

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**‘Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimine Başvuran
Kişilerde İntihar Olasılığının, Benlik Saygısı, Psikolojik Dayanıklılık,
Algılanan Sosyal Destek Ve Önceki İntihar Girişimleriyle İlişkisi’**

Dr. Ömer NART

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

2018

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



‘Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimine Başvuran Kişilerde İntihar Olasılığının, Benlik Saygısı, Psikolojik Dayanıklılık, Algılanan Sosyal Destek Ve Önceki İntihar Girişimleriyle İlişkisi’

Dr. Ömer NART

PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Bülent COŞKUN
Anabilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurulu Onayı: KOU KAEK 28/14 – 28 Temmuz 2015

Proje No: 2015/257

2018

TEŞEKKÜR

Her anımda yanımda olan, üzerimde büyük emekleri olan, desteklerini, sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen annem Nüşin NART'a, babam Şükrü NART'a, kardeşlerim Merve NART ve Bilal NART'a,

Uzmanlık eğitime başladığım günden beri desteğini hep hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez sürecinde büyük yardımını gördüğüm kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Bülent COŞKUN'a,

Birlikte çalışma şansını yakaladığım, akademik gelişimim yanında kişisel gelişimimde de büyük emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa YILDIZ, Prof. Dr. Ümit TURAL, Doç. Dr. Aslıhan POLAT ve Doç. Dr. Cem CERİT'e,

Asistanlığımın bir bölümünde birlikte çalışma şansını yakaladığım, aynı zamanda tez değerlendirme jürimde yer alan değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER'e

Tezimi hazırlamam konusunda her türlü yardım ve bilgilerine başvurduğum kıdemlim ve dostum Dr. Erkal ERZİNCAN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca çalışmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve tüm diğer çalışanlara,

En derin duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	1
İÇİNDEKİLER	2
KISALTMALAR DİZİNİ	6
ÖZET	7
ABSTRACT	8
1 GİRİŞ VE AMAÇ	9
2 GENEL BİLGİLER	10
2.1 İNTİHARIN TANIMI	10
2.2 İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ	11
2.3 İNTİHARIN ETYOLOJİSİ.....	12
2.3.1 <i>Durkheim'in Sosyolojik Kuramı:</i>	12
2.3.2 <i>Freud'un Psikodinamik Kuramı:</i>	12
2.3.3 <i>Menninger'e Göre İntihar:</i>	13
2.3.4 <i>Nesne İlişkileri Kuramı:</i>	13
2.3.5 <i>Bilişsel Kuram:</i>	13
2.3.6 <i>Kaçış Kuramı:</i>	14
2.3.7 <i>Sosyal Öğrenme Kuramı:</i>	14
2.3.8 <i>Biyolojik Kuram:</i>	15
2.3.9 <i>İntihar Sürecine Bütüncül Yaklaşım:</i>	15
2.4 İNTİHARLA İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ.....	16
2.4.1 <i>Sosyodemografik Risk Faktörleri:</i>	16
2.4.1.1 Yaş:	16
2.4.1.2 Cinsiyet:.....	17
2.4.1.3 Medeni Durum:.....	17
2.4.1.4 Eğitim Durumu:.....	17
2.4.1.5 Meslek ve Sosyoekonomik Durum:	18
2.4.1.6 Aile Yapısı:	18
2.4.2 <i>Psikiyatrik Hastalıklar:</i>	18
2.4.2.1 Duygudurum Bozuklukları:.....	18
2.4.2.2 Şizofreni:	19
2.4.2.3 Anksiyete Bozuklukları:.....	19
2.4.2.4 Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları:	19
2.4.2.5 Kişilik Bozuklukları:	20
2.4.2.6 Diğer Psikiyatrik Etkenler:	20
2.4.3 <i>İntihar Düşüncesi ve Plan Kurma:</i>	20
2.4.4 <i>Önceki İntihar Girişimleri Öyküsü:</i>	21
2.4.5 <i>Bedensel Hastalıklar:</i>	21
2.4.6 <i>Çocukluk Çağı Travmaları, İstismar ve İhmal:</i>	21
2.4.7 <i>Stresli Yaşam Olayları:</i>	22
2.4.8 <i>Kendine Zarar Verici Davranışlar:</i>	22
2.4.9 <i>Dini İnanç:</i>	23
2.5 ERGEN VE GENÇ ERİŞKİNLERDE İNTİHAR:.....	23
2.5.1 <i>Ergen ve Genç Erişkin İntiharlarında Risk Faktörleri:</i>	25
2.5.1.1 Psikopatolojik Risk Faktörleri:	25
2.5.1.2 Ailesel Risk Faktörleri:	25
2.5.1.3 Toplumsal ve Çevresel Risk Faktörleri:	25
2.6 ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE İNTİHAR:	26
2.7 BENLİK SAYGISI VE İNTİHAR.....	28
2.8 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İNTİHAR	29

3	GEREÇ VE YÖNTEM:	32
3.1	ÖRNEKLEM:.....	32
3.2	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:	32
3.2.1	<i>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Formu:</i> 32	
3.2.2	<i>İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ):</i>	32
3.2.3	<i>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):</i>	33
3.2.4	<i>Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ):</i>	34
3.2.5	<i>Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):</i>	34
3.3	VERİLERİN TOPLANMASI:	35
3.4	VERİLERİN ANALİZİ:.....	35
4	BULGULAR:	36
4.1	GRUBUN GENEL YAPISI:.....	36
4.2	KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİLİ BULGULAR:	45
4.3	KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARININ BİRBİRLERİYLE İLİŞKİSİNE DAİR BULGULAR:.....	45
4.4	KATILIMCILARIN İÖÖ PUANLARININ BAZI BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:	46
5	TARTIŞMA	63
5.1	ÇALIŞMAYA KATILAN ERGENLERİN İNTİHAR OLASILIĞI DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI: .	63
5.1.1	<i>Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar Olasılığı İlişkisi:</i>	63
5.1.2	<i>Benlik Saygısı ve İntihar Olasılığı İlişkisi:</i>	64
5.1.3	<i>Algılanan Sosyal Destek ve İntihar Olasılığı İlişkisi:</i>	65
5.1.4	<i>Geçmişteki İntihar Girişimi Sayısı ve İntihar Olasılığı İlişkisi:</i>	66
5.1.5	<i>Yaş ve Cinsiyete Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	67
5.1.6	<i>Eğitim Durumuna Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	68
5.1.7	<i>Gelir Düzeyi Algısına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	69
5.1.8	<i>Psikiyatrik Özgeçmişine Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	70
5.1.9	<i>Ebeveynlerin Birliktelik Durumlarına ve Hayatta Olmalarına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	70
5.1.10	<i>Ebeveynlerle İlişki Durumuna Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	71
5.1.11	<i>Geçmişi ve Geleceği Yorumlama Şekline Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	72
5.1.12	<i>Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i> 72	
5.1.13	<i>Kitap Okuma, Müzikle İlgilenme ve Spor Aktivitesine Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	73
5.1.14	<i>İnternet ve Cep Telefonu Kullanımına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i> 74	
5.1.15	<i>Fiziksel Saldırı, Cinsel Fiziksel ve Çocukluk Çağı Travmasına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:</i>	75
5.2	ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI:.....	76
6	SONUÇ VE ÖNERİLER:	77
6.1	SONUÇLAR:	77
6.2	ÖNERİLER:.....	78
	KAYNAKLAR	80
	EKLER	93

TABLolar DİZİNİ

TABLO 1: KATILIMCILARIN CINSİYET VE YAŞLARI İLE İLGİLİ VERİLER	36
TABLO 2: KATILIMCILARIN EĞİTİM DURUMUYLA İLGİLİ VERİLER	36
TABLO 3: KATILIMCILARIN EBEVEYNLERİNİN EVLİLİK DURUMLARI VE HAYATTA OLUP OLMADIKLARIYLA İLGİLİ VERİLER.....	37
TABLO 4: KATILIMCILARIN GELİR DÜZEYİ ALGISIYLA İLGİLİ VERİLER	37
TABLO 5: KATILIMCILARIN PSIKIYATRİK ÖZGEÇMİŞİYLE İLGİLİ VERİLER.....	37
TABLO 6: KATILIMCILARIN GEÇMİŞLERİNİ VE GELECEKLERİNİ NASIL DEĞERLENDİRDİĞİYLE İLGİLİ VERİLER.....	39
TABLO 7: KATILIMCILARIN İNTERNET, CEP TELEFONU, KİTAP, SPOR VE MÜZİKLE İLİŞKİSİNİ GÖSTEREN VERİLER ..	41
TABLO 8: KATILIMCILARIN SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIMIYLA İLGİLİ VERİLERİ.....	42
TABLO 9: KATILIMCILARIN TRAVMATİK YAŞANTISIYLA İLGİLİ VERİLER.....	43
TABLO 10 KATILIMCILARIN ANNE VE BABALARIYLA İLİŞKİSİNİ DEĞERLENDİRDİĞİ VERİLER.....	44
TABLO 11: KATILIMCILARIN GEÇMİŞTEKİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİYLE İLGİLİ VERİLER	44
TABLO 12: KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARI, MINIMUM, MAKSİMUM DEĞERLERİ VE STANDART SAPMALARİ.....	45
TABLO 13: KATILIMCILARIN İÖÖ TOPLAM PUANI, ÇBASDÖ TOPLAM PUANI, RBSÖ VE KTGÖ'LERİNİN KENDİ ARALARINDAKİ İLİŞKİLERİNİ BELİRLEMEK AMACIYLA YAPILAN KORELASYON ANALİZİNE İLİŞKİN BULGULAR	46
TABLO 14: KATILIMCILARIN YAŞLARI İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME (İÖÖ BT), İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA (İÖÖ HBK), İÖÖ ÖFKE (İÖÖ Ö) ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM (İÖÖ T) PUANLARININ KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI.....	46
TABLO 15: KATILIMCILARIN CINSİYETLERİ İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	47
TABLO 16: KATILIMCILARIN EĞİTİM DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	48
TABLO 17: KATILIMCILARIN EBEVEYN KAYBI DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	49
TABLO 18: KATILIMCILARIN EBEVEYNLERİNİN BİRLİKTELİK DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	49
TABLO 19: KATILIMCILARIN GELİR DÜZEYİ ALGISI İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARININ KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI	50
TABLO 20: KATILIMCILARIN DAHA ÖNCEKİ PSIKIYATRI BAŞVURUSU DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	51
TABLO 21: KATILIMCILARIN GEÇMİŞ PSIKIYATRİK İLAÇ KULLANIM DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	51
TABLO 22: KATILIMCILARIN GEÇMİŞLERİNİ VE GELECEKLERİNİ DEĞERLENDİRME DURUMLARI İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARININ KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI.....	53
TABLO 23: KATILIMCILARIN ANNE VE BABALARIYLA İLİŞKİLERİNİ DEĞERLENDİRME DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARININ KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI.....	54
TABLO 24: KATILIMCILARIN SİGARA KULLANIMINI İFADE ETME DURUMLARI İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	54
TABLO 25: KATILIMCILARIN ALKOL KULLANIMINI İFADE ETME DURUMLARI İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	55
TABLO 26: KATILIMCILARIN GÜNLÜK İNTERNET KULLANIM SÜRESİ İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR.....	56
TABLO 27: KATILIMCILARIN MÜZİKLE İLİŞKİ DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	57
TABLO 28: KATILIMCILARIN CEP TELEFONU İLİŞKİ DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR.....	58

TABLO 29: KATILIMCILARIN SPORLA İLİŞKİ DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	59
TABLO 30: KATILIMCILARIN KİTAPLA İLİŞKİ DURUMU İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR	60
TABLO 31: KATILIMCILARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR.....	61
TABLO 32: KATILIMCILARIN FİZİKSEL SALDIRIYA UĞRAMA ÖYKÜSÜ İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR.....	61
TABLO 33: KATILIMCILARIN CİNSEL SALDIRIYA UĞRAMA ÖYKÜSÜ İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR.....	62
TABLO 34: KATILIMCILARIN GEÇMİŞTEKİ İNTİHAR GİRİŞİMİ SAYISI İLE İÖÖ BENLİK VE TÜKENME, İÖÖ HAYATA BAĞLILIKTAN KOPMA, İÖÖ ÖFKE ALT ÖLÇEKLERİ VE İÖÖ TOPLAM PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AIT BULGULAR.....	62



KISALTMALAR DİZİNİ

5-HIAA	5-Hydroxyindoleacetic Asit
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
İOÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
İOÖ B	İntihar Olasılığı Ölçeği Benlik ve Tükenme Alt Ölçeği
İOÖ HBK	İntihar Olasılığı Ölçeği Hayata Bağlılıktan Kopma Alt Ölçeği
İOÖ Ö	İntihar Olasılığı Ölçeği Öfke Alt Ölçeği
İOÖ T	İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam
KTGÖ	Kendini Toparlama Gücü Ölçeği
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesi ergen birimine başvuran kişilerin intihar olasılığı düzeylerini belirlemek ve bununla ilişkili olabilecek değişkenleri araştırmaktır.

Çalışma 01.09.2015-31.12.2015 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimi'ne başvuran, 16-21 yaş arasındaki 149 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılar Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler Mann Whitney-U testi, Jonckheere-Terspstra sıralı alternatifler testi, Spearman korelasyon analizi kullanılarak çözümlenmiştir. Verilerin analizinde SPSS versiyon 16 kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmamızda İntihar Olasılığı Ölçeği; benlik ve tükenme, hayata bağlılıktan kopma ve öfke olmak üzere üç alt boyutta değerlendirilmiştir. Cinsiyet, gelir düzeyi algısı, daha önce psikiyatri başvurusunun olması, daha önce psikiyatrik bir ilaç kullanması, ebeveynlerin hayatta olma durumu, müzik dinleme sıklığı, spor yapma sıklığı, internet kullanım sıklığı, cep telefonu kullanım sıklığı, geçmişte cinsel saldırıya uğrama durumu değişkenlerine göre intihar olasılığı alt ölçek düzeylerinin farklılık göstermedikleri saptanmıştır. Bununla beraber katılımcıların intihar olasılığı alt ölçek düzeylerinin katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları, algılanan sosyal destekleri, benlik saygıları, önceki intihar girişimleri, yaşları, eğitim düzeyleri, ebeveynlerin birliktelik durumları, ebeveynleriyle ilişki dereceleri, geçmişlerini ve geleceklerini değerlendirme durumları, sigara ve alkol kullanma durumları, kitap okuma sıklıkları, geçmişte fiziksel saldırıya uğrama durumları ve çocukluk çağı travması öyküleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

Ergenlerde intihar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntihar olasılığının tespit edilebilmesi ve intiharın önlenmesi için intihar olasılığı ile ilişkili değişkenlerin tanımlanabilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak çalışmamız bu ihtiyacı göz önünde tutarak bu değişkenleri tanımlamayı amaçlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sosyal destek, benlik saygısı, ergen, intihar, intihar olasılığı.

ABSTRACT

In this study we aimed to assess the level of suicide probability and investigate the variables that may be related to this among outpatients who applied to a university hospital adolescent unit.

The study was carried out with 149 people aged 16-21 between 01.09.2015 and 31.12.2015 in Kocaeli University Faculty of Medicine Psychiatry Department. Participants were assessed using Kocaeli University Faculty of Medicine Psychiatry Department Adolescent Form, Suicide Probability Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support Scale, Resilience Scale and Rosenberg Self-Esteem Scale. The obtained data were analyzed using Mann Whitney-U test, Jonckheere-Terspstra test for ordered alternatives and Spearman correlation analysis. SPSS 20.0 program was used for statistical data analysis. $p < 0.05$ significance level was considered in interpreting the results.

In our study, Suicide Probability Scale was evaluated in three subscales; negative self and exhaustion, dissociation from devotion to life and anger. The probability of suicide by gender, income level perception, previous psychiatric admission, previous psychiatric drug use, parents' status, frequency of listening to music, frequency of exercise, frequency of internet usage, frequency of internet usage and past sexual abuse status subscale levels did not differ. Nevertheless, participants' Suicide Probability subscale scores were significantly correlated with psychological endurance, perceived social support, self-esteem, past suicide attempts, age, education levels, parents' marital status, participants' relationship level with their parents, past and future assessments, smoking and alcohol use, frequency of book reading, past physical assault status and childhood trauma status.

Suicide among adolescents is an important public health problem worldwide. Variables associated with suicide probability must be identified in order to determine the probability of suicide and to prevent it. As a result, our study aims to define these variables with this need in mind.

Keywords: Adolescent, perceived social support, probability of suicide, self-esteem, suicide.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, bireyin kendi yaşamını sonlandırmak amacıyla harekete geçmesi ve hedefine ulaşması anlamına gelmektedir.¹ İntiharlar arasında özel bir grup olarak değerlendirilen ergenlerde intihar ise son yıllarda üzerinde sıkça çalışılan bir alandır. Çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş olarak görülen ergenlik döneminin, yaşamın diğer dönemlerine göre daha problemlerle dolu bir dönem olduğu belirtilmiştir. Bu dönemde ergenin baş etmek zorunda kaldığı biyopsikososyal değişimler artmaktadır.² İntihar olasılığı ise bireyin intihar girişiminde bulunma riskini değerlendirmek için kullanılan bir kavramdır.³ Yetişkinlerde ve ergenlerde intihar olasılığı ve bu olasılığı etkileyen durumlarla ilgili çalışmalar yapılmaktadır.

Sosyal destek, kişinin güvendiği, kendisiyle ilgilendikleri ve kendisine değer verdiklerini bildiği insanların varlığından oluşan sosyal ağ olarak tanımlanmaktadır.⁴ Kişinin yaşamındaki mevcut güçlü sosyal destek ağı, intihar riskine karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Sosyal destek gibi koruyucu faktörlerin eksikliği, intihar olasılığının artmasına yol açabilmektedir.⁵

Benlik saygısı; kendini olduğundan düşük ya da olduğundan yüksek görmeksizin kişinin kendinden memnun olma durumudur.⁶ Benlik saygısı birçok değişkenden bağımsız olarak intihar girişiminde rol oynayabilmektedir.⁷

Psikolojik dayanıklılık; stresli yaşam koşullarının olumsuz etkilerini azaltan ve başarılı bir uyum sürecini kolaylaştıran olumsuz durumlardan kurtulmaya yardımcı olan kişisel bir özellik olarak tanımlanmaktadır.⁸ Yazın incelendiğinde yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip gençlerin intihar riskinin düşük olduğu görülmektedir.⁹

Sonuç olarak araştırmamızın amacı bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği ergen birimine başvuran 16-21 yaş arası kişilerin başvuru anındaki intihar olasılığının; başvuru anındaki benlik saygısı, psikolojik dayanıklılık, algılanan sosyal destek ve geçmişteki intihar girişimleri ile arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Hipotezimiz düşük benlik saygısının, düşük sosyal desteğin, düşük psikolojik dayanıklılığın ve geçmişteki intihar girişimlerinin şimdiki intihar olasılığını arttırdığı yönündedir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 İNTİHARIN TANIMI

İntihar, bireyin kendi yaşamını sonlandırmak amacıyla harekete geçmesi ve hedefine ulaşması anlamına gelmektedir. Latince’de sui “ben” ve cedere “öldürmek, kıymak” anlamına gelen iki kelimenin birleşmesinin sonucu “suicedere” den İngilizceye suicid şeklinde geçmiştir. Arapça’da boğazlamak, kurban etmek anlamında gelen “nahr“ kökünden türetilen intihar dilimizde olduğu gibi kullanılmasının yanında aynı anlama gelen “özkıym” kelimesi de kullanılmaktadır.¹

Farklı intihar türlerinin olması, intiharın birden çok sebebinin olması, tüm intiharlarda geçerli tek bir tanımlamanın yapılmasını zorlaştırmaktadır. İntihar, tıpkı diğer insan davranışlarının karmaşıklığı ve özneliği gibi son derece kişiye özgü bir davranıştır. İntiharla ilgilenenler açısından hem bilimsel çalışmalar hem de pratik uygulamaya dönük gerekliliklerden dolayı intiharın ortak bir tanımının olması önemlidir. Burada yalnızca ölümle sonuçlanan intihar olgularını değil aynı zamanda intihar düşünceleri ve girişimlerini de içine alan genel bir tanımlamanın yapılması uygun görülmüştür.¹

İntihar denilince birçok kişinin aklına yalnızca ölümle sonuçlanmış olaylar gelmektedir. Oysa intihar bilimcileri arasında intihar olayları birer davranış olarak ele alınmaktadır. İntihar davranışı genel bir terim olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. İntihar davranışı terimiyle intihar düşüncesi ve intihara bağlı ölüm arasındaki davranış süreci anlatılmaktadır. Ölümle sonuçlanmış olaylar, tamamlanmış intihar, kişinin kendisini bilinçli bir şekilde öldürmek için yaptığı fakat ölümle sonuçlanmayan girişimler, intihar girişimleri, kişinin kendi yaşamına son vermeyi düşünmesi ve bu bağlamda planlar yapması da intihar düşüncesi olarak adlandırılmaktadır.¹ İntihar düşüncesinin intihar girişimi için bir klinik belirteç olduğu söylenebilir. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi, tamamlanmış intiharlar için risk faktörleri olarak belirtilmiştir.¹⁰

İntihar girişimi yaşamı tehdit eden, acil ve doğru yaklaşımı gerektiren bir durumdur.¹¹ Girişimde bulunan kişilerin girişimi tekrarlama olasılığının yüksek olması ve tekrarlayan girişimlerin tamamlanmış intiharla sonuçlanma olasılığının yüksekliği göz önüne alındığında intihar girişiminin önemi daha da artmaktadır.¹²

2.2 İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde her yıl ortalama 800.000 kişi intihar sebebiyle ölmektedir.¹³ Bunun yaklaşık 200.000'ini ergenler ve genç erişkinler oluşturmaktadır.¹⁴ Dünyada ortalama her 40 saniyede bir kişinin intihar sebebiyle öldüğü belirtilmektedir.¹³

ABD'de her yıl yaklaşık 30.000 kişi kendi yaşamına son vermektedir. İntihar girişimlerinin ise tamamlanmış intiharlardan 10 kat fazla olduğu bildirilmektedir.¹⁵ İntihar oranları, Macaristan, Sri Lanka, Finlandiya, Çin, Rusya, Litvanya, Letonya, Estonya ve Slovenya gibi ülkelerde 100.000'de 25'in üzerindedir. Venezuela, Panama, Tacikistan, Yunanistan, Ermenistan, Meksika, Arnavutluk, Kuveyt ve Mısır'da bu oran 100.000'de 5'den azdır.¹⁶ DSÖ'nün sunduğu bu oranlar dünyadaki intihara ilişkin ölüm oranları hakkında genel bir fikir edinmemize yardımcı olmakla birlikte bazı ülkelerde verilerin uygun şekilde paylaşılmamasından dolayı bu oranların daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Örneğin DSÖ'nün verilerinde birçok Afrika ülkesine ilişkin bilgiler yeterli değildir. İntihar oranlarının güvenilirliğine ilişkin soru işaretlerinin en önemli nedenlerinden birisi de birçok ülkede intiharın halen bir tabu olarak görülmesi ve intihar sonucu ölümlerin damgalanma kaygısıyla gizlenmesidir.¹⁷

DSÖ verilerine göre intihar, gelişmiş ülkelerde en önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve ölüm nedenleri arasında, kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, diyabet, pnömoni ve sirozdan sonra, 8. sırada yer almaktadır.¹⁸ Dünya genelinde intiharın, 15-44 yaş grubunda ölüm nedenleri içinde ilk üçte, 15-19 yaş grubunda ise 2. sırada yer aldığı bildirilmektedir.¹⁹

Türkiye'de 1974-2006 yılları arasındaki intihar hızlarının ortalaması erkeklerde 100.000'de 3,08, kadınlarda 100.000'de 2,03, tüm grupta 100.000'de 2,53'dür. Bu oranlar birçok gelişmiş ülkeye göre düşük olmakla birlikte, ülkemizde intihar hızlarında belirgin bir artış vardır.²⁰

Türkiye'de intihar istatistikleri 1962 yılından beri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından düzenlenmekte ve 1974 yılından beri yayınlanmaktadır. Türkiye'de intihar oranları yıllara ve bölgelere göre farklılık göstermektedir. Tamamlanmış intihar ve intihar girişimi oranları Avrupa ülkeleri ve ABD'ye göre daha düşüktür. Ülkemizde kaba intihar hızı 1990'da 2,42/100.000, 2002 yılında 3,32/100.000, 2008 yılında 4/100.000, 2015 yılı verilerine göre 4,11/100.000 olarak saptanmıştır. Türkiye'de intihar sonucu ölümlerin coğrafi bölgeler arası

farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir. Son TÜİK verilerine göre en yüksek intihar oranlarının Kars ve Ardahan'da olduğu saptanmıştır. TÜİK'in 2015 verilerine göre intihar edenlerin %34,3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur. İntihar oranı kadınlarda en çok 15-19 yaş grubunda, erkeklerde ise 20-24 yaş grubunda görülmektedir. Eğitim durumuna göre intihar oranları incelendiğinde ise, intiharın %23,7 ile en sık ilköğretim mezunlarında, 2. sırada %21,4 ile ilköğretim mezunlarında (ortaokul mezunları da bu kategori içerisinde), 3. sırada %20,9 ile lise ve dengi okullardan mezun olanlarda görüldüğü belirlenmiştir. İntihar eden kişiler medeni duruma göre incelendiğinde ise, intihar edenlerin %50,5'inin evli, %37,7'sinin hiç evlenmemiş, %7,2'sinin boşanmış, %4,6'sının ise eşinin ölmüş olduğu belirlenmiştir. Bu rakamlar riskten çok intihar eden popülasyonun hangi gruptan olduğunu göstermek içindir.^{20,21}

Dünyada erkek ve kadın intihar oranlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, erkeklerde intihar oranı kadınlara göre 3,5 kat daha yüksek olduğu, bununla birlikte kadınların erkeklere göre 4 kat daha fazla oranda intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir.²²

2.3 İNTİHARIN ETYOLOJİSİ

2.3.1 Durkheim'in Sosyolojik Kuramı:

Durkheim intiharı toplumsal bir durum olarak değerlendirmiştir. Durkheim, son derece bireysel bir olgu gibi görünen intiharın nedenlerinin bireyin toplumla ilişkisindeki düzensizliklerden ve dalgalanmalardan kaynaklandığını ifade etmiştir.²³

Durkheim dört ayrı intihar türünün olabileceğini öne sürmüştür. Sosyal bütünleşmenin zayıf olduğu, bireyin toplumla bütünleşemediği toplumlarda bencil (egoistik) intiharlar, toplumsal bütünleşmişliğin yüksek olduğu toplumlarda elcil (alturistik) intiharlar, sosyal düzenlemenin düşük ve kuralların yetersiz olduğu toplumlarda kuralsızlık (anomik) intiharları, toplumsal düzenlemenin yüksek ve katı kuralların uygulandığı toplumlarda ölümcül (fatalistik) intiharların olabileceği ifade edilmiştir.²³

2.3.2 Freud'un Psikodinamik Kuramı:

Psikolojik kayıp, ayrılık ve terk edilmeden dolayı ortaya çıkan bilinçaltı düşmanlık ve öfke duyguları intihar davranışının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu kuram, öfke ve kızgınlık duygularının kişinin kendi benliğine yöneltmesinin intihara neden olduğunu varsaymaktadır. Bundan dolayı intiharlar cinayetlerle ortak özellikler taşımaktadır. Freud'a

göre, cinayette birey kızgınlığını başka birine yönlendirip onu öldürürken, intiharda kendi benliğine yönelterek kendi yaşamına son vermektedir.²³

2.3.3 Menninger'e Göre İntihar:

Menninger'e göre intihar eden birey öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği olmak üzere üç temel güdüyle hareket etmektedir. Bu görüşe göre intihar ederek kendini öldüren bireyin bilinçaltında ölme isteği hakimken, intihar girişiminde bulunan birinin bilinçaltında ölmeme isteği hakimdir.²³

2.3.4 Nesne İlişkileri Kuramı:

Nesne ilişkisi kuramcısı Melanie Klein, intiharın dinamiğinde içselleştirilmiş kötü nesnelerin yattığını savunmaktadır. Klein'e göre kendini öldüren bireyin egosu, içselleştirdiği kötü nesnelere öldürmek isterken, sevilen nesnelere korumayı amaçlamaktadır. Bu kurama göre özkıyım bilinçli bir seçim olmaktan çok, içselleştirilmiş kötü nesnelere kurtulma amaçlı olan, bilinç dışı dinamiklerin hakim olduğu bir süreçtir.²³

2.3.5 Bilişsel Kuram:

Aaron T. Beck'in öncülük ettiği bilişsel kuram intiharı anlamaya ilişkin kabul gören önemli kuramlardan bir tanesidir. Bu kuramın intiharla ilişkisini açıklayan önemli kavramlardan bir tanesi umutsuzluktur. Umutsuzluk kuramını anlamak için Beck'in bilişsel depresyon kuramını anlamak gerekir. Beck depresyonda bilişsel üçlü denilen bir durumdan bahseder. Buna göre depresyondaki bir kişi kendini; dünyayı; ve geleceği olumsuz olarak görmektedir. Benzer şekilde depresif kişi de dünyayı yaşanacak ve mutlu olunabilecek bir yer olmaktan çok içinde olmaktan hoşlanmadığı bir yer olarak görmektedir.²³

Depresyon ve intihar arasındaki ilişki umutsuzluk kuramının çıkış noktası olmuştur. Gelecekte olumsuz beklentiler olarak tanımlanan umutsuzluk bilişsel kurama göre intihar sürecini başlatan ve sürdüren en önemli etmenlerden biridir. Bu kurama göre intihar davranışında bulunan kişiler dünyayı sadece olumsuzlukların, mutsuzlukların yaşanabileceği bir yer olarak algılamakta ve böyle bir yerde yaşamının anlamsız olacağını düşünmektedirler.²³

Büyük bir umutsuzluk içinde olan ve daha fazla acı çekmek istemeyen kişi, içinde bulunduğu umutsuzluk ve mutsuzluktan kaçmak ister. Ölüm yaşamdan daha cazip hale gelir.

İntihar davranışında bulunan kişi kendi canına kıymayı umutsuz ve çözümsüz durumunu çözenin tek yolu gibi algılar.²³

2.3.6 Kaçış Kuramı:

Baumeister (1990) tarafından geliştirilen kaçış kuramına göre intiharda, kişinin kendisine dair farkındalığının olumsuz sonucu oluşan kendinden kaçma güdüleridir. İntihar etmeyi düşünen kişi kendini öldürerek içinden bulunduğu durumdan kaçıp kurtulmak istemektedir. Bu sürece göre intihar davranışına yol açan süreç altı aşamada açıklanmaktadır.²³

1. Kişi mevcut başarılarının istediği düzeyde olmadığını farkına varır.
2. Kişi mevcut konumunun nedenini kendine atfeder ve kendini beceriksiz olarak değerlendirir.
3. Kişinin özsaygısında azalma meydana gelir.
4. Kişi özsaygısında düşmeye bağlı olarak depresyon ve kaygı gibi olumsuz durumlar yaşamaya başlar.
5. Bilişsel yıkım başlar.
6. Bilişsel yıkıma bağlı olarak kendine öldürmeye götüren sürece girer.

Kaçış kuramı, intihar üzerinde son zamanlarda geliştirilen en kapsamlı psikolojik teorilerden biridir. Kuramın en önemli özelliklerinden birisi intihara götüren süreci adım adım anlatıyor olmasıdır. Kuramın zayıf tarafı ise sosyokültürel değişkenlerin hesaba katılmamış olmasıdır.²³

2.3.7 Sosyal Öğrenme Kuramı:

Bu kurama göre, insan davranışları öğrenmeyle oluşur. Kendini öldüren öldürmeyi düşünen veya plan yapan kişiler bu davranışı başkalarından öğrenmekte ve olumsuz yaşam olayları karşısında öğrendikleri bu davranışı gerçekleştirmektedirler. Birey intihar davranışını öğrenebilir ama benliğini zedelemeyen herhangi bir stresli yaşam olayıyla karşılaşmadığı sürece bu davranışı göstermeyebilir. Bu görüşe göre kültürel tutumlar da kişinin davranışa yönelip yönelmeyeceği konusunda belirleyicidir. Sosyal öğrenme kuramını intihara uyarlayan Lester özkıyımın kısmen de olsa stresli yaşam koşullarına karşı öğrenilmiş bir davranış olduğunu savunmaktadır²³

2.3.8 Biyolojik Kuram:

İntihar ederek ölenlerin birinci derece yakınlarının kendini öldürme olasılıkları yüksektir. Hem ergenler hem de yetişkinlerle yapılan çalışmalar bu görüşü doğrular niteliktedir. İntihar girişiminde bulunan 505 ergen ve kontrol grubu ile yapılan çalışmanın bulgularına göre, ailelerde intihar davranışının görülme sıklığı kontrol grubunda yalnızca %1,1 iken, bu oran intihardan dolayı hastaneye yatırılan grupta %8,3 olarak bulunmuştur. İntihar davranışının aktarılmasında genetik geçişin önemini gösteren diğer çalışmalar ikiz çalışmalarıdır. Bu tür çalışmalarda beklenti tek yumurta ikizlerinden biri intihar davranışında bulunursa diğerinin de bulunma olasılığının, çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olacağı yönündedir. Evlat edinme çalışmaları da intiharın genetik geçişliliği yönünde önemli bulgular sunmaktadır.²³

İntiharla ilgili bir diğer görüş endokrinolojik yaklaşımlardır. Bu görüşün ana eksenini kendini öldüren kimselerin biyokimyasal yapısındaki bir takım değişimlerin kişiyi intihara götürdüğüdür. Bu alandaki bir grup çalışma serotonin adlı sinyal madde ile intihar davranışı arasında güçlü bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Bir serotonin yıkım ürünü olan 5-hydroxyindoleacetic asit (5-HIAA) düzeylerini inceleyen çalışmalar, bu maddenin intihar davranışında bulunan kişilerde, intihar davranışında bulunmayan kişilere oranla daha düşük olduğunu göstermektedir. Diğer bir grup çalışma, beyinde düşük düzeyli Monoamin oksidaz etkinliğinin intiharla ilişkili olduğunu göstermektedir. Başka bir çalışma grubu intihar davranışında bulunan kişilerde dopaminerjik sinirsel iletiminin düşüklüğüne işaret etmektedir. Bütün bunlara rağmen biyolojik etmenlerin çok nedenli bir olgu olan intiharda tek başına yeterli olmayacağı görüşü savunulmaktadır.²³

2.3.9 İntihar Sürecine Bütüncül Yaklaşım:

Eskin (2012) kendi geliştirdiği modelde, intihar sürecini; kişiye özgü (içsel: biyolojik, psikolojik özellikler vb) ve çevresel (dışsal: olumsuz yaşam olayları, toplumsal koşullar vb) faktörleri beraberce ele alarak değerlendirmiştir. Modelde intihar sürecinde doğrudan etkili olan etmenler 4 grupta toplanmıştır.²⁴

1. Yakınlaştırmacı etmenler
2. Risk etmenleri
3. Koruyucu etmenler

4. Tetikleyici etmenler

Bütün bu etmenlerin sonucu olarak kişi belli seviyede ruhsal acı yaşar. İntihar davranışının ortaya çıkması için kişinin yaşadığı acının kişinin dayanabileceği eşik seviyesinin üzerinde olması gerekir. Ancak bu intihar davranışının ortaya çıkması için gerekli ve yeterli bir durum değildir. Modelde intihar sürecinde doğrudan etkili olmayan ancak bu ruhsal acı eşiğini etkileyerek dolaylı olarak sürece katkı sağlayan etmenler de 4 grupta ele alınmıştır:²⁴

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

2.4 İNTİHARLA İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

2.4.1 Sosyodemografik Risk Faktörleri:

2.4.1.1 Yaş:

Dünya genelinde tamamlanmış intiharlar en çok 80-84 yaş arasında gerçekleşmektedir. Çocukluk dönemi ve erken ergenlikte intihar davranışı nadir görülmektedir. Ergenlik sonrasında erkeklerde intihar davranışı yaşla birlikte artış gösterme eğilimindeyken, kadınlarda ise daha küçük değişiklikler gözlenmektedir. Erkeklerde tamamlanmış intiharların en sık görüldüğü yaş grubu 80 yaş üzeridir. Kadınlarda ise en yüksek oran 35-45 yaş arası dönemdir. İntihar açısından en riskli dönem ergenlik ve yaşlılık dönemleridir.^{15, 25, 26} Türkiye’de ise intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş grubu 15-24 ve 25-34 arası yaşlarıdır, tamamlanmış intiharlarda ise 80-84 yaşlar arasında yoğunluk artmaktadır.²⁰

Ergenlerdeki intihar davranışından birçok etken sorumlu tutulmaktadır. Batıgün ve Şahin’in (2003) yaptığı çalışmada 14-24 yaş grubunda, öfke ve saldırganlık dürtülerinin artmış olduğu, dürtüsellik özellikleri belirgin kişilerin de intihar riskinin arttığı saptanmıştır.²⁷ Yine benzer olarak Carli ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada ise gençlerin daha yüksek dürtüsellığe sahip olduğu ve yüksek dürtüsellığı olan kişilerin intihara daha yatkın olduğu saptanmıştır.²⁸ Ergenlerde intihar oranının fazla olmasının başka bir açıklaması da çoğu psikiyatrik hastalığın başlangıç yaşının bu döneme denk gelmesi, bu yaş grubundaki hastaların belirtilerin önemini kavramakta zorlanmaları, tedavi arayışı ve tedaviyi kabul etmelerinin daha az olması şeklinde yapılmıştır.²⁹

2.4.1.2 Cinsiyet:

Kendini öldürme erkekler arasında yaygınken, kendini öldürmeyi düşünme ve intihar girişiminde bulunma kadınlar arasında daha yaygındır.³⁰ Devrimci Özgüven ve Sayıl'ın (2003) yaptığı bir çalışmada Ankara'da yıllık intihar girişimi oranı erkeklerde 46,89/100000, kadınlarda 112,89/100000 olarak bulunmuştur.³¹ Gerek ruhsal gerekse bedensel sağlık sorunlarından dolayı yardım arama davranışının kadınlar arasında erkeklerden daha fazla olması oranlardaki bu farklılığın nedenlerinden birisi olarak değerlendirilebilir.³⁰ İntihar girişiminin de dolaylı yollardan bir yardım arama davranışı olarak değerlendirilmesi bu farkı açıklamaya yardımcı olacaktır. Kadınlarda intihar girişimlerinin, erkeklerde ise tamamlanmış intiharların daha fazla olmasının nedenlerini açıklamak için ileri sürülen görüşlerden bazıları, kadınların erkeklere göre daha az dürtüsel olmaları, kadınlarda alkol ve uyuşturucu kullanımının daha nadir olması, erkeklerin daha ölümcül yöntemleri tercih etmesi, kadınların erkeklerden daha fazla yakın ilişki kurmaları, daha iyi sosyal destek ağına sahip olmaları şeklinde açıklanmaktadır.^{15, 32}

2.4.1.3 Medeni Durum:

İntihar davranışları ile medeni durum arasında bir ilişki vardır. İntihar davranışları bekar ve dullar arasında daha yaygındır. Bekar ve dulların toplumsal bütünleşmişlik düzeylerinin düşük olması, dolayısıyla da sosyal destek mekanizmalarından yeterince yararlanamamaları bu kişilerin intihar oranlarının yüksek olmasının nedenleri arasında değerlendirilmiştir.³⁰ 2014 TÜİK verilerine göre tamamlanmış intiharların %47,7'si evli, %39,1'i hiç evlenmemiş, %7,3'ünün eşi ölmüş ve %4,4'ünün boşanmış kişilerden oluştuğu gözlenmektedir.²⁰ Bu rakamlar riskten çok intihar eden popülasyonun hangi gruptan olduğunu göstermek içindir.

Literatürdeki genel bilinenin aksine evlilerde bekârlara göre daha yüksek oranda intihar girişimine rastlanılan ya da evliler ve bekârlar arasında intihar oranlarında anlamlı fark saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır.^{33, 34}

2.4.1.4 Eğitim Durumu:

2014 TÜİK verilerine göre tamamlanmış intiharların %22,5'i ilkokul mezunu, %19,9'u lise ve dengi bir okul mezunu ve %10,6'sı okuryazar olup bir okul bitirmeyenlerden oluştuğu gözlenmektedir.²⁰ Dünya genelinde intihar davranışında bulunan kişilerde eğitim düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir.³⁵ Türkiye'de yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan grubun ailelerinin eğitim durumu, girişimde bulunmayan gruba göre daha düşük olarak

bulunmuştur.³⁶ İsveç'te 898342 öğrencinin takip edilmesiyle yapılan bir çalışmada düşük okul başarısı gösterenlerde intihar riskinin arttığı saptanmıştır.³⁷

2.4.1.5 Meslek ve Sosyoekonomik Durum:

Hem tamamlanmış intiharlarda hem de intihar girişimlerinde işsizlik ve ekonomik zorlanma sıklığı yüksektir.³⁵ İşsizlerde intihar hızı, bir işte çalışan gruba göre daha yüksektir. Bir işte çalışıyor olma intihara karşı koruyucu bir faktördür. İşsizliğin arttığı dönemlerde, ekonomik kriz zamanlarında intiharlar artmakta, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ise azalmaktadır.³⁸ Ev hanımı, işsiz ve öğrenci gibi ekonomik bakımdan bağımlı olan kişilerin intihar girişiminde bulunanlar arasında çoğunlukta olduğu saptanmıştır.³⁹

Standish-Barry ve arkadaşlarının (1989) İngiltere'nin Leeds şehrindeki intihar girişimleri ve işsizlik arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada, işsizlik oranı yükseldikçe intihar girişimi oranlarının da yükseldiği saptanmıştır.⁴⁰ Başka bir çalışmada, Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireyler arasında kadınların %12'sinin, erkeklerin ise %20'sinin işsiz olduğu saptanmıştır.⁴¹ Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunanların % 54,6'sının işsiz olduğu saptanmıştır.⁴²

2.4.1.6 Aile Yapısı:

Aileyle ilişkili intihar risk faktörlerinin incelendiği araştırmalarda, aile öyküsünde intihar girişimi ya da tamamlanmış intiharın bulunması, aile içi şiddet, ailede ruh hastalığı öyküsünün olması, fiziksel ve cinsel istismara uğrama, sosyal desteğin yetersiz olması, aile içinde iletişim sorunlarının varlığı, ailenin ekonomik durumunun kötü olması, aile ile ilgili başlıca risk faktörleri olarak belirtilmektedir.³⁵

Yapılan bazı çalışmalarda parçalanmış ailelerde, dul veya boşanmış olan kişilerde intihar riskinin yüksek olduğu gözlenmektedir. Baba yokluğu, sorunlu ailelerde yaşamak, aile içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar, ergen intiharlarında önemli birer risk etmeni olarak ifade edilmektedir.⁴³ Parçalanmış aile yapısının intihar riskine etkisinin olmadığını aktaran çalışmalar da mevcuttur.⁴⁴ Türkiye'de yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanlar arasında aile yapıları yönünden bir fark bulunamamıştır.⁴⁵

2.4.2 Psikiyatrik Hastalıklar:

2.4.2.1 Duygudurum Bozuklukları:

Psikiyatrik bozukluklar arasında intiharla ilişkisi en güçlü rahatsızlık depresyondur. Kişide büyük bir mutsuzluk ve karamsarlığa yol açan depresyon bireyde çaresizlik ve

umutsuzluk temalarına sebep olur. Umutsuzluk depresyon ve intihar arasındaki ilişkide önemli rol oynayan etmenlerden biridir. Depresyonla intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki olmasına rağmen kendini öldüren herkes depresyonda değildir ve her depresyonlu kişi kendini öldürmemektedir. 100 ardışık intihar ölümünün incelendiği bir çalışmada tüm ölenlerin %70'inde depresyon, %10'unda da başka bir psikiyatrik rahatsızlığın olduğu gösterilmiştir.³⁰ Başka bir çalışmada intihar olgularının %50-70'inin bir duygudurum bozukluğundan kaynaklandığı, bu olguların da %80'ini major depresif bozukluk hastalarının oluşturduğu belirtilmiştir.⁴⁶

2.4.2.2 Şizofreni:

Şizofreni tanımlı hastalar arasında intihar en büyük sorunlardan biridir. Bu hastalarda erken ölümlerin büyük çoğunluğu kişinin kendi canına kıyması sonucu meydana gelmektedir. Şizofreni hastalığının verdiği maddi ve manevi yüke ek olarak hastalık belirtilerinin yol açtığı korkular, belirsizlikler ve umutsuzluklar kişiyi intihara sürükleyebilir.³⁰ Fenton (2000) şizofrenide kendini öldürmeyle ilişkili risk etmenlerini genel risk etmenleri ve hastalığa bağlı risk etmenleri olarak iki grupta toplamıştır. Erkek, beyaz ırktan, depresyonlu, umutsuzluk temalarına ve intihar düşüncelerine sahip, daha önce intihar girişiminde bulunmuş, işlevselliği bozuk, sosyal desteği yetersiz, beden sağlığı bozuk, madde kullanımı ve ailesinde intihar davranışı olan hastalar genel risk etmenleri arasında değerlendirilmiştir. Kötüleşmelerle seyreden uzun hastalık süresi, içgörü eksikliği ve pozitif belirtilerin ağırlıkta olması ise hastalığa bağlı risk etmenleri arasında değerlendirilmiştir.⁴⁷

2.4.2.3 Anksiyete Bozuklukları:

İntihar davranışıyla olası ilişkisi açısından en fazla incelenen anksiyete bozukluğu panik bozukluktur. Panik atak geçiren hastalar yaşadıkları korku ve dehşet anında kendilerini öldürmeyi düşünebilir, bunun için girişimde bulunabilir veya kendilerini öldürebilirler. Hastalar bunu genelde panik atağın yarattığı korku ve dehşet duygusundan kurtulmak için yapar.³⁰ Sareen ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada intihar düşüncesinin yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk ile de doğrudan ilişkili olabileceği belirtilmiştir.⁴⁸

2.4.2.4 Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları:

Alkol ve madde kullanım bozukluğu intihar davranışı ile yakından ilişkilidir. Herhangi bir madde kullanan gençler arasında intihardan ölümler kullanmayanlara göre daha fazladır.³⁰ Cavailoa ve Levander'in (1999) madde bağımlılığı tedavisi gören 250 ergen arasında

yaptıkları bir çalışmada, araştırmaya katılan kişilerin %20'sinin tedaviye başlamadan önceki iki yıl içerisinde kendilerini öldürme girişiminde buldukları saptanmıştır.⁴⁹ Madde kullanımı ve intihar davranışı arasındaki ilişkide alkol kullanım bozukluğu önemli bir yere sahiptir. Yapılan birçok çalışma alkol kullanım bozukluğu ve intihar arasında güçlü bir ilişkinin olduğuna işaret etmektedir. Alkol ve madde kullanımıyla intihar arasındaki ilişki dört nedenle açıklanmaya çalışılmıştır. Bu nedenler alkol ve madde kullanımıyla serotonerjik sistemin etkilenmesi, alkol ve madde kullanımının kişiyi depresyona eğilimli hale getirmesi, alkol ve madde kullanan kişilerin çoğunda kişilik bozukluklarının sık görülmesi, alkol ve madde kullanımı sonucu olumsuz yaşam olaylarının artması şeklinde ifade edilmiştir.³⁰

2.4.2.5 Kişilik Bozuklukları:

Borderline kişilik bozukluğu özkıyımaya en yatkın eksen II tanısıdır. Bu hastalarda sıkça görülen kendine zarar verme davranışı genellikle bir anksiyeteden kurtulma isteğidir ve ölme isteğinin bir yansıması olarak değerlendirilmezler. Buna rağmen bu hastaların kendilerini öldürebilme ihtimali her zaman olabilir. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda suçluluk duygusu pek görülemese de yine de bu kişiler artmış intihar oranlarına sahiptirler. Dürtüsel davranışlar eksen II bozukluklarında intiharla ilişkili genel bir payda olarak kabul edilebilir.¹⁵

2.4.2.6 Diğer Psikiyatrik Etkenler:

İntiharla ilişkili bir diğer psikiyatrik rahatsızlık yeme bozukluğudur. Yeme bozukluğu olan hastalarda depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı eş tanıları sıktır ve bunlar intihar riskini arttırmaktadır.³⁰ Anoreksiya nervozalı hastaların %3-20'si intihar girişiminde bulunurken, bu oran bulimiya nervozada %25-35'tir.⁵⁰

Cinsel kimlik bozuklukları da özellikle ergenlerde önemli bir intihar nedenidir. Rutter ve Soucar'ın (2002) yaptığı bir çalışmada cinsel kimlik bozukluğu olan ergenlerde, kontrol grubuna göre intihar düşüncelerinin %50-70 oranında, intihar girişimlerinin ise %30 oranında daha fazla görüldüğü saptanmıştır.⁵¹

Ergenlerde sık görülen tanılardan birisi de davranım bozukluğudur. Ölüm sonrası yapılan bazı çalışmalarda intihar sonucu ölen ergenlerde en sık duygudurum bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve davranım bozukluğu tanıları olduğu saptanmıştır.⁵²

2.4.3 İntihar Düşüncesi ve Plan Kurma:

Geriye dönük yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi olan kişilerin %34'ünün intihar planı yaptığı, intihar planı yapan kişilerin %72'sinin de intihar girişiminde bulunduğu, intihar

düşüncesi olup plan yapmayanların %26'sının plansız intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Bu verilere dayanarak intihar düşüncesi ve plan kurmanın intihar girişimi açısından bir risk faktörü olabileceği söylenebilir.⁵³

2.4.4 Önceki İntihar Girişimleri Öyküsü:

Geçmişteki intihar girişimleri ölümle sonuçlanan intiharların en güçlü belirteçlerindedir. İntihar girişiminden sonraki ilk 6 ay intihar riskinin artmış olduğu dönemdir. Her iki cinsiyet için intihar girişimi ya da niyetini bildiren konuşmalardan sonraki 2-10 yıl içinde intihar riskinin belirgin derecede artmış olduğu ifade edilmektedir.⁵⁴ Tamamlanmış intiharların %19-24'ünde daha önce gerçekleştirilmiş intihar girişimleri olduğu, intihar girişimlerinin %10'unun 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile son bulduğu saptanmıştır.⁵⁵ Geçmişteki intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlar kadar intihar girişimleri için de bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Toplum örneklemelerinde intihar girişiminde bulunan ergenlerin %10'unda daha önce bir ya da birden fazla kez intihar girişiminde buldukları gözlenmiştir.²⁵

Tekrarlayıcı intihar girişimleri için sosyodemografik risk faktörleri; 25-49 yaş arasında olma, boşanmış olma, işsizlik ve düşük ekonomik düzeydir. Çok genç ve yaşlı popülasyonda tekrarlayıcı intihar girişimleri kısmen daha az görülür.⁵⁶ Avrupa'da yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların %50'den fazlasının birden fazla girişimde bulunmuş olduğu ve yaklaşık %20'sinin ikinci girişimini 1 yıl içinde gerçekleştirdiği saptanmıştır.⁴¹

2.4.5 Bedensel Hastalıklar:

Eşlik eden tıbbi durumlar intihar riskini artırır. Özellikle kronik ve iyileşme olasılığı düşük hastalıklar, ağrılı durumlar, epilepsi, Huntington hastalığı, beyin damar olayları, multipl skleroz, demans, AIDS ve kafa travmaları gibi merkezi sinir sistemi bozukluklarına da yol açabilen hastalıklar bunlar arasında sayılabilir. Merkezi sinir sistemi bozukluklarının bazen kendileri, bazen de kendilerinin yol açtığı depresyon intihar riskini artırabilir. Kronik hastalıkların tedavilerinde kullanılan ilaçlar özellikle kortikosteroidler depresyona yol açarak intihar riskini artırabilir.⁵⁴

2.4.6 Çocukluk Çağı Travmaları, İstismar ve İhmal:

Çocuk istismarı veya ihmali, ebeveyn veya bakımdan sorumlu kişinin, çocuğun ölümüne, ciddi fiziksel, ruhsal zarar görmesine veya cinsel olarak kötüye kullanımına neden

olan bir davranışı gerçekleştirmesi veya önleme konusunda yetersizliği olarak tanımlanır. İstismar dört grupta sınıflandırılır.⁵⁷

- a) Fiziksel istismar
- b) Cinsel istismar
- c) Duygusal ve psikolojik istismar
- d) İhmal

Erken dönem çocukluk çağı travmaları intihar eğilimini arttırmasının yanında, istismar hatıralarını canlandıran olaylar vasıtasıyla da stres yaratıcı olarak rol oynayabilmektedir.¹⁸ Fiziksel ve cinsel istismarın, gençlerdeki intihar davranışında güçlü bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.⁵⁸

2.4.7 Stresli Yaşam Olayları:

Stresli yaşam olayları bireyi psikolojik olarak yıpratmanın yanında kişinin kurmuş olduğu öznel dünyanın yıkılmasına, yaşamındaki anlamın bozulmasına neden olmaktadır. Böyle bir kişi yaşamı anlamsız ve boş; dünyayı kendisine aldırış etmeyen bir yer olarak algılayacak ve yaşamla arasındaki bağ olan umutta azalma başlayacaktır. Bu durumda kişi umutsuzluk ve çaresizlik duygularıyla intihara sürüklenebilir.³⁰

Ergenlik döneminde en önemli stres faktörleri arasında kayıplar, travmatik yaşantılar, sevgiliden ayrılma, okul başarısında düşüklük, istenmeyen gebelik, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması, reddedilme, kavga etme, disiplin problemleri, ekonomik problemler sayılmaktadır.⁵⁹

2.4.8 Kendine Zarar Verici Davranışlar:

Kendine zarar verme davranışını en çok etkileyen etmenlerin başında kişinin geçmişte yaşadığı ya da halen yaşamakta olduğu fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar gelmektedir. Yapılan bir çalışmada, kendine zarar verme davranışının intihar girişimi için güçlü bir risk faktörü olduğu, özellikle kendine zarar verme davranışındaki ilk altı ayda intihar riskinin çok yüksek olduğu, sonrasında da bu riskin devam ettiğini belirtilmiştir.⁶⁰

2.4.9 Dini İnanç:

Tek tanrılı dinler olarak bilinen üç dinde (Musevilik, Hristiyanlık ve İslamiyet) de ortak bakış “Allah’ın verdiği canı Allah’tan başka kimse alamaz” şeklinde belirtilmiştir. Dini kural ve ritüellerin toplumsal destek ağlarının oluşmasını sağlayarak kişiyi intihara karşı koruduğu düşünülmektedir. Durkheim’in sosyal bütünleşmeyi yüksek oranda sağlayan dinlerin intiharı azaltması gerektiği yolundaki düşüncesi, islam inancı üzerine yapılan çalışmalarda desteklenmiştir. Ramazan ayında intihar girişimlerinin azalması buna örnek olarak verilebilir.⁶¹

2.5 ERGEN VE GENÇ ERİŞKİNLERDE İNTİHAR:

Psikoanalitik görüşe göre; çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş olarak görülen ergenlik döneminin, yaşamın diğer dönemlerine göre daha problemlili bir dönem olduğu belirtilmiştir. Birçok araştırmacı tarafından, çocukluk dönemiyle karşılaştırıldığında, ruh sağlığı sorunlarının ergenlik döneminde artış gösterdiği ve duygusal iniş çıkışların daha yaygın yaşandığı, kabul edilmektedir. Yine bu dönemde ergenin baş etmek zorunda kaldığı biyopsikososyal değişimler artmaktadır.²

Ergenlik öncesinde intihar oranları son derece düşükken; ergenlik süresince sıklıkta artma olur ve 16 ile 18 yaşlar arasında en yüksek düzeye ulaşır. Erkeklerde oran yaşla doğrusal bir şekilde artar ve en üst düzeyine 18-25 yaşların ortasında ulaşır. İntihar girişimleri kızlarda erkeklerden fazla görülmesine karşın ölümle sonuçlanan intihar olayları erkeklerde kızlardan 3-5 kat daha fazladır. İntiharın kızlarda daha düşük oranda görülmesinin nedenleri; kızların zehirlenme ya da toksik madde alma yöntemini daha fazla seçmeleri ile intiharın önemli bir belirleyicisi olduğu düşünülen dürtüsel ve agresif davranışların erkeklere göre daha az görülmesi sayılabilir.²⁵

İntihar 15-24 yaş arasında ölüm nedenleri arasında 3. sırada gelmektedir. ABD’de 2011 yılında geniş çaplı olarak lise öğrencilerine uygulanan Gençlerde Riskli Davranışlar Anketi sonuçlarına göre, lisede okuyan gençlerin %7,8’inin bir kez intihar girişiminde bulunduğu ifade edilmiş, %15,8’inin ise geçmiş yıllarda çok ciddi şekilde düşündüğü belirtilmiştir.⁶² ABD’de yapılan başka bir çalışmada lise öğrencilerinin yaklaşık %20’sinde intiharla ilgili düşüncelerin olduğu ve yaklaşık %10’unda da bir ya da birden fazla kez intihar girişiminin olduğu gösterilmiştir.²⁵ Türkiye’de ergenlik döneminde intiharlar kazalarla birlikte en sık ölüm nedenlerindedir. Dünya genelinde ergen intiharlarında son 20 yılda kısmi bir

azalma gözlenirken, ülkemizde 1994-2003 yılları arasında artış görülmüş ve 2004-2013 yılları arasında ise hızlarda belirgin bir değişim saptanmadığı bildirilmiştir.⁶²

İntihar davranışında bulunan kişilerin yaklaşık %40'ının daha önce bilinen bir intihar girişimi vardır. Yapılan toplum tabanlı çalışmalarda intihar girişiminde bulunan ergenlerin yaklaşık %10'unun, iki sene içerisinde ikinci kez ya da daha fazla intihar girişiminde bulunduğu gösterilmiştir. Kliniğe başvuran popülasyonda bu oranın daha fazla olduğu düşünülmektedir. Tekrarlayan girişimler, ailesinden ayrı yaşayanlarda, madde kötüye kullanımı, psikoz, depresyon ya da umutsuzluğu olan ergenlerde daha sıktır. Bununla birlikte evde yaşayan ve iyi arkadaşlık ilişkisi olanlarda ise daha seyrektr.²⁵

Ergenlikte intihar davranışında görülen artışın olası nedenlerinden birisi ergenlikle birlikte depresyon, bipolar bozukluk, diğer duygudurum bozuklukları, şizofreni, alkol-madde kullanımı ve yeme bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluğun sıklığının artması olarak görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikopatoloji sıklığı %90'lara ulaşabilmektedir.⁶²

Birçok intihar davranışı stresli bir yaşantı sonrası gerçekleşir. Sıklıkla, etkileyen durum ve intihar arasındaki zaman kısadır (saatler, bazen dakikalar). Bunları stres öncesi intiharlar ya da stres sonrası intiharlar diye ayırmak mümkündür. Stres sonrası olan intiharlara en çok duygusal bir ilişkinin kendi kontrolü dışında sonlanması, adli ve disiplin olayları örnek verilebilirken stres öncesi intiharlar daha çok anksiyeteli ergenlerde görülen taşınma sonrası adaptasyon sorunu ve sınav gibi olaylarla ilişkilidir. İntihar girişimini tetikleyen en sık nedenler, duygusal ilişkideki krizler, anne babaların koyduğu kurallar yüzünden tartışma, parasal ya da adli sorunlardır. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin yaklaşık üçte biri tetikleyen nedeni açıklayamazlar ya da açıklamak istemezler. Bu grup altta yatan depresyon açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. İntihar davranışında bulunanların yaklaşık yarısı ölümlerinden önceki 24 saat içinde, daha çok arkadaşlarına intiharla ilgili tehditte bulunur veya arkadaşlarıyla bunu tartışır.²⁵

Toplum tabanlı yapılan çalışmalarda kızların ve erkeklerin kullandıkları intihar yöntemlerinin farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kızların %55'i toksik madde alarak, %31'i damarlarını keserek intihar girişiminde bulunurken, erkeklerde bu oranlar sırasıyla %20 ve %25'tir. Erkeklerin %15'i intihar amacı ile ateşli silahları kullanırken, %11'i ası yöntemini tercih etmektedir.²⁵

2.5.1 Ergen ve Genç Erişkin İntiharlarında Risk Faktörleri:

2.5.1.1 Psikopatolojik Risk Faktörleri:

Psikiyatrik belirtilerin ya da bozukluğun olması, intihar davranışı ile en fazla ilişkisi olan değişkenlerdendir. Hem yetişkinlerde hem de ergenlerdeki intihar davranışı için depresif bozukluğun oldukça güçlü bir yordayıcı olduğu saptanmıştır. İntihar davranışı olan psikiyatrik hasta grubunun %82'sinde duygudurum bozukluğunun varlığı gösterilmiştir. Davranım bozukluğu ve antisosyal davranışların intihar davranışı olan çocuk ve ergenlerde, olmayanlara göre daha fazla bulunduğu saptanmıştır. İntihar davranışı olan kişilerin yaklaşık yarısında davranım bozukluğu ya da karşıt olma karşıt gelme bozukluğu vardır. Madde kullanımı hem yetişkinlerde hem de gençler arasında, kişiyi intihara yatkın hale getiren bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. İntihar girişiminde bulunan duygudurum bozukluğu olan kişilerin çoğunda davranım bozukluğu, madde-alkol kötüye kullanımı eş tanıları mevcuttur. Ayrıca madde kullanımının yol açtığı psikiyatrik bozukluklar da gençler arasında intihar nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir. İntihar eğilimi olan gençlerin olmayanlara göre daha agresif oldukları ve dürtü kontrolünde güçlük yaşadıkları bildirilmiştir. Şizofreni ve bipolar bozukluk ergenlerde yetişkinlere göre daha seyrek görüldüğünden her birisinin ergen intiharlarındaki oranı %5'ten azdır.^{2, 25}

2.5.1.2 Ailesel Risk Faktörleri:

Aile içinde yaşanan olumsuzluklar, ergenin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu olumsuzluklar gençlerdeki intihar davranışı ile yakından ilişkilidir. Ailesi ayrılmamış ergenlere göre, ayrılmış ailesi olan ergenler daha fazla psikolojik sorun, okul ve davranış problemleri göstermektedir. Bu durum ergenlerdeki intihar davranışını hazırlayan güçlü bir faktördür. Ailede intihar öyküsünün olması gençler arasında intihar davranışı için risk faktörü olarak bulunmuştur. İntihar davranışı olan gençlerin aile ortamında şiddet ve uyumsuzluk olduğu bildirilmiştir. Fiziksel olarak istismar edilmiş kişiler intihar davranışı açısından daha riskli olarak bulunmuştur. Bir intihar girişiminden önce sıklıkla ebeveyn ve genç arasında çatışma görülür. İntihar girişiminden önce görülen çatışmalar genellikle ergene konulan çözümlenmemiş sınırlamalarla ilgilidir.^{2, 25}

2.5.1.3 Toplumsal ve Çevresel Risk Faktörleri:

Ergenlik döneminin özel gelişimsel ihtiyaçları ve taleplerine bağlı olarak, bazı gençler diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranlarda intihar eğilimi gösterebilir. Çevresel-sosyal faktörlerin baskısı ve talepleri bazı gençleri intihar davranışına yatkın hale getirebilir. Yetişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de iki güçlü hazırlayıcı faktör vardır. Bunlar sosyal

yalıtılmışlık ve yabancılaşmadır. İnsanın yakınlık kurma ihtiyaçı ergenlik döneminde daha fazla ortaya çıkmaktadır. Yetersiz sosyal ilişki ergenlikteki intihar eğilimlerini oluşturabilen güçlü bir tetikleyici faktördür. Gençlerin arkadaş ve sosyal çevrelerinden sağladıkları sosyal destek arttıka intihar eğilimlerinin azaldığı gösterilmiştir.²

İntihar davranışında bulunan ergenlerin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olma olasılığı yüksektir. Okula devam etmeme veya işsiz olma ergen intiharları için bir başka risk faktörüdür. Televizyonda, gazetelerde, sinemada ve kitaplarda intiharla ilgili konuların işlenmesinden sonra intihar davranışında artış görüldüğü bildirilmektedir. Taklit, intihar davranışının oluşmasında başka önemli bir sebeptir.²⁵

2.6 ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE İNTİHAR:

Sosyal destek, kişinin güvendiği, kendisiyle ilgilendiklerini ve kendisine değer verdiklerini bildiği insanların varlığından oluşan sosyal ağ olarak tanımlamaktadır. Bu destek sistemi; aile, akrabalar, arkadaşlar, komşular, iş arkadaşları, doktorlardan oluşabilecek geniş bir ağı kapsayabilmektedir. Burada önemli olan kişinin algıladığı olumlu etkileşimlerdir.⁴ Algılanan sosyal destek, kişi ihtiyaçı duyduğu zaman, çevresinin destek verebileceğine ilişkin kişisel değerlendirmelerden oluşmaktadır. Kişinin çevresinde destek olabilecek insanların ulaşılabilirliği ve mevcut destekten kişinin sağladığı doyum, algılanan sosyal desteğin iki önemli bileşenidir.⁶³

Cohen ve Wills (1985), algılanan sosyal destek ve sağlıklı olma arasındaki ilişkiye yönelik iki model öne sürmüştür. "Tampon Modeli" (Buffering Model) olarak adlandırılan ilk modelde; algılanan sosyal desteğin, stresli yaşam olayları karşısında koruyucu bir işlev gördüğü ifade edilmiştir. Algılanan sosyal destek, kişinin yaşadığı stresli olay ile verilen olumsuz tepkiler arasında bir görev üstlenerek, yaşanılan olaya verilen anlamı etkileyebilmekte veya yaşanılan stresi, olumsuz sonuçlar meydana gelmeden azaltabilmektedir. "Temel Etki Modeli" (Main Effect Model) olarak adlandırılan ikinci modelde ise, kişinin yaşamında olan sosyal destek zincirinin, olumsuz yaşam olaylarından bağımsız olarak kişi için fayda sağlayabileceği üzerinde durulmuştur. Bu yaklaşımda, kişinin yaşamında var olan sosyal ağlar, yaşanabilecek olumlu yaşam koşullarının temelini hazırlayarak fiziksel ve ruhsal sağlığın belirleyicisi olabilmektedir.⁶⁴

Sosyal destek, kişinin fiziksel ve ruhsal iyilik haline katkı sağlayan aile, arkadaşlar ve bunların dışında diğer değer verilen kişiler olarak tanımlanmakta ve zayıf sosyal ağların kişiyi umutsuzluğa sevk edebileceği, bu durumun da intihar davranışını veya düşüncesini

arttırabileceği ifade edilmektedir.⁶⁵ Yapılan bir çalışmada algılanan sosyal desteğin, diğer koruyucu değişkenlerden farklı olarak, depresyon ve umutsuzluk değişkenleri istatistiksel olarak kontrol edildiğinde bile intihar düşüncesine etki edebilen bağımsız bir değişken olduğu öne sürülmüştür.⁶⁶

Kişinin yaşamındaki mevcut güçlü sosyal destek ağı, intihar riskine karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Sosyal destek gibi koruyucu faktörlerin eksikliği, intihar olasılığının artmasına yol açabilmektedir. Bu bağlamda yakın kişilerarası ilişkiler ile sağlanan sosyal destek ağı, kişinin yaşamına olumlu anlamlar katarak veya olumsuz yaşam olayları karşısında koruyucu olarak intihar olasılığının azalmasına katkı sağlayabilmektedir.⁵ Aile ortamının kalitesi, algılanan aile desteği ve bunun bütünlüğü ile kavramsallaştırılır. Yapılan çalışmalar düşük aile desteği ve bütünlüğü olan kişilerde intihar riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.² İntihara yönelen ergenlere bakıldığında, intihar riski taşımayan akranlarına göre algıladıkları sosyal destek açısından daha fazla zorluk çektikleri ifade edilmektedir. İntihar olasılığı artmış ergenlerin, arkadaşları ve ebeveynleri ile daha fazla çatışma yaşadıkları gözlenmektedir.⁶⁷

Kişinin algıladığı sosyal destek intihar düşüncesi karşısında sosyal çevrenin kişiye verdiği tepkiye bağlı olarak da değişkenlik gösterebilir. Sosyal çevre çoğu zaman intihar konusunda hem nasıl davranacağını bilememekte hem de konuyla ilgili olumsuz tepkiler verebilmektedir. Kendi canına kıymayı düşündüğünü söyleyerek birilerinin yardım eli uzatmasını bekleyen birine karşı yakınlarının hem tepkisizlikleri hem de olumsuz tepki vermeleri kişinin kendisi ve diğerleriyle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerini pekiştirir. Stockholm ve Los Angeles'taki 50'şer intihar olgusunun incelendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre, insanların intihar düşüncelerini çevrelerine dile getirmelerine karşı çevrenin olumsuz tepkiler verdiği belirtilmiştir. Her iki ülkede de çoğunun ölümlerinden önce çevreye bu yönde mesaj vermesine rağmen çevrenin bu mesajlara karşı inkar, reddetme, görmezlikten gelme ve şakaya vurma gibi tepkiler gösterdiği saptanmıştır. Sosyal çevre kişinin yardım çağrısına olumlu cevap veriyorsa birey kendisinin anlaşıldığını ve diğerleri tarafından sevildiğini hissedecektir. Bu bireyin örselenmiş benlik saygısını arttırarak umutsuzluk, boşluk, anlamsızlık gibi intiharla yakından ilişkili bulunan duygularının üstesinden gelmesini kolaylaştıracaktır. Yakın ve olumlu kişiler arası ilişkiler intihar davranışını engelleyici yönde etki gösterir.¹⁶

Kişinin hayatındaki bazı yaşam olayları, yaşamındaki sosyal destek sisteminin yapısını ve işlevselliğini bozabilmektedir. Sosyal destek sistemini etkileyebilen bu tarz değişimler, intihar davranışına zemin hazırlayabilmektedir. Evlilik, yalnız yaşama, aile bireyleri arasındaki

iletişim, yakın arkadaş sayısı gibi sosyal bütünleşme ile ilgili değişkenleri içeren çalışmaların birçoğunda, intihar girişiminde bulunmuş bireylerde sosyal bütünleşmenin bozulduğu ve sosyal destek açısından yetersizlikler yaşandığı ifade edilmektedir.⁵ Yapılan bir çalışmada, algılanan sosyal desteğin yüksek olması, düşük intihar düşüncesini gösterdiği ifade edilmiştir. Bu çalışmada, algılanan sosyal desteğin, diğer koruyucu etmenlerden farklı olarak, depresyon ve umutsuzluk değişkenleri istatistiksel olarak kontrol edildiğinde bile düşük intihar düşüncesini gösteren bağımsız bir etken olduğu gözlenmiştir.⁶⁶

2.7 BENLİK SAYGISI VE İNTİHAR

Benlik saygısı; kendini olduğundan düşük ya da olduğundan yüksek görmeksizin kişinin kendinden memnun olma durumudur.⁶ Kişinin kendisi hakkındaki inançların niteliği, bireyin benlik saygısını oluşturmaktadır. Benlik saygısı kişinin kendi değerlendirmelerine bağlıdır. Benlik saygısının insan bilişi, motivasyonu, duygu ve davranışları üzerinde güçlü etkisi vardır.³⁰

Benlik saygısının iki boyutunun olduğu belirtilmektedir. Bunlar temel benlik saygısı ve kazanılmış benlik saygısıdır. Temel benlik saygısı kişiliğin dinamik yönlerini yansıtır. Temel benlik saygısı kökenini çocukluk dönemi yaşantılarından almaktadır. Çocukluğunda sevilen ve koşulsuz kabul gören bir kişi kendisinin sevmeye değer biri olduğuna inanacaktır ve temel benlik saygısı yüksek olacaktır. Kazanılan benlik saygısı ise kişinin yaşamındaki deneyimlerden yola çıkarak kendi performansı ile ilgili inançlarını içermektedir.³⁰

Kişinin kendisi hakkındaki inançları ne kadar sağlamsa yani benlik saygısı ne kadar yüksekse yaşamda karşılaştığı zorluklarla baş etmede o denli kararlı davranacak ve başarı beklentisi de bu bağlamda yüksek olacaktır. Benlik saygısı düşük birisi ise zorluklarla mücadele etmekten çekinecek, mücadele etse bile başarılı olamayacağına inanacaktır. Benlik saygısı bireyin toplumsal işlevselliğini doğrudan etkilemekte ve kişinin olumsuz yaşam olaylarıyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır.³⁰

Benlik saygısının kişinin ruh sağlığı üzerine belirleyici etkisi vardır. Düşük benlik saygısına sahip bireyler olumsuz yaşam olaylarından daha çabuk etkilenmekte ve daha kolay depresyona girebilmektedir. Bilişsel kurama göre düşük benlik saygısı, olumsuz dünya ve gelecek algıları insanları depresyona sokabilmektedir. Benlik saygısı düşük kişiler, kişiler arası ilişkilerde sorun yaşarlar. Kendine güveni az olan bir kişi diğer kişilerle ilişkilerinde çekingen davranır. Bu kişiler zorluklar karşısında başkalarından destek sağlamada becerikli değildirler. Kendisinin değersiz olduğuna inanan biri, başkalarının da kendisine değer

vermeyeceğine inanır. Bütün bunlar da yaşamı anlamsız hale getirebilir kişiyi intihara sürükleyebilir.³⁰

Düşük benlik saygısı; anksiyete, motivasyon eksikliği, intihar davranışı, yeme bozuklukları, depresyon gibi duygusal ve davranışsal bozukluklara neden olabilir.⁶⁸ Benlik saygısı birçok değişkenden bağımsız olarak da intihar girişiminde rol oynayabilmektedir. Yapılan bir çalışmada kendini yetersiz değerlendiren öğrencilerin, yeterli düzeyde değerlendirenlere göre depresyon belirtilerinin ve intihar düşüncelerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmış, bireyin kendini algılama biçimiyle başa çıkma tutumları arasında bir bağlantının olduğu ifade edilmiştir.⁷

Yapılan bir çalışmada benlik saygısı ile intihar davranışının ilişkili olduğu, benlik saygısı daha düşük olan ergenlerde intihar davranışı riskinin daha yüksek olduğu gösterilmektedir.⁶⁹ Çocukluk dönemindeki düşük benlik saygısının ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki intihar düşünceleri üzerine etkisinin incelendiği ve aynı katılımcıların 3 yaşından 21 yaşına kadar takip edildiği bir çalışmada da çocukluk çağındaki düşük benlik saygısının ergenlik dönemindeki intihar düşüncelerine etki ettiği gösterilmiştir.⁷⁰

2.8 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İNTİHAR

Son zamanlarda psikiyatri ve psikolojinin ilgi çeken alanlarından birisi de psikolojik dayanıklılık konusudur. İngilizce’de “resilience” olarak ifade edilen kavramı en iyi açıklayan Türkçe karşılığın “psikolojik dayanıklılık” olduğu ifade edilmiştir.⁷¹ Psikolojik dayanıklılık; stresli yaşam koşullarının olumsuz etkilerini azaltan ve başarılı bir uyum sürecini kolaylaştıran olumsuz durumlardan kurtulmaya yardımcı olan kişisel bir özellik olarak tanımlanmaktadır.⁸ Resilience sözcüğünün Türkçe karşılığı olarak kullanılan kavramlardan bir tanesi de “kendini toparlama gücü” olarak ifade edilmiştir.⁷² Psikolojik dayanıklılıkla ilgili pek çok tanım ortaya atılmıştır. Tanımlar arasındaki farklılıklar psikolojik dayanıklılığın bir kişilik özelliği veya bir süreç olarak ele alınması, zorluklarla başa çıkmada insanlara yardımcı olan sistemlerin rolünün göz önünde tutulup tutulmaması gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.⁷³

Psikolojik dayanıklılık, anlamlı düzeyde olumsuz bir koşulun varlığında olumlu uyumu gösteren dinamik bir sürece işaret etmektedir. Psikolojik dayanıklılık kavramının çeşitli tanımlarında üç temel nokta ortak olarak ifade edilmektedir. Bunlar; 1) risk ve/veya zorluk, 2) olumlu uyum gösterme, baş etme, yeterlik ve 3) koruyucu (protective) faktörlerdir. Bu durumda psikolojik sağlamlık, “sağlıklı bir uyum gösterme ile ilişkili olan ve uyum sürecine

katkı sağlayan koruyucu faktörlerin mevcut risk faktörleri ile belirgin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan bir durum” olarak ifade edilmektedir.⁷⁴

Psikolojik dayanıklılık ile ilgili risk faktörleri bireysel, ailesel ve toplumsal risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır.⁷⁵

Bireysel risk faktörleri arasında, bireyin kaygılı mizacı, düşük zeka düzeyi, engellenmeye karşı düşük tolerans göstermesi, olumsuz sağlık durumu vb. özellikler taşınması sayılabilir.

Ailesel risk faktörleri arasında, ebeveynlerin hastalıkları veya çatışmaları, suça karışma durumları, sert veya tutarsız davranışları, boşanma veya ölümden kaynaklı ebeveyn kayıpları, kardeşler arasında çatışma olması vb. özellikler sayılabilir.

Toplumsal risk faktörleri arasında, maddi sorunlar, okul veya diğer hizmetlerin kalitesinin düşük olması, yaşanan ortamdaki suç oranı ve madde kullanım düzeyinin yüksek olması, çevrede rol model eksikliğinin olması vb. özellikler sayılabilir.

Kişilerin zorlu yaşam olayları karşısında yaşayabileceği olumsuz etkilerin azalmasına ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin artmasına katkı sağlayan etmenler koruyucu faktörler olarak değerlendirilmektedir. Luthar (2006), psikolojik dayanıklılığın artması için özellikle çevresel faktörlerin üzerinde yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte aile desteğinin ve olumlu ebeveyn özelliklerinin de psikolojik dayanıklılığı etkilediğini vurgulamıştır.⁷⁶ Koruyucu faktörler, psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında içsel (bireysel) ve dışsal (çevresel) faktörler olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.⁷⁷

Sosyo kültürel düzeyi düşük olan ergenler düşük psikolojik dayanıklılık açısından çoğunlukla risk grubu içerisinde yer almıştır. Çünkü bu kişiler genellikle mağdur psikolojisiyle yetişmiş, düzenli bir aile yaşantısı olmayan, istismar edilmiş kişilerdir. Bu sebeple bu kişilerin fiziksel ve ruhsal bozukluklarla karşılaşma oranları diğer insanlara göre çok daha yüksektir. Cleverley ve Kidd (2011) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olmasının intihar düşüncesini düşürdüğü saptanmıştır. Aynı zamanda psikolojik stres düzeyi yüksek olan bireylerin intihar eğiliminin daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁹ Kidd'in (2004) gençlerle yaptığı başka bir çalışmada gençlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olduğu takdirde; hem psikolojik stres seviyelerinin hem de intihara eğilimli olma durumlarının azaldığı gösterilmiştir.⁷⁸ Yapılan başka bir çalışmada sosyal destek mekanizmasının artmasıyla benlik saygısının arttığı, bu durumun kişinin psikolojik dayanıklılığını arttırdığı ve bu gruptaki kişilerin düşük intihar riskine sahip olduğu

saptanmıştır.⁷⁹ İntihar öyküsü ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada ise geçmişte intihar girişimi olmayan kişilerin psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁸⁰



3 GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1 Örneklem:

Bu tez çalışmasının araştırma grubu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimi'ne başvuran, 16-21 yaş arasında, en az ilköğretim mezunu, klinik olarak normal zeka aralığında olan, psikotik bir bozukluğu olmayan çalışmaya katılmaya gönüllü kişilerden oluşmaktadır. Bahsedilen kriterlere uygun 149 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmış; ardından veriler toplanmaya başlanmıştır.

3.2 Veri Toplama Araçları:

Araştırmada veri toplama aracı olarak beş form kullanılmıştır. Bunlar Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Formu, İntihar Olasılığı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'dir.

3.2.1 Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ergen Formu:

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından hazırlanan bu form, katılımcıların kişisel özellikleri, anne-baba-kardeş ilişkileri, varsa travmatik yaşantıları ve belirtilen diğer bazı durumları saptamaya yarayan sorulardan oluşmaktadır. Bu form Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ergen Polikliniğine ilk defa başvuran bütün hastalara verilmektedir. Hastalarla ilk görüşme bu formdaki bilgiler ışığında yapılmaktadır.

3.2.2 İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ):

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), orijinal adıyla Suicide Probability Scale (SPS), Cull ve Gill (1989) tarafından, 14 yaş ve üzeri bireylerde intihar riskini değerlendirmek üzere geliştirilmiş 36 maddeden oluşan, her madde 1-4 arası likert tipi puanlandırılan, kişisel bildirim tarzı bir ölçektir. Ölçeğin orijinal formunda, maddelere verilen yanıtlar "hiçbir zaman veya nadiren" (1), "bazen" (2), "sık sık" (3) ve "çoğu zaman veya her zaman" (4) şeklinde belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek muhtemel puanlar 36-144 arasında değişmektedir. Bu bağlamda ölçekten alınan yüksek puanlar, intihar olasılığının (riskinin) yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeği geliştirenlerin önemle üzerinde durduğu konu olasılık puanının bir kişinin ölümle

sonuçlanan bir girişimde bulunacağını bildirmemesidir. Yani elde edilen puan değerlendirmeyi yapana, kişinin intihar girişiminde bulunup bulunmayacağını değil ne kadar bir olasılıkla böyle bir girişimde bulunabileceği hakkında bilgi vermiş olur. İÖÖ'nün orijinali, umutsuzluk (12 madde), intihar düşüncesi (8 madde), kendini olumsuz değerlendirme (9 madde) ve saldırganlık (7 madde) olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. İÖÖ'nün Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.93, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak belirtilmektedir.³

İÖÖ'nün Türkçe'ye çevirisi ve üzerindeki ilk çalışma Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın örneklem grubunu 13'ü üniversite öğrencisi olan Stockholm'de yaşayan 41 Türk oluşturmuştur.⁸¹ Eskin'in (1993) yaptığı çalışmada katılımcı sayısının sınırlı olması ve bu katılımcıların Türkiye'de yaşamıyor olmaları nedeniyle Tüzün (1997) ölçeğin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliğini yeniden değerlendirmiştir.⁸² Farklı bir örneklem grubu için yapılan bir başka güvenilirlik ve geçerlilik çalışması da Atılı'ya (2007) aittir. Bu çalışmada da ölçek klinik örneklem grubu için test edilmiştir.⁸³

İÖÖ'nün bu çalışmada kullanılan formunda dörtlü likert tipi puanlanması, yüzdeler dilimlere dönüştürülmüştür. Buna göre yanıtlar “%0 uygun”, “%30 uygun”, “%70 uygun” ve “%100 uygun” şeklinde değerlendirilmektedir. Bu çalışmada da kullanılan formunun puanlanmasında, 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters puanlandırma olarak değerlendirilmektedir. Bu formun maddelerinin alt ölçeklere dağılımı aşağıdaki şekildedir: Olumsuz benlik ve tükenme (OBT-20 madde): 5, 9., 10., 12., 15., 16., 17., 18., 19., 23., 25., 26., 27., 28., 29., 30., 32., 33., 35. ve 36. maddeler. Hayata bağlılıktan kopma (HBK-8 madde): 2, 6., 7., 11., 20., 21., 22. ve 24. maddeler. Öfke (Ö-8 madde): 1., 3., 4., 8., 13., 14., 31. ve 34. maddelerdir.⁸⁴

3.2.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilmiştir.⁸⁵ 12 maddeden oluşan ÇBASDÖ, üç farklı gruptan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin, kişi tarafından öznel olarak değerlendirilmesine dayanmaktadır. Desteğin kaynağına ilişkin olarak belirlenmiş bu üç grup; aile, arkadaş ve özel bir insan olarak tanımlanmaktadır. Her bir grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1-7 arasında likert tipi puanlanmaktadır. Her bir alt ölçekteki 4 maddenin toplanmasıyla alt ölçek puanları ve alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam

puanı elde edilmektedir. Elde edilen toplam puanın yüksekliği, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.⁸⁶

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmış olup, iç tutarlık katsayısı 0.77 ile 0.88 arasında bulunmuştur. ÇBASDÖ'nün Türkçe formunun faktör yapısı, geçerliği ve güvenilirliği genel olarak tatmin edici düzeyde bulunmuş olsa da "özel bir insan" (significant other) alt ölçeğinin ülkemize uyarlanmasında birtakım zorluklarla karşılaşıldığı ifade edilmektedir. Örneklem üzerinde yapılan değerlendirmeler sonucunda, "özel bir insan" teriminin ülkemizde yaygın olarak kullanılmadığı görülmüştür. Bu bağlamda, ölçeğin orijinal formunda "özel bir insan" olarak adlandırılan alt ölçek üzerinde birtakım değişiklikler yapılmış ve bu alt ölçek, "ailenin ve arkadaşlarının dışında olan kişi" (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) olarak yeniden şekillendirilmiştir.⁸⁷ Ölçeğin değiştirilmiş bu haliyle yapılan faktör analizi sonucunda, ortaya çıkan faktörler ve her bir faktörün içerdiği maddeler aşağıda verilmiştir:

Aile: 3., 4., 8. ve 11. maddeler. Özel Bir İnsan (ailenin ve arkadaşlarının dışında olan kişi): 1., 2., 5. ve 10. maddeler. Arkadaş: 6., 7., 9. ve 12. maddeler.

3.2.4 Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ):

Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ), Wagnild ve Young (1993) tarafından geliştirilmiş; ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Terzi (2006) tarafından yapılmıştır.^{8,72} Ölçek, her birinin puanları 1 ile 7 arasında değişen 24 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların işaretledikleri seçeneklerin sayısal değerleri toplanarak ölçekten tek bir puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 168'dir. Yüksek puan psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

3.2.5 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):

63 maddeden oluşan Rosenberg ölçeğinin 12 alt ölçeği vardır. Alt ölçek 10 maddeden oluşan 4 dereceli likert türü bir ölçektir ve sorulardan beşi ters kodlanmıştır. Rosenberg istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilmesini belirtmiştir. Bu araştırmada benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin "benlik saygısı" alt ölçeği kullanılmıştır. Ölçekteki maddelerin yarısı "Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum" gibi pozitif (olumlu) cümle yapısıyla, diğer yarısı ise "Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum" gibi negatif (olumsuz) düşünce yapısıyla kurulmuştur. Ergenden bu ifadelerin her birini değerlendirerek "çok doğru", "doğru", "yanlış" "çok yanlış" seçeneklerinden birini

işaretlemesi beklenmektedir. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre denekler, 0 ile 6 puan arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, benlik saygısı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir. 0-1 puan: Yüksek düzeyde benlik saygısı, 2-4 puan: Orta düzeyde benlik saygısı, 5-6 puan: Düşük düzeyde benlik saygısı olarak değerlendirilmiştir. Çuhadaroğlu (1986) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.75, geçerlik katsayısı ise 0.71'dir.⁸⁸

3.3 Verilerin Toplanması:

Araştırma verilerini toplamak amacıyla, çalışma kapsamındaki tüm uygulamalar 01.09.2015 ile 31.12.2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimi'ne başvuran kişilere uygulamadan önce araştırmanın amacı, kullanılan ölçme araçları hakkında ön bilgi verilmiş; ek olarak verilen cevapların gizli tutulacağı ve sadece araştırma amacı ile kullanılacağı belirtilmiştir. Araştırmaya 149 kişi dahil edilmiştir.

3.4 Verilerin Analizi:

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 16 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi, ikiden fazla sıralı grup arasındaki analizlerde ise Jonckheere-Terspstra Sıralı Alternatifler testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisi Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır.

4 BULGULAR:

4.1 Grubun Genel Yapısı:

Çalışmaya 85 kız, 64 erkek olmak üzere toplam 149 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet ve yaşlarıyla ilgili veriler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların cinsiyet ve yaşları ile ilgili veriler

		N	%
Cinsiyet	Kadın	85	57,0
	Erkek	64	43,0
Yaş	16-17	21	14,1
	17-18	38	25,5
	18-19	29	19,5
	19-20	21	14,1
	20-21	30	20,1
	>21	10	6,7

Katılımcıların %57,0’i kadın, %43,0’ü erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $18,21 \pm 1,53$ ’tür.

Katılımcıların eğitim durumuyla ilgili veriler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların eğitim durumuyla ilgili veriler

		N	%
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	6	4,0
	Halen lise öğrencisi	73	49,0
	Lise mezunu	10	6,7
	Halen üniversite öğrencisi	63	40,3

Tabloya bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun halen lise öğrencisi (%49,0) veya halen üniversite öğrencisi (%40,3) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların ebeveynlerinin evlilik durumları ve hayatta olup olmadıklarıyla ilgili veriler Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların ebeveynlerinin evlilik durumları ve hayatta olup olmadıklarıyla ilgili veriler

		N	%
Ebeveyn evlilik durumu	Anne-baba halen evli	125	83,9
	Anne-baba boşanmış/ayrı	24	16,1
Anne hayatta mı	Evet	148	99,3
	Hayır	1	0,7
Baba hayatta mı	Evet	143	96,0
	Hayır	6	4,0

Tabloya bakıldığında ebeveynlerin büyük çoğunluğunu halen birbirleriyle evli olduğu (%83,9), yine büyük çoğunluğunu hayatta olduğu (anne %99,3; baba %96,0) görülmektedir.

Katılımcıların gelir düzeyi algısıyla ilgili veriler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların gelir düzeyi algısıyla ilgili veriler

		N	%
Gelir düzeyi algısı	1	2	1,4
	2	3	2,1
	3	16	11,0
	4	42	28,7
	5	53	36,3
	6	23	15,7
	7	5	3,4
	8	2	1,4

Tabloya bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun gelir düzeylerini orta düzeyde değerlendirdiği görülmektedir.

Katılımcıların psikiyatrik özgeçmişleriyle ilgili veriler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların psikiyatrik özgeçmişleriyle ilgili veriler

		N	%
Daha önce doktor başvurusu	Var	97	65,1
	Yok	52	34,9
Daha önce ilaç kullanımı	Var	66	44,3
	Yok	83	55,7

Tabloya bakıldığında katılımcıların yaklaşık 2/3'ünün (%65,1) daha önce psikiyatrik bir sebepten dolayı doktora gittiği, yarısına yakınının da (%44,3) daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandığı görülmektedir.

Katılımcıların geçmişlerini ve geleceklerini nasıl değerlendirdiğiyle ilgili veriler Tablo 6’da gösterilmiştir.



Tablo 6: Katılımcıların geçmişlerini ve geleceklerini nasıl değerlendirdiğiyle ilgili veriler

		N	%
Beş yıl önce	1	12	8,7
	2	12	8,7
	3	12	8,7
	4	14	10,1
	5	16	11,6
	6	19	13,8
	7	23	16,7
	8	30	21,7
Bir yıl önce	1	11	7,9
	2	24	17,3
	3	23	16,5
	4	18	12,9
	5	28	20,1
	6	16	11,5
	7	7	5,0
	8	12	8,6
Bir ay önce	1	26	18,7
	2	23	16,5
	3	30	21,6
	4	21	15,1
	5	7	5,0
	6	8	6,5
	7	12	8,6
	8	11	7,9
Bir hafta önce	1	36	26,3
	2	22	16,1
	3	21	15,3
	4	16	11,7
	5	7	5,1
	6	13	9,5
	7	14	10,2
	8	8	5,8
Bugün	1	27	19,7
	2	23	16,8
	3	13	9,5
	4	20	14,6
	5	18	13,1
	6	12	8,8
	7	16	11,7
	8	8	5,8

Yarın	1	17	12,9
	2	15	11,4
	3	17	12,9
	4	27	20,5
	5	16	12,1
	6	12	9,1
	7	12	9,1
	8	16	12,1
Bir hafta sonra	1	15	11,5
	2	13	9,9
	3	21	16,0
	4	18	13,7
	5	17	13,0
	6	19	14,5
	7	13	9,9
	8	15	11,5
Bir ay sonar	1	12	9,1
	2	12	9,1
	3	15	11,4
	4	24	18,2
	5	13	9,8
	6	19	14,4
	7	20	15,2
	8	17	12,9
Bir yıl sonar	1	11	8,5
	2	9	6,9
	3	11	8,5
	4	16	12,3
	5	15	11,5
	6	20	15,4
	7	27	20,8
	8	21	16,2
Beş yıl sonar	1	12	9,1
	2	6	4,5
	3	8	6,1
	4	10	7,6
	5	9	6,8
	6	20	15,2
	7	33	25,0
	8	34	25,8

Tabloya bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğu bir ay öncesi, bir hafta öncesi ve bugünü daha olumsuz olarak değerlendirdikleri görülürken, bir yıl sonrası ve beş yıl sonrası için daha olumlu düşündükleri görülmektedir.

Katılımcıların internet, cep telefonu, kitap, spor ve müzikle ilişkisini gösteren veriler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların internet, cep telefonu, kitap, spor ve müzikle ilişkisini gösteren veriler

		N	%
Günlük internet kullanımı	0-1 saat arası	36	25,5
	2-4 saat arası	64	45,4
	5 saat ve üzeri	41	29,1
Cep telefonuyla ilişki	Pek ilgim yok	17	12,1
	30 dakika ve altı	22	15,6
	30 dakika-4 saat arası	51	36,2
	4 saat ve üzeri	51	36,2
Sporla ilişkisi	Pek ilgim yok	51	35,9
	Ayda bir-iki kez	39	27,5
	Haftada bir-iki kez	33	23,2
	Hemen hergün	19	13,4
Kitapla ilişki	Pek ilgim yok	41	28,7
	Yılda bir-iki kitap	41	28,7
	Ayda bir-iki kitap	42	29,4
	Ayda iki kitaptan fazla	19	13,3
Müzikle ilişki	Pek ilgim yok	5	3,5
	Arada dinlerim	26	18,3
	Özellikle dinlemeye çalışırım	111	78,2

Tabloya bakıldığında katılımcılar arasında günlük internet kullanımının en fazla olduğu grup 2-4 saat arası grup olduğu, katılımcıların büyük çoğunluğunun günlük cep telefonu kullanımının 30 dakikadan fazla olduğu (4 saat ve üzeri telefon kullanan grubu da düşünerek), spor ve kitapla ilişki yönünden gruplar arasında belirgin bir farkın olmadığı, müziği özellikle dinlemeye çalışan grubun çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımıyla ilgili verileri Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanımıyla ilgili verileri

		N	%
Sigara kullanımı	Var	51	34,2
	Yok	98	65,8
Alkol kullanımı	Var	27	18,1
	Yok	122	81,9
Madde kullanımı	Var	2	1,3
	Yok	147	98,7

Tabloya bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun madde kullanmadığını ifade ettiği gözlenirken, yaklaşık 1/3'ünün sigara kullandığını ifade ettiği, yaklaşık 1/5'inin de alkol kullandığını ifade ettiği görülmektedir.

Katılımcıların travmatik yaşantısıyla ilgili veriler Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların travmatik yaşantısıyla ilgili veriler

		N	%
Çocukluk çağı travması	Yok	106	71,1
	Bir kez	12	8,1
	Birden fazla	31	20,8
Doğal afet	Yok	108	72,5
	Bir kez	35	23,5
	Birden fazla	6	4,0
Yangın-patlama	Yok	142	95,3
	Bir kez	5	3,4
	Birden fazla	2	1,3
Trafik kazası	Yok	122	82,4
	Bir kez	22	14,9
	Birden fazla	4	2,7
Fiziksel saldırı	Yok	120	80,5
	Bir kez	12	8,1
	Birden fazla	17	11,4
Cinsel saldırı	Yok	138	92,6
	Bir kez	4	2,7
	Birden fazla	7	4,7
Çatışma	Yok	147	98,6
	Bir kez	1	0,7
	Birden fazla	1	0,7
İşkence	Yok	146	98,0
	Bir kez	2	1,3
	Birden fazla	1	0,7
Cinayet-intihar	Yok	134	90,0
	Bir kez	9	6,0
	Birden fazla	6	4,0
Sevdiği birinin ani ölümü	Yok	92	61,7
	Bir kez	48	32,2
	Birden fazla	9	6,1
Sevdiği birinin ani hastalığı	Yok	112	75,1
	Bir kez	32	21,5
	Birden fazla	5	3,4
Sevdiği birinden ani ayrılma	Yok	115	77,2
	Bir kez	26	17,4
	Birden fazla	8	5,4
Aile içi şiddet	Yok	114	76,5
	Bir kez	8	5,4
	Birden fazla	27	18,1

Ani ekonomik kayıp	Yok	125	83,9
	Bir kez	19	12,8
	Birden fazla	5	3,4
İş kazası	Yok	147	98,7
	Bir kez	2	1,3
	Birden fazla	0	0,0

Tabloya bakıldığında travmatik yaşantısı olanların olmayanlara göre daha az olduğu görülmektedir. Travmatik yaşantılar arasında çocukluk çağı travması (%28,9), doğal afet (%27,5), sevdiği birinin ani ölümü (%38,3), sevdiği birinin ani hastalığı (%24,9), sevdiği birinden ani ayrılma (%22,8), aile içi şiddet (%23,5) gibi olayların diğerlerine göre daha fazla yaşandığı görülmektedir.

Katılımcıların anne ve babalarıyla ilişkisini değerlendirdiği veriler Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10 Katılımcıların anne ve babalarıyla ilişkisini değerlendirdiği veriler

	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Anne ile ilişki	1	8	6,25	1,89
Baba ile ilişki	1	8	5,22	2,15

Katılımcıların anne ve babalarıyla ilişkilerini değerlendirdiği tabloya bakıldığında ortalama değerler, minimum ve maksimum değerler ve standart sapma sonuçları görülmektedir.

Katılımcıların geçmişteki intihar girişimleriyle ilgili veriler Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Katılımcıların geçmişteki intihar girişimleriyle ilgili veriler

	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
Geçmişteki intihar girişimi sayısı	0	3	0,19	0,55

Katılımcıların geçmişteki intihar girişimlerinin sayısını gösteren tabloya bakıldığında ortalama değerler, minimum ve maksimum değerler ve standart sapma sonuçları görülmektedir. Çalışmaya katılanlar arasında hiç intihar girişiminde bulunmayan 130 kişi, 1 defa intihar girişiminde bulunan 12 kişi, 2 defa intihar girişiminde bulunan 5 kişi, 3 defa intihar girişiminde bulunan 2 kişi mevcuttur.

4.2 Katılımcıların Ölçek Puanlarına İlişkili Bulgular:

Araştırmaya katılan kişilerin araştırmada kullanılan ölçeklerin her birinden elde etmiş oldukları puanların ortalamaları; minimum, maksimum değerleri ve standart sapma sonuçları Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12: Katılımcıların ölçek puan ortalamaları, minimum, maksimum değerleri ve standart sapmaları

	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS
RBSÖ	0	4,67	1,48	1,10
KTGÖ	41	159	112,26	26,77
ÇBASDÖ Aile	4	28	20,43	6,30
ÇBASDÖ Arkadaş	4	28	20,66	6,59
ÇBASDÖ Diğer	4	28	18,13	8,22
ÇBASDÖ Toplam	18	84	59,10	15,40
İÖÖ Benlik ve Tükenme	23	72	42,47	10,51
İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma	7	29	15,41	4,39
İÖÖ Öfke	8	30	18,18	5,18
İÖÖ Toplam	39	119	76,06	17,72

4.3 Katılımcıların Ölçek Puanlarının Birbirleriyle İlişkisine Dair Bulgular:

Katılımcıların İÖÖ Toplam puanı, ÇBASDÖ Toplam puanı, RBSÖ ve KTGÖ’lerinin kendi aralarındaki ilişkilerine ait bulgular Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13: Katılımcıların İÖÖ Toplam puanı, ÇBASDÖ Toplam puanı, RBSÖ ve KTGÖ'lerinin kendi aralarındaki ilişkilerini belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizine ilişkin bulgular

	İÖÖ Toplam	ÇBASDÖ Toplam	RBSÖ	KTGÖ
İÖÖ Toplam	-	-0,521**	0,660**	-0,665**
ÇBASDÖ Toplam	-0,521**	-	-0,367**	0,465**
RBSÖ	0,660**	-0,367**	-	-0,601**
KTGÖ	-0,665**	0,465**	-0,601**	-

*p<0,05, **p<0,01/Kullanılan İstatistiksel Test: Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 13'te de görüldüğü gibi katılımcıların doldurduğu bütün ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar saptanmıştır.

4.4 Katılımcıların İÖÖ Puanlarının Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi:

Araştırmaya katılan kişilerin yaşları ile İÖÖ'den elde etmiş oldukları sonuçların korelasyon analizi sonuçları Tablo 14'te gösterilmektedir.

Tablo 14: Katılımcıların yaşları ile İÖÖ Benlik ve Tükenme (İÖÖ BT), İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma (İÖÖ HBK), İÖÖ Öfke (İÖÖ Ö) alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam (İÖÖ T) puanlarının korelasyon analizi sonuçları

	İÖÖ BT	İÖÖ HBK	İÖÖ Ö	İÖÖ T
Yaş	-0,006	-0,012	-0,185*	-0,051

*p<0,05/Kullanılan İstatistiksel Test: Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 14'te de görüldüğü gibi katılımcıların yaşları ile İÖÖ'nin Öfke alt ölçeği arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken, İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların yaşı arttıkça İÖÖ'nin Öfke alt ölçeği puanının anlamlı olarak düştüğü saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyetleri ile İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 15: Katılımcıların cinsiyetleri ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Kız	43,61	11,26	43	2302,5	-1,602	0,109
	Erkek	39,87	9,58	38			
İÖÖ HBK	Kız	15,36	4,84	15	2607,5	-0,435	0,664
	Erkek	15,08	3,60	14,5			
İÖÖ Ö	Kız	18,46	5,32	17	2567,5	-0,586	0,558
	Erkek	17,53	5,12	16,5			
İÖÖ T	Kız	77,44	19,35	77	2450,0	-1,036	0,300
	Erkek	72,50	15,48	72			

Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 15'te de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetleri ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumu ile İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 16'te gösterilmektedir.

Tablo 16: Katılımcıların eğitim durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	p
İÖÖ BT	İlköğretim mezunu	51,17	4,79	50,50	0,252
	Halen lise öğrencisi	42,34	11,85	42	
	Lise mezunu	46	11,88	46	
	Halen üniversite öğrencisi	41,17	8,42	41	
İÖÖ HBK	İlköğretim mezunu	19,33	4,97	19,50	0,030
	Halen lise öğrencisi	15,81	4,87	15	
	Lise mezunu	16	4,83	15,50	
	Halen üniversite öğrencisi	14,43	3,31	14	
İÖÖ Ö	İlköğretim mezunu	23	2,37	22,50	0,009
	Halen lise öğrencisi	18,67	5,43	18	
	Lise mezunu	19,30	5,54	20,50	
	Halen üniversite öğrencisi	16,92	4,65	16	
İÖÖ T	İlköğretim mezunu	93,50	9,73	96	0,087
	Halen lise öğrencisi	76,82	20,09	76	
	Lise mezunu	81,30	20,68	82	
	Halen üniversite öğrencisi	72,52	13,15	72,50	

Kullanılan İstatistiksel Test: Jonckheere Terpstra testi

Tablo 16’da da görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme alt ölçeği ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, İÖÖ öfke ve İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt ölçekleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumu yükseldikçe İÖÖ’nin Öfke ve Hayata Bağlılıktan Kopma alt ölçekleri puanlarının anlamlı olarak düştüğü saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin ebeveyn kaybı durumu ile İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 17’te gösterilmektedir.

Tablo 17: Katılımcıların ebeveyn kaybı durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	49,42	3,69	49	259,5	-2,132	0,33
	Yok	42,12	10,62	42			
İÖÖ HBK	Var	18,14	3,38	19	284,0	-1,917	0,55
	Yok	15,27	4,39	15			
İÖÖ Ö	Var	22,14	3,07	20	258,5	-2,144	0,32
	Yok	17,98	5,18	17			
İÖÖ T	Var	89,71	7,54	92	234,0	-2,360	0,18
	Yok	75,38	17,81	73			

Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 17’de de görüldüğü üzere katılımcıların ebeveyn kaybı durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin ebeveynlerinin birliktelik durumu ile İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 18’te gösterilmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların ebeveynlerinin birliktelik durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Birlikte	41,21	10,40	41	821,5	-3,506	0,00*
	Ayrı	49,00	8,62	50			
İÖÖ HBK	Birlikte	15,06	4,30	15	1007,0	-2,554	0,01*
	Ayrı	17,20	4,46	17,5			
İÖÖ Ö	Birlikte	17,45	5,00	17	755,5	-3,852	0,00*
	Ayrı	21,95	4,43	22			
İÖÖ T	Birlikte	73,73	17,28	72	788,5	-3,675	0,00*
	Ayrı	88,16	15,03	93			

*p<0,05/**Kullanılan İstatistiksel Test:** Mann Whitney U testi

Tablo 18’de de görüldüğü üzere ebeveynleri ayrı olan katılımcıların İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin gelir düzeyi algısı ile İÖÖ’den elde etmiş oldukları sonuçların korelasyon analizi sonuçları Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19: Katılımcıların gelir düzeyi algısı ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanlarının korelasyon analizi sonuçları

	İÖÖ BT	İÖÖ HBK	İÖÖ Ö	İÖÖ T
Gelir Düzeyi Algısı	-0,109	-0,031	0,039	0,039

* $p < 0,05$ /Kullanılan İstatistiksel Test: Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 19’da da görüldüğü üzere katılımcıların gelir düzeyi algısı ile İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt ölçeği arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, İÖÖ Öfke alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülürken, İÖÖ Benlik ve Tükenme ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların gelir düzeyi algısı yükseldikçe İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma alt ölçeği puanının anlamlı olarak düştüğü, öfke alt ölçeği puanının ise anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin daha önceki psikiyatri başvurusu durumu ile İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20: Katılımcıların daha önceki psikiyatri başvurusu durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	41,96	10,95	41,5	2295,5	-0,903	0,367
	Yok	42,06	10,29	43			
İÖÖ HBK	Var	15,14	4,49	15	2266	-1,023	0,307
	Yok	15,44	4,07	15			
İÖÖ Ö	Var	18,47	5,13	18	2232	-1,157	0,247
	Yok	17,24	5,41	16			
İÖÖ T	Var	75,55	18,08	73	2404	-0,470	0,638
	Yok	74,77	17,72	74			

Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 20’de de görüldüğü üzere katılımcıların daha önceki psikiyatri başvurusu durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım durumu ile İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21: Katılımcıların geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	43,45	11,12	42,5	2537,5	-0,770	0,441
	Yok	41,68	9,99	42			
İÖÖ HBK	Var	15,68	4,66	15	2606	-0,510	0,610
	Yok	15,19	4,17	15			
İÖÖ Ö	Var	18,72	5,37	20	2441	-1,141	0,254
	Yok	17,74	5,01	17			
İÖÖ T	Var	77,86	18,56	76	2475	-1,009	0,313
	Yok	74,62	16,99	74			

Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 21’de de görüldüğü üzere katılımcıların geçmişte psikiyatrik ilaç kullanım durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin geçmişlerini ve geleceklerini değerlendirme durumlarıyla İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 22’de gösterilmektedir.



Tablo 22: Katılımcıların geçmişlerini ve geleceklerini değerlendirme durumları ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanlarının korelasyon analizi sonuçları

	İÖÖ BT	İÖÖ HBK	İÖÖ Ö	İÖÖ T
Beş yıl önce	-0,80	0,23	0,72	-0,18
Bir yıl önce	-0,407**	-0,222**	-0,292**	-0,384**
Bir ay önce	-0,492**	-0,309**	-0,395**	-0,491**
Bir hafta önce	-0,518**	-0,325**	-0,374**	-0,500**
Bugün	-0,453**	-0,369**	-0,372**	-0,468**
Yarın	-0,459**	-0,433**	-0,336**	-0,473**
Bir hafta sonra	-0,427**	-0,429**	-0,298**	-0,440**
Bir ay sonra	-0,412**	-0,442**	-0,277**	-0,432**
Bir yıl sonra	-0,419**	-0,433**	-0,248**	-0,424**
Beş yıl sonra	-0,298**	-0,341**	-0,196**	-0,315**

*p<0,05, **p<0,01/Kullanılan İstatistiksel Test: Spearman Korelasyon Analizi

Katılımcıların bir yıl önce, bir ay önce, bir hafta önce, bugün, yarın, bir hafta sonra, bir ay sonra, bir yıl sonra ve beş yıl sonrasını değerlendirme durumları ile, İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülürken, beş yıl öncesini değerlendirme durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin anne ve babalarıyla ilişkilerini değerlendirme durumlarıyla İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 23'de gösterilmektedir.

Tablo 23: Katılımcıların anne ve babalarıyla ilişkilerini değerlendirme durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanlarının korelasyon analizi sonuçları

	İÖÖ BT	İÖÖ HBK	İÖÖ Ö	İÖÖ T
Anne ile ilişki	-0,332**	-0,279**	-0,223**	-0,327**
Baba ile ilişki	-0,456**	-0,185**	-0,334**	-0,419**

*p<0,05, **p<0,01/Kullanılan İstatistiksel Test: Spearman Korelasyon Analizi

Katılımcıların anne ve babalarıyla ilişkilerini değerlendirme durumları ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin sigara kullanım durumlarıyla İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 24'de gösterilmektedir.

Tablo 24: Katılımcıların sigara kullanımını ifade etme durumları ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	46,42	11,40	46	1558	-3,76	0,000*
	Yok	39,80	9,65	39,5			
İÖÖ HBK	Var	16,53	4,84	16	1687,5	-3,25	0,001*
	Yok	14,60	3,94	14			
İÖÖ Ö	Var	20,97	4,82	21	1215	-5,14	0,000*
	Yok	16,61	4,83	15,5			
İÖÖ T	Var	83,93	18,41	84	1370,5	-4,51	0,000*
	Yok	71,01	16,08	71			

*p<0,05/Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 24'te de görüldüğü üzere sigara içenlerde içmeyenlere göre İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin alkol kullanım durumlarıyla İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 25'de gösterilmektedir.

Tablo 25: Katılımcıların alkol kullanımını ifade etme durumları ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	47,73	8,97	47	946,5	-3,45	0,001*
	Yok	40,83	10,67	40			
İÖÖ HBK	Var	16,56	4,13	17	1117	-2,62	0,009*
	Yok	14,97	4,35	14,5			
İÖÖ Ö	Var	19,86	4,51	20	1116	-2,62	0,009*
	Yok	17,69	5,32	17			
İÖÖ T	Var	84,17	14,57	84	932,5	-3,52	0,000*
	Yok	73,50	18,03	71,5			

*p<0,05/**Kullanılan İstatistiksel Test:** Mann Whitney U testi

Tablo 25'te de görüldüğü üzere alkol kullananlarda kullanmayanlara göre İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin günlük internet kullanım süresi İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 26'da gösterilmektedir.

Tablo 26: Katılımcıların günlük internet kullanım süresi ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	p
İÖÖ BT	0-1 saat arası	44,33	11,43	45	0,071
	2-4 saat arası	42,48	10,54	43	
	5 saat ve üzeri	40,05	9,32	41	
İÖÖ HBK	0-1 saat arası	15,78	4,37	16,50	0,181
	2-4 saat arası	15,59	4,39	15	
	5 saat ve üzeri	14,76	4,39	14	
İÖÖ Ö	0-1 saat arası	19,78	6,59	21	0,462
	2-4 saat arası	17,27	4,55	17	
	5 saat ve üzeri	18,39	5,07	17	
İÖÖ T	0-1 saat arası	79,89	20,92	81,5	0,128
	2-4 saat arası	75,34	16,46	74,5	
	5 saat ve üzeri	73,20	16,32	71	

Kullanılan İstatistiksel Test: Jonckheere Terpstra testi

Tablo 26’da da görüldüğü üzere katılımcıların günlük internet kullanım süresi ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin müzikle ilişki durumu ile İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 27’de gösterilmektedir.

Tablo 27: Katılımcıların müzikle ilişki durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	p
İÖÖ BT	Pek ilgim yok	48,20	8,58	51	0,155
	Arada dinlerim	38,04	9,58	36,5	
	Özellikle dinlemeye çalışırım	42,92	10,51	43	
İÖÖ HBK	Pek ilgim yok	17,40	4,22	18	0,254
	Arada dinlerim	14,00	3,96	13	
	Özellikle dinlemeye çalışırım	15,61	4,42	15	
İÖÖ Ö	Pek ilgim yok	24,00	1,22	24	0,579
	Arada dinlerim	16,31	5,09	15	
	Özellikle dinlemeye çalışırım	18,43	5,15	17	
İÖÖ T	Pek ilgim yok	89,60	11,67	94	0,179
	Arada dinlerim	68,35	15,45	68,50	
	Özellikle dinlemeye çalışırım	76,96	17,82	77	

Kullanılan İstatistiksel Test: Jonckheere Terpstra testi

Tablo 27’de de görüldüğü üzere katılımcıların müzikle ilişki durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin cep telefonuyla ilişki durumu ile İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 28’de gösterilmektedir.

Tablo 28: Katılımcıların cep telefonuyla ilişki durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	p
İÖÖ BT	Pek ilgim yok	44,35	10,28	42	0,801
	30 dakika ve altı	40,82	11,08	43	
	30 dakika 4 saat arası	41,47	10,98	39	
	4 saatin üzerinde	42,69	9,91	43	
İÖÖ HBK	Pek ilgim yok	16,35	4,20	16	0,202
	30 dakika ve altı	13,82	3,94	13,50	
	30 dakika 4 saat arası	15,06	4,61	15	
	4 saatin üzerinde	16,00	4,28	16	
İÖÖ Ö	Pek ilgim yok	17,94	5,67	16	0,110
	30 dakika ve altı	17,73	4,97	17	
	30 dakika 4 saat arası	17,27	5,19	17	
	4 saatin üzerinde	19,31	4,95	19	
İÖÖ T	Pek ilgim yok	78,65	17,71	77	0,338
	30 dakika ve altı	72,36	17,46	75	
	30 dakika 4 saat arası	73,80	18,27	71	
	4 saatin üzerinde	78,00	17,08	78	

Kullanılan İstatistiksel Test: Jonckheere Terpstra testi

Tablo 28’de de görüldüğü üzere katılımcıların cep telefonuyla ilişki durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin sporla ilişki durumu ile İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 29’da gösterilmektedir.

Tablo 29: Katılımcıların sporla ilişki durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	p
İÖÖ BT	Pek ilgim yok	44,02	10,90	45	0,397
	Ayda bir-iki kez	40,59	11,16	42	
	Haftada bir-iki kez	40,27	6,95	41	
	Hemen her gün	44,05	12,35	43	
İÖÖ HBK	Pek ilgim yok	16,18	4,55	16	0,162
	Ayda bir-iki kez	14,85	4,32	15	
	Haftada bir-iki kez	15,27	3,88	14	
	Hemen her gün	14,53	4,71	14	
İÖÖ Ö	Pek ilgim yok	18,41	4,97	17	0,953
	Ayda bir-iki kez	17,72	5,06	17	
	Haftada bir-iki kez	18,30	4,84	19	
	Hemen her gün	18,74	6,90	17	
İÖÖ T	Pek ilgim yok	78,61	18,59	78	0,542
	Ayda bir-iki kez	73,15	18,55	72	
	Haftada bir-iki kez	73,85	11,55	73	
	Hemen her gün	77,32	21,74	78	

Kullanılan İstatistiksel Test: Jonckheere Terpstra testi

Tablo 29’da da görüldüğü üzere katılımcıların sporla ilişki durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin kitapla ilişki durumu ile İÖÖ’den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 30’da gösterilmektedir.

Tablo 30: Katılımcıların kitapla ilişki durumu ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	p
İÖÖ BT	Pek ilgim yok	42,73	9,82	42	0,766
	Yılda bir-iki kitap	40,54	9,38	38	
	Ayda bir-iki kitap	44,31	11,57	42,50	
	Ayda iki kitaptan fazla	39,79	10,97	42	
İÖÖ HBK	Pek ilgim yok	16,46	3,92	16	0,016*
	Yılda bir-iki kitap	14,90	3,32	15	
	Ayda bir-iki kitap	15,88	5,42	14,50	
	Ayda iki kitaptan fazla	12,95	3,69	13	
İÖÖ Ö	Pek ilgim yok	19,66	4,88	20	0,028*
	Yılda bir-iki kitap	17,78	4,86	16	
	Ayda bir-iki kitap	17,71	5,26	17	
	Ayda iki kitaptan fazla	16,95	6,35	15	
İÖÖ T	Pek ilgim yok	78,85	16,14	79	0,165
	Yılda bir-iki kitap	73,22	15,26	71	
	Ayda bir-iki kitap	77,90	20,12	77	
	Ayda iki kitaptan fazla	69,68	18,65	72	

*p<0,05/Kullanılan İstatistiksel Test: Jonckheere Terpstra testi

Tablo 30'da da görüldüğü üzere katılımcıların kitapla ilişki durumu ile İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma ve İÖÖ Öfke alt ölçekleri arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken, İÖÖ Benlik ve Tükenme alt ölçeği ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin geçmiş bazı travmatik yaşantı öyküleri ile İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 31-32 ve 33'te gösterilmektedir.

Tablo 31: Katılımcıların çocukluk çağı travması ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	47,39	10,72	47	1427,5	-3,569	0,000*
	Yok	40,47	9,78	40			
İÖÖ HBK	Var	16,88	4,77	17	1682,5	-2,507	0,012*
	Yok	14,81	4,09	15			
İÖÖ Ö	Var	20,06	5,16	21	1617,0	-2,779	0,005*
	Yok	17,41	5,01	16,5			
İÖÖ T	Var	84,34	18,30	82	1467,0	-3,403	0,001*
	Yok	72,69	16,40	72			

*p<0,05/Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 32: Katılımcıların fiziksel saldırıya uğrama öyküsü ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	48,13	11,41	48	1105,0	-3,046	0,002*
	Yok	41,10	9,85	41			
İÖÖ HBK	Var	18,10	4,85	18	1083,0	-3,160	0,002*
	Yok	14,75	4,02	15			
İÖÖ Ö	Var	20,89	4,91	22	1065,0	-3,243	0,001*
	Yok	17,52	5,04	17			
İÖÖ T	Var	87,13	17,70	86	1000,5	-3,547	0,000*
	Yok	73,38	16,71	72			

*p<0,05/Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 33: Katılımcıların cinsel saldırıya uğrama öyküsü ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

		Ortalama	SS	Medyan	U	Z	p
İÖÖ BT	Var	45,00	13,13	46	655,0	-0,755	0,450
	Yok	42,26	10,30	42			
İÖÖ HBK	Var	17,45	5,80	16	574,0	-1,347	0,178
	Yok	15,24	4,24	15			
İÖÖ Ö	Var	19,90	5,20	21	611,5	-1,073	0,283
	Yok	18,04	5,17	17			
İÖÖ T	Var	82,36	21,84	83	630,5	-0,933	0,351
	Yok	75,55	17,34	74			

Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U testi

Tablo 31, Tablo 32 ve Tablo 33 incelendiğinde çocukluk çağı travması ve fiziksel saldırıya uğrama öyküsü ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken, cinsel saldırıya uğrama öyküsü ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin geçmişteki intihar girişimleri ile İÖÖ'den almış oldukları puanlar arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 34'te gösterilmektedir.

Tablo 34: Katılımcıların geçmişteki intihar girişimi sayısı ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ Öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular

	İÖÖ BT	İÖÖ HBK	İÖÖ Ö	İÖÖ T
Geçmişteki intihar girişimi sayısı	0,278**	0,248**	0,310**	0,317**

*p<0,05, **p<0,01/Kullanılan İstatistiksel Test: Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 34'te de görüldüğü üzere katılımcıların geçmişteki intihar girişimi sayısı ile İÖÖ Benlik ve Tükenme, İÖÖ Hayata Bağlılıktan Kopma, İÖÖ öfke alt ölçekleri ve İÖÖ Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

5 TARTIŞMA

Ergenlik dönemi intihar davranışı açısından riskli bir dönem olarak kabul edilmektedir. Ergenlik öncesinde intihar oranları son derece düşükken, ergenlik süresince bu oran sıklıkla artma eğiliminde olur. Bu artışın sebebi ergenlik döneminde, ruh sağlığı sorunlarının artması, duygusal değişkenliğin yaygın olması ve baş etmek zorunda kaldığı biyopsikososyal değişimlerin artması olarak değerlendirilmektedir.^{2, 25} Ergen, yaşadığı ruhsal sorunlar ve çevresindeki bazı stresörlere bağlı olarak bazen kendi isteğiyle bazen de ailenin isteğiyle psikiyatri polikliniğine başvurabilmektedir. Poliklinik değerlendirmesinde sadece mevcut soruna odaklanıldığında ergenin intihar riski gözden kaçabilmektedir.

Çalışmamızda Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimine başvuran 16-21 yaş arası çalışmaya katılmaya gönüllü kişilerin başvuru anındaki intihar olasılıkları ve bu olasılığın, geçmişteki intihar girişimleriyle, algılanan sosyal destekle, benlik saygısıyla, psikolojik dayanıklılıkla ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş 149 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların intihar olasılığı düzeyi İntihar Olasılığı Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu ölçek Olumsuz Benlik ve Tükenme, Hayata Bağlılıktan Kopma ve Öfke alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin tamamından yüksek puan alan kişinin intihar girişiminde bulunma olasılığının yüksek olabileceği kabul edilmektedir. Ölçeğin herhangi bir kesme puanı bulunmamaktadır. Katılımcıların sosyal destek düzeyleri Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, benlik saygısı düzeyleri Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, psikolojik dayanıklılık düzeyleri Kendini Toparlama Gücü Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan ölçekler sonucunda tüm ölçek puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. Bunun yanında katılımcıların intihar olasılıklarının ilişkili olabileceği diğer bazı kişisel özellikler de tanımlanmaya çalışılmıştır.

5.1 Çalışmaya Katılan Ergenlerin İntihar Olasılığı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması:

5.1.1 Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar Olasılığı İlişkisi:

Psikolojik dayanıklılık; stresli yaşam koşullarının olumsuz etkilerini azaltan ve başarılı bir uyum sürecini kolaylaştıran olumsuz durumlardan kurtulmaya yardımcı olan kişisel bir adaptasyon sürecidir.⁸ Ergenlik döneminde stres yaratan durumlarla karşılaşma olasılığının

artması, anne, baba ve/veya arkadaş ilişkilerinde çatışmaların yaşanabilmesine bağlı olarak ergenler zorlayıcı ve/veya örseleyici olaylara maruz kalabilmektedirler.

Cleverley ve Kidd (2011) tarafından Kanada'da 47 genç ile yapılan çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kişilerde intihar düşüncesinin düşük olduğu saptanmıştır.⁹ Rosetti ve ark. (2017) daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin psikolojik dayanıklılığının düşük olduğunu bu durumun da intihar riskini arttırabileceğini tespit etmişlerdir.⁸⁰ McCalman ve ark. (2016) tarafından Avusturalya'da yatılı öğrencilerle yapılan bir izlem çalışmasında zaman içerisinde psikolojik dayanıklılığı arttırılan kişilerin intihar riskinin geçmişe göre azaldığı saptanmıştır.⁸⁹ Montes-Hidalgo ve ark. (2016) tarafından İspanya'da 186 hemşirelik öğrencisiyle yapılan çalışmada psikolojik dayanıklılığı ve benlik saygısı düşük olan kişilerin intihar girişiminde bulunma riskinin yüksek olduğu sonucu bulunmuştur.⁹⁰

Bizim çalışmamızdaki bulgular mevcut literatürle uyumlu olarak psikolojik dayanıklılığı düşük olan ergenlerin intihar olasılığının yüksek olduğu yönünde saptanmıştır (Tablo 13). Bu sonuca göre psikolojik dayanıklılığın yüksek olması, intihar olasılığına karşı koruyucu bir faktör olarak düşünülebilir. Bu bağlamda polikliniğe başvuran ergen hastalar için psikolojik dayanıklılığı arttırmaya yönelik adımlar atılabilir.

5.1.2 Benlik Saygısı ve İntihar Olasılığı İlişkisi:

Benlik saygısı kişinin kendini olduğu gibi kabul edip, kendinden memnun olma durumudur.⁶ Kişinin bilişleri, motivasyonu, duygu ve davranışları benlik saygısının durumuna göre olumlu veya olumsuz olarak etkilenir. Benlik saygısı düşük olan kişiler, kişiler arası ilişkilerinde ve sorunlar karşısında çözüm bulmada zorluk yaşadıklarından ve bazı olumsuz bilişlerin de etkisiyle intihara meyilli hale gelebilir.³⁰ Ergenlik döneminde çevrenin yüksek beklentisi, okulda başarısız olma, ikili ilişkilerde problem yaşama, sevdiği birinden ayrılma veya reddedilme gibi durumlar neticesinde kişinin benlik saygısı düşebilir.

Soylu ve ark. (2013) tarafından 63 ergenle yapılan çalışmada benlik saygısı düşük olan ergenlerin intihar riskinin yüksek olduğu saptanmıştır.⁶⁹ Dil ve ark. (2015) tarafından Çankırı ilinde yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin intihar girişiminde bulunmayanlara göre daha düşük benlik saygısına sahip olduğu bulunmuştur.⁹¹ Che Lin (2015) tarafından Tayvan'da üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada benlik saygısı düşük olan kişilerde depresyon ve intihar düşüncesinin daha yüksek olduğu görülmüştür.⁹² Creemers ve ark. (2012) tarafından Hollanda'da üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada intihar düşüncesi ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.⁹³ Perrot ve

ark. (2016) tarafından Fransa’da intihar girişimi nedeniyle hastaneye başvuran 15 yaş üstü 132 hasta ile yapılan çalışmada intihar girişimi nedeniyle psikiyatri servisine yatırılan hastalar arasında benlik saygıları düşük olanların intihar düşüncesinin artmış olduğu tespit edilmiştir.⁹⁴ Thompson (2010) tarafından 227 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada intihar düşüncesi yüksek olan öğrencilerin benlik saygısının daha düşük olduğu gösterilmiştir.⁹⁵

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak benlik saygısı düşük olan ergenlerin daha yüksek intihar olasılığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13). Bu sonuca göre depresyondan bağımsız olarak kendini değersiz gören ergenlerde intihar olasılığının artabileceği düşünülebilir. Çatışmaların sık yaşanabildiği ve beden algısının değişmeye başladığı ergenlik döneminde benlik saygısının araştırılması ve bu bağlamda görüşmelerin yapılması intihar olasılığının azalmasına katkı sağlayabilir.

5.1.3 Algılanan Sosyal Destek ve İntihar Olasılığı İlişkisi:

Algılanan sosyal destek, ihtiyaç duyulduğu zaman çevrenin destek verebileceğine ilişkin kişisel bir değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Kişinin etrafında destek görebileceği insanların ulaşılabilirliği ve mevcut destekten kişinin sağladığı doyum, algılanan sosyal desteğin iki önemli bileşenidir.⁶³ Ergenlik döneminde kişinin özerkliğini kazanma çabası, bağımsız karar alabilme isteği ve geleceğiyle ilgili bazı planlamaların devreye girmesi ergen üzerinde daha önce karşılaşmadığı bir baskı oluşturabilir. Bu dönemde ergenin ailesinden, arkadaşlarından ve çevresinden göreceği sosyal destek bu baskının ortadan kaldırılmasında ve kişinin hayatına devam etmesine olumlu yönde katkı sağlayabilir.

Karacabey (2012) tarafından İstanbul’da 265 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada ergenin ailesinden algıladığı sosyal destek yükseldikçe intihar olasılığının azaldığı tespit edilmiştir.⁹⁶ Topal (2003) tarafından Eskişehir’de 980 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada algılanan sosyal desteği yüksek olan ergenlerin intihar olasılığının düşük olduğu tespit edilmiş ve algılanan sosyal desteğin intihar olasılığının yordanmasında rol alabileceği yorumunda bulunulmuştur.⁹⁷ Arsel (2010) tarafından Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde 550 sağlıklı gönüllü ile yapılan çalışmada algılanan sosyal desteği yüksek olan grubun intihar olasılığının anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir.⁴ Kleiman ve Riskind (2013) tarafından 172 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada algılanan sosyal desteği yüksek olan kişilerin benlik saygılarının da yüksek olduğu bu kişilerde intihar olasılığının düşük olduğu saptanmış ve algılanan sosyal desteğin intihar davranışına karşı koruyucu olabileceği yorumunda bulunulmuştur.⁹⁸ Brausch ve Decker (2014) tarafından 392 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada

benlik saygısı ve algılanan sosyal desteği yüksek olan ergenlerde intihar düşüncesi anlamlı şekilde azalmış olarak saptanmıştır.⁹⁹ Hirsch ve Barton (2011) tarafından 439 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada pozitif sosyal desteğin intihar düşüncesini azalttığı tespit edilmiştir.¹⁰⁰ Khan ve ark. (2016) tarafından Malezya'lı ve Hindistan'lı toplam 600 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada algılanan sosyal desteğin intihar düşüncesini negatif yönde etkilediği saptanmıştır.¹⁰¹

Bizim çalışmamızdaki algılanan sosyal desteği yüksek olan ergenlerin intihar olasılığının düşük olarak saptanması mevcut literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir (Tablo 13). Çocukluk döneminden sıyrılıp yaşamın yeni bir evresine giren ergenler bu dönemde kendilerini yalnız hissettirmeyecek sosyal destek mekanizmasına sahip olduğu takdirde yaşamını daha güçlü bir şekilde sürdürebilirler. Ayrıca bu destek mekanizması ergeni intihar olasılığına karşı koruyucu bir rol de üstlenebilir. Ergenlerin poliklinikte değerlendirilmesi sırasında bu konuda bilgi alınması ve ayrıca tedavi sürecinde bu boyutun devrede tutulması son derece önemlidir. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde kullanılan bilgi formunda ergenlerin özellikle aile içindeki bireylerle ilişkilerini nasıl değerlendirdiklerini derecelendirmeleri, aile bireyleriyle hangi etkinlikleri severek yaptıklarının sorulması bu konuda değerli bilgiler sağlamaktadır. Aynı konu, tedavi sürecinde gerçekleştirilen aile görüşmelerinde de ele alınmaktadır.

5.1.4 Geçmişteki İntihar Girişimi Sayısı ve İntihar Olasılığı İlişkisi:

Ergen intiharlarında en önemli risk faktörlerinden birisi geçmişteki intihar girişimleridir.¹⁰² Yazın incelendiğinde bununla ilgili birçok araştırmanın olduğu görülmektedir. Ertemir ve ark. (2003) tarafından intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran 31 genç ile yapılan çalışmada başvuranların %61,3'ünün daha önce de intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.¹⁰³ Sayar ve Acar (1999) tarafından yine acil servise intihar girişimi sebebiyle başvuran 30 hastayla yapılan başka bir çalışmada başvuranların %36,5'inde yineleyici intihar girişimleri tespit edilmiştir.¹⁰⁴ Goldston ve ark. (1999) tarafından psikiyatri servisinde yatan 180 ergenin taburculuk sonrası 5 yıllık izleminin yapıldığı bir çalışmada geçmişteki intihar girişimlerinin intihar davranışı için güçlü bir yordayıcı olduğu belirtilmiştir.¹⁰⁵ Suominen ve ark. (2004) tarafından Finlandiya'da intihar girişiminde bulunan 98 hastanın 37 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada 13 hastanın ilerleyen dönemlerde intihar ederek yaşamına son verdiği saptanmış ve intihar girişimi öyküsünün tamamlanmış intiharlar açısından bir risk faktörü olduğu yorumunda bulunulmuştur.¹⁰ Polewka ve ark. (2005) tarafından intihar etmiş 47 genç

erişkinin geçmiş kayıtlarına bakılarak yapılan bir çalışmada, bu kişilerin %18,5'inin daha önce de intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.¹⁰⁶

Bizim çalışmamızdaki bulgular literatürle uyumlu olarak geçmişte intihar girişiminde bulunan ergenlerin intihar olasılığının arttığı ayrıca intihar girişiminde bulunma sayısı arttıkça da intihar olasılığının yükseldiği yönünde tespit edilmiştir (Tablo 34). İntihar girişimlerinin yüksek olduğu ergenlik döneminde, intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran ergenlerin sonraki dönemde intihar olasılıkları artabileceğinden bir psikiyatri hekimine yönlendirmek ve aileyi bu konuda bilinçlendirmek bu olasılığı azaltma açısından faydalı olabilir. Yine psikiyatri hekimine başka sebeplerden dolayı başvuran ergenlerin geçmişteki intihar girişimlerini sorgulamak, mevcut intihar olasılığı hakkında fikir sahibi olma ve buna uygun adımların atılması açısından yarar sağlayabilir.

5.1.5 Yaş ve Cinsiyete Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Yaş, cinsiyet ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Şahin ve Batıgün (2009) tarafından 2343 üniversite ve lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada 14-17 yaş grubunun 18-25 yaş grubuna göre intihar olasılığı öfke alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı, intihar olasılığı toplam puanı ve diğer alt ölçek düzeylerinde yaş grupları açısından anlamlı farklılık gözlenmediği saptanmıştır. Aynı çalışmada erkeklerin intihar olasılığı puanlarının kızlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹⁰⁷ Karacabey (2012) tarafından lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada 16-17 yaş grubunun intihar olasılığı toplam puanı ile olumsuz benlik ve tükenme alt ölçeği puanı 14-15 yaş grubuna göre daha yüksek bulunurken, hayata bağlılıktan kopma ve öfke alt ölçekleri puanları arasında yaş grubuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aynı çalışmada kadın ve erkek katılımcılar arasında intihar olasılığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.⁹⁶ Arsel (2010) tarafından geniş bir yaş aralığıyla yapılan çalışmada 18-25 yaş aralığındaki grubun olumsuz benlik ve tükenme alt ölçeğinden aldıkları puanlar 41-60 yaş aralığındaki kişilerin aldıkları puanlardan anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. İntihar olasılığı toplam puanı ve diğer alt ölçeklerdeki puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Aynı çalışmada erkek katılımcıların öfke alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı tespit edilmiş, intihar olasılığı toplam puanı ve diğer alt ölçekler arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık gösterilmemiştir.⁴ Emir (2010) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada intihar olasılığıyla yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı çalışmada kadın ve erkeklerin intihar olasılıkları düzeylerinde de anlamlı bir farklılık gösterilmemiştir.⁸⁴ Eevli (2012) tarafından

ergenlerle yapılan bir çalışmada intihar olasılığının yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır.¹⁰⁸ Dervic ve ark. (2007) tarafından Viyana’da 214 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada yaşam boyu intihar düşüncesi prevelansının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu yaş grupları açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.¹⁰⁹ Wang ve ark. (2011) tarafından Tayvan’da 577 ergenle yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi ve yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, kadınlarda erkeklere göre intihar düşüncesinin daha yaygın olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁰

Görüldüğü üzere literatürde intihar olasılığının, yaş ve cinsiyetle ilişkisini gösteren araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda intihar olasılığı öfke alt ölçeği düzeyinin yaşla beraber anlamlı olarak düşmeye başladığı, yani erken ergenlik dönemindeki gençlerin, geç ergenlik dönemine göre daha öfkeli olduğu buna karşın intihar olasılığı toplam düzeyi, hayata bağlılıktan kopma ve olumsuz benlik ve tükenme alt ölçekleri düzeylerinin yaşla beraber anlamlı bir değişiklik göstermediği saptanmıştır (Tablo 14). Ayrıca çalışmamızda intihar olasılığının kadın ve erkek açısından farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 15). Yaş grupları arasında anlamlı farklılık olmaması, örneklem grubunun yaş aralığının dar olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca öfkenin erken yaşlarda daha yaygın olması zaman ilerledikçe öfke yaratan durumların azalabileceği ve zamanla ergenin öfke kontrolünü öğrenmeye başlayabileceği yönünde yorumlanabilir. Depresif dönemlerdeki ergenlerde yetişkinlere göre öfke ve ajitasyonun daha sık görülebileceği de unutulmamalıdır. Erkek ve kızlarda intihar olasılığı açısından anlamlı farklılığın görülmemesi, bu dönemdeki yaşam sorunlarının birbirine benzer olmasıyla açıklanabilir.

5.1.6 Eğitim Durumuna Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Özver (2010) tarafından 111 ergen ile yapılan çalışmada intihar girişiminde bulunanların eğitim düzeyi intihar girişiminde bulunmayanlarla aynı düzeyde olduğu tespit edilmiştir.¹¹¹ Hanzade Erkuş (2011) tarafından intihar girişiminde bulunan ve sağlıklı gönüllülerden oluşan 102 kişiyle yapılan çalışmada intihar girişiminde bulunan kişilerde ağırlıklı olarak eğitim düzeyi daha düşük olarak saptanmıştır.¹¹² Gözden (2013) tarafından intihar girişimi sebebiyle psikiyatri servisinde yatan, herhangi bir sebepten dolayı psikiyatri polikliniğine başvuran ve sağlıklı gönüllülerden oluşan toplam 105 ergenle yapılan çalışmada intihar girişiminde bulunan grubun diğer 2 gruba göre eğitim düzeyinin daha düşük olduğu gözlenmiştir.¹¹³ Arsel (2010) tarafından rastgele seçilen 550 kişiyle yapılan çalışmada üniversite mezunu olan kişilerin intihar olasılığının diğer kişilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur.⁴ Durak

Batıgün (2008) tarafından rastgele seçilen 1003 kişiyle yapılan çalışmada eğitim düzeyi düşük olan kişilerin intihar olasılıklarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.¹¹⁴ Ceyhun ve Ceyhun (2003) tarafından 1400 lise ve üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada lise öğrencilerinin intihar olasılığı düzeylerinin üniversite öğrencilerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁵ Eskin (2013) tarafından 867 lise ve üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada hem intihar düşüncesinin hem de intihar girişiminin lise öğrencilerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹¹⁶

Bizim çalışmamızdaki bulgulara bakıldığında intihar olasılığı öfke alt ölçeğinin eğitim düzeyi arttıkça anlamlı olarak düşmeye başladığı, eğitim düzeyi düşük kişilerin daha öfkeli olabileceği tespit edilmiştir (Tablo 16). Eğitim düzeyi arttıkça ergen birçok yeni davranış şeklini öğrendiği gibi öfkesini de kontrol etmeyi öğrenebilir. Özellikle erken ergenlik döneminde öfke kontrolünü sağlayarak kendine zarar verici davranışları ve intihar girişimlerini azaltma konusunda yardımcı olunabilir. Bu bağlamda psikiyatri polikliniğine başvuran ergenlerde öfkelendiren olaylarla ilgili bilişler konuşularak, öfke anında uygulayabileceği nefes ve gevşeme egzersizleri öğretilerek ergenin öfke kontrolünü sağlaması ve dolaylı olarak intihar olasılığının azaltılması sağlanabilir.

5.1.7 Gelir Düzeyi Algısına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Karacabey (2012) tarafından lise öğrencileriyle yapılan çalışmada ailelerin gelir düzeylerine göre ergenlerin intihar olasılıklarında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir.⁹⁶ Gözden (2013) tarafından 105 ergenle yapılan çalışmada intihar girişiminde bulunan grupla, intihar girişiminde bulunmayan gruplar arasında ailelerin maddi durumu açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.¹¹³ Fergusson ve ark. (2000) tarafından Yeni Zelanda'da 1265 çocuğun doğum sonrası uzunlamasına izlendiği bir çalışmada 21 yaşına gelindiğinde intihar girişiminde bulunmuş veya intihar düşüncesi olan kişilerin daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptanmıştır.¹¹⁷

Bizim çalışmamızdaki bulgular Türkiye'de yapılan bazı çalışmalardaki sonuçlarla uyumlu olarak ergenlerde intihar olasılığı ölçeği toplam puanının gelir düzeyi algısından etkilenmediği yönünde tespit edilmiştir (Tablo 19). Türkiye'de aile bağlarının batı toplumlarına göre daha kuvvetli olması, sosyal destek ağının görece olarak daha iyi olması ve ergenin maddi kazanç sağlama konusunda çoğunlukla sorumluluğunun olmaması gibi durumlar, ekonomik düzeyi düşük olan ailelerde de ergeni intihar olasılığına karşı koruyabilir.

Ayrıca çalışmamızda ekonomik düzeyin bir rakamla belirtilmemiş olması, maddi durumun ergenin kendi algısıyla değerlendirilmesi kısıtlayıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir.

5.1.8 Psikiyatrik Özgeçmişine Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Özver (2010) tarafından 111 ergenle yapılan çalışmada intihar girişimi öyküsü olanların %66,7'sinin daha önce psikiyatri başvurusunun olmadığı, %72,8'inin de daha önce psikiyatrik bir ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir.¹¹¹ Gözden (2013) tarafından 105 ergenle yapılan çalışmada daha önce psikiyatrik tedavi alma durumu intihar girişiminde bulunan grupta anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.¹¹³ Hanzade Erkuş'un (2011) yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan grubun daha önce psikiyatri başvurusu ve psikiyatrik tedavi alma oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.¹¹²

Bizim çalışmamızda literatürdeki birçok çalışmadan farklı olarak geçmiş dönemdeki psikiyatri başvurusunun ve geçmiş dönemde psikiyatrik ilaç kullanımının intihar olasılığını anlamlı olarak arttırmadığı saptanmıştır (Tablo 20, Tablo21). Bunun nedeni grubun intihar girişimi veya intihar düşüncesine değil de intihar olasılığına bakılıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. İntihar olasılığı, intihar girişimi veya intihar düşüncesinin bir öncülü olarak değerlendirilebilir.

5.1.9 Ebeveynlerin Birliktelik Durumlarına ve Hayatta Olmalarına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Elevli (2012) tarafından ergenlerle yapılan çalışmada anne-babası ayrı olan ergenlerin intihar olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür.¹⁰⁸ Fergusson ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmada ebeveynleri ayrılan ergenlerin daha fazla intihar davranışı sergilediği gözlenmiştir.¹¹⁷ Anne-babanın birliktelik durumuna göre intihar girişimi veya düşüncesinin etkilenmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Gözden'in (2013) ergenlerle yaptığı çalışmasında intihar girişiminde bulunan grupla diğer gruplar arasında, anne ve babaların birlikte yaşama durumu ve/veya ebeveynlerinden en az birisinin vefat etme durumlarının anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir.¹¹³ Wang ve ark. (2011) tarafından 577 ergenle yapılan çalışmada intihar düşüncesinin ebeveynlerin birliktelik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.¹¹⁰

Görüldüğü üzere bu konudaki çalışmalarla ilgili sonuçlar farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise anne-babası ayrı olan ergenlerin intihar olasılığı anne-babası beraber yaşayan ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Ayrıca ebeveynlerinden en az

bir tanesini kaybeden ergenlerle her iki ebeveyni de hayatta olan ergenler arasındaki intihar olasılığı düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 17). Her çocuk ve ergen için anne ve babayla beraber yaşama önemli bir ihtiyaçtır. Böyle bir ihtiyacın olmasına karşın zaman zaman bazı ailelerde olumsuz olaylar neticesinde anne-babanın ayrılığı kaçınılmaz bir hale gelebilir. Burada anne-babanın ayrılığından çok ayrılık öncesi süreçte yaşananlar ergen üzerinde daha fazla olumsuz etki bırakabilir. Ayrıca ergen, ayrılığı isteyen veya ayrılık sonrası evini ayıran ebeveyninin kendisini terk ettiği düşüncesine kapılabilir ve bütün bunlar neticesinde ergenin intihar olasılığı artabilir. Ebeveynlerinden biri vefat eden ergen için bu durum ayrılık sürecine göre daha kontrol dışı olduğundan ergenin bu durumu kabullenmesi daha kolay gerçekleşebilir.

5.1.10 Ebeveynlerle İlişki Durumuna Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Dilsiz ve Dilsiz (1993) tarafından intihar girişiminde bulunan 209 kişiyle yapılan çalışmada ergen grubunda olan kişilerin anne-babalarıyla ilişkilerinin bozuk olduğu gözlenmiştir.¹¹⁸ Eevli (2012) tarafından yapılan çalışmada anne ve babaya duyulan yakınlık derecesi arttıkça intihar olasılığının azaldığı tespit edilmiştir.¹⁰⁸ De Luca ve ark. (2012) tarafından 1618 Latin lise öğrencisiyle yapılan çalışmada intihar düşüncesi ve intihar davranışının baba ile olumlu ilişkisi olan ergenlerde daha düşük olduğu, anne ile ilişki durumunun ise intihar düşüncesini ve intihar davranışını etkilemediği saptanmıştır.¹¹⁹

Bizim yaptığımız çalışmada mevcut literatürle uyumlu olarak anne-babasıyla pozitif yönde ilişki kuran ergenlerin intihar olasılığının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 23). Babasını kendisine hiçbir zaman yakın bulmayan ergen, baba tarafından sevilmediğini, önemli olmadığını, kabul görmediğini düşünebilir ve bu ergenin kendine dair olumsuz düşünceler beslemesine sebep olabilir. Baba ve ergen arasında yeteri kadar duygusal yakınlığın olmaması, ergen intiharları açısından değerlendirildiğinde, babanın dikkatini üzerine çekmek amacıyla olabileceği gibi, ergenin kendi duygularını ifade edebilme biçimi gibi farklı sebeplerden de kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle baba ve ergen arasındaki duygusal yakınlığın arttırılması ergen intiharlarının önlenmesinde önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Ergen ve anne arasında yeteri kadar duygusal yakınlığın olmaması, yaşamdaki en önemli koşulsuz kabul ve sevgi kaynağı tarafından reddedildiği algısı oluşturarak, ergenin kendisi ile ilgili olumsuz bir kendilik algısı oluşturmasında etkili olabilir. Bu nedenle anne ve ergen arasındaki duygusal yakınlığın durumu da ergen intiharlarında önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir.¹⁰⁸

5.1.11 Geçmiş ve Geleceği Yorumlama Şekline Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Topal (2003) tarafından lise öğrencileriyle yapılan çalışmada umutsuzluğu olan ergenlerin daha yüksek intihar olasılığına sahip olduğu gözlenmiştir.⁹⁷ Hanzade Erkuş'un (2011) yaptığı çalışmada umutsuzluk skorları yüksek olanların daha fazla intihar niyeti taşıdığı gösterilmiştir.¹¹² Arsel'in (2010) çalışmasında da umutsuzluğu olan kişilerin daha yüksek intihar olasılığına sahip olduğu tespit edilmiştir.⁴ Ak ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada karamsar kişilerin kendilerine daha çok zarar verme eğiliminde olacağı yorumunda bulunulmuştur.¹²⁰ Oquendo ve ark. (2004) tarafından 305 kişiyle yapılan bir çalışmada kötümserliğin intihar davranışını öngördüğü sonucuna varılmıştır.¹²¹

Karamsarlık ve umutsuzluk depresyonla birlikte olabileceği gibi, depresyondan bağımsız olarak da intihar olasılığını arttırabilir. Bizim çalışmamızda katılımcıların bir yıl öncesinden yaşadığı güne kadar olan süreyi değerlendirme şekli kötümserleştikçe intihar olasılığının arttığı, yaşadığı günden beş yıl sonrasına kadar olan süreyi umutsuz değerlendirme derecesi arttıkça yine intihar olasılığının arttığı saptanmıştır (Tablo 22). Bu sonuçlar mevcut literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda umutsuzluğu ve kötümserliği ölçen geçerlilik güvenirliliği yapılan herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği Ergen Birimine ilk başvuru sırasında hastalara verilen ergen bilgi formunda yer alan geçmiş ve geleceği yorumlama şekli üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Formda ergen geçmişini ve geleceğini en kötü bir, en iyi sekiz olarak puanlandırmıştır (Ek 1). Puanın azalması umutsuzluğa ve kötümserliğe işaret kabul edilirse intihar olasılığı hakkında yorum yapmamıza yardımcı olabilir.

5.1.12 Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Hanzade Erkuş (2011) tarafından intihar girişiminde bulunan ve sağlıklı kişilerden oluşan iki grupta yapılan çalışmada alkol/madde kullanımının intihar girişiminde bulunan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹¹² Zhang ve Wu (2014) tarafından 3342 ergen ve genç erişkinle yapılan çalışmada sigara ve alkol kullanımının intihar düşüncesini arttırdığı saptanmıştır.¹²² McGee ve ark. (2005) tarafından 764 ergenle yapılan çalışmada ergenlik döneminde sigara kullanımının erken erişkinlik döneminde intihar düşüncesini arttırdığı saptanmıştır.¹²³ Husky ve ark. (2013) tarafından Fransa'da yaşayan genel popülasyonla yapılan bir çalışmada günlük sigara kullanımının kadınlarda intihar düşüncesiyle ilişkili olduğu, erkeklerde intihar düşüncesiyle ilişkili olmadığı, alkol kullanımının ise her iki

cinsiyette de intihar düşüncesiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.¹²⁴ Bronisch ve ark. (2008) tarafından Almanya’da ergen ve genç erişkinler arasında yapılan çalışmada sigara kullanımıyla intihar düşüncesi arasında kuvvetli ilişki olduğu bulunmuştur.¹²⁵

Bizim yaptığımız çalışmada mevcut literatürdeki birçok çalışmayla uyumlu olarak sigara ve alkol kullanımının ergenlerde intihar olasılığıyla ilişkili olduğu görülmüştür (Tablo 24, Tablo 25). Ergenlik döneminde çevreye özenme, akranları tarafından kabul görme, arkadaş ortamına uyum sağlama gibi nedenlerden dolayı ergen sigara kullanımına başlayabilir. Sigara kadar yoğun olmasa da benzer sebeplerden ötürü alkol kullanımı da bu yaş grubunda gözlenebilir. Başlangıçta masum gibi gözükse de ilerleyen dönemlerde sigara ve alkol kullanımı ergen tarafından problemlerden kaçış yolu olarak kullanılabilir. Mevcut sorunlarını çözemeyen ergen ilerde daha büyük problemlerle karşılaşma riskine sahip olabilir ve bu defa da intiharı bir kaçış yolu olarak düşünebilir.

5.1.13 Kitap Okuma, Müzikle İlgilenme ve Spor Aktivitesine Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Literatürde kitap okuma ve intihar ilişkisini inceleyen pek fazla çalışma bulunmamaktadır. Kasahara-Kiritani ve ark. (2015) tarafından 3256 ergen arasında yapılan çalışmada kitap okumanın ve film izlemenin intihar düşüncesine karşı koruyucu olduğu tespit edilmiştir.¹²⁶ Kitap okumak bir hobi olarak değerlendirilirse, Elevli’nin (2012) ergenlerle yaptığı çalışmasında bir hobiyeye sahip olmakla intihar olasılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.¹⁰⁸ Müzik ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar genelde dinlenen müzik türü üzerinden yapılmaktadır. Lacourse ve ark. (2001) tarafından 275 ergenle yapılan çalışmada ağır metal müzik dinlemekle intihar riski arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.¹²⁷ Scheel ve Westefeld (1999) tarafından 121 ergenle yapılan çalışmada önceki çalışmanın aksine metal müzik dinlemekle intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.¹²⁸ Lester ve Whipple (1996) tarafından ergenlerle yapılan çalışmada batı müziğiyle intihar düşüncesi arasında ilişki saptanmazken, ağır metal müziğiyle intihar düşüncesi arasında ilişki saptanmıştır.¹²⁹ Spor ve ruh sağlığı ilişkisini inceleyen pek çok çalışma mevcuttur. Babiss ve ark. (2009) tarafından ergenlerle yapılan çalışmada spora katılım arttıkça intihar düşüncesi oranlarının azaldığı tespit edilmiştir.¹³⁰ Lester (2014) tarafından üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada spora katılım arttıkça intihar düşüncesinin azaldığı, intihar girişiminde ise anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Ayrıca sporun intihar düşüncesinden koruması erkeklerde daha kuvvetli bir şekilde gösterilmiştir.¹³¹

Bizim çalışmamızda dinlenen müzik türü değil de müzik dinleme sıklığının intihar olasılığıyla ilişkisine bakılmıştır ve müzik dinleme sıklığının intihar olasılığını etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 27). Ayrıca dinlenen müzik türünün de bundan sonraki çalışmalarda ele alınmasının yararlı olacağı sonucuna varılabilir. Kitap okuma sıklığı arttıkça intihar olasılığı ölçeğinin hayata bağlılıktan kopma ve öfke alt ölçekleri düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (Tablo 30). Bizim çalışmamızda görülen kitap okuma sıklığının artmasının hayata bağlılıktan kopma ve öfke ile ters ilişki göstermesi de kitap okumanın önemli bir başka yararı olarak öne sürülebilir. Spor yapma sıklığıyla da intihar olasılığının değişmediği gözlenmiştir (Tablo 29).

5.1.14 İnternet ve Cep Telefonu Kullanımına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Son yıllarda internet kullanımının yaygınlaşmasıyla beraber internet kullanımı ve ruh sağlığı ilişkisini inceleyen çalışmaların sayısında da artış görülmektedir. Gençtanırım (2004) tarafından 516 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada internet kullanım sıklığının intihar olasılığı düzeyini anlamlı olarak etkilemediği gözlenmiştir.¹³² Lee ve ark. (2016) tarafından Güney Kore’li ergenlerle yapılan çalışmada internet kullanım sıklığı arttıkça intihar düşüncesi ve intihar girişiminin arttığı saptanmıştır.¹³³ Sueki ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada ruhsal danışmanlık (yani ruhsal sorunlarıyla ilgili internetten araştırma yapan ve internet üzerinden destek almaya çalışan) olarak interneti kullanan grubun intihar düşüncesinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹³⁴ İnternet gibi cep telefonu kullanımı da gençler arasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Wang ve ark. (2014) tarafından 5049 ergenle yapılan çalışmada sorunlu cep telefonu kullanan grubun intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranı sorunlu olmayan cep telefonu kullanan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu ifade edilmiştir. Sorunlu cep telefonu kullanımı, kişideki akademik performans, sınıf arkadaşları ve diğer arkadaşlar ile olan ilişkiler, ebeveynler ve kardeşler ile olan ilişkiler, fiziksel veya psikolojik sağlık sorunları ve yasal sorunları da değerlendiren Sorunlu Cep Telefonu Kullanım Anketi (Problematic Cellular Phone Use Questionnaire) kullanılarak belirlenmiştir.¹³⁵ Yang ve ark. (2010) tarafından Tayvan’lı ergenler arasında yapılan çalışmada sorunlu cep telefonu kullanımının (Problematic Cellular Phone Use Questionnaire ölçeğine göre) intihar eğilimi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.¹³⁶

Bizim çalışmamızda literatürdeki birçok çalışmadan farklı olarak internet kullanımı ve cep telefonu kullanımı sıklığıyla intihar olasılığı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 26, Tablo 28). Hem internet hem cep telefonu kullanımı sorgulanırken

sadece kullanım sıklığı dikkate alınmış, hangi amaçla kullandıklarıyla ilgili bir araştırma yapılmamıştır. Özellikle internetin zararlı kullanımının yanında faydalı alanlarda da kullanılabileceği unutulmamalıdır. İnternetin ve cep telefonunun kullanım amaçlarını inceleyen bir araştırma intihar olasılığıyla ilgili bize daha güvenilir veriler sağlayabilir.

5.1.15 Fiziksel Saldırı, Cinsel Fiziksel ve Çocukluk Çağı Travmasına Göre İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi:

Roy ve ark. (2007) tarafından remisyonda madde bağımlılığı olan 100 kişiyle yapılan çalışmada geçmişte fiziksel istismara uğrama durumunun intihar girişimini öngördüğü tespit edilmiştir.¹³⁷ Thomson ve ark. (2012) tarafından 740 ergenle yapılan çalışmada fiziksel istismar ve olumsuz yaşam deneyimlerinin intihar düşüncesiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.¹³⁸ Yargıç ve ark. (2012) tarafından 91 kişiyle yapılan çalışmada fiziksel istismar ve duygusal istismar intihar girişimiyle anlamlı olarak ilişkili bulunurken; cinsel istismar intihar girişimiyle anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır.¹³⁹ Çocukluk çağı istismarlarıyla ilişkili çalışmaları birbiriyle karşılaştırmak güçtür. Aynı örneklem grubunda farklı yöntemler uygulandığında farklı sonuçlar çıkabilir. Yöntem farklılıkları sonuçları önemli ölçüde etkileyebilir. Finkelhor (1994) tarafından, 21 ülkedeki çocukluk çağı cinsel tacizi ile ilgili epidemiyolojik çalışmalardan derlenen yazıda çocukluk çağı cinsel tacizinin her ülkede farklı tanımlandığı belirtilmiştir.^{139, 140} Bruffaerts ve ark. (2010) tarafından yirmi bir ülkede geniş bir örneklem grubuyla yapılan çalışmada geçmişte yaşanan cinsel ve fiziksel istismarın ergenlik dönemi ve sonrası için intihar düşüncesini ve davranışını arttırdığı sonucuna varılmıştır.¹⁴¹ Sigfusdottir ve ark. (2013) tarafından 9085 ergenle yapılan çalışmada cinsel istismara uğrayan veya aile içi şiddete maruz kalan ergenlerin intihar düşüncesi ve intihar girişimleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.¹⁴² Barbosa ve ark. (2014) tarafından Brezilya'da 14-35 yaş arası 1380 kişiyle yapılan bir çalışmada her türlü çocukluk çağı travmasının intihar riskini arttırdığı tespit edilmiştir.¹⁴³

Bizim çalışmamızdaki bulgulardan fiziksel saldırıya uğrayan ve çocukluk çağı travmatik yaşantısı olan ergenlerin intihar olasılığının yüksek çıkması mevcut literatürle uyumlu bulunmuştur (Tablo 31, Tablo 32). Fakat cinsel saldırıya uğrayan ergenlerin intihar olasılığının anlamlı olarak yüksek saptanmaması mevcut literatürdeki birçok çalışmayla uyumlu olmadığı görülmektedir (Tablo 33). Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar ve bunun ergen üzerinde yarattığı etkiler gözden kaçabilmektedir. Özellikle cinsel saldırılar saldırganın tehditkar tutumundan veya ergenin bu yaşantıdan utanç ve suçluluk duymasından dolayı ergen tarafından kimseyle paylaşılmayabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda travmatik

yaşantı öyküsü ergenin özbildirimiyle öğrenildiğinden mevcut sorular yeterince anlaşılmamış olabilir ve bu durum da daha az travmatik yaşantının ifade edilmesine sebep olmuş olabilir. Yine örneklem sayısının az olması da sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabilir. Polikliniğe başvuran ergenlerin uygun sorularla geçmiş travmatik yaşantıları öğrenilerek intihar olasılığı hakkında kanaat sahibi olunabilir.

5.2 Çalışmamızın Kısıtlılıkları:

Çalışmamız bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği ergen birimine başvuran ergenlerle yapılmıştır. Sağlıklı kontrol grubunun dahil edilmemesi, psikiyatrik hastalıkların ayrımının yapılmaması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında değerlendirilebilir. Psikiyatrik hastalıkların, intihar olasılığı ve diğer değişkenler arasındaki ilişkiyi etkileyebilme olasılığının olması sonuçların genellenebilmesini zorlaştırmaktadır. İlerde yapılacak çalışmalarda sağlıklı kontrol grubuyla hastaneye başvuran grubun karşılaştırılması ve hastaneye başvuran grubun psikiyatrik tanılarının belirlenmesi sonuçların genellenebilirliği açısından yararlı olacaktır.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER:

Bu bölümde, araştırma sonuçlarının genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirme sonucunda ileride bu alanda yapılacak çalışmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

6.1 Sonuçlar:

1. Katılımcıların psikolojik dayanıklılığıyla intihar olasılığı düzeyi arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.
2. Katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyiyle intihar olasılığı düzeyi arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.
3. Katılımcıların benlik saygısı düzeyiyle intihar olasılığı düzeyi arasında negatif yönde ilişki bulunmaktadır.
4. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş katılımcıların intihar olasılığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur.
5. Katılımcıların yaşları arttıkça intihar olasılığı öfke alt ölçeği daha düşük düzeylerde bulunmuştur. Sınırlı yaş grubundaki yaş artışı intihar olasılığı toplam puanını etkilememektedir.
6. Cinsiyet intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir.
7. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça intihar olasılığı öfke alt ölçeği daha düşük düzeylerde bulunmuştur. Eğitim düzeyi intihar olasılığı toplam puanını etkilememektedir.
8. Gelir düzeyi algısı intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir.
9. Katılımcıların daha önce psikiyatri başvurusunun olması veya daha önce psikiyatrik bir ilaç kullanması intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir.
10. Anne-babası ayrı olan ergenlerin intihar olasılığı düzeyi anne-babası birlikte olan ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur.
11. Katılımcıların ebeveynlerinden en az bir tanesinin vefat etmiş olması intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir.
12. Ebeveynleriyle olumlu ilişki derecesi arttıkça intihar olasılığı düzeyinin azalmış olduğu bulunmuştur.

13. Geçmişini ve geleceğini olumsuz değerlendirme düzeyi arttıkça intihar olasılığı düzeyinin artmış olduğu bulunmuştur.
14. Sigara veya alkol kullanan katılımcıların intihar olasılığı düzeyi kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
15. Müzik dinleme sıklığı intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir. Spor yapma sıklığı intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir. Kitap okuma sıklığı arttıkça intihar olasılığı ölçeğinin hayata bağlılıktan kopma ve öfke alt ölçekleri düzeylerinin azalmış olduğu bulunmuştur. Kitap okuma sıklığı intihar olasılığı toplam puanını etkilememektedir.
16. Katılımcıların internet kullanım sıklığı ve cep telefonu kullanım sıklığı intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir.
17. Geçmişinde fiziksel saldırıya uğrayan katılımcıların intihar olasılığı düzeyi fiziksel saldırıya uğramayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travması olan katılımcıların intihar olasılığı düzeyi çocukluk çağı travması olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların geçmişte cinsel saldırıya uğrama durumu intihar olasılığı düzeyini etkilememektedir.

6.2 Öneriler:

1. İyi bir öykü almak için ergenle sağlam temelli bir güven ilişkisi kurmak faydalı olabilir. Bu şekilde daha sağlıklı bilgiler alınabilir. Aynı zamanda hem öyküden, hem varsa anket ve ölçeklerden, hem de birlikte yapılacak görüşmelerden ergenin yakınlarıyla ilişkileri öğrenilerek ilerisi için son derece yararlı bilgiler edinilebilir.
2. Türkiye’de ve Dünya’da ergen intihar davranışının artma eğiliminde olması bu konuyu daha önemli hale getirmekte, intihar riskini belirleyecek ve bu konuda öngörücü olarak kabul edilebilecek durumların belirlenmesi intihar davranışını azaltma açısından faydalı olabilir.
3. Ergenlerin intihar olasılıkları psikolojik dayanıklılıktan etkilendiğine göre, ergenlerin psikolojik dayanıklılığını arttırmaya yönelik adımlar ergen intihar olasılığının azaltılmasında yardımcı olabilir.
4. Ergenlerin intihar olasılıkları benlik saygısından etkilendiğine göre, ergenleri başarılı olabileceği alanlara yönlendirerek, özgüvenlerini arttırmaya yönelik adımlar ergen intihar olasılığının azaltılmasında yardımcı olabilir.

5. Ergenlerin intihar olasılıkları sosyal destek ağıyla ilişkili olduğuna göre, ergenlere sosyal destek sağlayabilecek anne-babalara yönelik öneriler, yine direkt veya dolaylı yollarla öğretmenlerine yönelik öneriler ergen intihar olasılığının azaltılmasında yardımcı olabilir.
6. Polikliniğe başvuran ergenlerin daha önceki intihar girişimlerinin ve bunlara yol açan sebeplerin sorgulanması şimdiki intihar olasılığı hakkında fikir sahibi olmamıza yardımcı olabilir.



KAYNAKLAR

1. Eskin M. Bölüm 1: Tanım ve Anlama, *İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. Ankara: HYB Basım Yayın. 2012:3–12.
2. Eskin M. Bölüm 3: İntiharın Gelişimsel Bağlamı, *İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. Ankara: HYB Basım Yayın. 2012:57–78.
3. Cull J, Gill W. Suicide probability scale. *Western Psychological Services*. 1989.
4. Arsel, CO. İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Cinsiyet Roller, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara 2010.
5. Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1993;**23(4)**:343–358.
6. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. Özgür Yayınları, İstanbul, 2004.
7. Avşaroğlu S, Üre Ö. Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı, Karar Verme ve Stresle Başa Çıkma Stilllerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Doktora Tezi Özeti. Konya Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi. Konya 2007.
8. Wagnild G, Young H. Development and Psychometric Evaluation Of The Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1993;**1(2)**:165–178.
9. Cleverley K, Kidd SA. Resilience and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 2011;**34(5)**:1049–1054.
10. Suominen K, Isometsä E, Suokas J ve ark. Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 2004;**161(3)**:562–563.
11. Runeson BS. History of suicidal behaviour in the families of young suicides. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 1998;**98(6)**:497–501.
12. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in a suburban catchment area. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 1988;**77(5)**:598–603.
13. Suicide prevention. *World Health Organization Website*, Erişim Adresi:

- http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/, Erişim Tarihi: 26.11.2017
14. Greydanus DE, Calles J. Suicide in children and adolescents. *Primary Care*, 2007;**34(2)**:259–73.
 15. Sudak HS. Özkıyım. Editors: Sadock BJ, Sadock VA. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed, Ankara: Güneş Kitabevi. 2007:2442–2443.
 16. Eskin M. Bölüm 2: Toplumsal ve Kültürel Bağlam. *İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. Ankara: HYB Basım Yayın. 2012:25–34.
 17. Bertolote JM, Fleischmann AA. Global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 2002;**7(2)**:7–9.
 18. Demirel Özsoy S, Eşel E. İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003;**4**:175–185.
 19. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM ve ark. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 2009;**374(9693)**:881–892.
 20. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri. Erişim adresi: www.turkstat.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=23, Erişim Tarihi: 26.11.2017
 21. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=21516, Erişim Tarihi: 26.11.2017
 22. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services* 2001;**52(3)**:368–375.
 23. Eskin M. Bölüm 4: Kuramsal Yaklaşımlar. *İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*, Ankara: HYB Basım Yayın. 2012:87–98.
 24. Eskin, M. Bölüm 6: İnsanlar Neden Kendini Öldürür? *İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*, Ankara: HYB Basım Yayın. 2012:167–178.
 25. Shaffer D. Çocuk ve Ergende Duygudurum Bozuklukları. Editors: Sadock BJ, Sadock VA. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed, Ankara: Güneş Kitabevi. 2007:3261–3273.

26. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, ve ark. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2003;**42(4)**:386–405.
27. Durak Batıgün A, Hisli Şahin N. Öfke , Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir mi? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003;**18(51)**:37–52.
28. Carli V, Jovanović N, Podlešek A, ve ark. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters — A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of Affective Disorders*, 2010;**123(1)**:116–122.
29. Bakım B, Özçelik B, Karamustafalıoğlu O. Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2007;**20(1)**:38–47.
30. Eskin M. Bölüm 5: Risk Etmenleri. *İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*, Ankara: HYB Basım Yayın. 2012:101–164.
31. Devrimci Özguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Canadian journal of psychiatry*, 2003;**48(5)**:324–9.
32. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Mann JJ, ve ark. Suicidal Behavior in Young Women. *Psychiatric Clinics of North America*, 2008;**31(2)**:317–331.
33. Kekeç Z, Yıldırım C, İkizceli İ, ve ark. Özkıyım girişimi nedeniyle acil servise başvuran hastalarda hazırlayıcı etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;**1(3)**:157–161.
34. Söğüt Ö, Sayhan MB, Gökdemir MT, ve ark. Türkiye'nin güneydoğusunda, Şanlıurfa ve çevresinde özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2011;**10(1)**:8–13.
35. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*, 2002;**325**:7355–7374.
36. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *New Symposium Journal*,

- 20061;**44(3)**:141–150.
37. Björkenstam C, Weitoft GR, Hjern A, ve ark. School grades, parental education and suicide--a national register-based cohort study. *Journal of epidemiology and community health*, 2011;**65(11)**:993–998.
 38. Devrimci Özgüven H. İntihar Davranışı Riskinin Değerlendirmesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 2008;**1(3)**:8–14.
 39. Deveci A, Taşkın EO, Dünder PE, ve ark. Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 2005;**16(3)**:170–178.
 40. Standish-Barry H, Clayden A, Sims A. Age, unemployment and parasuicide in Leeds. *The International Journal of Social Psychiatry*, 1989;**35(4)**:303–312.
 41. Schmidtke A, Bille-Brahe AU, DeLe DE, ve ark. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Para-suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1996;**93**:327–338.
 42. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, ve ark. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000;**1(2)**:83–88.
 43. Sayıl I. İntihar Davranışı. *Kriz ve Krize Müdahale*. Editörler: Sayıl I, Berksun, OE, Palabıyıkoglu R. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları 2000.
 44. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000;**34(3)**:420–436.
 45. Dilbaz N, Aytekin Y. Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyeti. *Bağımlılık Dergisi*, 2003;**4**:1–9.
 46. Durak Batıgün A. Duygudurum bozuklukları, şizofreni ve alkol/madde bağımlılığında intihar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 1999;**2(4)**:43–72.
 47. Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behav*, 2000;**30(1)**:34–49.
 48. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, ve ark. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Archives of General Psychiatry*, 2005;**62(11)**:1249–1257.

49. Cavaiola AA, Levander N. Suicidal Behavior in Chemically Dependent Adolescents. *Adolescence*, 1999;**34**:735–744.
50. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 2006;**26(6)**:769–782.
51. Rutter PA, Soucar E. Youth suicide risk and sexual orientation. *Adolescence; Summer*, 2002;**37(146)**:289–299.
52. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, ve ark. Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996;**53(4)**:339–348.
53. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, ve ark. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol. Reviews*, 2008;**30(1)**:133–154.
54. Berber M. Özkıyım. Editörler: Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. 2008:428–447.
55. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 2002;**181(3)**:183–189.
56. Arensman E, Kerkhof AJFM. Classification of Attempted Suicide: A Review of Empirical Studies, 1963–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996;**26(1)**:46–67.
57. Bernet W. Çocuğa Kötü Muamele. Editors: Sadock BJ, Sadock VA. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed, Ankara: Güneş Kitabevi. 2007:3412–2425.
58. Aktepe E, Kandil S, Topbaş M. Çocuk ve ergenlerde intihar davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005;**4(2)**:88–97.
59. Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*, 2003;**11(1)**:13–24.
60. Serim B, Taş F, Güvenir T. Ergenlerde kendine zarar verme davranışı. *Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi*, 2009;**16(1)**:51–58.
61. Sayar K. İntihar ve İnanç Sistemleri. *Yeni Symposium*, 2002;**40(3)**:100–104.
62. Uran Şenol P. Çocuk ve ergenlerde intihar düşünce ve davranışlarına müdahale. *Psikiyatride Güncel* 2017;**7(1)**:53–63.

63. Kitamura T, Kijima N, Watanabe K, ve ark. Precedents of perceived social support: Personality and early life experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1999;**53(6)**:649–654.
64. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985;**98(2)**:310–357.
65. Paladino D, Minton CAB. Comprehensive College Student Suicide Assessment: Application of the BASIC ID. *Journal of American College Health*, 2008;**56(6)**:643–650.
66. Chioqueta AP, Stiles TC. The Relationship Between Psychological Buffers, Hopelessness, and Suicidal Ideation. *Crisis*, 2007;**28(2)**:67–73.
67. Lester D. *Why People Kill Themselves*. 3th edt, Charles Thomas Publisher, Ilionis, 1992.
68. Başbakkal Z, Karayağız G, Akçay N, ve ark. Obezite çocuklarda düşük benlik saygısına neden oluyor mu. *Ege Pediatri Bülteni*, 2007;**14(3)**:151–156.
69. Soylu N, Taneli Y, Taneli S. Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013;**50**:352–359.
70. Wagner KD, Rouleau M, Joiner T. Cognitive Factors Related to Suicidal Ideation and Resolution in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 2000;**157(12)**:2017–2021.
71. Basım N, Çetin F. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011;**22(2)**:104–114.
72. Terzi Ş. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'nin Uyarlanması: Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 2006;**3(26)**:77–86.
73. Herman H, Stewart D. What Is Resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 2011;**56(5)**:258–265.
74. Gizir CA. Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2007;**3(28)**:113–126 .

75. Coleman J, Hagell A. Nature of risk and resilience. Editors: Coleman J, Hagell A. *Adolescence, Risk and Resilience: Against The Odds*, 1st edn, UK: Wiley, 2007:1–17.
76. Luthar S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. Editors: Cicchetti D, Cohen D. *Developmental Psychopathology, Risk, Disorder, and Adaptation*, 2nd edn, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2006:739–795.
77. Terzi Ş. Üniversite Öğrencilerinde Kendini Toparlama Gücünün İçsel Koruyucu Faktörlerle İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008;**35**:297–306.
78. Kidd SA. The Walls Were Closing in, and We Were Trapped A Qualitative Analysis of Street Youth Suicide. *Youth Society*, 2004;**36**(1):30–55.
79. Denise M, Abir K. Resilience in Adolescents Who Survived a Suicide Attempt from the Perspective of Registered Nurses in Inpatient Psychiatric Facilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 2016;**37**(11):839–846.
80. Rossetti M, Tosone A, Stratta P, ve ark. Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempt and no history of suicide attempt. *Rev Bras Psiquiatr*, 2017;**39**(3):216–219.
81. Eskin, M. Age specific suicide rates and the rates of increase, and suicide methods in Sweden and Turkey: A comparison of the official suicide statistics. Reports from the Department of Psychology, Stockholm University, 1993. No: 772
82. Tüzün Z. Life events, depression, social support systems, reasons for living and suicide probability among university students. Unpublished Master Thesis. Middle East Technical University The Graduate School of Social Sciences. Ankara 1997.
83. Atlı Z. İntihar Olasılığı Ölçeğinin Klinik Örneklemdeki Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aydın 2007
84. Emir E. Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığını İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı Ankara 2000.
85. Zimet Gregory D, Dahlem Nancy W, Zimet Sara G, ve ark. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1988;**52**(1):30–41

86. Eker D, Arkar H, Yaldız,H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001;**12(1)**:17–25.
87. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995;**30(3)**:121–126.
88. Çuhdaroğlu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi. Ankara Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara 1986.
89. McCalman J, Bainbridge R, Russo S, ve ark. Psycho-social resilience, vulnerability and suicide prevention: impact evaluation of a mentoring approach to modify suicide risk for remote Indigenous Australian students at boarding school. *BMC Public Health*, 2016;**16(98)**:1–12.
90. Montes-Hidalgo J, Tomás-Sábado J. Self-esteem, resilience, locus of control and suicide risk in nursing students. *Enfermería Clínica*, 2016;**26(3)**:188–193.
91. Dil S, Gönen Şentürk S, Aykanat Girgin B. Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015;**16**:51–59.
92. Che Lin C. The relationships among gratitude, self-esteem, depression, and suicidal ideation among undergraduate students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2015;**56**:700–707.
93. Creemers DHM, Scholte RHJ, Engels RCME, ve ark. Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2012;**43**:638–646.
94. Perrot C, Vera L, Gorwood P. Poor self-esteem is correlated with suicide intent, independently from the severity of depression. *L'Encéphale*,
Doi:10.1016/j.encep.2016.10.003.
95. Thompson AH. The Suicidal Process and Self-Esteem. *Crisis*, 2010;**31(6)**:311–316.
96. Karacabey Ç. Ortaöğretim Öğrencilerinin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek İle İntihar Olasılığı Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (İstanbul İli Tuzla İlçesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul

- 2012.
97. Topal S. Eskişehir İlinde Yaşayan Ergenlerde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir 2003.
 98. Kleiman EM, Riskind JH. Utilized Social Support and Self-Esteem Mediate the Relationship Between Perceived Social Support and Suicide Ideation. *Crisis*, 2013;**34(1)**:42–49.
 99. Brausch AM, Decker KM. Self-Esteem and Social Support as Moderators of Depression, Body Image, and Disordered Eating for Suicidal Ideation in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2014;**42(5)**:779–789.
 100. Hirsch JK, Barton AL. Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College Health*, 2011;**59(5)**:393–398.
 101. Khan A, Hamdan AR, Ahmad R, ve ark. Problem-Solving Coping and Social Support as Mediators of Academic Stress and Suicidal Ideation Among Malaysian and Indian Adolescents. *Community Mental Health Journal*, 2016;**52(2)**:245–250.
 102. Miller AL, Glinski J. Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 2000;**56(9)**:1131–1152.
 103. Ertemir D, Ertemir M. Gençlerin İntihar Girişimlerinin Özellikleri. *Düşünen Adam Dergisi*, 2003;**16(4)**:231–234.
 104. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik Ajanlarla Yapılan İntihar Girişimlerinde Risk Etkenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1999;**9(4)**:208–212.
 105. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, ve ark. Suicide Attempts Among Formerly Hospitalized Adolescents: A Prospective Naturalistic Study of Risk During the First 5 Years After Discharge. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999;**38(6)**:660–671.
 106. Polewka A, Bolechała F, Kołodziej J, ve ark. Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults in Kraków in the years 2002-2003. *Przegląd Lekarski*, 2005;**62(6)**:422–426.

107. Hisli Şahin N, Durak Batıgün A. Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009;**20(1)**:28–36.
108. Eevli S. Ergenlerde İntihar Olasılığını Yordayıcıları: Yalnızlık, Öfke İfade Biçimleri, Suçluluk ve Utanç Duyguları. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Muğla 2012.
109. Dervic K, Akkaya Kalayci T, Kapusta ND, ve ark. Suicidal ideation among Viennese high school students. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 2007;**119(5-6)**:174–180.
110. Wang RH, Lai HJ, Hsu HY, ve ark. Risk and Protective Factors for Suicidal Ideation Among Taiwanese Adolescents. *Nursing Research*, 2011;**60(6)**:413–421.
111. Özver İ. Genç Erişkinlerde İntihar Davranışı ile Problem Çözme, Dürtüsellik ve Atılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. İstanbul 2010.
112. Hanzade Erkuş G. İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Zorlu Yaşam Olayları ve Başa Çıkma Tutumlarının Sağlıklı Kişilerle Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. İstanbul 2011.
113. Gözden Ş. Ergenlerde İntihar Davranışının Dürtüsellik, Öfke İfadesi ve Aile Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. İstanbul 2013.
114. Durak Batıgün A. İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2008;**23(62)**:65–75.
115. Ceyhun AG, Ceyhun B. Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2003;**6**:217–224.
116. Eskin M. The effects of individualistic-collectivistic value orientations on non-fatal suicidal behavior and attitudes in Turkish adolescents and young adults. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2013;**54(6)**:493–501.

117. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 2000;**30(1)**:23–39.
118. Dilsiz A, Dilsiz F. İntihar Girişimlerinde Belirtilen Nedenler. *Kriz Dergisi*, 1993;**1(3)**:124–128.
119. De Luca SM, Wyman P, Warren K. Latina Adolescent Suicide Ideations and Attempts: Associations with Connectedness to Parents, Peers, and Teachers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2012;**42(6)**:672–683.
120. Ak M, Özmenler N, Özşahin A. İntihar Girişimi İle Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkinin Major Depresif Bozukluk Örnekleminde İrdelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008;**11**:33–41.
121. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, ve ark. Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2004;**161(8)**:1433–1441.
122. Zhang X, Wu LT. Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: A bidirectional relation? *Drug and Alcohol Dependence*, 2014;**142**:63–73.
123. McGee R, Williams S, Nada Raja S. Is Cigarette Smoking Associated With Suicidal Ideation Among Young People? *American Journal of Psychiatry*, 2005;**162(3)**:619–620.
124. Husky MM, Guignard R, Beck F, ve ark. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *Journal of Affective Disorders*, 2013;**151(3)**:1059–1065.
125. Bronisch T, Höfler M, Lieb R. Smoking predicts suicidality: Findings from a prospective community study. *Journal of Affective Disorders*, 2008;**108(1-2)**:135–145.
126. Kasahara- Kiritani M, Hadlaczky G, Westerlund M, ve ark. Reading Books and Watching Films as a Protective Factor against Suicidal Ideation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2015;**12(12)**:15937–15942.
127. Lacourse E, Claes M, Villeneuve M. Heavy Metal Music and Adolescent Suicidal Risk. *Journal of Youth and Adolescence*, 2001;**30(3)**:321–332.

128. Scheel KR, Westefeld JS. Heavy metal music and adolescent suicidality: an empirical investigation. *Adolescence*, 1999;**34(134)**:253–273.
129. Lester D, Whipple M. Music preference, depression, suicidal preoccupation, and personality: Comment on Stack and Gundlach's Papers. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 1996;**26(1)**:68–70.
130. Babiss LA, Gangwisch JE. Sports Participation as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation in Adolescents as Mediated by Self-Esteem and Social Support. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2009;**30(5)**:376–384.
131. Lester D. Participation in Sports Teams and Suicidal Behavior: An Analysis of the 1995 National College Health Risk Behavior Survey. *Perceptual and Motor Skills*, 2014;**119(1)**:38–41.
132. Gençtanırım D. Ergenlerde İntihar Olasılığının Yordanması. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara 2004.
133. Lee SY, Park EC, Han KT, ve ark. The Association of Level of Internet Use with Suicidal Ideation and Suicide Attempts in South Korean Adolescents: A Focus on Family Structure and Household Economic Status. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2016;**61(4)**:243–51.
134. Sueki H, Yonemoto N, Takeshima T, ve ark. The Impact of Suicidality-Related Internet Use: A Prospective Large Cohort Study with Young and Middle-Aged Internet Users. *PLoS One*, 2014;**9(4)**:e94841.
135. Wang PW, Liu TL, Ko CH, ve ark. Association between Problematic Cellular Phone Use and Suicide: The Moderating Effect of Family Function and Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 2014;**55(2)**:342–348.
136. Yang YS, Yen JY, Ko CH, ve ark. The association between problematic cellular phone use and risky behaviors and low self-esteem among Taiwanese adolescents. *BMC Public Health*, 2010;**10**:217.
137. Roy A, Sarchiapone M, Carli V. Low Resilience in Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 2007;**11(3)**:265–269.
138. Thompson R, Proctor RJ, English DJ, ve ark. Suicidal ideation in adolescence:

- Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*, 2012;**35(1)**:175–186.
139. Yargıç İ, Ersoy E, Batmaz Oflaz S. Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012;**13**:277–284.
140. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 1994;**18(5)**:409–417.
141. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, ve ark. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 2010;**197(1)**:20–27.
142. Sigfusdottir ID, Asgeirsdottir BB, Gudjonsson GH, ve ark. Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: the mediating role of anger and depressed mood. *Journal of Adolescence*, 2013;**36(3)**:1227–1236.
143. Barbosa LP, Quevedo L, Da Silva GDG, ve ark. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil. *Child Abuse & Neglect*, 2014;**38(7)**:1191–1196.

EKLER

- Ek 1: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Ergen Formu**
- Ek 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**
- Ek 3: İntihar Olasılığı Ölçeği**
- Ek 4: Kendini Toparlama Gücü Ölçeği**
- Ek 5: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**





T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
ERGEN FORMU

Buradaki sorular Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ergen Polikliniğine BASVURANLARIN KENDİLERİ tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Bu bilgiler, görüşme sırasında sizinle birlikte ayrıntıları üzerinde çalışabilmemiz için istenmektedir. Alınan bilgiler özel dosyada saklanacak ve yalnızca tedavi ekibi tarafından görülecektir.

Gerekliyse kağıdın arkasını da kullanabilirsiniz

1-Adınız Soyadınız: _____ 2- Formun doldurulduğu tarih: ____/____/20____

3-Doğum Tarihiniz: ____/____/____ 4-Doğum Yeriniz: _____

5) 5a- Halen öğrenci iseniz şimdiki okulunuzun adı: _____ 5b- Sınıfınız: _____

5c- Halen öğrenci değilseniz son bitirdiğiniz okulun adı: _____ 5d- Bitirdiğiniz Yıl: _____

6-En uzun süre yaşadığınız yer ve yaklaşık süresi: _____

7-Anne ve babanızın ilk ve tek evliliği mi? Değilse belirtiniz: _____

8-Anneniz hayatta mı? Değilse vefat nedeni ve zamanını belirtiniz: _____

9- Babanız hayatta mı? Değilse vefat nedeni ve zamanını belirtiniz: _____

10-Kardeşiniz var mı? () Hayır; () Evet;

10a Kaç kardeşiniz? (Sizle beraber, aynı anne babadan toplam kaç çocuksunuz?) _____

10b Kardeşiniz varsa, siz kaçınıcı çocuksunuz? _____

10c Üvey kardeşiniz varsa kaç tane? _____

11-Varsa çalıştığınız yer ve işiniz (mesleğinizi de yazınız): _____

12-Size göre, ailenizin gelir düzeyi? (Çok düşükse 1'i, çok iyiye 8'i, ikisinin arasındaysa en uygun olanı işaretleyiniz.)
Çok düşük 1(); 2(); 3(); 4(); 5(); 6(); 7(); 8() Çok iyi

13 Halen yaşadığınız yer için aşağıdakilerden hangisi doğrudur

1() Ailemle beraber yaşıyorum 2() Arkadaşlarımla yaşıyorum 3() Yurtta kalıyorum

4() Tek başına yaşıyorum 5() Başka belirtiniz: _____

14-Oturduğunuz evdeki (yaşadığınız yerdeki) kişilerin sayısı, yakınlık dereceleri vb:

Adı	Yakınlık derecesi	Yaşı	İşi	Sizin rahatsızlığınızla ilgili düşüncesi

14-Halen yaşadığınız yer (şehir/semtd adı): _____

15-Çalışmalarınız ile ilgili olarak görüşünüzü almak için telefon yada e-mail ile aranmanızda sakınca olup olmadığını belirtiniz. (Cep telefonu tercih edilmektedir)

[] Gerekliğinde telefonla arayabilirsiniz; [] Gerekliğinde e-mail ile ulaşabilirsiniz;
[] Her ikisi ile de aranabilirim. [] Aranmak istemiyorum.

16-Sizin telefon numaranız:

17- E- mail adresiniz:

18-Bir yakınınızın telefonu (adı ve yakınlık derecesi):

Adınız Soyadınız:

Formu doldurma tarihi:

Bugün buraya başvurmanız nasıl oldu? (Birisinin önerisiyle mi, kendi isteğinizle mi? Başka neden var mı?)

Sizi en çok rahatsız eden şikayetiniz ya da şikayetlerinizi belirtiniz.

Bu şikayetleriniz ne kadar süredir devam ediyor?

Bu şikayetleriniz nedeniyle şimdiye kadar neler yaptınız? Ne tür uygulamalar yapıldı? (Size uygun olanları işaretleyiniz. Gerekli açıklamaları arka sayfaya yapabilirsiniz.)

- Geçer diye bekledim. Yakınlarımla tavsiyelerine uydum.
 Doktora ya da hastaneye başvurdum. Hocaya ya da doktor dışı çarelere başvurdum.
 Başka (lütfen belirtiniz) _____

Daha önce psikiyatride başvurmuş muydunuz (Ne zaman, nerelerde....)?

Varsa kullandığınız ilaçları belirtiniz

İlacın adı	Verilen yer	Ne zaman verildi? Ne kadar süre kullandınız?	Günlük kullandığımız miktar.

Aşağıda belirtilen zamanlarda kendinizi ruhsal yönden nasıl hissettiğinizi ve gelecekle ilgili tahminlerinizi derecelendirir misiniz? **Lütfen boş bırakmayınız** Hatırlayabildiğinizi ve tahmin ettiğinizi yazınız

(Çok kötüyse 1'i, çok iyiye 8'i, ikisinin arasındaysa en uygun olanı işaretleyiniz.)

Belirtilen zamanlar için kendinizi ruhsal yönden derecelendiriniz	Çok kötü								Çok iyi	
	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Beş yıl önce	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Bir yıl önce	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Bir ay önce	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Bir hafta önce	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Bugün	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		

(Çok kötüyse 1'i, çok iyiye 8'i, ikisinin arasındaysa en uygun olanı işaretleyiniz.)

Bir de gelecekle ilgili tahminde bulunur musunuz?	Çok kötü								Çok iyi	
	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Yarın	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Bir hafta sonra	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Bir ay sonra	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Bir yıl sonra	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		
Beş yıl sonra	1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()	8()		

Adınız Soyadınız:

Formu doldurma tarihi:

Buraya geliş nedeni olan şikayetlerinizin ortaya çıkmasını nasıl açıklıyorsunuz? (Nedeni bilemiyor olabilirsiniz. Hepimizin karşılaştığımız olay ya da durumlarla ilgili bazı tahminlerimiz olur. Size göre durumunuzu açıklayabilecek bir tahminde bulununuz. Lütfen cevabı boş bırakmayınız.)

Şikayetlerinizin ortaya çıkmasıyla hayatınızda genel olarak ne tür değişiklikler oldu?

Evde, okulda veya iş yerinde neler değişti?

Aile bireyleriyle, arkadaşlarınızla ilişkilerinizde neler değişti?

Kendinize bakışınızda, kendinizi değerlendirmenizde değişme oldu mu?

Sizce şikayetlerinizin azalması ya da geçmesi için neler yapılabilir? Kim ya da kimlerin yardımı olabilir?

(Şikayetlerinizin nasıl geçeceğini bilmiyor olabilirsiniz. Hatta o nedenle buraya gelmiş olduğunuzu düşünebilirsiniz. Ancak bu gibi durumlarda **hepimizin içinden geçen bir şeyler olur.** Lütfen siz de düşüncenizi ya da içinizden geçeni yazınız.)

Sizce ergen psikiyatri polikliniğinde öncelikle hangi konu ya da konuların ele alınması yararlı olacaktır?

(Beklentileriniz....)

İlgi alanlarınız ve alışkanlıklarınız:

(“Diğer: _____” yazılı yerlere açıklama yapabilirsiniz)

İnterneti günde yaklaşık kaç saat kullanırsınız? _____

() Hiç kullanmıyorum

İnternet kullanmanız, eğer değişiyorsa, **hafta içi** günlerde _____ **Hafta sonu** veya **tatil** günlerinde: _____

Cep telefonuyla ilişkiniz:

() Pek ilgim yok; () Günde yarım saat () En az 3- 4 saat () Parçam gibi () Diğer: _____

Sporla ilişkiniz:

() Pek ilgim yok; () Ayda bir iki kez () Haftada bir iki () Hemen her gün () Diğer: _____

Kitaplarla ilişkiniz:

() Pek ilgim yok; () Yılda bir iki kitap () Ayda bir iki () Diğer: _____

Müzikle ilişkiniz:

() Pek ilgim yok; () Arada dinlerim () Özellikle dinlemeye çalışırım () Enstrüman çalarım: _____

Televizyonla ilişkiniz:

() Pek ilgim yok; () Belgesel izlerim () Haberleri izlerim () Spor izlerim () Başka izlediğiniz progr: _____

Ülkede ve dünyada olup bitenlerle ilişkiniz:

() Pek ilgim yok; () Arada bakarım () Oldukça yakından izlerim () Diğer: _____

Sigara kullanır mısınız? Kullanıyorsanız **günde veya **haftada** ne kadar? _____/ gün; _____/ hafta**

Alkol kullanır mısınız? Kullanıyorsanız **haftada veya **ayda** ne kadar? _____/ hafta; _____/ ay**

Keyif sağlamak üzere kullandığımız **başka madde** var mı? Ne sıklıkta kullanırsınız?

Yukarıda sayılmamış olan **başka** alışkanlıklarımız:

B A B A HAKKINDA BİLGİLER:
GEREKİYORSA KAĞIDIN ARKASINI DA KULLANINIZ

Formu dolduran:-----

1 Babanızın adı:

2 Yaşı:

3 Doğum yeri:

4 Halen nerede ve kimlerle oturuyor?

5 Eğitim durumu nedir?

6 Çalışıyorsa işi ve işinin yeri?

7 Bedensel sağlığı: (Önemli bir hastalık, kaza ya da ameliyat geçirip geçirmediği)

8 Ruhsal sağlığı: (Ruhsal, sinirsel tedavi gördü mü? Sizce tedavi gerektirecek dönemleri oldu mu?)

9 Babanızın önemli kişilik özellikleri: (Nasıl birisi olarak tanınır?)

10 Bu özellikleri çevresiyle ilişkilerini nasıl etkilemiştir / etkilemektedir?

11 Babanızın nasıl birisi olmasını isterdiniz?

12 Babanızla ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

(Çok kötüye 1'i, çok iyiye 8'i işaretleyiniz. İkisinin arasında olduğunı düşünüyorsanız en uygun rakamı işaretleyiniz.)

Çok kötü

1()

2()

3()

4()

5()

6()

7()

Çok iyi

8()

13 Babanızın en çok severek yaptığı şey nedir?

14 Sizin, "babanızla birlikte" en çok severek yaptığınız şey nedir?

15 Sizin buraya başvurduğunuzu biliyor mu?

16 Eğer imkan olursa kendisiyle de görüşülmesini ister miydiniz?

17 Babanızın belirtmek istediğiniz başka özellikleri:

A N N E HAKKINDA BİLGİLER:

Formu dolduran:-----

GEREKİYORSA KAĞIDIN ARKASINI DA KULLANINIZ

Tarih:.....

1 Annenizin adı:

2 Yaşı:

3 Doğum yeri:

4 Halen nerede ve kimlerle oturuyor?

5 Eğitim durumu nedir?

6 Çalışıyorsa işi ve işinin yeri?

7 Bedensel sağlığı: (Önemli bir hastalık, kaza ya da ameliyat geçirip geçirmediği)

8 Ruhsal sağlığı: (Ruhsal, sinirsel tedavi gördü mü? Sizce tedavi gerektirecek dönemleri oldu mu?)

9 Annenizin önemli kişilik özellikleri: (Nasıl birisi olarak tanır ?)

10 Bu özellikleri çevresiyle ilişkilerini nasıl etkilemiştir / etkilemektedir?

11 Annenizin nasıl birisi olmasını isterdiniz?

12 Annenizle ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

(Çok kötüyse 1'i, çok iyiye 8'i işaretleyiniz. İkisinin arasında olduğunu düşünüyorsanız en uygun rakamı işaretleyiniz.)

Çok kötü

1();

2();

3();

4();

5();

6();

7();

Çok iyi

8()

13 Annenizin en çok severek yaptığı şey nedir?

14 Sizin “annenizle birlikte” en çok severek yaptığınız şey nedir?

15 Sizin buraya başvurduğunuzu biliyor mu?

16 Eğer imkan olursa kendisiyle de görüşülmesini ister miydiniz?

17 Annenizin belirtmek istediğiniz başka özellikleri:

Travma Yaşantısı

Aşağıdaki olaylardan herhangi birini yaşadınız ya da bir başkasının başına gelmesine tanık oldunuz mu?

Hayır Evet		Ne kadar süre önce oldu?	Kaç kez Oldu?
	A. Çocukluktaki kötü ve olumsuz olaylar (ihmal, istismar, aşırı şiddet, cinsel taciz ve ilişkiyi kapsar)		
	B. Doğal felaket (sel, deprem, kasırga)		
	C. Yangın veya patlama		
	D. Trafik kazası (araba, gemi, tren, uçak)		
	E. Fiziksel saldırı (saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma vurulma, bıçaklanma, bıçakla tehdit edilme)		
	F. Cinsel saldırı		
	G. Çatışma veya savaş bölgesinde bulunma (asker veya sivil olarak bulunma)		
	H. İşkence veya benzeri bir kötü muamele		
	I. Cinayet ve intihar gibi ölüm olayları		
	J. Sevdiğiniz birinin ani ve beklenmeyen ölümü		
	K. Sevdiğiniz birinin ani ve beklenmeyen ciddi hastalığı		
	L. Sevdiğiniz birinden ani ve beklenmeyen bir şekilde ayrılma		
	M. Aile içi şiddet		
	N. Ani ve beklenmeyen bir iş kaybı, ciddi ekonomik güçlük		
	O. İş kazası		
	P. Varsa diğer herhangi bir “çok stresli” olay veya yaşantı		

Herhangi bir nedenle hastanede yattınız mı? Açıklar mısınız?

Bir yakınınız hastanede tedavi gördü mü? Açıklar mısınız?

Sizce insanlar hastaneler ve doktorlar hakkında izlenimlerini nasıl edinir? Açıklar mısınız?

Teşekkürler

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

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

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

İntihar Olasılığı Ölçeği

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin. Sizi Tanımlama Derecesi% 0 % 30 %70 %100	Kesinlikle Katılmıyorum%0	Katılmıyorum%30	Katılıyorum%70	Tamamen Katılıyorum%100
1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Çok fazla sorumluluğum var.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Öltürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunusanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Öltürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşüntüyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağımı düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşüntüyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Kızınca bir şeyler kırarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KENDİNİ TOPARLAMA GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi okuyarak sağ taraftaki size uygun rakamı işaretleyiniz.

No	Madde	Kesinlikle Katılmıyorum				Kesinlikle Katılıyorum		
1	Yaptığım planlara uyarım	1	2	3	4	5	6	7
2	İşlerin bir şekilde üstesinden gelirim	1	2	3	4	5	6	7
3	Bir başkasından çok kendine güvenirim.	1	2	3	4	5	6	7
4	Bir şeylere ilgili olmak benim için önemlidir	1	2	3	4	5	6	7
5	Gerektiğinde kendi başıma ayakta kalabilirim	1	2	3	4	5	6	7
6	Hayatta başardıklarımın gurur duyurum	1	2	3	4	5	6	7
7	Genellikle ileriye dönük düşünürüm	1	2	3	4	5	6	7
8	Kendimle barışık biriyim	1	2	3	4	5	6	7
9	Zaman içinde birçok şeyi yapabileceğimi düşünürüm	1	2	3	4	5	6	7
10	Kararlı biriyim	1	2	3	4	5	6	7
11	Olayların ayrıntılarını genellikle merak etmem	1	2	3	4	5	6	7
12	İşleri zamanında yaparım	1	2	3	4	5	6	7
13	Disiplinli biriyim	1	2	3	4	5	6	7
14	Birçok şeyle ilgili biriyim	1	2	3	4	5	6	7
15	Çoğu zaman gülecek bir şey bulurum	1	2	3	4	5	6	7
16	Zor durumlarda, kendime olan güvenim bana güç verir	1	2	3	4	5	6	7
17	Zor durumlarda insanların genellikle güvenebileceği biriyim	1	2	3	4	5	6	7
18	Genellikle bir duruma değişik açılardan bakabilirim	1	2	3	4	5	6	7
19	İstesemde istemesemde bazen yapmak istediğim/istemediğim şeylere kendimi ayarlarım	1	2	3	4	5	6	7
20	Hayatımın bir anlamı vardır	1	2	3	4	5	6	7
21	Hakkında bir şey yapamayacağım konulara takılıp kalmam	1	2	3	4	5	6	7
22	Zor bir durumdaysam genellikle bir çıkış yolu bulabilirim	1	2	3	4	5	6	7
23	Yapmak zorunda olduklarım için yeterli enerjiye sahibimdir	1	2	3	4	5	6	7
24	Beni istemeyen insanların olması benim için problem değildir	1	2	3	4	5	6	7

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ENVANTERİ

Lütfen aşağıda yer alan ifadelerin size ne ölçüde uygun olduğunu, aşağıdaki ölçeği dikkate alarak ifadenin yanındaki bölmede işaretleyin. Teşekkürler.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilir.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |

7. Genel olarak kendimden memnunum.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok Yanlış |

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok Yanlış |

9. Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |

10. Bazen hiç de iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Çok doğru | c) Yanlış |
| b) Doğru | d) Çok yanlış |