child factors. *Journal of interpersonal violence*, 19(10), 1087-1101.
- Litman, R. E. (1980). Psychodynamics of indirect self-destructive behavior. *The Many Faces Of Suicide: Indirect Self-Destructive Behavior*, 28-40.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Kierker, L., and Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Lüleci, S. (2007). *Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Martin, R. C., and Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249–1260.
- Martinson, D. (1998). Self-injury: You are not the only one. Web: <http://www.palace.net/llama/psych/intro.html>. adresinden 12.04.2017 tarihinde erişilmiştir.
- Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., Asami, T., and Iseki, E. (2004). Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 58(2), 191-198.
- Mayer, J. D., and Salovey, P. (1988). Personality moderates the interaction of mood and cognition. K. Fiedler and J. P. Forgas (Ed.), *Affect, Cognition And Social Behavior* (pp. 87-99). Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Mayer, J. D., Caruso, D., and Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- Mcallister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: A critical review. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 12(3), 177–185.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace And Company.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., and Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal Of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193.
- Møhl, B., & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health*, 6(2), 147-155.

- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., and Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236-243.
- Morey, C., Corcoran, P., Arensman, E., and Perry, I. J. (2008). The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *Bmc Public Health*, 8(1), 79.
- Motz, A. (Ed.). (2009). *Managing self-harm: Psychological perspectives*. London: Routledge.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 75(2), 324.
- Muehlenkamp, J. J., and Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., and Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives Of Suicide Research*, 11(1), 69-82.
- Muehlenkamp, J. J., and Kerr, P. L. (2010). Untangling a complex web: How non-suicidal self-injury and suicide attempts differ. *The Prevention Researcher*, 17(1), 8-11.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., and Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 6(1), 10.
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadeson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., and Mitchell, J. E. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 83-87.
- Muehlenkamp, J. J., Hoff, E. R., Licht, J. G., Azure, J. A., and Hasenzahl, S. J. (2008). Rates of non-suicidal self-injury: A cross-sectional analysis of exposure. *Current Psychology*, 27(4), 234-241.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., and Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*. 178(3), 306-312.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., and Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333-1341.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions In Psychological Science*, 18(2), 78-83.

- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- Nock, M. K. and Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. M. K. Nock (Ed.) *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., and Kazdin, A. E. (2002). Examination of affective, cognitive and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 31(1), 48–58.
- Nock, M. K., and Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(5), 885.
- Nock, M. K., and Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal Of Abnormal Psychology*, 114(1), 140–146.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., and Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154.
- Nock, M. K., Joiner, E. E., Jr., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., and Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., and Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 816.
- Nock, M.K., and Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *Psychol*, 115(3), 616–23.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., and Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452-1471.
- Ochsner, K. N., Ray, R. R., Hughes, B., McRae, K., Cooper, J. C., Weber, J., ...and Gross, J. J. (2009). Bottom-up and top-down processes in emotion generation: Common and distinct neural mechanisms. *Psychological Science*, 20(11), 1322-1331.
- Öksüz, E., ve Malhan, S. (2005). Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: Questionnaire study. *Croatian Medical Journal*, 46(1), 66-73.

- Öner, N. P. (1983). State and trait anxiety in Turkish patients and normals. In C.D.Spielberg and R. Diaz-Guerrero (Ed.), *Cross-Cultural Anxiety*, 2, 107-119
- Özer, A. K. (1994). Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.
- Öner, N., ve LeCompte, W. A. (1985). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özmen, A. (2004). *Seçim kuramına ve gerçeklik terapisine dayalı öfkeyle başa çıkma eğitim programının ve etkileşim grubu uygulamasının üniversite öğrencilerinin öfkeyle başa çıkma becerileri üzerindeki etkisi* (Yayımlanmamış Doktora Tezi) Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özmen, A. (2006). Öfkeyle başa çıkma eğitiminin ve etkileşim grubu uygulamasının içe yönelik öfke üzerindeki etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(2), 175-185.
- Pattison, E. M., and Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal Of Psychiatry*, 140(7), 867-872.
- Pierce, D. (1987). Deliberate self-harm in the elderly. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 2(2), 105-110.
- Pisetsky, E. M., Haynos, A. F., Lavender, J. M., Crow, S. J., and Peterson, C. B. (2017). Associations between emotion regulation difficulties, eating disorder symptoms, non-suicidal self-injury and suicide attempts in a heterogeneous eating disorder sample. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 143-150.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., and Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (nssi) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549-1558.
- Polk, E., and Liss, M. (2009). Exploring the motivations behind self-injury. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(2), 233-241.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation In Children And Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Rissanen, M. L., Kylmä, J., and Laukkanen, E. (2008). Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(2), 145-163.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, G. P., and Mullen, P. E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *The American Journal Of Psychiatry*, 152(9), 1336.

- Ross, S., and Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal Of Youth And Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Rugancı, R. N. (2008). *The relationship among attachment style, affect regulation, psychological distress and mental construction of the relational world* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Rugancı, R. N. ve Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal Of Clinical Psychology*, 66(4), 442-455.
- Ryan, K., Heath, M., Fischer, L., and Young, E. (2008). Superficial self-harm: Perceptions of young women who hurt themselves. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 237-254.
- Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H., ve Yeşilbaş, D. (2013). Bir ergen ve genç erişkin ikinci basamak psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda kasıtlı kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağı travma yaşantılarının yaygınlığı ve arasındaki ilişkinin araştırılması. *Noropsikiyatri Arşivi*, 1(50), 222-229.
- Saçarçelik, G.G. (2009). *Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan Ergen ve genç erişkin hastalarda Çocukluk çağı travmaları* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Sarno, I., Madeddu, F., and Gratz, K. L. (2010). Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, 25(3), 136-145.
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., and Joiner Jr, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (nssi) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, And Treatment*, 3(2), 167.
- Shahid, M., Khan, M. M., Khan, M. S., Jamal, Y., Badshah, A., and Rehmani, R. (2009). Deliberate self-harm in the emergency department: Experience from Karachi, Pakistan. *Crisis*, 30(2), 85-89.
- Shapiro, S. (2008). Addressing self-injury in the school setting. *J Sch Nurs*, 24(3), 124-130.
- Sharkin, B. S. (1993). Anger and gender: Theory, research and implications. *Journal of Counseling and Development (JCD)*, 71(4), 386.
- Sharkin, B. S., and Gelso, C. J. (1991). The anger discomfort scale: Beginning reliability and validity data. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 24(2), 61-68.

- Shields, A., and Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of clinical child psychology*, 27(4), 381-395.
- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., and Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 268-285.
- Simeon, D., and Favazza, A. R. (2001). *Self-injurious behaviors: phenomenology and assessment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Skegg, K. (2005). Self-Harm. *The Lancet*, 366 (9495), 1471-1483.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., and Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. *Advances in personality assessment*, 2, 159-187.
- Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A., and Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. *Anger and Hostility In Cardiovascular And Behavioral Disorders*, 5-30.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., and Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population?. *American Journal Of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Suyemoto, K. L. and Macdonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32(1), 162-171.
- Swannell, S.V., Martin, G.E., Page, A., Hasking, St. P., and John, N.J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 44, 273-303.
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., ... and Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross-section study. *PLoS One*, 6(4), e17977.
- Tarlacı, N., Yeşilbursa, D., Türkcan, S., Saatçioğlu, Ö., ve Yaman, M. (1997). B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8, 29-35.
- Thomas, S. P. (1993). *Women and anger*. New York: Springer Publishing Co.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs Of The Society For Research In Child Development*, 59(2,3), 25-52.
- Toprak, S., Çetin, İ., Güven, T., Can, G. ve Demircan, Ç. (2011). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Research*, 187(1), 140-144.
- Tresno, F., Ito, Y., and Mearns, J. (2013). Risk factors for nonsuicidal self-injury in Japanese college students: The moderating role of mood regulation expectancies. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1009-1017.
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., and Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303-313.
- Tulloch, A.L., Blizzard, L., and Pinkus, Z. (1997). Adolescent-parent communication in self-harm. *Journal Of Adolescent Health*, 21(4), 267-75.
- TÜİK. (2008). Ölüm nedeni istatistikleri.  
Web: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1083](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083) adresinden 20.04.2017 tarihinde erişilmiştir.
- Tüzün, O. (2008). *Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aleksitimi, mizaç ve karakter özellikleri ve çocukluk dönemi ihmal ve istismarı açısından incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Ulutürk, E. (2006). *Antihipertansif kullanan bireylerin öfke ve öfke duygusunu ifade düzeylerinin belirlenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Uysal, S. (2010). *Kendine zarar verme davranışı olan genç erişkin hastalarda intihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayanların klinik tanıları, borderline kişilik özellikleri, mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırılması* (Uzmanlık Tezi), Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Van Der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. *Psychiatric Clinics Of North America*, 12(2), 389-411.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., and Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American journal of psychiatry*, 148(12), 1665.
- Van Der Kolk, B., Herman, J. L., and Perry, J. C. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.



- Victor, S. E., Glenn, C. R., and Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry research*, 197(1), 73-77.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Walsh, B. W., and Rosen, P. (1988). *Self-mutilation: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.
- Wan, Y. H., Hu, C. L., Hao, J. H., Sun, Y., and Tao, F. B. (2011). Deliberate self-harm behaviors in Chinese adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 517.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., and Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. In Annual Convention of The International Society For Traumatic Stress Studies, San Antonio.
- Weiss, D. S., and Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale revised. J. P. Wilson and T. M. Keane (Ed.) *Assessing Psychological Trauma And Ptsd: A Practitioner's Handbook* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.
- Wenar, C., and Kerig, P. K. (2005). Psychopathologies of the adolescent transition: Eating disorders and substance abuse. *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*, 359-403.
- White, V. E., Wollenzier, T. H. and Nolan, J. (2002). College students and self injury: intervention strategies for counselors. *Journal Of College Counseling*, 5(2),105-113.
- Whitlock, J., and Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics And Adolescent Medicine*, 161(7), 634-640.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., and Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreria, P., Abrams, G. B.,...Knox, K. (2011). Non-suicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *J Am Coll Health*, 59(8), 691-698.
- Wiederman, M. W., Sansone, R. A., and Sansone, L. A. (1999). Obesity among sexually abused women: An adaptive function for some?. *Women & Health*, 29(1), 89-100.
- Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., and Pittman, A. L. (2001). Child maltreatment: Risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(3), 282-289.

- Yip, K. S., Ngan, M. Y., and Lam, I. (2003). A qualitative study of parental influence on and response to adolescents' self-cutting in Hong Kong. *Families In Society: The Journal Of Contemporary Social Services*, 84(3), 405-416.
- Young, R., Sweeting, H., and West, P. (2006). Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary goth youth subculture: Longitudinal cohort study. *Bmj*, 332(7549), 1058-1061.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568-573.
- Zeki, A., ve Çuhadaroglu, F. (2011). Non-suicidal self injurious behavior in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 222-223.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., and Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., and Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12-16.
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., ve Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.
- Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H.A., Öztürk, M.,...Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect or dissociation. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 57(1), 119-126.
- Zweig-Frank, H., Paris, J., and Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatr*, 39(5), 259-268.

## EKLER

### Ek A. Kişisel Bilgi Formu

Sevgili Gençler;

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Araştırma Görevlisi ve Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Psikolojisi yüksek lisans programı öğrencisi Cansu Hazal GÜÇLÜ tarafından yüksek lisans tezi olarak Prof. Dr. Emine Gül KAPÇI' nın danışmanlığında yapılmaktadır.

Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin çeşitli baş etme becerileri, duygu durumları ve üzüntü verici yaşantıları arasındaki ilişki çalışılmaktadır.

Sizlerden beklenen ekteki formları durumunuzu yansıtacak şekilde doldurmanızdır. Kimlik bilgilerinizi (isim vb.) belirtmenize gerek yoktur. Araştırmanın sonuçları hakkında kişisel bilgilerinizi öğrenmek isterseniz adınızı yazmanız yeterlidir.

Gösterdiğiniz ilgi ve iş birliği için teşekkür ederim.

Başkent Üniversitesi Arş. Gör. Cansu Hazal GÜÇLÜ

Bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum

İmza:

Kişisel bilgilerinizi öğrenmek isterseniz :

Ad- Soyad:

- A) Cinsiyetiniz: Kadın (...) Erkek (...)
- B) Yaşınız:
- C) Bölümünüz:
- D) Sınıf Düzeyiniz: 1 (...) 2 (...) 3 (...) 4 (...)
- E) Anne babanızın öğrenim düzeyini işaretleyiniz.

Anne

Baba

- |                      |         |         |
|----------------------|---------|---------|
| 1. Okur yazar değil  | ( )     | ( )     |
| 2. Okur yazar        | ( )     | ( )     |
| 3. İlkokul mezunu    | ( )     | ( )     |
| 4. Ortaokul mezunu   | ( )     | ( )     |
| 5. Lise mezunu       | ( )     | ( )     |
| 6. Üniversite mezunu | ( )     | ( )     |
| 7. Diğer             | (.....) | (.....) |

## Ek B. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

### BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

**1.Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):**

Davranis	Davranis Sayisi
Kesme	
Isırma	
Yakma	
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	
Çimdikleme	
Saç kopartma (kökünden)	
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine Vurma	
Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	
Cildi sert bir yüzeye sürtme	
Kendine iğne batırma	
Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	
Diğer	
<b>2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa bu davranış(lar)ı daire içine alınız.</b>	

### .Hangi yaşta?

İlk kez kendinize zarar verdiniz?	
En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl)	

**4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz? Lütfen daire içine alınız**

EVET BAZEN HAYIR

**5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz? Lütfen daire içine alınız**

EVET BAZEN HAYIR

**6. Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz? Lütfen daire içine alınız**

1 saatten az	1-3 saat	3-6 saat
6-12 saat	12-24 saat	1 günden az

**7. Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi? Lütfen daire içine alınız.**

EVET HAYIR



## BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge: Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyin.

- Belirtilen durum size hiç uygun değilse '1' işaretleyiniz.
- Belirtilen durum size kısmen uygunsuzsa '2' işaretleyiniz
- Belirtilen durum size çok uygunsuzsa '3' işaretleyiniz

	1	2	3
1- kendimi sakinleşmiş hissedirim			
2- kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum			
3-kendimi cezalandırmış olurum			
4-kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)			
5- uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum			
6- intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum			
7- heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum			
8- akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur			
9- başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum			
10-acıya dayanıklılığımı görmüş olurum			
11- kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum			
12- birisinden hıncımı çıkartmış olurum			
13-kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum			
14- içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum			
15- başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum			
16- değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum			
17-duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum			
18- fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)			
19...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum			
20- uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum			
21- başkalarına uyum sağlamış olurum			

22- başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum			
23- güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum			
24- duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum			
25- başkalarından intikam almış olurum			
26- başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum			
27- kaygı, hüsrana, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur			
28- kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum			
29-kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum			
30-kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edicidir			
31- kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum			
32- intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum			
33- sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi)			
34-arkadaşlarım ve sevdiğimlerle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum			
35- sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum			
36- fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum			
37- yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum			
38- bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum			
39-özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum			



### Ek C. Duygu Düzenleme G cl g   lceği (DDGÖ)

AŞağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle yanıtlayınız. Yanıtınızı uygun cevap önündeki yuvarlak üzerine çarpı işareti (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Yaklaşık	�oğu Zaman	Her Zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim					
8. Ne hissettiğimi �nemserim					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaŐa yaŐarım					
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim					
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım					
12. Kendimi kötü hissettiğim zaman utanırım					
13. Kendimi kötü hissettiğimde iŐlerimi bitirmekte zorlanırım					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkmaya başlarım					
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım					
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım					
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım					
18. Kendimi kötü hissederken başka Őeylere odaklanmakta zorlanırım					
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaŐarım					
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da yine de iŐlerimi yapabilirim					
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygudan dolayı kendimden utanırım					
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağıma inanırım					
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım					
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır					

25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım					
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım					
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım					
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiç bir Şey olmadığına inanırım					
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum					
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım					
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım					
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim					
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım					
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım					
35. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygunun geçmesi çok uzun zaman alır					
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur					

## Ek D. Sürekli Öfke Ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

### I. Bölüm

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en iyi tanımlayanı seçerek üzerek (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğini gösteren cevabı işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1- Çabuk Parlarım.	1	2	3	4
2- Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4
3- Öfkesi burnunda bir insanımdır.	1	2	3	4
4- Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4
5- Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	1	2	3	4
6- Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4
7- Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8- Başkalarının önünde eleştirilmek beni hiddetlendirir.	1	2	3	4
9- Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	1	2	3	4
10- Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1	2	3	4

### II. Bölüm

**YÖNERGE:** Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (x) işareti koyarak belirtiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

### ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
11- Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4
12- Kızgınlığımı gösteririm.	1	2	3	4
13- Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4
14- Başkalarına karşı sabırlıyım.	1	2	3	4
15- Somurtur ya da sürat asarım.	1	2	3	4

**ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...**

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
<b>16-</b> İnsanlardan uzak dururum.	1	2	3	4
<b>17-</b> Başkalarına iğneli sözler söylerim.	1	2	3	4
<b>18-</b> Soğukkanlılığımı korurum.	1	2	3	4
<b>19-</b> Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	1	2	3	4
<b>20-</b> İçin için köpürürüm ama gösteremem.	1	2	3	4

**ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...**

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
<b>21-</b> Davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
<b>22-</b> Başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
<b>23-</b> İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	1	2	3	4
<b>24-</b> Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	1	2	3	4
<b>25-</b> Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4

**ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...**

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
<b>26-</b> Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1	2	3	4
<b>27-</b> Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1	2	3	4
<b>28-</b> Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1	2	3	4
<b>29-</b> Kötü şeyler söylerim.	1	2	3	4
<b>30-</b> Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4

**ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...**

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
<b>31-</b> İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	1	2	3	4
<b>32-</b> Sinirlerime hâkim olamam.	1	2	3	4
<b>33-</b> Beni sinirlendirenlere, ne hissettiğimi söylerim.	1	2	3	4
<b>34-</b> Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	1	2	3	4

### Ek E. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R)

Aşağıda yaşamdaki sıkıntı verici olaylardan sonra insanların yaşayabileceği güçlüklerin bir listesi verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak **geçtiğimiz 7 gün** boyunca her bir güçlüğü ne sıklıkta yaşadığınızı işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
1-Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor					
2-Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor					
3-Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor					
4-Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum					
5-Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum					
6-İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum					
7-Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum					
8-Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçmıyorum					
9-Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi film gibi gözümün önünde canlanıyor					
10- Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum					
11- Olayı düşünmemeye çalışıyorum					

12- Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve çözmeye çalışmıyorum					
13- Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum					
14- Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum					
15- Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum					
16- Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar					
17- Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum					

18- Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum					
19-Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda, terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum					
20- Olayla ilgili rüyalar görüyorum					
21- Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.					
22- Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum					



## Ek F



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 98761816-302.08.01-E.4780  
Konu : Cansu Hazal ÖZDEMİR GÜÇLÜ'nün  
Uygulama İzni Hk.

15.12.2016

## BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Enstitümüz Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı Eğitim Psikolojisi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Cansu Hazal ÖZDEMİR GÜÇLÜ Prof.Dr.Emine Gül KAPÇI danışmanlığında yürüttüğü "Üniversite Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışında Duygu Ayarlama, Öfke Kontrolü ve Travma Belirtilerinin Yordayıcı Rolü" konulu tez çalışması kapsamında Üniversitenizde çalışma yapmak istemektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrenciye yapacağı tez çalışması için gereken izinin verilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. İsmail GÜVEN  
Müdür

Ek :

- 1 - Dilekçe (1 Sayfa) Envanter (2 Sayfa) İşlevler (2 Sayfa) Ölçek (7 Sayfa)
- 2 - Tez Önerisi (37 Sayfa)

BELGENİN ASLI  
ELEKTRONİK İMZALIDIR

15.12.2016

Süreyya SARIKAYA  
Memur

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : WIWLPXKNXQBKYQEKNOEL Belge Takip Adresi: <http://belgedogrulama.ankara.edu.tr/>  
Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; Cebeci Yerleşkesi 06590; Cebeci/Ankara  
/ANKARA  
Telefon No: 0312 362 99 05 / 5322 Belge Geçer No: 0312 362 73 97  
e-posta: ebens@education.ankara.edu.tr internet adresi: -

Bilgi için:Emel SÜKÜN  
Bilgisayar İşletmeni  
Telefon No:(312) 362 99 06-5310

13.12.2016

ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı, Eğitim Psikolojisi Bilim Dalı yüksek lisans programına kayıtlı 13610513 numaralı öğrenciyim. Prof. Dr. Emine Gül KAPÇI danışmanlığında yürüttüğüm “Üniversite Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışında Travma Belirtileri, Duygu Ayarlama ve Öfke Kontrolünün Yordayıcı Rolü” konulu yüksek lisans tez çalışmam için şu anda araştırma görevlisi olarak çalıştığım Başkent Üniversitesinde uygulamalarımı yürütmek istiyorum. Uygulama izni alınabilmesi için Başkent Üniversitesi Rektörlüğüne resmi yazı gönderilmesi hususunu bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

İletişim adresi: Yaşamkent Mah. 3267 Cad.  
Çankaya/Ankara  
Telefon: 0506 681 20 92

CANSU HAZAL ÖZDEMİR GÜÇLÜ

İmza



Ekler:

1. Tez Önerisi
2. Kendine Zarar Verme Davranışları Envanteri
3. Duygusal Düzenleme Ölçeği
4. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
5. Olayların Etkisi Ölçeği

*Anı Çeliker*  
UYGUNDUR (12.12.2016)  
Prof. Dr. Emine Gül KAPÇI