



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**DEPRESYONU OLAN ERGENLERDE İNTİHAR DÜŞÜNCESİNİ
ETKİLEYEN SOSYAL, EMOSYONEL VE KOGNİTİF FAKTÖRLERİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Nusret SOYLU

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2009



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**DEPRESYONU OLAN ERGENLERDE İNTİHAR DÜŞÜNCESİNİ
ETKİLEYEN SOSYAL, EMOSYONEL VE KOGNİTİF FAKTÖRLERİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Nusret SOYLU

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Yeşim TANELİ

BURSA – 2009

Ç NDEK LER

Ç NDEK LER.....	i
TÜRKÇE ÖZET.....	ii
NG L ZCE ÖZET.....	i
G R	1
GEREC VE YÖNTEM.....	23
BULGULAR.....	31
I. Sosyodemografik Bulgular.....	31
II. ntihar Davranı ı, Giri im Yöntemi ve Vazgeçme Nedenleri ile lgili Bulgular.....	35
III. Toplam Grubun Ölçeklerden Aldı ı Puanlar.....	37
IV. ntihar Davranı ı iddeti le li kili Bulgular.....	39
V. Görü me Anında ntihar Dü üncesi Olan ve Olmayan Grupların Kar ıla tırılması.....	43
VI. Geçmi Öyküsünde ntihar Giri imi Olan ve Olmayan Grupların Birbiri le Kar ıla tırılması.....	52
VII. Son 6 Ay çerisinde ntihar Dü üncesi ve Giri imi Olmayan, ntihar Dü üncesi Olup ntihar Giri imi Olmayan ve ntihar Giri imi Olan Üç Grubun Birbiri le Kar ıla tırılması.....	59
TARTI MA VE SONUÇ.....	67
I. Genel Bulguların De erlendirilmesi.....	67
II. Depresyonda ntihar Davranı ı için Risk Faktörleri le lgili Bulguların De erlendirilmesi.....	69
KAYNAKLAR.....	82
EKLER.....	91
TE EKKÜR.....	116
ÖZGEÇM	117

ÖZET

Depresyon ve intihar davranışının sıklıkla birlikte bulunacağı düşünülse de, depresyonu olan ergenlerin sadece bir kısmının intihar düşüncesi vardır ve bunlarında ancak bir bölümü intihar girişiminde bulunmaktadır. Çalışmamızda, depresif ergenlerde intihar düşüncesinin gelişmesinde ve intihar girişimine dönüşmesinde rol oynayan sosyal, kognitif ve emosyonel faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya, Depresif Bozukluk tanısı alan 12–18 yaş arası 63 ergen (48 kız, 15 erkek) hasta dahil edilmiş, yaş ortalaması $192,2 \pm 15,7$ ay olarak saptanmıştır. Yüz yüze görüşmelerde hastaların intihar düşünceleri, intihar planları, geçmiş intihar girişimleri değerlendirilmiş, sosyo–demografik veriler saptanmıştır. Ayrıca Çocuklar için Depresyon Envanteri, Durumluluk–Sürekli Kaygı Envanteri (STAI–I, STAI–II), Kısa Semptom Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi Ergen ve Anne–Baba Formu (SDQ–E, SDQ–AB) uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS uygulanmıştır.

Depresyonu olan ergenlerde intihar düşüncesi ile ilişkili faktörler: yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri, umutsuzluk, düşük benlik saygısı, algılanan toplam sosyal desteğin ve arkadaş desteğinin düşüklüğü, somatizasyon, hostileite, psikotizm, emosyonel güçlükler ve akran ilişkileri ile ilgili güçlükler olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). İntihar girişimi ile ilişkili faktörler ise: dağınık aileden gelme, baba eğitim düzeyinin düşüklüğü, algılanan toplam sosyal desteğin ve aile desteğinin düşüklüğü, yüksek oranda davranışsal ve dikkat eksikliği–hiperaktivite ile ilişkili güçlüklerin varlığı olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). İntihar girişimi olan hastalarda, intihar düşüncesi olup girişimi olmayan hastalara göre saptanan tek fark; algılanan aile desteğinin daha düşük olması olmuştur ($p < 0,05$).

ntihar dü üncesinin geli mesi ve bu dü üncenin intihar giri imine dönü mesi ile ilgili faktörlerin dikkate alınması, depresif ergenlerin intihar giri imlerini önlemede klinisyenlere yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: ntihar dü üncesi, intihar giri imi, depresif bozukluk, ergen, çocuk psikiyatrisi.

SUMMARY

Investigation of Social, Emotional and Cognitive Factors with Effect on Suicidal Ideation in Depressed Adolescents

Although it is often thought that depression and suicidal behaviour would occur together, only some depressed adolescents have suicidal ideation, of which only a part perform suicide attempts. Our study aimed at investigating social, emotional and cognitive factors playing a role in the development of suicidal ideation in depressed adolescents and its turning into a suicide attempt.

Sixtythree adolescents (48 female, 15 male) aged 12 to 18 years were included in the study. Mean age was 192.2 ± 15.7 months. In face to face interviews, suicide ideation, suicide plans, past suicide attempts were evaluated, sociodemographic data were collected. Additionally, Children's Depression Inventory (CDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI-I, II), Brief Symptom Inventory, Beck Hopelessness Scale, Coopersmith Self-Esteem Inventory, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) adolescent and parent forms were applied. SPSS was used for statistical analyses.

Factors associated with suicidal ideation in depressed adolescents were: high depression and anxiety levels, hopelessness, low self-esteem, lower perceived social support and friend support, somatisation, hostility, psychoticism, emotional difficulties, difficulties in peer relations ($p < 0,05$). Factors associated with suicide attempts were: parted family background, low paternal education level, lower perceived total social support and family support, high rates of conduct and attention deficit-hyperactivity associated difficulties ($p < 0.05$). Patients with suicide attempt differed from patients with suicidal ideation but without suicide attempt only in lower perceived family support ($p < 0.05$).

Considering factors associated with the development of suicidal ideation and its turning into a suicide attempt, will help clinicians to prevent suicide attempts of depressed adolescents.

Key words: Suicide idea, suicide attempt, depressive disorder, adolescent, child psychiatry.

G R

ntihar davranı ı evrensel bir sorun olarak ba ta psikiyatri olmak üzere insanla ilgili pek çok bilim dalını ve sosyal kurumu ilgilendirmektedir. Çok eski ça lardan beri kendisine zarar verenler bulunmasına ra men intihar sözcü ü 18. yüzyıldan sonra kullanılmaya ba lanmı tır. Latince “sui (kendi)” ve “cadere (öldürmek)” köklerinden gelen “suicidum” kelimesi ilk kez 1737’de “Dictionaire de L’Academie” de yer almı tır. ntihtar kelimesi Türkçeye Tanzimat Dönemi’nde batı dillerinden yapılan çevirilerde “suicide” sözcü üne kar ılık olarak girmi tir. Bu sözcük Arapçada kurban demek olan “nahr” dan gelmektedir (1, 2).

Dünya üzerinde her yıl yakla ık olarak bir milyon ki i intihar etmektedir. Her 40 saniyede bir, dünyanın herhangi bir yerinde bir ki i intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. Her yıl intihar nedeni ile kaybedilen hayat sayısı, cinayet ve sava lar nedeni ile kaybedilenden çok daha fazladır. Bu nedenle intihar davranı ı bütün dünyada önemli bir halk sa lı ı problemi olarak kabul edilmektedir. ntihtar özellikle batı ülkeleri olmak üzere bütün dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında kabul edilmektedir (3).

Çocuk ve ergenlerde intihar davranı ı, ülkemizdeki oranlar dü ük olmasına ra men giderek daha da büyüyen bir sorundur. ntihtar giri mi yalnızca bireyi etkilemez, ailesini, arkada larını ve toplumu da etkiler. ntihtar eden ya da intihara te ebbüs eden ki i çevresindeki ki ilerde kızgınlık, çaresizlik, öfke, korku gibi duyguların ortaya çıkmasına ve intiharın taklit edilmesine yol açabilir (4).

ntihar eden çocuk ve ergenlerin %50–75’inde bir duygu durum bozuklu u vardır. ntihtar eden ergenlerle yapılmı birçok çalı mada en sık rastlanan psikiyatrik bozuklu un depresyon oldu u saptanmı tır (5). Bu nedenle depresyonu olan ergenlerle çalı ırken muhakkak intihar riskinin de erlendirilmesi gerekmektedir. Depresyonu olan ergenlerde intihar olasılı ı açısından muhtemel risk etmenlerinin saptanması amacıyla birçok çalı ma yapılmı olup konu halen önemini korumaktadır.

intihar Davranı ı

Tanımlama ve Sınıflandırma

Kinin kendini öldürmek niyetiyle dü ündü ü ya da yaptı ı, ölüm ya da yaralanmayla sonuçlanabilecek, dü ünce ya da eylemlere intihar yazınında intihar davranı ı adı verilir. ntihar dü ünceleri, intihar giri imleri ve tamamlanmı intiharlar intihar davranı ı ba lı ı altında ele alınırlar (6).

ntihar dü ünceleri; intiharı dü ünme, isteme ya da planlama fakat bu amaçla eyleme geçmeme olarak tanımlanırken, intihar giri imleri kinin kendine zarar vermesi ya da yaralanmasıyla sonuçlanan ölümcül olmayan eylemler ekinde tanımlanır. Tamamlanmı intihar ya da kısaca intiharlar ölümlle sonuçlanmı intihar giri imleridir (6).

Epidemiyoloji

ntihar giri imi ve intihar oranlarının gerçek sayılarının tespiti oldukça güçtür. Buna ra men Dünyada ölüm nedenleri sıralamasında 13. sırada olan intihar, gençler ve eri kinlerin (15–34 ya grubu) ölüm nedenleri arasında ilk üç sıradadır (7). Birçok geli mi ülkede, ergenlerde görülen intihar, kazalardan sonra en sık ikinci ölüm nedenidir (8).

Ülkemizde intihar oranı Devlet statistik Enstitüsü'nün bildirdi ine göre 5–14 ya grubunda milyonda 3–3,5'tir. ntihar istatistikleri incelendi inde 15–24 ya grubunda ölüm nedenleri sıralamasında intiharın 2. sırada yer aldı ı, hatta bu ya gruplarında intiharın motorlu ta it kazalarına ba lı ölümlerden daha fazla oldu u görülmektedir (9). Türkiye'de tüm intiharların % 3 'ünü 15 ya ın altındaki gençlerin intiharları olu tururken, intihar oranı ya ile birlikte artmakta ve tüm intiharlar içerisinde 15–24 ya arası gençlerin intiharları %34'le en büyük grubu olu turmaktadır (9).

ntihar giri imleri için kesin rakamlar bulunmamakla beraber intihar sıklı ının 30–100 katı oldu u tahmin edilmektedir (10). Ergenlerde hayat boyu intihar giri im oranı erkeklerde %1,3–3,8, kızlarda %1,5–10.1 oranındadır. Bir yılda ergenlerin %1–3'ü tıbbi bakım gerektiren intihar giri iminde bulunmaktadır. Bununla birlikte intihar giri iminde bulunan ergenlerin bir kısmı tedavi için ba vurmadı ından ve tedavi için ba vuranların

bir kısmı da kayıt altına alınmadığından gerçek oranların daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (11).

Ergenlerde intihar düşüncesinin nokta prevalansı yaklaşık olarak %15–25'tir. Yine ergenler arasında intihar düşüncesinin yıllık insidansı erkeklerde %2.3 ve kızlarda %6.0'dır (12). ABD'de ergenlerin %3'ünde mevcut intihar düşüncesi ve %19'unda hayatlarının bir döneminde intihar düşüncesi olduğu saptanmıştır. MECA (Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder) çalışmasında 9–17 yaş arası çocuk ve ergenlerin %5,2'sinde intihar düşüncesi ve %3.3'ünde geçmiş intihar girişi olduğu saptanmıştır (13).

Ülkemizde Elazığ'da yapılan bir çalışmada; bir ilkokulun 9–11 yaş aralığındaki 373 öğrencisi incelenmiş ve depresyon tespit edilen 46 öğrencinin 10'unda (%21,7), depresyon tespit edilmeyen 327 öğrencinin ise 14'ünde (%4,3) intihar düşüncesi saptanmıştır (14).

Etyoloji ve Risk Faktörleri

Intihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürme olasılığıdır. İntihara eğilimli ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerde bu olasılığın değerlendirilmesi, tanı ve tedavi planının oluşturulması sırasında öncelik verilmesi gereken bir durumdur. İntihar, her zaman olmasa bile, önlenilecek bir ölüm nedenidir. Çünkü intihar davranışı ile ilgili birçok risk etmeni bilinmektedir ve bu risk etmenlerine yönelik önlemler almak mümkündür (15).

Sosyodemografik Risk Etkenleri: Tamamlanmamış intiharlar çocuklarda nadir görülürken ergenlik çağıyla birlikte intihar sıklığı belirgin bir şekilde artmaktadır. Prepubertal dönemde bilişsel gelişim henüz yetersiz olduğundan çocukların ümitsizlik ve çaresizlik geliştirmedikleri ve intiharı planlayıp uygulayamadıkları düşünülmektedir. Ayrıca ergenlik döneminde psikiyatrik bozuklukların ve madde kullanımının artmasının da intihar riskini belirgin olarak arttırdığı düşünülmektedir (11, 16).

Tamamlanmamış intihar oranları kızlarda erkeklerden daha düşüktür. İntihar düşüncesi ve intihar girişi kızlarda daha yüksek oranda görülmektedir (17). Cinsiyetler arasındaki bu farkın erkeklerde komorbid

duygudurum bozukluğu ve madde kötüye kullanımının sık görülmesinden, agresyon düzeyinin daha yüksek olmasından ve erkeklerin intihar girişimlerinde daha ölümcül yöntemler seçmesinden kaynaklandı ı dü ünülmektedir (17).

Ergenlerde daha önceki intihar girişimleri, sonraki tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri için tek başına en önemli risk faktörüdür (17, 18, 19). Yapılan birçok vaka–kontrol ve prospektif çalışmada geçmiş intihar girişimi varlığının sonraki tamamlanmış intihar riskini 10–60 kat arttırdığı saptanmıştır (11). Psikolojik otopsi çalışmalarında tamamlanmış intiharı olan çocuk ve ergenlerin %26–33'ünün daha önce intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (20). Özellikle geçmiş intihar girişimlerinde ası, ateşli silah ve yüksekten atlama gibi ölümcül yöntemler seçilmiş ise, sonraki intihar girişimlerinin ölümlü sonuçlanma riski çok daha yüksektir (21).

Düşük sosyoekonomik durum, sınırlı eğitim başı, düşük gelir ve yoksulluk gibi özellikler ile tanımlanan sosyal dezavantajlı gençlerde intihar ve intihar girişimi riskinin arttığı bildirilmiştir (22, 23). Yine okul ile ilgili problemlerin, okula gitmeme ve işsizliğin intihar riskini arttırdığı saptanmıştır (24).

Ülkemizde intihar girişiminde bulunan 15–24 yaş arası 65 gencinde değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin daha az eğitim aldıkları, okula devam ve düzenli bir işte çalışmaları oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (22).

Psikiyatrik Risk Etkenleri: intihar eden ergenler üzerinde yapılan psikolojik otopsi çalışmaları sonucunda psikiyatrik bozukluklar, intihar davranışının dinamiğinde yer alan en önemli etmen olarak saptanmıştır. Psikolojik otopsi çalışmalarına göre intihar eden ergenlerin yaklaşık olarak % 90'ında psikiyatrik bir bozukluk bulunmaktadır (11, 25, 26). Benzer şekilde intihar girişiminde bulunan ergenlerin de yaklaşık olarak % 80'inde psikiyatrik bir bozukluk saptanmıştır (11, 25, 27, 28, 29, 30). Ayrıca psikiyatrik bozukluğun kronik ve ağır olması hem intihar riskini daha da arttırmakta, hem de intihar girişiminin ciddiyetini arttırmaktadır (11, 31, 32).

ntihar eden ergenlerle yapılmı bütün çalı malarda depresyon en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olmu tur. ntihar ile hayatını kaybeden çocuk ve ergenlerin %61–76 gibi büyük bir kısmında duygudurum bozuklu u bulunmaktadır. Mevcut duygudurum epizodunun bulunması intihar riskini 8–13 kat arttırmaktadır. ayet Major Depresif Bozukluk epizodu var ise intihar riski 27 kat artmaktadır (21, 25). Duygudurum bozuklu unun yanı sıra ba ka bir psikiyatrik bozuklu un bulunması intihar riskini daha da arttırmaktadır. Duygudurum bozukluklarıyla birlikte madde kötüye kullanımı bulunan olgular sıklı ve bu tüm çalı malarda saptanan tutarlı bir bulgudur (6). Yeti kinlerde Bipolar bozuklu un intihar için bir risk faktörü oldu una dair tutarlı veriler bulunmasına ra men çocuk ve ergenlerde bulgular çeli kilidir. Bazı çalı malarda Bipolar bozuklu un intihar riskini arttırdı ı bildirilmi ken (21, 33) di er bazı çalı malarda ise (26, 34) bu bulguya rastlanmamı tır.

Psikotik bozukluklarda tamamlanmı intihar ve intihar giri imi riski artmı tır. Ancak psikotik bozuklu u olanlarda erken eri kinlik döneminden önce intihar davranı ı seyrek görüldü ünden çocuk ve ergen intiharlarının çok küçük bir bölümünü psikoz hastaları olu turmaktadır (26, 33, 35).

Madde kötüye kullanımı/ba ımlılı ı, özellikle komorbid duygudurum bozuklu u ve davranım bozuklu u olan ergen erkeklerde intihar için önemli bir risk faktörüdür (26, 35). Giaconia ve ark. (36) bir çalı mada madde kullanan veya madde ba ımlısı olan gençlerde 21 ya ına kadar intihar dü üncelerini madde kullanmayanlara oranla 3 kat, intihar giri imini ise yakla ık 5 kat fazla bulmu lardır. 14–24 ya arası 3021 katılımcı ile yapılan bir çalı mada düzenli sigara içimi ve nikotin ba ımlılı ının da aynı ekilde hem intihar dü üncesi hem de intihar giri im ile ili kili oldu u saptanmı tır (37).

Yıkıcı davranım bozuklukları ergenlerde tek ba ına intihar riskini 3–6 kat arttırmaktadır. ntihar etmi ergenlerin yakla ık olarak $\frac{1}{4}$ ' ünde yıkıcı davranım bozuklu u vardır. E er yıkıcı davranım bozuklu una madde kullanımı da e lik ediyorsa bu risk daha da artmaktadır (11, 19, 33).

Anksiyete bozuklukları da tamamlanmı intihar ve intihar giri imleri ile ili kili bulunmu tur. Bazı çalı malarda duygudurum bozuklukları ve di er durumlar dı landıktan sonra anksiyete bozukluklarının tek ba ına intihar

davranışına etkisi olmadığı bulunmuşsa da (26), Panik Bozukluğun ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun duygudurum bozukluklarından bağımsız olarak intihar davranışını riskini arttırdığını gösteren birçok çalışmada vardır (29, 38, 39, 40).

Turgay (32), intihar girişiminde bulunmuş 202 çocuk ve ergeni psikiyatrik hastalığı olan fakat intihar girişimi olmayan 341 çocuk ve ergenle karşılaştırmış, çalışmada intihar girişimi olan grupta en sık rastlanan psikiyatrik tanıların uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Ayrıca psikiyatrik tanı olarak depresyon ve davranım bozukluğu tanısı, birden fazla psikiyatrik hastalığının varlığı, psikiyatrik hastalığının tedaviye direnci ve kronikleşmesi gibi etkenlerin ciddi intihar girişimleri ile birliktelik gösterdiği bulunmuştur.

Ülkemizde Ercan ve ark. (10) tarafından yapılan başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunan 15–19 yaş arası 40 kız ve 6 erkek ergen incelenmiş ve DSM–IV ölçütlerine göre yapılan tanı görüşmelerinin sonucunda, en sık rastlanan psikiyatrik tanıların majör depresyon, uyum bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Etilmez ve ark. (41) da intihar girişiminde bulunan 15–19 yaşlarındaki 40 ergeni araştırmış ve en yaygın tanıların unlu saptamıştır: Ana/Baba–çocuk sorunları, uyum bozukluğu, davranım bozukluğu.

Bireysel Risk Etkenleri: Araştırmalar bazı kişisel özelliklerin intihar davranışını riskini arttırdığını göstermiştir. Tamamlanmış intihar ve intihar girişimi riskini arttırdığı görülen kişisel özellikler unlardır; düşük benlik saygısı, umutsuzluk, nörotisizm, impulsivite, agresyon, içe dönüklük, umursamazlık, bağımlılık, obsesif ve histerik kişilik özellikleri, durumsal ve süreklilik anksiyetesi ile öfke, sosyal becerilerde ve sorun çözme becerisinde yetersizlik (23).

Ergenlerde görülen intihar davranışında önemli etkenlerden biri umutsuzluktur. Erikinlerle yapılan birçok çalışmada umutsuzluk, depresyondan bağımsız olarak intihar davranışını ile ilişkili bulunmuştur. Ancak intihar öncesinde ümidini kaybettiğini söyleyen ergenlerin büyük çoğunluğu aynı zamanda bir duygu durum bozukluğu ölçütünü de karşıladı için,

ümitsizlikle intihar arasındaki ilişkinin yalnızca ümitsizlikle mi bağlantılı olduğunu konusu tartışmalıdır (6). Bazı toplum merkezli ve klinik çalışmalarda umutsuzluğun tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesi ile ilişkili olduğunu gösterilmiş olsa da, depresyonun da değerlendirildiği diğer bazı çalışmalarda, tek başına umutsuzluğun intihar için bağımsız bir risk faktörü olduğunu gösterilememiştir (11, 26, 42). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise İstanbul'da bir eğitim hastanesi acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuru 33 ergenle aynı sayıdaki sağlıklı ergen karşılaştırılmış ve intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin sağlıklılara oranla daha yüksek umutsuzluk, intihar düşüncesi ve depresyon puanları aldıkları görülmüştür (43). Ankara'da 600 lise ve 800 üniversite öğrencisinde intihar olasılığı ölçeği uygulanarak yapılan bir başka çalışmada ise umutsuzluğu daha ciddi olanlarda intihar olasılığının daha yüksek olduğunu görülmüştür (44).

Problem çözme becerilerinde yetersizlik de ergenlerde intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Hatta depresyondan bağımsız bir risk faktörü olduğunu da gösterilmiştir. Problem çözme becerileri yetersiz olan ergenler stresli yaşam olayları ile karşılaştıklarında yeterli çözüm yolu geliştirememekte ve intihar davranışını sergileyebilmektedirler (13, 19, 45, 46).

Düşük benlik saygısının hem intihar girişimi hem de intihar düşüncesi riskini arttırdığına dair birçok çalışma vardır (47, 48, 49, 50). 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 çocukluk çağındaki düşük benlik saygısının ergenlik dönemindeki intihar düşüncelerinin gelişimini etkilediği gösterilmiştir (51). Bir başka çalışmada ise depresyon tanılandıktan sonra benlik saygısı ile intihar düşünceleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (52).

Psikolojik otopsi çalışmaları intihar eden genç erişkinlerin yaklaşık olarak 4'te 1'inde bir kişilik bozukluğu olduğunu göstermiştir. Özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozukluğunun intihar davranışını sergileyen genç erişkinlerde sık görüldüğü birçok çalışmada gösterilmiştir (36, 53). Borderline kişilik bozukluğu ile intihar davranışları arasındaki ilişkinin

incelendi i bir çalı mada intihar giri iminde bulunan 1397 ergen incelenmi ve %26'sının borderline ki ilik bozuklu u tanı kriterlerini kar ıldı ı bulunmu tur (34). Bu verileri destekler ekilde borderline, antisosyal ve histriyonik ki ilik bozukluklarının öncül belirtileri olarak kabul edilen dürtüsellik ve hostilitenin de çocuk ve ergenlerde intihar davranı ı ile ili kili oldu u gösterilmi tir (54). Yapılan çalı malarda hostilete puanları hem intihar giri iminde bulunan grupta (55), hem de intihar dü üncesi olan grupta (56) anlamlı olarak yüksek saptanmı tır. Aynı ekilde ergenlerde dürtüsellik ile intihar davranı ı arasındaki ili kiyi gösteren birçok çalı ma bulunmaktadır (57, 58). Türkiye'de yapılan bir çalı mada da ergenlerde intihar öncesi hâkim olan duyguların sırasıyla; kızgınlık ve öfke, sıkıntı ve umutsuzluk oldu u ve intihar giri iminin ardından ergenlerin %89.47'sinin pi manlık duydu u belirlenmi tir (59).

istanbul'da liselerde okuyan 959 ö rencide yalnızlık ve yalnızlı ın intihar davranı ı ile ili kisi ara tırılmı tır. Ö rencilerin % 65'i kendisini yalnız hissetti ini bildirmi , kendini yalnız hissedendenlerin kendini öldürme iste i, yalnız hissetmeyenlere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmu tur. Yalnızlıkla ba etmek için ba kaları ile ili kiye girmeyi seçenlerin kendilerini daha az yalnız hissettiklerinin saptanmı olması, yazarları ergenlere sosyal beceri kazandırmanın yardımcı olaca ı fikrine götürmü tür (60).

E rilmez ve ark. ları (41), intihar giri iminde bulunmu 15–19 ya arası 40 ergeni incelemi ve giri imde rol oynayan etmenler arasında öfkenin ba ta geldi ini, bunu çaresizlik, umutsuzluk ve öç almanın izledi ini saptamı tır. Psikiyatrik yakınması olmayan gençlerle kar ıla tırıldı ında intihar giri imi olan ergenlerde benlik saygısı daha dü ük, ele tiriye duyarlılık, psi ik izolasyon, depresyon ve anksiyete daha fazla saptanmı tır.

Cinsel yönelim ve ergen intiharları arasında bir ili ki oldu una i aret eden çalı malar da bulunmaktadır. Mevcut kesitsel ve boylamsal epidemiyolojik çalı malar homoseksüel ve biseksüel gençlerde intihar davranı ı riskinin 2–6 kat arttı nı göstermi tir (61, 62, 63, 64). Geni kapsamlı toplum çalı malarında yalnızca erkeklerde homoseksüellik ve intihar arasında bir ili ki saptanmı tır. (65)

Ailesel Risk Etkenleri: Ergenlerde intihar davranışıyla ilgili çok sayıda ailesel risk etkeni belirlenmiştir. Bunlar arasında ailede intihar davranışı öyküsü, anneyle baba arasında ya da anne, baba ve çocuk arasında ya da anan çatışmalar, ailede psikiyatrik bozukluk sayılabilir.

Birçok çalışmada anne babada depresyon, madde kötüye kullanımı, antisosyal davranışlar gibi psikopatolojinin varlığının ergenlerdeki tamamlanmış intihar ve intihar girişimi riskini belirgin olarak arttırdığı gösterilmiştir (21, 24, 66). Hatta bazı çalışmalarda anne babada depresyon ve madde kötüye kullanımının ergenlerdeki psikopatolojiden bağımsız olarak intihar riskini arttırdığı gösterilmiştir (66).

Ailede tamamlanmış intihar ya da intihar girişiminin varlığı ergenlerde intihar davranışı riskini 2–6 kat arttırmaktadır (11). İntiharlarda görülen bu ailesel yitimin nedeni bilinmemektedir. Yitimi ailedeki psikopatoloji ve kaotik ortamdan çok genetik bir etkenle de ilgili olabilir. Yapılan çalışmalar anne–baba psikopatolojisi ve kaotik aile ortamı kontrol edildikten sonra bile aile öyküsünün intihar riskini arttırdığını göstermiştir (24).

Farklı ortam ve toplumlarda yürütülen çalışmalarda aile bağlarının gevemesi ya da kopmasının genç insanlar arasında intihar yaygınlığını etkileyen en önemli etkenler arasında olduğu saptanmıştır olup, intihar davranışı gösteren ergen ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu, dümanca tutumların ön plana çıktığı da bildirilmektedir(68). Çocuk–ebeveyn ili kisinde yetersizlik, aile içi iletişimde yetersizlik, çok yüksek veya düşük ebeveyn beklentisi ve ebeveynlerin gençlerin ailesi kontrolünü içeren tutumları gençlerde intihar ve intihar girişimi riskini 1,4–3,6 kat arttırmaktadır (23).

Çok sayıdaki çalışmada, dağınık ailelerden gelen çocuklarda intihar davranışı riskinin arttığı gösterilmiştir. Gençlerde ayrılık ve boşanma sonucu ebeveyn kaybı, intihar davranışını içeren psikopatoloji riskini artırırken, ölüm sonucu ebeveyn kaybında böyle bir risk artışına rastlanmamaktadır (23). Ülkemizde de intihar girişimi olan gençlerin ailelerinde boşanma oranlarının %9,2–11,6 olduğu ve bu oranın genelde hasta popülasyonunda görülenden çok yüksek bulunduğu bildirilmektedir(1).

Ülkemizde intihar giri iminde bulunan 15–24 ya arası 65 gencin de erlendirildi i bir çalı mada intihar giri imi olan grupta ana–baba e itim düzeylerinin daha dü ük oldu u, ailede fiziksel istismara maruz kalma - tanık olma ve ailede psikiyatrik hastalık oranlarının daha yüksek oldu u ve daha fazla sigara içtikleri tespit edilmi tir (22).

Stresli Ya am Olayları: Ergenlerdeki intihar davranı ı ile stresli ya am olayları arasındaki anlamlı ili kiler yapılan ara tırmalarla ortaya konmu tur. Bu stresli ya am olayları; okul ya da ailede ya anan sorunlar, okul ba arısızlı ı, kız–erkek arkada tan ayrılma, anne–baba ölümü ya da bo anması, hastalık, hastaneye yatma gibi olaylardır (25). Kar ıla ılan stresli ya am olaylarının ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, benlik saygısı ve güven hissinde azalmaya neden olabilece i ve bu yolla da ergeni intihara yatkın yapabilece i üzerinde durulmu tur (1). Psikopatolojiyle stresli ya am olayları arasında saptanan ili kiye ra men, ergenlerde ya am olayları psikopatoloji kontrol edildikten sonra bile intihar için bir risk etkenidir (6).

ntihar davranı ı sergileyen ergenlerdeki stresli ya am olayları ya ile de i mektedir. Genç ergenlerde anne–baba/çocuk çatı maları sık görülürken, ileriki ya lar da romantik ili kilerdeki güçlükler daha sık görülmektedir (19). Aynı ekilde altta yatan psikopatolojiye göre de kar ıla ılan stresli ya am olaylarının niteli i ve sıklı ı de i mektedir. Örne in madde kullanım bozuklukları olan ergenlerde ki iler arası kayıpların, yıkıcı davranım bozuklukları ya da madde kullanım bozuklukları olan ergenlerde yasal sorunlar ya da disiplin sorunlarının daha sık oldu u saptanmı tır.(24, 33)

Bayam ve ark. (68) tarafından Ankara'da intihar giri imi ile ba vuran 60 ergenle yapılan bir çalı mada, aile geçimsizli i (%38.3), duygusal ili kide güçlük (%18,3) ve ö renim ba arısızlı ı (%6,6), geçim zorlu u (%5) gibi nedenlerin intihar te ebbüsünü tetikledi i görülmü tür.

Ertemir ve Ertemir (69) tarafından 2003 yılında yapılan bir çalı mada, intihar giri imi ile acil servise ba vuran 14–24 ya ları arasındaki 31 genç ile görü ülmü , intihar giri imlerinin aile ve sevgili ile tartı ma gibi olumsuz bir olay tarafından tetiklendi i, gençlerin sorunlar kar ısında ba etme ve alternatif çözümler üretmede yetersiz kaldıkları, intiharı sonucunu

dü ünmeden çözüm yolu olarak gördükleri, intihar giri imini tekrarlama e iliminde oldukları saptanmıştır.

Canat, intihar giri imi olan ergenleri nörotik ve kontrol gruplarıyla karşılaştırılarak çalışılmasında intihar giri imi olanlarda stresli yaşam olayları sıklığının diğer iki gruba göre fazla olduğunu yakın bir arkadaştan ayrılma, "çıkılmaya" başlama, yeni bir okula başlama ve ana-baba ile tartışmanın bu grubu diğer iki gruptan ayıran önemli yaşam olayları olduğunu saptamıştır(1).

Biyolojik Risk Etkenleri: Yetkinlerde intihar ve intihar davranışının nörobiyolojisi ile ilgili birçok çalışmaya yapılmış olmasına rağmen, çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar azdır (11).

Tamamlanmış intiharı ya da intihar giri imi olan ergenlerin 1. derecede akrabalarında intihar davranış oranı 2–4 kat daha fazladır. kız çalışmaları bu durumun sadece psikiyatrik hastalığı bulunan bir ebeveyn tarafından yetiştirilmenin sonucu olmadığını göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde intihar riski artışı yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu risk 2 kat fazladır (8).

Özellikle gençlerde serotonerjik sistemle ilgili olduğu bilinen öfke, bunalım, ve dürtüsellik ile intihar davranış arasında yakın bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Serotonerjik sistemin intihar davranışının yanı sıra saldırganlık ve bunalımla da yakın ilişkisi vardır ve bu sistemin hem insanlarda hem de diğer primatlarda ailesel geçişi gösterdiği bilinmektedir (6). Intihar girişiminde bulunanların santral serotonin düzeylerinde ve beyin omurilik sıvısı (BOS)'ndaki serotonin miktarında azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bir serotonin metaboliti olan 5-Hidroksiindolasetikasitin (5-HAA) beyin omurilik sıvısındaki düşük düzeyi impulsivite, agresyon ve intihar davranış ile ilişkili bulunmuştur (11, 19). Yine yapılan postmortem çalışmalarda erişkinlerdekine benzer şekilde intihar etmiş ergenlerde de prefrontal korteks ve hipokampusta serotonin 2A (5HT2A) reseptörlerinde artış gösterilmiştir (70).

Intihar yatkınlığı ile birlikte olan serotonerjik anormallikleri açıklamak için çeşitli genetik mekanizmaları ileri sürülmüştür. Bunlar serotonin taşıyıcı geninde, serotonin 1A reseptör geninde ve serotonin biyosentezinde hız

sınırlayıcı enzim olan Triptofan Hidroksilaz geninin intron 7 bölgesinde polimorfizmlerdir (8).

Ergenlerde hipotalamo–pitüiter–adrenal eksenindeki bozulmaların da intihar davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bir çalışmada intihar davranışı gösteren puberte öncesi çocuklarda deksametazon supresyon testinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek seyrettiği (71), başka bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunmuş ergenlerde uyku öncesinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek düzeylerde olduğu gösterilmiştir (72).

Bazı çalışmalarda intihar davranışı gösteren kişilerde fenfluramine prolaktin yanıtında küntleşme saptandığı gösterilmiştir. Ayrıca bu durumun psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak ciddi intihar girişimlerinde görüldüğünü ileri sürülmektedir (73, 74).

Ergenlerde Depresif Bozukluk ve İntihar Davranışı

Depresif Bozukluk ergenlerde oldukça sık görülen, belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açan, sürelenmeye ve yinelemeye yatkın, intihar girişimi ve madde kullanımı gibi ciddi sonuçlar doğurabilen bir bozukluktur (75). Çocukluk ve ergenlik döneminde Depresif Bozukluklar süregelen ve yaygın bir üzüntü, anhedoni, sıkıntı ya da irritabilite, zevk veren aktivitelere ve diğer insanlarla iletişime geçme gibi olağan etkinliklere karşı ilgide azalma ile karakterizedir (76).

Depresif Bozukluğun prevalansı puberte öncesi çocuklarda yaklaşık olarak %2–4'dür ve bu dönemde cinsiyet farklılığı gözlenmemektedir. Ergenlik döneminde ise Depresif Bozukluk prevalansı % 6–8 olarak bildirilmektedir (77, 78). Ergenlik döneminde intihar davranışı sıklıkla lineer bir şekilde artmakta ve 20'li yaşlarda platoya ulaşmaktadır. Ergenler en çok 16–17 yaşlarında tedavi için başvurumaktadırlar. Puberte sonrası depresif bozukluk kızlarda erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla görülmektedir. (8). Özellikle 13 yaşından sonra DB oranının kızlarda 3 kat daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalarda vardır (79).

Depresif Bozuklukta İntihar Davranı ı Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik alı malar hem yeti kinlerde hem de ergenlerde depresyon ile intihar davranı ı arasında güçlü bir ili ki oldu unu göstermi tir. Eri kinlerde yapılan çalı malarda depresyonu olan hastalarda hayat boyu intihar insidansının % 15 oldu u gösterilmi tir. Depresyonun intihar riskini di er psikiyatrik bozukluklara kıyasla 3,5–4,5 kat, genel popülasyona kıyasla da 22–36 kat arttırdı ı gösterilmi tir (80). Major Depresif Bozuklu u olan hastalarda ölümcül olmayan intihar giri imi oranları kesin olarak bilinmiyor olsa da, Major Depresif Bozuklu un ilk epizodunda bu oranın %40 oldu u tahmin edilmektedir. Bunların da %25'inin sonraki bir yıl içerisinde intihar giri imini tekrarladı ı görülmü tr. Yine Major Depresif Bozuklu u olan eri kinlerde intihar d ncesi prevalansı da %47–69 olarak bulunmu tur (3).

Ergenlerde yapılan çalı malarda da sonuçlar benzerdir. Psikolojik otopsi çalı malarında intihar ile hayatını kaybeden ergenlerin %60'ının ölüm anında depresyonda oldu u bulunmu tur. (81) alı malar depresyonu olan ergenlerde hem intihar giri iminin hem de intihar d ncesinin yaygın oldu unu göstermi tir. Depresyonu olan ergenlerin yakla ık olarak %60–70'inde intihar d ncesi ve %13–39'unda da intihar giri imi saptanmı tır(82). Yine yapılan takip çalı malarında Major Depresif Bozuklu u olan çocukların %85'inde ilerleyen dönemlerde intihar d ncesi geli ti i, %32'sinin ergenlik ve genç yeti kinlik döneminde intihar giri iminde bulundu u, %20'sinin birden fazla intihar giri iminde bulundu u ve %2,5–7'sinin genç eri kinlik döneminde intihar ile hayatını kaybetti i gösterilmi tir (81).

Depresif Bozuklukta İntihar Davranı ı için Risk Faktörleri

Depresif bozuklu un intihar giri imi için en önemli risk faktörü oldu u bilinmektedir. Bu nedenle depresyon ve intihar giri imi sıklıkla bir arada d nlm olsa da depresyonu olan ergenlerin sadece bir kısmında intihar d ncesi saptanmakta ve bunların da bir kısmı intihar giri iminde bulunmaktadır. Depresyonu olan ki ilerin sadece bir kısmının intihar davranı ı sergilemesi, klinisyenleri depresyonda intihar davranı ı ile ilgili risk faktörlerini ara tırmaya itmi tir.

Major Depresif Bozuklu u olan eri kinlerle yapılan çalı malarda intihar d üncesi için risk faktörleri olarak unlar saptanmı tır: Depresyonun iddetli olması, komorbid ki ilik bozuklu unun, alkol ve madde kötüye kullanımının / ba ımlılı ının veya anksiyete bozuklu unun bulunması, kadın cinsiyet, i sizlik, stresli ya am olayları, sosyal deste in azlı ı, umutsuzluk ve geçmi intihar giri iminin varlı ı(3). ntihar giri imi için ise u risk faktörleri saptanmı tır: hastada ve ailesinde geçmi intihar giri iminin varlı ı, depresyonun iddetli ya da erken ba langılı olması, komorbid ki ilik bozuklu u, alkol kötüye kullanımı/ ba ımlılı ı, anksiyete bozuklu u ya da kronik fiziksel hastalı ın bulunması, mevcut psikotik semptomların varlı ı, sosyal, mali ve ailevi krizler, bekar, bo anmı yada e ten ayrı ya ıyor olma, e ler arası anla mazlıklar, umutsuzluk, d ük benlik saygısı, intihar d üncesinin varlı ı, çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismarın varlı ı (3, 83, 84).

Major Depresif Bozuklu u olan eri kinlerde intihar davranı ı için potansiyel risk faktörleri a a ıdaki tabloda zetlenmi tir (83) (Tablo–1).

Tablo–1: Major Depresyonda İntihar Davranışı İçin Potansiyel Risk Faktörleri (83):

- 1) **Demografik Risk Faktörleri:**
 - Kadın cinsiyet
 - Beyaz ırktan olma
 - 24–35 yaş arası yada 50 yaş üstünde olma
 - 2) **Depresif epizod ile ilgili risk faktörleri:**
 - İntihar düğüncesi yada intihar tehditlerinin varlığı
 - Depresif epizodun yeterli tedavi edilmemesi
 - Umutsuzluğun varlığı
 - Düşük benlik saygısı ve bağımsızlık duyguları
 - Aşırı depresif semptomların varlığı (azalmış konsantrasyon, insomnia, anhedoni)
 - Bir yakının ölümü
 - Psikotik semptomların varlığı
 - Anksiyete ve panik atakların eşlik etmesi
 - Depresif epizodun başlamasından itibaren ilk 3 ay içerisinde olma
 - 3) **Bireysel özelliklerle ilgili risk faktörleri:**
 - Agresif, hostile yada impulsif kişilik özellikleri
 - 4) **Komorbid durumlar:**
 - Komorbid madde kötüye kullanımı
 - Komorbid borderline kişilik bozukluğu
 - Komorbid davranım bozukluğu yada antisosyal kişilik bozukluğu
 - Komorbid genel tıbbi rahatsızlıklar
 - Bipolar bozukluk
 - Akut madde intoksikasyonu
 - 5) **Öyküde ortaya çıkan risk faktörleri**
 - Geçmiş intihar girişimi öyküsü
 - İntihar girişiminden sonra haber vermeme olma ve/veya bulunmamak için önlem alınmaması olma
 - Ailede intihar girişimi öyküsü
 - Erken başlangıçlı depresyon, erken yaşta hastaneye yatması olma ve/veya geçmişte birçok defalar hastaneye yatması olma.
 - 11 yaşından önce ebeveyn kaybının olması
 - Çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismara uğraması
 - Ergenlik döneminde fiziksel cezalandırmalara maruz kalma
 - 6) **Psikososyal risk faktörleri:**
 - Yakın zamanda dul kalma, ayrılık yada boşanma
 - Kronik fiziksel hastalıklar
 - Sosyal, mali ve ailesel kriz yada kayıplar
 - İzolasyon yada mali sıkıntılar
 - İntiharı yasaklayan dini inanç yada ahlaki değerlerin yokluğu
 - Sosyal izolasyon
 - 7) **Diğer risk faktörleri**
 - Ölümcül intihar araçlarının ulaşılabilir olması
 - Yakın zamanda intihara şahit olma.
-

Major Depresif Bozuklu u olan eri kinlerde intihar davranı ı için risk faktörlerinin ara tırıldı ı çalı malara bakacak olursak:

Claassen ve ark.nın (85) 2007 yılında yaptı ı bir çalı mada; 3370 intihar giri imi öyküsü olmayan, 667 intihar giri imi öyküsü olan 18–75 ya arası Major Depresif Bozukluklu 4037 hasta de erlendirilmi tir. ntihar giri iminde bulunan grupta evli olma oranı ve e itim düzeyi daha dü ük, i sizlik oranı daha yüksek saptanmı tır. ntihar giri imi olan grupta ilk depresif epizod, giri imde bulunmayan gruba göre daha erken ya larda ba lamı tır. Yine ntihar giri imi olan grupta mevcut tıbbi rahatsızlık oranı, alkol ve madde kullanım oranı daha yüksek bulunmu tur. Ayrıca geçmi te intihar giri imi olan grupta mevcut intihar dü üncesi sıklı ı da daha yüksek olarak saptanmı tır.

Major Depresif Bozuklu u olan 18–75 ya arası 308 hastanın 2 yıl takip edildi i bir çalı mada intihar giri imi öyküsü olan grup ile olmayan grup birbiri ile kar ıla tırılmı ve psikopatolojinin iddeti açısından fark saptanmamı tır. Ancak intihar giri imi olanların daha karamsar oldu u ve depresif epizod sırasında daha çok intiharı dü ündü ü bulunmu tur. ki grup arasında umutsuzluk açısından fark saptanmamı tır. ntihar giri iminde bulunan grupta bulunmayan gruba göre belirgin düzeyde impulsivite ve agresyon gibi B kümesi ki ilik bozukluklarında görülen ki ilik özellikleri saptanmı tır. ntihar giri imi olan grupta olmayan gruba göre çocukluk döneminde istismar, travma sonrası beyin hasarı ve komorbid geçmi te alkolizm ve madde kullanımı daha sık bulunmu tur. Ayrıca yüksek agresyon ve impulsivite düzeyleri ve karamsarlık, geçmi intihar davranı ı, depresif semptomların iddetli olması ve sigara içimi gelecekteki intihar giri imleri için yüksek risk olarak saptanmı tır (86).

Malone ve ark. (87) 2000 yılında 18–80 ya arası 84 Major depresif Bozuklu u olan hastayı incelemi ve intihar giri imi öyküsü olan 45 hasta ile intihar giri im öyküsü olmayan 39 hastayı birbiri ile kar ıla tırmı lardır. Ya , cinsiyet, e itim düzeyi, dini inançlar, depresif epizodun sayısı, iddeti ve süresi açısından fark saptanmamı tır. Subjektif depresyon iddeti, umutsuzluk ve intihar dü ünceleri intihar giri imi olan grupta daha yüksek saptanmı tır. ntihar giri imi olmayan grupta aileye kar ı daha fazla

sorumluluk duygusu, daha yüksek sosyal kınanma korkusu, daha yüksek intihara mani olan manevi/ahlaki değerler, daha yüksek problemlerle baş etme yeteneği, daha fazla intihar korkusu ve daha uzun yaşam süresi tespit edilmiştir. Güncel yaşam olayları açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır.

Bulik ve ark. (88) 1990 yılında 21–65 yaş arası Major Depresif Bozukluğu ve intihar girişimi olan 67 hasta ile Major Depresif Bozukluğu olup intihar girişimi olmayan 163 hastayı karşılaştırmışlardır. Intihar girişimi olan grupta intihar düşüncesinin daha sık görüldüğü, bekar, boşanmış ya da evden ayrı yaşamıyor olma oranlarının daha yüksek olduğu, nörovegetatif belirtilerin, başarısızlık hissinin, komorbid alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığın daha sık olduğu saptanmıştır. Ayrıca unipolar depresyona oranla Bipolar-2 Bozukluğunun depresif epizodu sırasında intihar girişiminin sık görüldüğü bulunmuştur.

Major Depresif Bozukluk tanısı alan 269 erikinin incelendiği bir çalışmada umutsuzluk, alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık, düşük sosyal ve mesleki seviyeli, yetersiz algılanan sosyal destek intihar düşüncesi için risk faktörü olarak saptanmıştır. Depresyonun şiddetli olması, mevcut alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık, genç yaşta olma ve düşük sosyal ve mesleki seviyeli intihar girişimi ile ilişkili görülmüştür (89).

Van Gastel ve ark. (80) tarafından 1997 yılında yapılan ve Major Depresif Bozukluğu olan 338 erikinin hastanın incelendiği bir çalışmada intihar düşünceleri depresyon şiddeti, umutsuzluk, depresye duygudurum, suçluluk duyguları, ilgi kaybı ve düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur. Bu sayılan semptomların hiçbirisi intihar girişimi ile ilişkili bulunmamıştır. Kişilik Bozukluğu olan depresif hastalarda intihar girişimi ve intihar düşüncesi daha sık görülmüştür. Cinsiyetin, medeni halin, evlilik durumunun ve psikososyal stresörlerin intihar girişimi ve düşüncesi ile ilişkisi ise saptanmamıştır.

Ülkemizde Ak ve ark. (90) tarafından 18–60 yaş arası 155 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada depresyon hastalarında belirtiler şiddeti ve umutsuzluğunun intihar davranışı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada, intihar girişimi olan 85 hasta ile Major Depresif Bozukluğu olup intihar girişimi

olmayan 70 hasta birbiri ile karşılaştırılmış ve depresyon şiddeti açısından iki grup arasında fark saptanmazken, umutsuzluk, intihar girişimi olan grupta daha yüksek olarak saptanmıştır.

Aydemir ve ark. (91) 2002 yılında, 16–65 yaş arası intihar girişimi ile hastaneye başvuran hastalardan, Major Depresif Bozukluğu (MDB) olup intihar girişimi olmayan hastalardan ve sağlıklı kişilerden oluşan otuzar kişilik grupları birbiri ile karşılaştırmıştır. Majör depresyon ve intihar riskinin kadınlar için daha yüksek olduğunu, intihar girişiminde bulunanların yaş ortalamasının majör depresyon grubuna göre düşük olduğunu, diğer demografik özellikler açısından ise her üç grubun farklı olmadığını görülmüştür. Emosyonel ve bilişsel özellikler açısından incelendiğinde intihar girişimi olan grupta depresyon semptom düzeyinin sağlıklı gruba göre yüksek olduğunu ancak Major Depresif Bozukluğu olup intihar girişimi olmayan grupla karşılaştırıldığında bu açıdan farklılık olmadığını saptanmıştır. Yine intihar girişimi olan grupta otomatik düşünce ölçeğine ait puanların majör depresyon grubuna göre daha yüksek olduğunu görülmüştür. Her üç grubun UCLA yalnızlık ölçeğinden (University of California Los Angeles Loneliness Scale) elde edilen sonuçlara bakıldığında yalnızlık duygusu açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Intihar girişimi olmayan MDB grubu ile intihar girişimi olan grup karşılaştırıldığında, intihar olasılığı toplam puanı, umutsuzluk, düşük benlik saygısı ve intihar düşünceleri alt ölçekleri puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. MDB'li olan grubunun düşünülme alt ölçeğinden aldıkları puanlar hem intihar girişimi olan gruptan hem de kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (91).

Depresyonu olan ergenlerle yapılan çalışmalarda ise intihar davranışı için sosyo-demografik risk faktörleri olarak; Kız cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, aile içi dinamik problemler, dağınık aile, anne ve babada psikopatolojinin varlığı, düşük eğitim düzeyi, okul devamsızlığı/ düzenli bir işte çalışmama, aile içi fiziksel istismara maruz kalma, hastada ve ailede geçmiş intihar girişimi öyküsü, komorbid tanı olarak: Davranım bozukluğu madde kötüye kullanımı, bireysel risk faktörleri olarak: Agresif/impulsif kişilik özellikleri, kognitif ve emosyonel risk faktörleri olarak da:

umutsuzluk, dü ük benlik saygısı, yüksek anksiyete düzeyi ve hostilite üzerinde durulmu tur (92, 93, 94).

Depresif bozuklu u olan ergenlerde intihar davranı ı için risk faktörlerinin ara tırıldı ı çalı malara bakacak olursak:

Csorba ve ark. (49) tarafından 2003 yılında yapılan bir çalı mada 13–17 ya arası 132 hasta incelenmi , son 6 ay içerisinde intihar giri imi ve intihar dü üncesi olan 51 hasta (suisidal grup) ile bu süre içerisinde intihar giri imi ve dü üncesi olmayan 81 hasta (nonsuicidal grup) birbiri ile kar ıla tırılmı tır. Umutsuzluk, dü ük benlik saygısı ve saldırgan davranı lar suicidal grupta nonsuicidal gruba göre daha yüksek olarak saptanmı tır. Suisidal ergenler nonsuicidal ergenlere göre kendilerini daha depresif ve saldırgan olarak tanımlamı lardır. Ayrıca suisidal ergenlerin anne–babaları ile ili kili daha az kaygılı oldu u bulunmu tur. Ebeveynden alınan bilgiye göre iki grup arasında madde kullanımı, irritabilite, depresyonun iddeti, anksiyete, somatoform semptomlar açısından fark saptanmamı tır. Bütün içe atım semptomları ve uyku, i tah, cinsel davranı gibi fizyolojik i levler açısından da iki grup arasında fark saptanmamı tır.

Ghaziuddin ve ark.nın (95) 2000 yılında depresyonu olan ergenlerde anksiyetenin intihar davranı ı üzerindeki etkisini ara tırdıkları çalı mada, 13–18 ya arası 56 depresif hasta incelenmi ve anksiyetenin depresyon ve suisidalite ile pozitif yönde korele oldu u saptanmı tır. Ayrıca anksiyete ve depresyon birlikteli inin intihar dü üncelerinin %55'inden sorumlu oldu u ve anksiyetenin tek ba ına suisidaliteye katkı sa ladı ı bulunmu tur.

Depresif semptomlardan hangisinin intihar dü üncesi ile daha çok ili kili oldu unun ara tırıldı ı bir çalı mada 14–23 ya arası 1057 ki i de erlendirilmi , depresif semptomlar depresif affekt, somatik ve psikomotor retardasyon ve pozitif affektin kaybı ekinde gruplandırılmı tır. Çalı ma sonunda hem kız hem erkekler için depresif duygudurum intihar dü üncesi ile ili kili bulunmu tur. Erkeklerde ek olarak pozitif affektin kaybı intihar dü ünceleri için öncül olarak saptanmı tır (96).

Tuisku ve ark.nın (97) 218 depresif bozuklu u olan ergeni de erlendirdikleri çalı mada dü ük psikosoyal i levsellik ve anksiyetenin

iddeti hem intihar dü üncesi hem de intihar giri imi ile ili kili bulunmu tur. 16–19 ya grubunda, 13–15 ya grubuna göre intihar giri imi daha sık, self–mutilatif davranı lar daha az saptanmı tır. Mevcut depresif epizodun süresi nonsuicidal grupta 16 ay, intihar dü üncesi olan grupta 24 ay ve intihar giri imi olan grupta ise 22 ay olarak bulunmu tur.

Norton ve ark. (98) 2008 yılında ya ortalaması 21,6 olan 166 üniversite ö rencisini incelemi ve anksiyete bozukluklarının birlikte depresyon olmasa da intihar dü üncesi riskini artırdı ını ancak anksiyete ile depresyon birlikteli inin intihar dü üncesi riskini daha da arttırdı ını saptamı lardır. Yine Esposito ve Clum'ın (99) 14–18 ya arası 73 lise ö rencisini de erlendirdikleri bir çalı mada depresyona davranı bozuklukları ve anksiyete e lik etti inde depresif semptomların iddetlendi i görülmü ve bu yolla dolaylı olarak intihar dü üncelerinin arttı ı dü ünülmü tür.

Major Depresif Bozukluk tanısı alan 7–14,9 ya arası 553 çocuk ve ergenin de erlendirildi i bir çalı mada yakla ık olarak hastaların %68'inde ölüm ile ilgili dü ünceler, %48'inde intihar dü üncesi, %30'unda intihar planı ve %12'sinde intihar giri imi saptanmı tır. Nonsuisidal hastalar suicidal hastalarla kar ıla tırıldıklarında intihar davranı ı sergileyen hastalar daha fazla depresif semptom sergilemi , depresyon iddeti daha yüksek ve komorbid hastalık sıklı ı daha fazla olarak saptanmı tır. De ersizlik duygularının, deprese duygudurumun, psikomotor ajitasyonun, komorbid seperasyon anksiyetesi ve davranım bozuklu u varlı ının, ölüm ile ilgili dü ünme, intihar dü üncesi, intihar planı ve intihar giri imi gibi intihar davranı ı formlarından en az biri ile ba ımsız olarak ili kili oldu u saptanmı tır. Sadece de ersizlik duygularının di er depresif semptomlar, komorbid bozukluklar ve demografik verilerden ba ımsız olarak her 4 intihar davranı ı ile ili kili oldu u görülmü tür. Çalı manın sonunda ara tırmacılar, de ersizlik duygularının intihar davranı ının geli iminde merkezi rol oynadı ını, benlik saygısını ve altta yatan psikopatolojiyi düzeltmeye yönelik terapötik görü melerin depresyonu olan çocuk ve ergenlerde intihar davranı ını belirgin olarak azaltaca ını savunmu lardır (82).

Mayers ve ark. (100) tarafından 1991 yılında yapılan bir çalışmada 7–17 yaş arası 138 hasta incelenmiş, 100 Major Depresif Bozukluk tanısı alan çocuk ve ergen ile 38 başka psikiyatrik tanısı alan çocuk ve ergen intihar davranışı açısından karşılaştırılmış, davranım problemleri ve depresif düğünceler her iki grupta intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Umutsuzluk, stresli yaşam olayları ve annede psikopatoloji toplam örneklem grubunda intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Komorbid seperasyon anksiyetesi varlığının ise Major depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenleri intihar davranışından koruduğu saptanmıştır.

Major Depresif Bozukluk tanısı almış 7–17 yaş arası 135 çocuk ve ergenin değerlendirildiği bir çalışmada depresyonun şiddeti, umutsuzluk, insomnia ve komorbid davranım bozukluğunun varlığı intihar davranışı için risk faktörü olarak saptanmıştır. Prepubertal dönemde intihar davranışı gösteren depresif erkek çocuklar, intihar davranışı göstermeyenlere göre daha şiddetli depresif semptomlar ve daha düşük seviyeli levsellik göstermiştir. Puberte sonrası dönemde ise intihar davranışı gösteren kız ergenler, intihar davranışı göstermeyenlere kıyasla daha yüksek umutsuzluk, daha şiddetli depresif semptomlar ve daha çok davranım bozukluğu göstermiştir (81).

Kosky ve ark.nın (101) 1986 yılında 15 yaş altı çocuk ve ergenle yaptıkları bir çalışmada, Depresif Bozukluğu olup intihar düğüncesi olmayan 481 çocuk ve ergen, depresyonu ve intihar düğüncesi olan 147 çocuk ve ergen ile karşılaştırılmıştır. Sonuçta: Aile içi bozuk ilişkiler ve dümanca tutumlar, yaş ve kız cinsiyet intihar düğünceleri ile ilişkili bulunmuştur. Hiçbir psikiyatrik, emosyonel ve davranım bozukluğu semptomu iki grup arasında farklı bulunmamıştır. Aynı şekilde aile dışı ve sosyal desteklenkenler açısından da fark bulunmamıştır. Intihar düğüncesi olan grup olmayan gruba göre daha fazla arkadaş ilişkilerinde bozulma ve sosyal geri çekilme sergilememiştir.

Ülkemizde Akba ve ark. (102) tarafından yapılan bir çalışmada hastane başvurusu intihar girişimi ile olan ve olmayan depresif çocuk ve ergenler birbiri ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada 9–18 yaş arası intihar girişimi ile hastaneye başvuran 44 hasta ile intihar girişimi olmayan 47 hasta birbiri ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda hastaneye intihar girişimi ile

ba vuran Depresif bozukluklu hastalarda okulu bırakma oranlarının daha fazla oldu u, daha sık parçalanmı aileden geldikleri, annelerin e itim düzeyinin dü ük oldu u, ve daha az psikiyatrik tanı aldıkları saptanmı tır. İntihar giri iminde bulunan ki ilerde intihar giri im nedeni olarak en fazla aile içi sorun belirtilmi tir. Hastane ba vurusu intihar giri imi ile olmayan depresif hastaların anneleri daha fazla psikiyatrik destek ihtiyacı bildirmi olup, bu hastalar izlemde daha düzenli poliklinik kontrollerine gelmi tir.

Görüldü ü gibi ergenler intihar davranı ını birçok faktörün etkisi altında kalarak sergilemektedir. Bu risk faktörlerini saptamak için ülkemizde ve yurt dı ında intihar davranı ı sergileyen ergenlerle yapılmı ve birço u yukarıda verilen pekçok ara tırma bulunmaktadır. İntihar giri imi için depresif bozuklu un en önemli risk faktörü oldu u gösterilmi se de, anksiyete bozuklukları, davranım bozuklu u, psikotik bozukluk gibi birçok psikiyatrik bozuklukta komorbid depresif bozukluk olmadan da intihar davranı ının görüldü ü bilinmektedir. Bu nedenle intihar davranı ı sergileyen ergenlerle yürütülen birçok çalı ma depresif bozukluk dı ında di er psikiyatrik bozukluklara sahip bireyleri de içerecek ekilde yapılmı tır. İntihar davranı ı sergilemi heterojen tanıları içeren gruplarla yürütülen çalı malarda belirlenen risk faktörlerinin depresyonla mı yoksa intihar davranı ıyla mı ili kili oldu unu ayırt etmek güçtür. Yurt dı ında depresyonu olan ergenlerde intihar davranı ı için risk faktörlerinin ara tırıldı ı birçok çalı ma varken ülkemizde kısıtlı sayıda çalı ma bulunmaktadır. Bu çalı malarda genelde intihar giri imi için risk faktörleri ara tırılmı tır. Ancak depresyonu olan bireylerde intihar e iliminin farklı görünümünde oldu unu bilmekteyiz. Hastaların bir kısmı intiharı hiç dü ünmezken bir kısmı intiharı dü ünmekte; ancak eyleme geçmemektedir. Di er bir kısım hasta ise intihar giri imi sergilemektedir.

Biz bu çalı mamızda mevcut çalı malardan farklı olarak, intihar dü üncesi ve giri imi gibi intihar e iliminin farklı görünümüleri için ayrı ayrı risk faktörlerini ara tırdık. Özellikle intihar dü üncesi olup giri imi olmayan depresif hastalar ile intihar giri imi olan depresif hastaların kar ıla tırıldı ı çalı malara literatürde rastlanmamı tır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Olgular

Denekler, 03.06.2008–06.03.2008 tarihleri arasında Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatan veya polikliniğe ayaktan tedaviye gelen kişiler arasından seçildi. Bu tarihler arasında başvuran hastalar arasından DSM–IV/ICD–10 tanı kriterlerine göre “Depresif Bozukluk” tanısı alan ve Çocuklar için Depresyon ölçeğinde en az 19 puan alan 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hasta olmadı. Çalışma ile ilgili gerekli etik kurul onayı alınmıştır (Etik Kurul tarih:15.04.2008, Karar no: 2008–8/35)

Çalışmaya kabul edilme ve hariç tutulma kriterleri

Çalışma için 12–18 yaş arasında olan, DSM–IV /ICD 10 tanı kriterlerine göre “Depresif Bozukluk” tanısı alan, Çocuklar için Depresyon Ölçeğinde minimum 19 puan alan, bilimsel olarak çalışmaya kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde olan, çalışmaya katılmak üzere kendisinin onayı ve veli/vasisinin aydınlatılmış onamı olan olgular seçildi (Ek-1). 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olanlar ile ilgisizliği bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı olan olgular çalışmaya alınmamıştır (Ek-2).

Çalışma Akıllıması

Uluda Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatan ve polikliniğe ayaktan gelen olgular arasından, DSM IV/ICD 10’a göre “Depresif Bozukluk” tanısı konan, çalışmaya alma kriterlerini karşılayan ve tanılama kriterlerini karşılamayan hastalardan onay ve velilerinden onam alınarak çalışmaya başlandı. Hastaların psikiyatrik ve genel tıbbi muayeneleri yapıldı. Hastalar ile yapılan görüşmede hayattan bıkkınlık, ölme isteği, intihar düşünceleri, intihar ile ilgili spesifik planları, geçmiş intihar girişimleri çalışmacılar tarafından oluşturulan bir form ile değerlendirildi. Yine çalışmacılar tarafından oluşturulan bir kişisel bilgi formuyla da olguların sosyo–demografik verileri elde edildi. Ayrıca aynı gün hastalara klinik rutinde uygulanan Çocuklar için Depresyon Ölçeği, STAI anlık ve süreklilik anksiyete ölçeğinin yanı sıra, Kısa Semptom Envanteri, Beck Umutsuzluk Ölçeği,

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SDQ (Dayanıklılık ve Güçlükler Anket Formu–Strengths and Difficulties Questionnaire) uygulandı.

Uygulanan Form ve Ölçekler

Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)

Çalışmayı yürütenler tarafından bu çalışma için oluşturulan ve 22 maddeden oluşan bu form ile çalışmaya alınan olguların adı-soyadları, doğum tarihi ve yeri, ay cinsinden yaşı, baba adı, protokol numarası, adres ve telefon bilgileri, cinsiyeti, kardeş sayısı, okul durumu, kiminle yaşadığı, beraberinde yaşadığı ailesinin öz olup olmadığı, anne ve babasının eğitim seviyeleri ve çalışma durumları, ailenin aylık geliri, hastanın süregelen bedensel rahatsızlığı, aile öyküsünde psikiyatrik rahatsızlık bulunup bulunmadığı, hastada ve ailede sigara, alkol ve madde kullanımının olup olmadığı ve akran zorlaması öyküsü sorgulandı.

İntihar Düğünçesi ve Girişimini Değerlendirme Formu (EK-4)

Bu form çalışmayı yürütenler tarafından intihar düğünçesi ve girişimini değerlendirmek amacıyla bu çalışma için oluşturuldu. Bu form ile olguların görüşme anında, son 3 günde, 3 gün–1ay arası, 1ay–6ay arası ve 6ay–1yıl arası hayattan bıkmama, ölüm isteği, intihar düğünçesi, intihar planı ve intihar girişi olup olmadığı, intihar düğünçesi var fakat plan ve girişim yok ise vazgeçiren nedenin ne olduğu yine intihar planı var girişim yok ise vazgeçiren nedenin ne olduğu, kaç defa intihar girişiminde bulunuldu ve sırasıyla girişim yöntemleri, aile/yakın akraba ve arkadaşlarda intihar girişi öyküsü sorgulandı.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory–CDI) (EK-5)

Çocuklardaki depresyon düzeyini saptamak amacıyla Kovacs tarafından 1981 yılında geliştirilen ve çocukluk çağı depresyonunda kendini değerlendirme amacıyla en sık kullanılan ve psikometrik özellikleri en sık araştırılmış olan ölçektir (103). Türkiye'de geçerlik güvenilirlik çalışması Öy tarafından 1991 yılında yapılmıştır (104). Çocuklar için depresyon ölçeği 6–

17 ya arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir. Madde ve bütünlük korelasyonları, iç tutarlılı ı, test–tekrar test güvenilirli i ve ayırıcı geçerlili i kabul edilebilirdir.

Toplam 27 maddeden olu an ölçek çocu a okunarak veya çocu un kendisi tarafından okunarak doldurulur. Çocu un son iki hafta içindeki tutumunu de erlendirip üç seçenek arasından kendisine en uygun cümleyi seçerek i aretlemesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında de i en puanlar verilir. B, E, G, , J, L, N, O, P, , Ü, V maddeleri ters olarak puanlanan maddelerdir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Kesim puanı olarak 19 önerilir. 19 ve üstü patolojik kabul edilir.

Anlık– Süreklilik Kaygı Envanteri (State–Trait Anxiety Inventory– STAI–I, STAI–II) (EK-6a ve b)

Spielberger ve ark. tarafından, anlık ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için 1970 yılında geli tirilmi tir (105). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalı ması 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmı tır (106). Grup olarak da uygulanabilen bu ölçe i ortaokul okuma yazma düzeyine sahip bireyler yakla ık 10 dakika içinde cevaplandırabilirler.

Ölçe in her biri 20 maddelik 2 ayrı alt ölçe i vardır; Anlık Kaygı ölçe i: Bireyin belirli bir anda ve belirli bir ko ulda kendini nasıl hissetti ini belirler. Cevaplandırmada, maddelerin ifade etti i duyu , dü ünçe ve ya davranı ların iddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok”, “tamamıyla” ifadelerinden biri seçilir. Süreklilik kaygı Ölçe i ise bireyin içinde bulundu u durum ve ko ullardan ba ımsız olarak kendini nasıl hissetti ini belirler. Cevaplandırmada, sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman”, “hemen her zaman” ifadelerinden biri seçilir. Cevaplar soru formuna i aretlenir. Okuma yazması olmayan veya yeterli olmayan ki ilere uygulayıcı tarafından okunabilir.

Ölçekte do rudan ve tersine çevrilmi ifadeler vardır. Anlık kaygı ölçe inde 10 tane (1, 2, 5 ,8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), sürekli kaygı ölçe inde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) tersine çevrilmi ifade vardır. Do rudan ve tersine çevrilmi ifadelerin toplam a ırlıklarının saptanması için 2 ayrı anahtar hazırlanır. Do rudan ifadeler için elde edilen toplam a ırlıklı

puandan, ters ifadelerin toplam a ırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya de i meyen bir de er (STAI-I için 50, STAI-II için 35) eklenir. Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında de i ir ve kesme puanı olarak 45 alınır. Buyuk puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise d k kaygı düzeyini gösterir.

Kısa Semptom Envanteri (Ek-7)

Bir kendini de erlendirme le i olan Kısa Semptom Envanteri (KSE), e itli psikolojik belirtileri taramak amacıyla uygulanan bir ölçektir. Bu lek 1992 yılında Derogatis tarafından geli tirilmi tir (107). Kısa semptom envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalı malar sonucu ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne da ılımlı olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almı toplam 53 madde seilmi ve 5-10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmi tir.

Bireyin kendi kendine cevaplandırabilece i, uygulanı ı kolay olan KSE, 53 madde, 9 alt ölçek, ek maddeler ve global indeksten olu ur. Her madde için "Hiç yok", "Biraz var", Orta derecede var", "Epey var" ve "ok fazla var" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve i aretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 4 arasında de i en puanlar verilir. Ölçekten alınan puanların yüksekli i, bireyin semptomlarının sıklı ını gösterir.

Alt lekler, somatizasyon (2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddeler) obsesif kompulsif bozukluk (5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddeler), ki iler arası duyarlılık (20, 21, 22 ve 42. maddeler), depresyon (9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddeler), anksiyete bozuklu u (1, 12, 19, 38, 45 ve 49. maddeler), hostilite (6, 13, 40, 41 ve 46. maddeler), fobik anksiyete (8, 28, 31, 43 ve 47. maddeler), paranoid d nceler (4, 10, 24, 48 ve 51. maddeler), psikositizm (3, 14, 34, 44 ve 53. maddeler) ve ek maddelerden (11, 25, 39, 52. maddeler) olu ur. Ölçe e ait global indeksler ise; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (Alt leklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir), belirti toplamı indeksi ("o" olarak i aretlenen maddeler dı ındaki tüm maddelerin "1" olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır) ve semptom rahatsızlık indeksidir (Alt ölçeklerden elde edilen puanın toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir).

Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ya ortalaması 21,02 olan bir grupta 1994 yılında yapılmıştır (108). Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik çalışması 2002 yılında 13–17 yaş arası (ya ortalaması 15,21) 597 ergen ile yapılmıştır. (109).

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (EK-8)

Beck umutsuzluk ölçeği Beck ve ark. (110) tarafından bireylerin geleceğe ilişkin umutsuzluk derecelerini kantitatif olarak değerlendirilmesini amaçlayan bir ölçektir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber (111) ve Durak (112) tarafından yapılmıştır. Durak geçerlik güvenilirlik çalışmasını 15–65 yaş arası 373 kişi ile gerçekleştirmiştir (112). Ergenlerde ve yetişkinlerde uygulanabilen, bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanması kolay, 20 maddelik bir ölçektir. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri “EVET”, uygun olmayanları ise “HAYIR” olarak değerlendirilmesi istenir. Maddelerin 11 tanesinde “evet” seçeneği 9 tanesinde ise “hayır” seçeneği 1 puan alır. 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, ve 20. sorularda “evet”, 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, ve 19. sorularda ise “hayır” yanıtı için birer puan verilir. Daha sonra alınan puanlar toplanarak ölçeği alan kişi için bir “umutsuzluk” puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 20 arasında değişmektedir ve yüksek puan umutsuzluk derecesinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı yoktur.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (Coopersmith Self-Esteem Inventory): (EK-9)

Coopersmith benlik saygısı ölçeği 1967 yılında Stanley Coopersmith tarafından geliştirilen kişisel özellikli alanlarda kendisi hakkındaki tutumunu değerlendirmede kullanılan bir ölçme aracıdır. Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması ilk defa 1987 yılında Tufan ve Turan tarafından yapılmıştır (113), 1992 yılında Aksoy, 1997 yılında da Pişkin 25 maddelik “Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri” kısa formunu kullanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (114, 115). Aksoy geçerlik güvenilirlik çalışmasını lise son sınıf öğrencilerinde, Pişkin ise geçerlik güvenilirlik çalışmasını 164’ü kız, 151’i erkek olmak üzere 315 lise öğrencisinde gerçekleştirmiştir. Ölçek toplam olarak 25 maddeden oluşmaktadır. Her madde “Hiç tanımlamıyorum”, “Biraz

tanımlıyor”, “Oldukça iyi tanımlıyor”, “iyi tanımlıyor” ve “Çok iyi tanımlıyor” eklemlinde beşlikli likert tipi bir ölçek ile değerlendirilir. 4, 5, 8, 10, 14, 16, 19, 20, ve 24. maddelerde hiç tanımlamıyor=0 puan, biraz tanımlıyor=1 puan, oldukça iyi tanımlıyor=2 puan, iyi tanımlıyor=3 puan ve çok iyi tanımlıyor=4 puan eklemlinde, 1, 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 21, 22, 23 ve 25. maddelerde ise hiç tanımlamıyor=4 puan, biraz tanımlıyor=3 puan, oldukça iyi tanımlıyor=2 puan, iyi tanımlıyor=1 puan ve çok iyi tanımlıyor=0 puan olacak şekilde puanlama yapılır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bireylerin benlik saygıları da yükselmektedir. Bireyin ölçekten aldığı puan “0–30” arasında ise benlik saygısı düşük, “31–70” arasında ise orta ve “71–100” arasında ise benlik saygısının yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support–MSPSS) (EK-10)

Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay kısa bir ölçektir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve kişi için özel dereceleri olan bir insandan alınan desteği içermektedir (116). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. (117) Gençlerde (12–22 yaş) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Çakır ve Palabıyıklı yapmıştır (118).

MSPSS 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Desteğin kaynağına ilişkin 3 alt ölçeğin her biri için 4 soru maddesi bulunmaktadır. Sorular özel bir insan alt ölçeği ile ilgili (1, 2, 5, 10), arkadaş alt ölçeği ile ilgili (6, 7, 9, 12) ve aile alt ölçeği ile ilgili (3,4,8,11) olmak üzere değerlendirilir. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilir. Her madde 0 ile 7 arasında aralıklı likert tipi ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Elde edilen derecin yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin kesim puanı yoktur.

Güçler ve Güçlükler Anketi Ergen ve Anne–Baba Formu, (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ–E,SDQ–AB) (EK-11a ve b)

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) “Strength and Difficulties Questionnaire–SDQ” İngiliz psikiyatrist Rober Goodman tarafından 1997

yılında geliştirilmiştir (119, 120, 121). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve ark. (122) tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Geçerlik güvenilirlik çalışması 4–18 yaş arası çocuğa sahip 250 ebeveyn ve 11–18 yaş arası 210 ergenle yapılmıştır. SDQ çocuk ve ergenlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını değerlendirme için kullanılır. Bu anketin, 4–16 yaşlar için anne–baba ve öğretmen formu ile 11–16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu formları yaklaşık beş dakika içinde gerçekleştirilebilmektedir. Bazıları olumlu, bazıları ise olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Her soru 0 ile 2 arasında puanlanır ve “Doğru değil / Kısmen doğru / Kesinlikle doğru” şeklinde 3 şıklı likert tipi bir ölçek ile değerlendirilir. 7, 11, 14, 21 ve 25. sorular tersten puanlanır. Ölçekte yer alan 25 soru hem uygun tanısal ölçütler, hem de faktör analizi sonuçlarına göre her biri beş soru içeren beş alt başlıkta toplanmıştır; Dikkat Eksikliği ve Artırı Hareketlilik (2, 10, 15, 21 ve 25. maddeler), Davranış Sorunları (5, 7, 12, 18 ve 22. maddeler), Duygusal Sorunlar (3, 8, 13, 16 ve 24. maddeler), Akran Sorunları (6, 11, 14, 19 ve 23. maddeler) ve Sosyal Davranışlar (1, 4, 9, 17 ve 20. maddeler). Bu alt başlıklardan ilk 4’ü yaşanan güçlükleri, sosyal davranışlar ise güçlü yanları sorgulamaktadır. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile "Toplam Güçlük Puanı" da hesaplanabilmektedir. SDQ’nun geliştirilmesi uyarlaması ise olası sorunun sosyal ve akademik düzeydeki etkileri, birlikte yaşadıkları yük ve yol açabilecekleri genel stres düzeyinin değerlendirildiği "etkilenme puanını" da içermektedir.

statiksel Analiz

Çalışmanın analizinde SPSS for Windows 13.0 (Chicago,IL) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değerlendirilen değişkenler ortalama, medyan, standart sapma, max–min, range değerleriyle birlikte verilmiştir. Sürekli değerlendirilenlerden normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar parametrik testlerden bağımsız örneklem t testi, 3 grup arasındaki karşılaştırmalarda ANOVA kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen

de i kenlerin iki grup arası kar ıla tırmaları Mann–Whitney U testi, 3 grup kar ıla tırmalarında Kruskal–Wallis testi kullanılmı tır.

Kategorik de er alan de i kenlerin gruplarla olan kar ıla tırmalarında Pearson Ki–kare ve Fisher'in kesin ki–kare testi kullanılmı tır.

Çalı mada sürekli de i kenler arasındaki ili kiye korelasyon analiziyle bakılmı , spearman korelasyon katsayısıyla ili ki incelenmi tir.

Çalı mada %95 ($P<0,05$) anlamlılık düzeyi benimsenmi tir.

Ergenlerdeki hızlı geli im dikkate alınarak ya (ay) olarak hesaplanmı , gere inde (yıl; ay) olarak gösterilmi tir.

BULGULAR

I-Sosyodemografik Bulgular

Çalı maya Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Klini inde yatan veya poliklini e ayaktan tedaviye gelen hastalar arasından DSM-IV/ICD-10 tanı kriterlerine göre “Depresif Bozukluk” tanısı alan ve Çocuklar için Depresyon ölçe inden en az 19 puan alan 12-18 ya arası 63 hasta dahil edildi. Ara tırmaya katılan hastaların 48'i kız, 15'i erkekti. Çalı maya katılan hastaların ya ortalaması 192,2 ay (16 ya 0,2 ay) olarak tespit edildi. Kızların ya ortalaması 192,3 ay (16 ya 03 ay), erkeklerde ya ortalaması 192 ay (16 ya) olarak saptandı. Ara tırmaya katılan en küçük kız 12 ya , en büyük kız 17 ya 11 aylık iken, en küçük erkek 14 ya 5 ay, en büyük erkek ise 17 ya 8 aylıktı (Tablo-2).

Tablo-2: Hastaların cinsiyetlerine ve ya larına göre dağılımları.

Cinsiyet	YA (Ay Olarak)						p
	n	%	Ortalama ya	Standart sapma	Minimum ya	Maximum ya	
Kız	48	76,2	192,3	16,4	144	215	>0,05
Erkek	15	23,8	192,0	13,7	173	212	
Toplam	63		192,2	15,7	144	215	

Katılımcıların do um yerine bakıldı ında %3,2'sinin (n=2) köyde, %11,1'inin (n=7) ilçede ve % 85,7'sinin (n=54) ilde do du u saptanmı tır. Karde sayısına bakıldı ında %6,3'ünün (n=4) tek çocuk oldu u, %50,8'inin (n=32) 1 karde i, %31,7'sinin (n=20) 2 karde i, %9,5'inin (n=6) 3 karde i ve %1,6'sının (n=1) 5 karde i oldu u görülmü tür. Hastaların %49,2'si 1. çocuk, %30,2'si (n=19) 2. çocuk, %15,9'u (n=10) 3. çocuk ve %4,8'i (n=3) 4. çocuktur.

Hastaların e itim durumlarına bakıldı ında %12,7'si (n=8) halen herhangi bir okula gitmiyorken, %7,9'u (n=5) ilkö retim okuluna, %76,2'si

(n=48) liseye, % 3,2'si (n=2) Üniversite/Yüksek okula gidiyordu. Halen herhangi bir okula devam etmeyen 8 hastanın %50'si (n=4) zorunlu ilkö retimi bitirdikten sonra okula gitmemi , %25'i (n=2) lise 1. sınıftan ve %25'i (n=2) de lise 2. sınıftan terk etmi ti. Liseye giden 48 hastanın %35,4'ü (n=17) meslek lisesine gidiyordu. Yine hastaların %71,22'si (n=45) genel okula giderken, % 15,9'u (n=10) sınavla girilen bir okula gidiyordu.

Hastaların kiminle ya adıklarına bakıldı ında %84,1'i (n=53) anne ve baba ile, %11,1'i (n=7) anne ile, %3,2'si (n=2) baba ile ve %1,6'sı (n=1) kurumda ya adı ı tespit edildi.

Aile tipine bakıldı ında hastaların %77,8'i (n=49) çekirdek ailede, %9,5'inin (n=6) geni ailede, %12,7'sinin(n=8) da ılmı ailede ya adı ı görüldü.

Hastaların cinsiyete göre do um yeri, okul türü, kiminle ya adı ı ve aile tipi a a ıdaki tabloda gösterildi. (Tablo–3)

Tablo–3: Cinsiyet da ılımına göre sosyodemografik bulgular.

GRUP		C NS YET				TOPLAM (n)
		Kız (n)	Toplam (%)	Erkek (n)	Toplam (%)	
Do um Yeri	Köy	1	1,6	1	1,6	2
	İçe	5	7,9	2	3,2	7
	İ	42	66,7	12	19,0	54
Gitti i Okul türü	Okula gitmiyor	6	9,5	2	3,2	8
	Genel okula gidiyor	34	54,0	11	17,5	45
	Sınavla girilen okul	8	12,7	2	3,2	10
Kiminle Ya adı ı	Anne–baba ile	42	66,7	11	17,5	53
	Anne ile	5	7,9	2	3,2	7
	Baba ile	1	1,6	1	1,6	2
	Kurumda	0	0,0	1	1,6	1
Aile Tipi	Çekirdek aile	38	60,3	11	17,5	49
	Geni aile	5	7,9	1	1,6	6
	Da ılmı aile	5	7,9	3	4,8	8

Anne ve baba e itimleri açısından incelendi inde, hastaların %1,6'sının (n=1) annesi okuma yazma bilmiyor, %65,1'inin (n=41) annesi ilkokul mezunu, %11,1'inin (n=7) annesi ortaokul mezunu, %14,3'ünün (n=9) annesi lise mezunu ve %7,9'unun (n=5) annesi üniversite mezunuydu. Yine hastaların %38,1'inin (n=24) babası ilkokul mezunu, %14,3'ünün (n=9) babası ortaokul mezunu, % 38,1'inin (n=24) babası lise mezunu, %9,5'inin (n=6) babası üniversite mezunuydu.

Annelerin ve babaların çalı ma durumuna bakıldı nda hastaların %63,5'inin (n=40) annesinin çalı madı ı, %12,7'sinin (n=8) annesinin i çi oldu u, %7,9'unun (n=5) annesinin memur oldu u, %7,9'unun (n=5) annesinin emekli oldu u ve %7,9'unun (n=5) annesinin serbest bir meslekte çalı tı ı tespit edildi. Babaların ise %4,8'inin (n=3) çalı madı ı, %30,2'sinin (n=19) i çi oldu u, %17,5'inin (n=11) memur oldu u, %25,4'ünün (n=16) emekli oldu u ve %22,2'sinin(n=14) ise serbest bir meslekte çalı tı ı görüldü.

Ailenin aylık geliri açısından bakıldı nda hastaların %3,2'sinde (n=2) ailenin aylık toplam geliri 400 YTL'nin altında, %23,8'inin (n=15) 401–800 YTL arasında, %30,2'sinde (n=19) 8001–1200 YTL arasında, %25,4'ünde (n=16) 1201–1600 YTL arasında %7,9'unda (n=5) 1601–2200 YTL arasında ve %9,5'inde (n=6) 2000 YTL'nin üzerinde olarak saptandı.

Bedensel Hastalık

Hastaların %11,1'inde (n=7) i levsellili bozmayacak düzeyde bedensel bir hastalık varken, geri kalanlarda herhangi bir bedensel hastalık yoktu. Bedensel hastalık olarak Epilepsi 2 hastada, hipotiroidi, FMF (Ailevi Akdeniz Ate i), Migren, Astım ve itme güçlü ü ise birer hastada bulunmaktaydı. (Tablo-4)

Tablo-4: Cinsiyete göre bedensel hastalık:

GRUP		C NS YET				P
		Kız (n)	%	Erkek (n)	%	
Bedensel Hastalık	var	6	12,5	1	6,6	>0,05
	yok	42	87,5	14	94,4	

Madde, Alkol ve Sigara Kullanımı

Madde alkol ve sigara kullanımı açısından bakıldığında hastaların %4,8'i (n=3) madde kullanımı oldu unu,, %17,5'i (n=11) alkol kullanımı oldu unu ve %23,8'i (n=15) sigara kullanımı oldu unu belirtmiştir. Madde, alkol ve sigara kullanımında cinsiyet açısından fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo-5). Yine hastalardan 12;0-15;0 ya (144-180 ay) arası olanlar ve 15;1-18;0 ya (181-216 ay) arası olanlar ekinde iki grup olu turuldu unda ya a göre madde, alkol ve sigara kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo-6)

Tablo-5: Cinsiyete göre madde, alkol ve sigara kullanımı.

GRUP		TOPLAM		C NS YET				p
		n	%	Kız (n)	Kız (%)	Erkek (n)	Erkek (%)	
Madde kullanımı	var	3	4,8	2	4,1	1	6,6	0,564
	yok	60	95,2	46	95,9	14	94,4	
Alkol kullanımı	var	11	17,5	8	16,6	3	20,0	0,714
	yok	52	82,5	40	83,4	12	80,0	
Sigara kullanımı	var	15	23,8	10	20,8	5	33,3	0,322
	yok	48	76,2	38	79,2	10	66,7	

Tablo-6: Ya a göre madde, alkol ve sigara kullanımı.

GRUP		TOPLAM		YA				p
		n	%	12-15 ya (n)	12-15 ya (%)	15-18 ya (n)	15-18 ya (%)	
Madde kullanımı	var	3	4,8	1	5,8	2	4,1	>0,05
	yok	60	95,2	16	94,2	44	95,9	
Alkol kullanımı	var	11	17,5	1	5,8	10	20,8	0,262
	yok	52	82,5	16	94,2	36	79,2	
Sigara kullanımı	var	15	23,8	3	17,6	12	25,0	0,740
	yok	48	76,2	14	82,4	34	75,0	

Ailede Psikiyatrik Bozukluk ve Madde Kullanımı

Gönüllülerin aileleri psikiyatrik bozukluk açısından incelendi inde, hastaların %38'inin (n=26) ailesinde sadece duygudurum bozukluğu, %6,3'ünün ailesinde (n=4) duygudurum bozukluğu + anksiyete bozukluğu, %1,6'sının (n=1) ailesinde duygudurum bozukluğu + psikotik bozukluk ve %3,2'sinin (n=2) ailesinde sadece psikotik bozukluk öyküsü belirtildi i, hastaların %47,6'sının ailesinde ise herhangi bir psikopatoloji bulunmadı ının belirtildi i görüldü.

Aileler madde, alkol ve sigara kullanımı açısından incelendi inde hastaların %76,2'sinin (n=48) ailesinde sigara içimi, %38,1'inin (n=24) ailesinde alkol içimi ve % 1,6'sının (n=1) ailesinde madde kullanımı belirtildi i görüldü.

II- ntihar Davranı ı, Giri im Yöntemi ve Vazgeçme Nedenleri ile İlgili Bulgular.

Çalı mada intihar davranı ını de erlendirmek için hastalarla yüz yüze yapılan görü melerde çalı mayı yürütenler tarafından olu turulan “ntihar Dü üncesi ve Giri imi De erlendirme Formu” kullanıldı. Bu form ile intihar davranı ı de i ik zaman dilimlerindeki “ntihar dü üncesi”, “ntihar planı”, ve “ntihar giri imi” olarak sorgulanmaktadır.

II-1: ntihar Davranı ı ile İli kili Bulgular

. Elde edilen bilgilere göre görü me anında intihar dü üncesi hastaların %19 'unda (n=12), intihar planı %4,8'inde (n=3) saptandı. Son 3 gün içerisinde intihar dü üncesi hastaların %17,4'ünde (n=11), intihar planı %4,8'inde (n=3) ve intihar giri imi %4,8'inde (n=3) mevcuttu. Son 1 ay içerisinde ntihar dü üncesi hastaların %22,2'sinde (n=14), intihar planı %14,3'ünde (n=9) ve intihar giri imi %19'unda (n=12) mevcuttu. Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi hastaların %27'sinde (n=17), ntihar planı %17,4'ünde (n=11) ve intihar giri imi %27'sinde (n=17) mevcuttu. Son bir yıl içerisinde ise intihar dü üncesi hastaların %30,2'sinde (n=19), intihar planı %15,9'unda (n=10) ve intihar giri imi %33,3'ünde (n=21) mevcuttu. (Tablo-7)

Tablo-7: intihar davranışı ile ilgili bulgular

intihar Davranışı	Görülme anında		Son 3 gün içinde		Son 1 ay içinde		Son 6 ay içerisinde		Son bir yıl içerisinde	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiçbiri	48	76,2	46	73,0	28	44,5	18	28,6	13	20,6
intihar Düüncesi	12	19,0	11	17,4	14	22,2	17	27,0	19	30,2
intihar Planı	3	4,8	3	4,8	9	14,3	11	17,4	10	15,9
intihar Girişimi	0	0,0	3	4,8	12	19,0	17	27,0	21	33,3

Buna göre depresyon tanısı alan 12-18 yaş arası 63 hastanın son 1 ayda %55,5'inin (n=35), son 6 ayda %71,4'ünün (n=45) ve son 1 yılda %79,4'ünün (n=50) intihar davranışı sergilediği saptandı. Yine hastaların %39,6'sının (n=25) hayatlarının herhangi bir döneminde intihar girişiminde bulunduğunu belirttiği görüldü.

II-2: intihar Girişim Yöntemi ile İlgili Bulgular

Öyküsünde intihar girişimi bulunan 25 hastanın %44'ü (n=11) 1 defa, %36'sı (n=9) 2 defa %12'si (n=3) 3 defa ve %8'i (n=2) 4 defa intihar girişiminde bulunmuştu. 25 hasta toplam 46 intihar girişimi sergilemişti. Bu 46 girişimin %76'sının ilaç alarak, %15,2'sinin kesici aletlerle, %4,3'ünün tahtaların önüne atlayarak, %2,1'inin yüksekten atlayarak ve %2,1'inin de bir cisim ile boynunu sıkıp nefessiz kalarak gerçekleştirildiği tespit edildi. intihar girişiminde bulunmuş olan 25 hastanın %28'inin (n=7) birden fazla yöntem kullandığı saptandı.

II-3: intihar Girişiminden Vazgeçiren Nedenler

Öyküde son bir yıl içerisinde intihar düüncesi olan fakat intihar planı ve girişimi olmayan 19 hastaya intihar girişiminden vazgeçiren nedenler açık uçlu bir soru ile soruldu. Hastaların %42'si (n=8) dini nedenlerden (intiharın günah olması, intihar ile ölürse cehenneme gideceği vb.), %31,5'i (n=6) aile ile ilgili nedenlerden (intihar ederse aile bireylerinden birinin üzüleceği, yalnız kalacağı vb) %10,5'i (n=2) problemlerin gelecekte düzeleceğine dair umudu ve geleceğe dair planları olmasından, %10,5'i (n=2) arkadaşları ile ilgili nedenlerden (kız/erkek arkadaşının üzülmemesini, ondan ayrılmayı

istememe vb.) ve %5,2'si (n=1) cesaret edemedi inden intihar giri iminde bulunmadı ını belirtti.

Yine öyküde son 1 yıl içerisinde intiharı planlamı fakat giri imde bulunmamı 10 hastaya intihardan vazgeçiren neden yine açık uçlu bir soru ile soruldu. Hastaların %50'si (n=5) aile ile ili kili nedenlerden, %20'si (n=2) dini nedenlerden, %9'u (n=1) gelece e dair umut ve planları oldu undan, %9'u (n=1) arkada ları ile ili kili nedenlerden, %9'u (n=1) cesaret edemedi inden intihar giri iminde bulunmadı ını belirtti (Tablo-8)

Tablo-8: ntihar Giri iminden vazgeçiren nedenler.

NT HAR G R M N DEN VAZGEÇ REN NEDENLER	NT HAR DÜ ÜNCES OLAN HASTALAR			
	PLAN(-), G R M(-) (n:19)		PLAN(+), G R M(-) (n:10)	
	n	%	n	%
Dini nedenler	8	42,0	2	20,0
Aile ile ili kili nedenler	6	31,5	5	50,0
Arkada lar ile ili kili nedenler	2	10,5	1	9,0
Problemin gelecekte düzelece ine dair umut	2	10,5	-	0,0
Cesaret edememe	1	5,2	1	9,0

III- Toplam Grubun Ölçeklerden Aldı ı Puanlar

A a ıdaki tabloda toplam grup için ölçeklerden alınan puanların ortalama de eri, standart sapması, minimum ve maximum puanları verilmi tir. (Tablo-9)

Tablo-9: Toplam grubun ölçeklerden aldığı puanlar.

ÖLÇEKLER		OD	SS	M N	MAX
Çocuklar için Depresyon Ölçeği		27,06	5,70	19	39
STAI-I		51,58	10,47	25	78
STAI-II		59,49	10,08	35	79
Beck Umutsuzluk Ölçeği		11,50	5,04	1	19
Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği		45,24	13,76	19	72
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Toplam	48,69	15,30	12	82
	Aile	15,77	6,37	4	28
	Arkadaş	16,60	7,12	4	28
	Özel Bir İnsan	15,84	7,63	4	28
Kısa Semptom Envanteri	Somatizasyon	13,69	6,98	0	28
	Obsesif kompulsif bozukluk	13,50	5,18	0	23
	Kişiler arası duyarlılık	9,79	4,25	0	16
	Depresyon	15,88	5,24	3	24
	Anksiyete bozukluğu	14,01	5,04	1	24
	Hostilite	13,57	4,61	1	20
	Fobik anksiyete	7,25	4,61	0	18
	Paranoid düşünce	11,57	4,53	0	20
	Psikotizm	9,31	4,57	1	19
	Ek maddeler	9,47	3,46	1	16
	Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi	2,21	0,68	0,52	3,66
	Semptom Rahatsızlık indeksi	2,67	0,62	0,80	3,82
	Belirti Toplamı indeksi	43,42	6,08	26	53
SDQ Ergen Formu	Emosyonel Güçlükler	6,34	2,34	2	10
	Davranısal Güçlükler	4,07	1,71	1	8
	Dikkat ve Hareketlilik ile ilgili güçlükler	6,23	1,79	2	10
	Akran ilişkileri ile ilgili güçlükler	4,53	2,10	0	9
	Sosyal Davranılar	6,96	2,23	1	10
	Toplam Güçlük Puanı	21,20	4,86	12	31
SDQ Anne-Baba Formu	Emosyonel Güçlükler	6,93	2,26	2	10
	Davranısal Güçlükler	4,04	2,07	0	10
	Dikkat ve Hareketlilik ile ilgili güçlükler	6,00	2,28	0	10
	Akran ilişkileri ile ilgili güçlükler	3,73	1,95	0	8
	Sosyal Davranılar	7,17	2,35	2	10
	Toplam Güçlük Puanı	20,73	5,63	9	36

OD: Ortalama değer, SS: Standart sapma, M N: Minimum değer, MAX: Maximum değer

IV- İntihar Davranışı İddeti İle İlişkili Bulgular

Çalışmada intihar davranışını belirlemek için hastalarla yüz yüze yapılan görüşmelerde çalışmaya yürütenler tarafından oluşturulan “İntihar Dünyası ve Girişimi Belirleme Formu” kullanıldı. Bu formda intihar davranışını iddeti likert tipi bir derecelendirme ile 0 ile 5 puan arasında değerlendirildi. (0=hiçbiri, 1=sadece hayattan bıkmama, 2=ölme isteği, 3=intihar dünyası, 4=intihar planı, 5=intihar girişimi).

Çalışmaya katılan 63 hasta için “İntihar Dünyası ve Girişimi Belirleme Formu” formu kullanılarak elde edilen sonuçlar ile sosyodemografik veriler ve çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiye Spearman korelasyonu yöntemi ile bakıldı.

Depresyonu olan ve çalışmaya dahil edilen 63 hastanın son 6 ay içerisinde 4’ü (%6,3) sadece hayattan bıktığını, 11’i (%17,4) ölmeyi istediğini ancak intiharı hiç düşünmediğini, 18’i (%28,5) intihar etmeyi düşündüğünü ancak spesifik bir plan ve girişimde bulunmadığını, 10’u (%15,8) intihar etmeyi düşündüğünü ve bunun için bir plan yaptığını ancak girişimde bulunmadığını, 17’si (%27) ise intihar girişiminde bulunduğunu belirtti. 3 hasta ise (%4,3) kendisinde bu belirtilerden hiçbirinin olmadığını söyledi.

IV-1: İntihar Davranışı İddeti İle Sosyodemografik Veriler Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

Ailenin aylık gelir düzeyi ile intihar davranışını iddeti arasındaki korelasyona bakıldı. İntihar davranışını iddeti ile ailenin aylık geliri arasında negatif bir ilişki olduğu saptandı ($r=-0,273$, $p=0,030$). Buna göre daha düşük aylık gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarında intihar davranışını iddeti daha yüksek bulunmuştur.

Anne baba eğitim düzeyi ile intihar davranışını iddeti arasındaki korelasyona bakıldı. İntihar davranışını iddeti ile anne eğitim düzeyi arasında bir ilişki gözlenmezken ($r=-0,138$, $p=0,279$) babanın eğitim düzeyi ile intihar davranışını iddeti arasında güçlü bir negatif ilişki olduğu saptandı ($p=0,007$, $r=-0,336$). Daha düşük eğitim düzeyine sahip babaların çocuklarında intihar davranışını iddeti daha yüksek bulunmuştur. (Tablo-10)

Tablo-10: intihar davranı ı iddeti ile anne ve baba e itim düzeyi arası korelasyon.

		Anne e itimi	Baba e itimi
ntihar Davranı ı iddeti	r	-0,138	-0,336 ^{aa}
	p	0,279	0,007 ^{**}

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01, r^a: li ki var, r^{aa}:güçlü bir ili ki var

IV-2: intihar Davranı ı iddeti le Çalı mada Kullanılan Ölçekler Arası Korelasyonun ncelenmesi

ntihar davranı ı iddeti ile Kovacs depresyon ölçe i, STAI-I (anlık anksiyete) ölçe i, STAI-II (süreklilik anksiyete) ölçe i, Beck Umutsuzluk ölçe i ve Coopersmith Benlik saygısı ölçe inden alınan puanlar arası korelasyona bakılmı tır. intihar davranı ı iddeti ile depresyon (r=0,455, p<0,001), anlık anksiyete (r=0,342, p=0,006) ve umutsuzlu un (r=0,348, p=0,005) düzeyi arasında güçlü bir pozitif ili ki saptanmı ; intihar davranı ı iddeti ile süreklilik anksiyete düzeyi (r=0,283, p=0,025) arasında da pozitif yönde bir ili ki oldu u görülmü tür. Bu ölçeklerden daha yüksek puan alan depresif ergenlerin intihar davranı ı iddeti daha yüksek bulunmu tur. Yine intihar davranı ı iddeti ile benlik saygısı düzeyi (r=-0,320, p=0,011) arasında da negatif bir ili ki oldu u tespit edilmi tir. Benlik saygısı daha dü ük olan depresif ergenlerin intihar davranı ı iddeti daha yüksek bulunmu tur. (Tablo-11)

Tablo-11: intihar davranı ı iddeti ile KDÖ, STAI-I, STAI-II, BUÖ, CBSÖ arası korelasyon.

ÖLÇEKLER		ÇDÖ	STAI-I	STAI-II	BUÖ	CBSÖ
ntihar Davranı ı iddeti	r	0,455 ^{aa}	0,342 ^{aa}	0,283 ^a	0,348 ^{aa}	-0,320 ^a
	p	<0,001 ^{**}	0,006 ^{**}	0,025 [*]	0,005 ^{**}	0,011 [*]

r: Korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01, r^a: li ki var, r^{aa}:güçlü bir ili ki var, ÇDÖ:Çocuklar için Depresyon Ölçe i, STAI-1:Anlık Anksiyete Envanteri, STAI-II:Süreklilik Anksiyete Envanteri, BUÖ:Beck Umutsuzluk Ölçe i, CBSÖ:Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe i

Hastaların intihar davranışı şiddeti ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arası korelasyon incelenmiştir. İntihar Davranışı ile Toplam Sosyal Destek Puanı ($r=0,307$, $p=0,014$) ve Aile Desteği ($r=0,281$, $p=0,026$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki tespit edildi. Toplam Sosyal Destek puanı daha düşük olanlar ve Algılanan Aile Desteği puanı daha düşük olanların intihar davranışı şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Algılanan Arkadaş Desteği ($r=-0,194$, $p=0,128$) ve Özel Bir İnsan Desteği ($r=-0,191$, $p=0,134$) ile intihar davranışı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo-12).

Tablo-12: İntihar davranışı şiddeti ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arası korelasyon.

Algılanan Sosyal Destek		SD-T	SD-A	SD-AR	SD-ÖB
İntihar Davranışı Şiddeti	r	-0,307 ^a	-0,281 ^a	-0,194	-0,191
	p	0,014*	0,026*	0,128	0,134

r: Korelasyon katsayısı, p*: $p<0,05$, p**: $p<0,01$, r^a: ilişki var, r^{aa}: güçlü bir ilişki var, SD-T: Algılanan Toplam Destek, SD-A : Algılanan Aile Desteği, SD-AR: Algılanan Arkadaş Desteği, SD-ÖB : Algılanan Özel Bir İnsan Desteği

İntihar davranışı şiddeti ile Kısa Semptom envanteri alt ölçekleri arasındaki korelasyon incelenmiştir. Kısa semptom envanteri alt ölçeklerinden Depresyon ($r=0,354$, $p=0,004$), anksiyete semptomları ($r=0,415$, $p=0,001$) ile intihar davranışı şiddeti arasında güçlü bir pozitif bir korelasyon görülürken, Somatizasyon ($r=0,254$, $p=0,044$) hostilite ($r=0,267$, $p=0,034$) ve ek maddeler ($r=0,264$, $p=0,037$) ile intihar davranışı şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Alt ölçek puanı daha yüksek olanların intihar davranışı şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Yine global indekslerden Rahatsızlık ciddiyeti indeksi ($r=0,327$, $p=0,009$) ve Semptom Rahatsızlık indeksi ($r=0,325$, $p=0,009$) ile intihar davranışı şiddeti arasında da pozitif yönde güçlü bir korelasyon saptanmıştır. Daha yüksek puan alanların intihar davranışı şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde ise anlamlı düzeyde korelasyon gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo-13).

Tablo-13: intihar davranı ı iddeti ile Kısa Semptom Envanteri arası korelasyon.

Kısa Semptom Envanteri	ntihar davranı ı iddeti	
	r	p
Somatizasyon	0,254 ^a	0,044*
Obsesif kompulsif bozukluk	0,158	0,215
Ki iler arası duyarlılık	0,160	0,210
Depresyon	0,354 ^{aa}	0,004**
Anksiyete bozuklu u	0,415 ^{aa}	0,001**
Hostilite	0,267 ^a	0,034*
Fobik anksiyete	0,164	0,199
Paranoid dü ünçe	0,076	0,553
Psikotizm	0,206	0,106
Ek maddeler	0,264 ^a	0,037*
Rahatsızlık Ciddiyeti ndeksi	0,327 ^{aa}	0,009**
Semptom Rahatsızlık ndeksi	0,325 ^{aa}	0,009**
Belirti Toplamı ndeksi	0,113	0,380

r: korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01, r^a:ili ki var, r^{aa}:güçlü bir ili ki var

ntihar Davranı ı iddeti ile Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ–Ergen ve SDQ–Anne/Baba) arası korelasyon incelenmi tir. Anne–Baba formundaki hiçbir alt ölçek ile intihar davranı ı iddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmezken (p>0,05), Ergen formunda Davranı sal Güçlükler (r=0,332, p=0,008), Dikkat ve Hareketlilik ile ili kili güçlükler (r=0,432, p<0,001) ve Toplam Güçlük puanı (r=0,433, p<0,001 ile intihar davranı ı iddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü bir korelasyon tespit edilmi tir. Ergen formunda toplam güçlük puanı ve bu iki alt ölçek güçlük puanı daha yüksek olanların intihar davranı ı iddeti daha yüksek bulunmu tur (Tablo-14).

Tablo-14: intihar davranışı iddeti ile SDQ-Ergen ve SDQ-Anne/Baba ölçekleri arası korelasyon.

SDQ (Güçler ve Güçlükler Anketi)		intihar Davranışı iddeti	
		r	p
SDQ Ergen Formu	Emosyonel Güçlükler	0,217	0,088
	Davranışsal Güçlükler	0,332 ^{aa}	0,008 ^{**}
	Dikkat ve Hareketlilik ile ilgili güçlükler	0,432 ^{aa}	<0,001 ^{**}
	Akran ilişkileri ile ilgili güçlükler	0,158	0,216
	Sosyal Davranışlar	-0,177	0,165
	Toplam Güçlük Puanı	0,433 ^{aa}	<0,001 ^{**}
SDQ Anne-Baba Formu	Emosyonel Güçlükler	-0,090	0,482
	Davranışsal Güçlükler	0,180	0,158
	Dikkat ve Hareketlilik ile ilgili güçlükler	0,214	0,092
	Akran ilişkileri ile ilgili güçlükler	0,166	0,195
	Sosyal Davranışlar	-0,059	0,647
	Toplam Güçlük Puanı	0,150	0,240

r: korelasyon katsayısı, p*:p<0,05, p**:p<0,01, r^a:ilişki var, r^{aa}:güçlü bir ilişki var

V-Görüşme Anında intihar Düüncesi Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

Hastalarla yüz yüze yapılan görüşmede tarafımızca geliştirilen “intihar Düüncesi ve Girişimi Değerlendirme Formu” kullanılarak yapılan değerlendirilmede, görüşme anında intihar düüncesi hastaların %19’unda (n=12), intihar planı ise %4,7’sinde (n=3) tespit edildi. Yine ölmek istediğini ancak intihar etmeyi düşünmediğini belirten hastaların oranı %31,7 (n=20), hayattan bıktığını belirten hastaların oranı %33,3 (n=21) ve bunlardan hiçbirinin olmadığını belirten hastaların oranı %11,1 (n=7) olarak tespit edildi. intihar davranışı iddeti gösteren bu bilgiler kullanılarak belirli intihar düüncesi olan grup ve intihar planı olan grup birleştirilerek, “intihar

dü üncesi olan grup” (n=15) ve “intihar dü üncesi olmayan grup” (n=48) ekinde 2 grup olu turuldu. Bu iki grup sosyodemografik veriler ve uygulanan testler açısından kar ıla tırıldı.

V-1. Görü me Anında ntihar Dü üncesi Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veriler Açısından Kar ıla tırılması

Ya ve Cinsiyet: Kız hastaların %27’sinde (n=13), erkeklerinde %13,3’ünde (n=2) görü me anında intihar dü üncesi saptandı. Yine 12;0-15:0 ya arası (144-180 ay) hastaların %23,5’inde (n=4), 15;1-18;0 ya arası (181-216 ay) hastaların %22,9’unda (n=11) görü me anında intihar dü üncesi tespit edildi. Cinsiyet ve ya açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo-15).

Tablo-15: Ya ve cinsiyete göre intihar dü üncesi.

Görü me anında intihar dü üncesi	TOPLAM		C NS YET				YA			
			Kız		Erkek		12-15		15-18	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VAR	15	23,8	13	27,0	2	13,3	4	23,5	11	22,9
YOK	48	76,2	35	73,0	13	86,7	13	76,5	37	77,1
p			0,488				>0,05			

Okul ile ili kili bulgular: ntihar dü üncesi olan grubun %80’i (n=12) herhangi bir okula devam ederken %20’si (n=3) okula gitmiyordu. ntihar dü üncesi olmayan grupta ise okula gitme oranı %89,6 (n=43) ve okula gitmeyenlerin oranı ise %10,4 (n=5) olarak saptandı. Bu açıdan iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,382).

Yine intihar dü üncesi olan gruptaki hastaların %60’ı (n=9) genel okula, %20’si (n=3) sınavla girilen bir okula gitmekteydi. Bu oranlar intihar dü üncesi olmayan grupta genel okul için %75 (n=36) ve sınavla girilen okul için %14,6 (n=7) olarak saptandı.

Okul ba arısı açısından bakıldı nda ntihar dü üncesi olan ve herhangi bir okula devam eden 12 hastanın %33,3’ü (n=4) ders ba arısının dü ük oldu unu, %41,6’sı (n=5) orta oldu unu ve %25’i (n=3) iyi oldu unu

belirtmi ken, intihar dü üncesi olmayan ve herhangi bir okula devam eden 43 hastanın %16,2'si (n=7) ders ba arısının dü ük oldu unu, %53,5'i (n=23) orta oldu unu ve %30,2'si (n=13) iyi oldu unu belirtmi ti. Bu veriler açısından gruplar arası hasta da ılımı yetersiz oldu undan anlamlılık de erlendirmesi yapılamadı.

Aile ile ilgili bulgular: Aile tipi açısından bakıldı nda, intihar dü üncesi olan grupta %80 (n=12) çekirdek aile, %6,7 (n=1) geni aile ve %13,3 (n=2) da ılımı aile, intihar dü üncesi olmayan grupta ise %77,1 (n=37) çekirdek, %10,4 (n=5) geni ve %12,5 (n=6) da ılımı aile oldu u saptandı. Çekirdek ve geni aile birle ik tek bir grup (n=55), da ılımı aile (n=8) di er bir grup olarak alınıp iki grup kar ıla tırıldı nda görü me anında intihar dü üncesi varlı ı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). ntihar dü üncesi olanların %80'i (n=12) anne ve baba ile %13,3'ü (n=2) anne ile ve %6,7'si (n=1) baba ile ya ıyordu. ntihar dü üncesi olmayan grupta ise hastaların %85,4'ü (n=41) anne ve baba ile %10,4'ü (n=5) anne ile, %2,1'i (n=1) baba ile ve %2,1'i (n=1) kurumda ya adı nı belirtti. Yine intihar dü üncesi olan grubun %60'ında (n=9), intihar dü üncesi olmayan grubun %50'sinde (n=24) ailede psikiyatrik bir bozukluk bulundu u ö renildi. Bu veriler açısından gruplar arası hasta da ılımı yetersiz oldu undan anlamlılık de erlendirmesi yapılamadı. Yine intihar dü üncesi olanların % 73,3'ünde (n=11) ailede sigara kullanımının, % 26,7'sinde (n=4) ailede alkol kullanımının bulundu u saptandı. ntihar dü üncesi olanların hiçbirinde ailede madde kullanımı belirtilmedi. Görü me anında intihar dü üncesi olmayanların ise %77,1'inde (n=37) ailede sigara kullanımının, %41,7'sinde (n=20) ailede alkol kullanımının ve %2,1'inde ailede madde kullanımının bulundu u belirtildi. ki grup arasında ailede sigara ($p=0,740$), alkol ($p=0,371$) ve madde kullanımı ($p>0,05$) açısından anlamlı fark saptanmadı.

Bedensel hastalık: ntihar dü üncesi olanların %6,7'sinde (n=1) bedensel bir hastalık (migren) varken intihar dü üncesi olmayan grubun %12,5'inde (n=6) bedensel hastalık (Epilepsi 2 hastada, hipotiroidi, FMF (Ailevi Akdeniz Ate i), Astım ve itme güçlü ü birer hastada) mevcuttu.

Bedensel hastalık açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$)

Akran zorlanması: intihar dü üncesi olanların %26,7'si ($n=4$) akran zorlanması tarif ederken, intihar dü üncesi olmayanların %20,8'i bildirmi tir. İki grup arasında akran zorlanması açısından anlamlı fark saptanmadı. ($p=0,725$)

Sigara, alkol ve madde kullanımı ile ili kili bulgular: Grupların sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bulgular, Tablo–16 de gösterildi. Her üç veri açısından da gruplar arası anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo–16: Madde, alkol ve sigara kullanımına göre intihar dü üncesi.

GRUP		TOPLAM		ntihar dü üncesi olan grup		ntihar dü üncesi olmayan grup		p
		n	%	n	%	n	%	
Madde kullanımı	var	3	4,8	1	6,7	2	4,2	0,564
	yok	60	95,2	14	93,3	46	95,8	
Alkol kullanımı	var	11	17,5	2	13,3	9	18,8	>0,05
	yok	52	82,5	13	86,7	39	81,2	
Sigara kullanımı	var	15	23,8	5	33,3	10	20,8	0,322
	yok	48	77,2	10	66,6	38	79,2	

V–2. Görü me Anında nti har Dü üncesi Olan ve Olmayan Hastalarda Ölçek Puanlarının Kar ıla tırılması

ntihar dü üncesi olan grup ile olmayan grup Kovacs depresyon testinden aldıkları puanlar açısından Mann–Whitney U testi ile kar ıla tırıldı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmu tur. ($p<0,05$) nti har dü üncesi olan grubun Kovacs depresyon ölçe inden aldığı ortalama puan intihar dü üncesi olmayan gruptan anlamlı ölçüde yüksek bulunmu tur. (Tablo:17)

Tablo-17: Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan grupların depresyon puanı.

Görü me Anında ntihar Dü üncesi	n	Kovacs Depresyon Puanı	
		OP±SS	min-max
VAR	15	31,53±5,81	21-39
YOK	48	25,66±4,94	19-38
P		0,002*	

p**:<0,01, OP:Ortalama Puan, SS:Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

Gruplar STAI-I (Durumluluk anksiyete) puanları açısından Mann-Whitney U testi ile kar ıla tırılmı ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmu tur (p<0,05). Yine grupların STAI-II puanları t-testi ile kar ıla tırılmı bunda da sonuç anlamlı çıkmı tır (p<0,05). ntihar dü üncesi olan grupta hem anlık hem de süreklilik anksiyete ortalama puanları intihar dü üncesi olmayan gruptan anlamlı ölçüde yüksek olarak saptanmı tır (Tablo-18).

Tablo-18: Görü me anında ntihar dü üncesi olan ve olmayan grupların anksiyete düzeylerinin kar ıla tırılması:

Görü me Anında ntihar Dü üncesi	n	STAI-I		STAI-II	
		OP±SS	min-max	OP±SS	min-max
VAR	15	58,2±10,45	43-78	63,26±6,77	53-77
YOK	48	49,5±9,67	25-71	58,31±10,70	35-79
p		0,013*		0,04*	

p*:<0,05, OP:Ortalama Puan, SS:Standart Sapma, min:minimum, max:maximum, STAI-I: Anlık Anksiyete, STAI-II: Süreklilik Anksiyete,

ki grup Beck Umutsuzluk Ölçe inden aldıkları puanlar açısından t-testi ile kar ıla tırılmı , iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmu tur (p<0,05). ntihar dü üncesi olan grubun umutsuzluk düzeyi olmayan gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksek olarak saptanmı tır (Tablo-19).

Tablo-19: Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan grupların Beck Umutsuzluk Ölçe inden aldıkları puanların kar ıla tırılması.

Görü me Anında ntihar Dü üncesi	n	Beck Umutsuzluk Ölçe i Puanı	
		OP±SS	min-max
VAR	15	15,13±3,06	9-19
YOK	48	10,31±5,00	1-19
p	0,001**		

p*:p<0,01, OP:Ortalama Puan, SS:Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

Gruplar Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe inden aldıkları puanlar açısından t–testi ile kar ıla tırılmı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmu tur (p<0,05). ntihar dü üncesi olan grupta benlik saygısı anlamlı ölçüde daha dü ük bulunmu tur (Tablo-20).

Tablo-20: Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan grupların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe inden aldıkları puanlar açısından kar ıla tırılması.

Görü me anında ntihar dü üncesi	n	Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe i	
		OP±SS	min-max
VAR	15	35,00±10,46	19-53
YOK	48	48,45±13,16	21-72
p	0,001**		

p*:p<0,01, OP:Ortalama Puan, SS:Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

Gruplar algılanan sosyal destek açısından birbiri ile kar ıla tırılmı tır. Algılanan toplam sosyal destek puanı ve algılanan aile deste i puanı t–testi ile kar ıla tırılmı ve algılanan toplam sosyal destek puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanırken (p<0,05), algılanan aile deste i puanı açısından istatistiksel fark saptanmamı tır (p>0,05). Algılanan arkada deste i puanları ile algılanan özel bir insan deste i puanları Mann–Whitney U testi ile kar ıla tırılmı ve algılanan arkada deste i puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (p<0,05), algılanan özel

bir insan deste i açısından istatistiksel fark saptanmamı tır ($p>0,05$). Bu bulgular ı ında, intihar dü üncesi olan grupta algılanan arkada deste i puan ortalaması ve algılanan toplam sosyal destek puan ortalaması intihar dü üncesi olmayan gruptan daha dü ük olarak bulunmu tur (Tablo-21).

Tablo–21: Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan grupların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe inden aldıkları puanlar açısından kar ıla tırılması.

ÇBASDÖ	ntihar Dü üncesi Olan Grup (n=15)		ntihar Dü üncesi Olmayan Grup (n=48)		P
	OP±SS	min-max	OP±SS	min-max	
Toplam	41,20±14,77	12-69	51,04±14,85	18-82	0,029*
Aile	13,46±6,24	4-23	16,50±6,30	4-28	0,108
Arkada	13,73±7,82	4-24	17,62±7,06	4-28	0,043*
ÖB	13,33±6,52	4-28	16,50±7,53	4-28	0,209

p*: $p<0,05$, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i, OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, ÖB :Özel Bir nsan

Görü me anında intihar dü üncesi olan grup ile intihar dü üncesi olmayan grup Kısa Semptom Envanteri testinden aldıkları puanlar açısından kar ıla tırılmı tır. Testin alt ölçeklerinden Somatizasyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ki iler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete Bozuklu u, Hostilite, Psikotizm açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmu tur ($p<0,05$). ntihar dü üncesi olan grupta bu alt ölçek puanları intihar dü üncesi olmayan gruba göre daha yüksek bulunmu tur. Yine KSE ölçe ine ait global indekslerden Rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve Semptom rahatsızlık indeksi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmu tur ($p<0,05$). ntihar dü üncesi olan grupta bu index puanları intihar dü üncesi olmayan gruba göre daha yüksek bulunmu tur. Alt ölçeklerden ve global indekslerden fobik anksiyete, paranoid dü ünceler, ek maddeler ve belirti toplamı indeksi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamı tır ($p>0,05$) (Tablo–22).

Tablo–22: Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan grupların Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanların kar ıla tırılması.

ÖLÇEK	ntihar Dü üncesi Olan Grup (n=15)		ntihar Dü üncesi Olmayan Grup (n=48)		P
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
Somatizasyon	18,26±5,89	6-27	12,27±6,72	0-28	0,003**
Obsesif kompülsif bozukluk	16,00±5,23	7-23	12,72±4,96	7-23	0,032*
Ki iler arası duyarlılık	12,26±4,44	0-16	9,02±3,93	1-16	0,003**
Depresyon	21,33±2,82	16-24	14,18±4,64	3-24	<0,001**
Anksiyete bozuklu u	18,00±4,15	11-24	12,77±4,67	11-24	<0,001**
Hostilite	16,00±3,42	9-20	12,81±4,70	1-20	0,017*
Fobik anksiyete	8,6±4,54	3-17	6,83±4,60	0-18	0,174
Paranoid dü ünçe	12,66±3,41	6-17	11,22±4,81	0-20	0,241
Psikotizm	11,66±4,99	1-19	8,58±4,22	1-17	0,021*
Ek maddeler	10,73±3,03	5-16	9,08±3,52	1-16	0,108
RC	2,73±0,51	2,00-3,66	2,05±0,64	0,52-3,54	0,001**
SR	3,15±0,41	35-53	2,51±0,60	26-53	<0,001**
BT	45,6±5,05	2,47-3,82	42,75±6,26	0,80-3,72	0,114

p*:p<0,05, p**:p<0,01, OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum, RC :Rahatsızlık Ciddiyeti ndeksi, SR : Semptom Rahatsızlık ndeksi, BT :Belirti Toplamı ndeksi

Görü me anında intihar dü üncesi olan grup ile intihar dü üncesi olmayan grubun SDQ–Ergen Formundan (Güçler ve Güçlükler Anketi) aldıkları puanlar birbiri ile kar ıla tırılmı tır. ki grup arasında Emosyonel güçlükler, akran ili kileri ile ili kili güçlükler ve toplam güçlük puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmı tır (p<0,05). ntihar dü üncesi olan grubun bu alanlarda bildirdi i güçlük intihar dü üncesi olmayan gruba göre daha fazla bulunmu tur. Di er alt ölçekler açısından ise iki grup arasında anlamlı fark çıkmamı tır (p>0,05) (Tablo–23).

Tablo-23: Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan grupların SDQ–Ergen Formu testinden aldıkları puanların kar ıla tırılması.

SDQ-ERGEN FORMU	ntihar Dü üncesi Olan Grup (n=15)		ntihar Dü üncesi Olmayan Grup (n=48)		P
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
Emosyonel Güçlükler	7,60±2,44	2-10	5,95±2,20	2-10	0,011*
Davranı sal Güçlükler	4,53±1,72	2-8	3,93±1,70	1-8	0,213
Dikkat ve Hareketlilik ile ili kili güçlükler	6,20±1,52	2-9	6,25±1,88	3-10	0,747
Akran ili kileri ile ili kili güçlükler	5,53±1,88	3-8	4,22±2,08	0-9	0,035*
Sosyal Davranı lar	6,60±2,32	2-10	7,08±2,22	1-10	0,369
Toplam Güçlük Puanı	23,86±4,62	15-31	20,37±4,67	12-30	0,014*

p*:p<0,05, OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

ki grup SDQ–Anne/Baba Formundan (Güçler ve Güçlükler Anketi) aldıkları puanlar açısından birbiri ile kar ıla tırılmı tır. ki grup arasında SDQ–Anne/Baba Formunun hiçbir alt ölçe inde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamı tır (p>0,05) (Tablo-24).

Tablo-24: Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan grupların SDQ–Anne/Baba Formu testinden aldıkları puanların kar ıla tırılması

SDQ-ANNE/BABA FORMU	ntihar Dü üncesi Olan Grup (n=15)		ntihar Dü üncesi Olmayan Grup (n=48)		p
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
Emosyonel Güçlükler	7,00±2,59	3-10	6,91±2,18	2-10	0,857
Davranı sal Güçlükler	3,93±2,01	1-8	4,08±2,11	0-10	0,809
Dikkat ve Hareketlilik ile ili kili güçlükler	5,53±2,58	0-8	6,14±2,19	0-10	0,689
Akran ili kileri ile ili kili güçlükler	4,33±2,31	1-8	3,54±1,80	0-8	0,172
Sosyal Davranı lar	7,93±2,12	2-10	6,93±2,39	2-10	0,146
Toplam Güçlük Puanı	20,86±7,30	9-33	20,68±5,09	11-36	0,915

OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

VI-Geçmi Öyküsünde intihar Girişimi Olan ve Olmayan Grupların Birbiri ile Karşılaştırılması

Hastalarla yapılan görüşmede 63 kişilik hasta grubundan öyküde herhangi bir dönemde intihar girişimi olan 25 hasta (%39,7) ile yine geçmi öyküsünde intihar girişimi olmayan 38 hastadan (%60,3) iki grup oluşturuldu. Bu iki grup sosyodemografik veriler ve uygulanan ölçeklerden alınan puanlar açısından birbiri ile karşılaştırıldı.

VI-1: intihar Girişimi Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması

Yaş, Cinsiyet ve Doğum Yeri: Kız hastaların %43,8'inde (n=21) erkeklerin de %26,7'sinde (n=4) öyküde intihar girişimi saptandı. Yine 12-15 (144-180 ay) yaş arası hastaların %29,4'ünde (n=5), 15-18 yaş arası (181-216 ay) hastaların ise %43,5'inde (n=20) öyküde intihar girişimi bulunmuştur. Cinsiyet açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (P>0,05). Yine yaş açısından da gruplar arası anlamlı fark gözlenmedi (P>0,05). Ancak istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmasa da, intihar girişim oranı kızlarda (%43,8) erkeklere (%26,7) göre ve 15-18 yaş grubunda (%43,5) 12-15 yaş grubuna (%29,4) göre daha yüksek saptandı (p>0,05) (Tablo-25). Yine iki grup arasında doğum yeri açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (P>0,05).

Tablo-25: Yaş ve cinsiyete göre intihar girişimi.

intihar Girişimi	TOPLAM		CİNSİYET				YAŞ			
			Kız		Erkek		12-15		15-18	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VAR	25	39,7	21	43,8	4	26,7	5	29,4	20	43,5
YOK	38	60,3	27	56,2	11	73,3	12	70,6	26	56,5
p			0,238				0,311			

Okul ile ilgili bulgular: intihar girişimi olan grubun %16'sı (n=4) herhangi bir okula gitmiyorken, intihar girişimi olmayan grupta bu oran %10,5 (n=4) olarak saptandı (p=0,500). Hastaların gittiği okul türüne bakıldığında

intihar giri mi olan gruptaki hastaların %72'si (n=72) genel okula, %12'si (n=3) sınavla girilen bir okula gitmekteydi. Bu oranlar intihar giri mi olmayan grupta genel okul için %71,1 (n=27) ve sınavla girilen okul için %18,4 (n=7) olarak saptandı. Okul ba arısı açısından bakıldı ında ntihar giri mi olan ve herhangi bir okula devam eden 21 hastanın %19'u (n=4) ders ba arısının dü ük oldu unu, %42,9'u (n=9) orta oldu unu ve %38,1 (n=8) iyi oldu unu belirtti. ntihar giri mi olmayan ve herhangi bir okula devam eden 34 hastanın %20,6'sı (n=7) ders ba arısının dü ük oldu unu, %55,9'u (n=19) orta oldu unu ve % 23,5'i (n=8) iyi oldu unu belirtti. Bu veriler açısından gruplar arası hasta da ılımı yetersiz oldu undan anlamlılık de erlendirmesi yapılamadı.

Aile ile ilgili bulgular: Öyküde intihar giri mi olan grup ile olmayan grup aile tipi açısından Chi-Square testi ile kar ıla tırılmı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmı tır ($p<0,05$). Da ılımı aileden gelen ergenlerde intihar giri mi daha sık görülmü tür. (Tablo-26)

Tablo-26: Öyküde intihar giri mi olan ve olmayan grupların aile tipi açısından kar ıla tırılması.

ntihar Giri mi	Toplam (n)	Aile Tipi	
		Normal (n)	Da ılımı (n)
VAR	25	18	7
YOK	38	37	1
p		0,005**	

p*: $p<0,05$

ntihar giri mi olan grubun % 56'sı (n=14) ailesinde psikiyatrik bozukluk, %80'i (n=20) ailesinde sigara kullanımı, %44'ü (n=11) ailesinde alkol kullanımı oldu unu belirtmi tir. ntihar giri mi olmayan grubun ise %50'si (n=19) ailesinde psikiyatrik bozukluk, %73,7'si (n=28) ailesinde sigara kullanımı, %34,2'si (n=13) ailesinde alkol kullanımı, %2,6'sı (n=1) ailesinde madde kullanımı bulundu unu belirtmi tir. Gruplar arasında ailede psikiyatrik bozukluk varlı ı ($p=0,216$), ailede sigara kullanımı ($p=0,565$), ailede alkol kullanımı ($p=0,434$), ailede madde kullanımı ($p>0,05$) açısından istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmadı. Yine ailede intihar giriiminin varlığı (p=0,103), annenin eğitim düzeyi (p=0,202) ve babanın eğitim düzeyi (p=0,065) açısından intihar giriimi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Arkadaş ve akran ile ilgili bulgular: intihar giriimi olan grup ile olmayan grup arkadaş zorlanması açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (p=0,130). Ayrıca arkadaşlar arasında intihar giriimi varlığı açısından da gruplar karşılaştırıldı. Yine fark saptanmamıştır (p=0,570)

Bedensel hastalık: intihar giriimi olan ve olmayan iki grup bedensel hastalık varlığı açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0,693).

Sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bulgular: intihar giriimi olan ve olmayan grupların sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bulgular Tablo-27 de gösterildi. Her üç veri açısından da gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. intihar giriimi olan grupta sigara içme oranı %32 iken, giriimi olmayan grupta %18,4'tü. Yine alkol kullanım oranı intihar giriiminde bulunan grupta %24 iken intihar giriimi olmayan grupta %13,2 olarak saptandı. (Tablo-27)

Tablo-27: Madde, alkol ve sigara kullanımına göre intihar giriimi:

GRUPLAR		Toplam n	ntihar giriimi olan grup		ntihar giriimi olmayan grup		P
			n	%	n	%	
Madde kullanımı	var	3	2	8,0	1	2,6	0,557
	yok	60	23	92,0	37	97,4	
Alkol kullanımı	var	11	6	24,0	5	13,2	0,320
	yok	52	19	76,0	33	86,8	
Sigara kullanımı	var	15	8	32,0	7	18,4	0,216
	yok	48	17	68,0	31	81,6	

VI-2. İntihar Giri İmi Olan ve Olmayan Grupların Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Kar İla tırılması

Öyküde intihar giri imi olan grup ile olmayan grup Kovacs depresyon testinden aldıkları puanlar açısından Mann-Whitney testi ile kar İla tırılmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo:28)

Tablo-28: Öyküde intihar giri imi olan ve olmayan grupların depresyon puanlarının kar İla tırılması.

İNTİHAR GRUPLARI	n	Kovacs Depresyon Puanı	
		OP±SS	min-max
VAR	25	28,64±6,03	19-38
YOK	38	26,02±5,30	20-39
p		0,086	

OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

İntihar giri imi olan ve olmayan gruplar STAI-I (Anlık anksiyete) ve STAI-II (Süreklilik anksiyete) puanları açısından t-testi ile kar İla tırılmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo-29).

Tablo-29: Öyküde intihar giri imi olan ve olmayan grupların anksiyete düzeylerinin kar İla tırılması.

İNTİHAR GRUPLARI	n	STA -I		STA -II	
		OP±SS	min-max	OP±SS	min-max
VAR	25	54,56±10,28	29-78	61,88±8,55	42-79
YOK	38	49,63±10,26	25-71	57,92±10,80	35-77
p		0,067		0,129	

OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

İntihar giri imi olan ve olmayan iki grup Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puanlar açısından Mann-Whitney U testi ile kar İla tırılmış, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo-30).

Tablo-30: Öyküde intihar giri mi olan ve olmayan grupların Beck Umutsuzluk Ölçe inden aldıkları puanların kar ıla tırılması.

NT HAR G R M	n	Beck Umutsuzluk Ölçe i Puanı	
		OP±SS	min-max
VAR	25	12,40±5,22	1-19
YOK	38	10,84±4,87	1-19
p		0,157	

OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

Öyküde intihar giri mi olan ve olmayan gruplar Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe inden aldıkları puanlar açısından t–testi ile kar ıla tırılmı ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamı tır. ($p>0,05$) (Tablo-31).

Tablo-31: Öyküde intihar giri mi olan ve olmayan grupların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe inden aldıkları puanlar açısından kar ıla tırılması.

NT HAR G R M	n	Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe i	
		OP±SS	min-max
VAR	25	43,04±12,28	21-68
YOK	38	46,71±14,63	19-72
p		0,304	

OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

ntihar giri mi olan ve olmayan gruplar algılanan sosyal destek açısından birbiri ile kar ıla tırılmı tır. Algılanan toplam sosyal destek puanı ve algılanan aile deste i puanı t–testi ile kar ıla tırılmı , iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmu tur ($p<0,05$). Algılanan arkada deste i puanı ile algılanan özel bir insan deste i puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamı tır ($p>0,05$). Bu bulgular ı ı nda, intihar giri mi olan grupta algılanan toplam sosyal destek puanı ve aile deste i puanı ortalamaları intihar giri mi olmayan gruptan daha dü ük olarak bulunmu tur (Tablo-32).

Tablo-32: Öyküde intihar giri mi olan ve olmayan grupların Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe inden aldıkları puanların kar ıla tırılması.

ÇBASDÖ	ntihar Giri mi Olan Grup (n=25)		ntihar Giri mi Olmayan Grup (n=38)		P
	OP±SS	min-max	OP±SS	min-max	
Toplam	43,96±13,65	12-66	51,81±15,69	18-82	0,045*
Aile	13,32±6,74	4-25	17,39±5,64	8-28	0,012*
Arkada	14,72±7,03	4-28	17,84±7,00	4-28	0,089
ÖB	15,52±7,44	4-28	16,05±6,44	4-28	0,693

p*:p<0,05, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i, OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, ÖB :Özel Bir nsan

Öyküde intihar giri mi olan grup ile intihar giri mi olmayan grup Kısa Semptom Envanteri testinden aldıkları puanlar açısından kar ıla tırılmış tır. ki grup arasında hiçbir alt ölçek veya global indeks açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış tır (p>0,05) (Tablo-33).

Tablo-33: Öyküde intihar giri mi olan ve olmayan grupların Kısa Semptom Envanterinden aldıkları puanların kar ıla tırılması.

ÖLÇEK	ntihar Giri mi Olan Grup (n=25)		ntihar Giri mi Olmayan Grup (n=38)		P
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
Somatizasyon	15,04±6,42	6-28	12,81±7,27	0-27	0,219
Obsesif kompulsif bozukluk	14,08±4,69	6-23	13,13±5,50	0-23	0,482
Ki iler arası duyarlılık	10,04±4,51	0-16	9,63±4,13	1-16	0,713
Depresyon	17,24±5,11	7-24	15,00±5,20	3-24	0,098
Anksiyete bozuklu u	15,36±4,73	7-24	13,13±5,11	1-24	0,087
Hostilite	14,72±4,16	5-20	12,81±4,78	1-20	0,110
Fobik anksiyete	7,52±4,73	1-17	7,07±4,59	0-18	0,725
Paranoid dü ünçe	11,40±3,90	3-19	11,68±4,95	0-20	0,810
Psikotizm	9,44±4,75	1-18	9,23±4,51	1-19	0,865
Ek maddeler	9,84±3,50	4-16	9,23±3,45	1-16	0,503
Rahatsızlık Ciddiyeti ndeksi	2,33±0,61	1,22-3,62	2,14±0,71	0,52-3,66	0,269
Semptom Rahatsızlık ndeksi	2,79±0,56	35-53	2,59±0,65	26-53	0,223
Belirti Toplamı ndeksi	43,96±5,33	1,85-3,82	43,07±6,57	0,80-3,68	0,578

OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

ntihar giri imi olan ve olmayan gruplar SDQ–Ergen Formundan (Güçler ve Güçlükler Anketi) aldıkları puanlar açısından birbiri ile karşılaştırılmıştır. İki grup arasında Davranısal güçlükler, dikkat ve hareketlilik ile ilgili güçlükler ve toplam güçlük puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre intihar giri imi olan grubun bu alanlarda daha fazla güçlük bildirdiği görülmüştür. Diğer alt ölçekler açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo–34).

Tablo–34: Öyküde intihar giri imi olan ve olmayan grupların SDQ–Ergen Formu testinden aldığı puanların karşılaştırılması.

SDQ-ERGEN FORMU	ntihar Giri imi Olan Grup (n=25)		ntihar Giri imi Olmayan Grup (n=38)		P
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
Emosyonel Güçlükler	6,20±2,23	2-10	6,44±2,44	2-10	0,702
Davranısal Güçlükler	4,92±1,60	2-8	3,52±1,57	1-8	0,001**
Dikkat ve Hareketlilik ile ilgili güçlükler	6,96±1,85	3-10	5,76±1,60	2-10	0,007**
Akran ilişkileri ile ilgili güçlükler	4,64±2,05	1-8	4,47±2,15	0-9	0,761
Sosyal Davranılar	7,04±2,26	2-10	6,92±2,24	2-10	0,904
Toplam Güçlük Puanı	22,72±4,41	12-31	20,21±4,64	12-30	0,044*

p*: $p<0,05$, p*: $p<0,01$, OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

ntihar giri imi olan ve olmayan iki grup Güçler ve Güçlükler Anketi (SDQ) Anne/Baba Formundan aldıkları puanlar açısından birbiri ile karşılaştırılmıştır. İki grup arasında davranısal güçlükler, dikkat ve hareketlilik ile ilgili güçlükler ve sosyal davranılar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt ölçekler açısından ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo:31). Bu bulgular ışığında intihar girişiminde bulunan grupta ebeveyn bildirimine göre daha ciddi davranısal güçlükler ile dikkat ve hiperaktivite ile ilgili güçlükler saptanmıştır. ntihar

giri iminde bulunan grupta sosyal olumlu davranı lar (*prosocial behaviour*) ise daha az bildirilmi tir (Tablo-35).

Tablo–35: Öyküde intihar giri imi olan ve olmayan grupların SDQ–Anne/Baba Formu testinden aldı ı puanların kar ıla tırılması.

SDQ-ANNE/BABA FORMU	ntihar Giri imi Olan Grup (n=25)		ntihar Giri imi Olmayan Grup (n=38)		P
	OP± SS	min-max	OP± SS	min-max	
Emosyonel Güçlükler	6,76±1,96	3-10	7,05±2,45	2-10	0,527
Davranı sal Güçlükler	4,76±2,08	2-10	3,57±2,08	0-8	0,026*
Dikkat ve Hareketlilik le li kili Güçlükler	6,72±1,74	4-10	5,52±2,49	0-10	0,042*
Akran li kileri le li kili Güçlükler	4,16±2,07	0-8	3,44±1,84	0-8	0,158
Sosyal Davranı lar	6,36±2,09	2-10	7,71±2,38	2-10	0,005**
Toplam Güçlük Puanı	22,40±5,85	13-36	19,63±5,28	9-36	0,056

p*:p<0,05, p*:p<0,01, OP:Ortalama Puan, SS: Standart Sapma, min:minimum, max:maximum

VII– Son 6 Ay çerisinde ntihar Dü üncesi ve Giri imi Olmayan, ntihar Dü üncesi Olup ntihar Giri imi Olmayan ve ntihar Giri imi Olan Üç Grubun Birbiri le Kar ıla tırılması

Toplam 63 hasta ile yapılan görü mede, intihar davranı ı iddeti sorgulandı nda son 6 ay çerisinde hastaların %28,6'sı (n=18) intiharı hiç dü ünmedi i ve giri imde bulunmadı ı, %44,4'ünün (n=28) intiharı dü ündü ü fakat hiç giri imde bulunmadı ı, %27'sinin (n=17) ise intihar giri iminde bulundu u ö renildi. Bu hastalar üç grup halinde ANOVA ve Kruskal–Wallis testi ile kar ıla tırıldı. Daha sonra anlamlı çıkan sonuçlar istatistiksel farklılı ın hangi gruplar arasında oldu unu anlamak için yine aynı testlerle de erlendirildi.

VII-1. İntihar Dü ũncesi ve Giri İmi Olmayan, İntihar Dü ũncesi Olup Giri İmi Olmayan ve İntihar Giri İmi Olan Üç Grubun Sosyodemografik Veriler Açısından Kar ıla tırılması

Sosyodemografik verilerden ya , cinsiyet, do um yeri, okula gidip gitmeme, okul türü, okul ba arısı, bedensel hastalık, akran zorlanması, hastanın madde, alkol ve sigara kullanımı, ailenin tipi, ailede madde ve sigara kullanımı ve ailede intihar giri İmi öyküsünün bulunması açısından gruplar arası hasta da ılımı yetersiz oldu u için anlamlılık de erlendirmesi yapılamadı. Ailede psikiyatrik bozuklu un bulunması ($p=0,213$), ailede alkol kullanımının bulunması ($p=0,171$), annenin e itim düzeyi ($p=0,198$) ve arkadaşlarda intihar giri İminin ($p=0,314$) varlı ı açısından ise üç grup arasında anlamlı fark tespit edilemedi. Sosyodemografik verilerden sadece babanın e itim düzeyi üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulundu. ($p=0,013$) İntihar giri İmi olan grupta babanın e itim düzeyi intihar dü ũncesi ve giri İmi olmayan grupla kar ıla tırıldı ında belirgin olarak daha dü ũk olarak tespit edildi ($p=0,003$). Ancak intihar dü ũncesi ve giri İmi olmayan grup ile intihar dü ũncesi olup giri İmi olmayan grup arasında ($p=0,287$) ve intihar dü ũncesi olup giri İmi olmayan grup ile intihar giri İmi olan grup arasında ($p=0,057$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

VII-2. İntihar Dü ũncesi ve Giri İmi Olmayan Grup İle İntihar Dü ũncesi Olup Giri İmi Olmayan Grubun Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Kar ıla tırılması

Son 6 ay içerisinde intihar dü ũncesi olmayan 18 hasta ile intihar dü ũncesi olup intihar giri İmi olmayan 28 hasta ölçek puanları açısından birbiri ile kar ıla tırıldı. İki grup arasında Depresyon, anlık anksiyete, umutsuzluk, Benlik Saygısı ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Buna göre intihar dü ũncesi olan fakat giri İmi olmayan grupta; intihar dü ũncesi olmayan gruba göre depresyon, anlık anksiyete ve umutsuzluk düzeyi daha yüksek, benlik saygısı daha dü ũk bulunmu tur. Yine Kısa Semptom Envanteri alt ölçeklerinden depresyon, psikotizm ve global indekslerden rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve

semptom rahatsızlık indeksi ortalama puanları intihar dü üncesi olan fakat giri imi olmayan grupta; intihar dü üncesi ve giri imi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmu tur ($p<0,05$). Di er alt ölçekler açısından anlamlı fark saptanmamı tır ($p>0,05$). SDQ ölçe inin ergen formunda ise iki grubun toplam güçlük puanı ortalaması, dikkat eksikli i ve hiperaktivite ile ili kili güçlük puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olarak tespit edilmi tir ($p<0,05$). Buna göre intihar dü üncesi olan fakat giri imi olmayan grubun; intihar dü üncesi olmayan gruba göre bu alanlarda bildirdi i güçlük daha fazla bulunmu tur. SDQ-Anne/Baba formu açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamı tır ($p>0,05$) (Tablo-36).

Tablo-36: Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi hiç olmayan grup ile intihar dü üncesi olup giri imi olmayan grubun birbiri ile karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		ntihar Dü üncesi ve Giri imi Yok (n=18)		ntihar Dü üncesi Var Giri imi Yok (n=28)		p
		OP±SS	min-max	OP±SS	min-max	
ÇDÖ		22,77±2,36	20-30	28,03±5,41	20-39	0,001**
STA –I		45,50±10,92	25-71	53,46±8,81	37-78	0,029*
STA –II		54,44±11,12	35-75	60,39±9,70	37-40	0,137
BUÖ		8,5±3,97	2-16	12,35±5,15	1-19	0,010*
CBSÖ		56,22±11,7	28-72	39,75±12,51	19-63	<0,001**
Algılanan Sosyal Destek	Toplam	53,27±14,53	30-81	50,78±15,38	18-82	>0,05
	Aile	17,83±5,13	8-25	16,78±5,95	8-28	>0,05
	Arkada	18,33±6,24	8-28	17,03±7,62	4-28	(p>0,05)
	Özel Bir İnsan	16,00±8,57	4-28	16,96±6,83	4-28	
Kısa Semptom Envanteri	Depresyon	12,5±4,17	3-21	16,85±5,23	6-24	0,013*
	Anksiyete	11,33±3,69	6-18	14,57±5,81	1-24	0,087
	Psikotizm	6,83±3,16	1-14	11,07±4,73	2-19	0,005**
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	1,83±0,56	1,03-3,39	2,38±0,73	0,52-3,66	0,019*
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	2,32±0,51	1,62-3,39	2,77±0,65	0,80-3,68	0,005**
	Somatizasyon	11,11±6,55	2-25	14,50±7,09	0-27	(p>0,05)
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	11,94±4,65	3-23	14,07±5,64	0-23	
	Kişiler Arası Duyarlılık	8,05±3,87	1-15	10,89±3,96	3-16	
	Hostilite	11,88±4,32	4-20	13,82±4,99	1-20	
	Fobik anksiyete	5,55±3,82	0-13	8,39±5,02	0-18	
	Paranoid dü ünce	10,11±4,94	0-20	12,82±4,58	2-20	
	Ek maddeler	7,66±2,93	3-13	10,10±3,71	1-16	
	Belirti Toplamı İndeksi	41,61±7,03	26-53	44,82±5,79	30-53	
SDQ–Ergen Formu	Toplam	17,61±3,03	12-25	22,17±5,09	12-30	0,003**
	Davranı sal	3,33±1,37	1-6	4,03±1,68	1-8	0,479
	Dikkat ve Hiperaktivite	5,00±1,32	3-7	6,35±1,70	2-10	0,005**
	Emosyonel	5,55±1,68	3-10	6,89±2,78	2-10	(p>0,05)
	Akran	3,72±1,93	0-7	4,89±2,07	1-9	
	Sosyal Davranı	7,55±1,94	2-10	6,71±2,30	1-10	
SDQ–Anne/Baba Formu	Toplam	19,94±5,34	11-29	19,96±4,86	9-30	(p>0,05)
	Davranı sal	3,61±1,88	1-8	3,75±1,79	0-8	
	Dikkat ve Hiperaktivite	5,50±2,59	0-10	5,78±2,21	0-9	
	Emosyonel	7,55±2,22	2-10	6,85±2,30	3-10	
	Akran	3,27±1,77	0-7	3,53±1,91	0-8	
	Sosyal Davranı lar	7,38±2,27	2-10	7,32±2,55	2-10	

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, max:maximum, SS: Standart Sapma, STAI–I: Durumluluk Anksiyete, STAI–II:Süreklilik Anksiyete, BUÖ:Beck Umutsuzluk Ölçe i, CBSÖ: Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe i, SDQ: Güçler ve Güçlükler Anketi

VII-3: İntihar Dü Ğüncesi Olup Giri İmi Olmayan Grup ile İntihar Giri İmi Olan Grubun ÖLçeklerden Alınan Puanlara Göre Kar ıla tırılması

Son 6 ay içerisinde İntihar dü Ğüncesi olan ancak İntihar giri İmi olmayan grup ile İntihar giri İmi olan grup birbiri ile kar ıla tırılması ve İki grup arasında sadece algılanan aile deste Ği puan ortalaması İstatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmu tur ($p < 0,05$). Arkada ðeste Ği, özel bir insan deste Ği ve toplam destek puanı açısından anlamlı fark saptanmamı tır ($p > 0,05$). Buna göre İntihar giri İmi olan grubun; İntihar dü Ğüncesi olup giri İmi olmayan gruba göre algılanan aile deste Ği daha dü Ğük bulunmu tur. Depresyon, STAI-I / SATAI-II, BUÖ, CBSÖ, KSE ve SDQ puanı açısından İse İki grup arasında İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamı tır ($p > 0,05$) (Tablo-37).

Tablo-37: Son 6 ay içerisinde intihar düşüncesi olup girişi olmayan grup ile intihar girişi olan grubun birbiri ile karşılaştırılması.

ÖLÇEKLER		ntihar Düşüncesi Var Girişi Yok (n=28)		ntihar Girişi Var (n=17)		p
		OP±SS	min-max	OP±SS	min-max	
ÇDÖ		28,03±5,41	20-39	30,00±6,26	19-38	0,308
STA –I		53,46±8,81	37-78	54,94±10,37	29-71	>0,05
STA –II		60,39±9,70	37-40	63,35±7,63	51-79	0,966
BUÖ		12,35±5,15	1-19	13,29±4,72	1-18	0,565
CBSÖ		39,75±12,51	19-63	42,70±11,37	21-68	>0,05
Algılanan Sosyal Destek	Toplam	50,78±15,38	18-82	40,41±13,41	12-61	0,074
	Aile	16,78±5,95	8-28	11,94±6,89	4-25	0,033*
	Arkadaş	17,03±7,62	4-28	14,05±6,83	4-27	(p>0,05)
	Özel Bir İnsan	16,96±6,83	4-28	13,82±7,88	4-27	
Kısa Semptom Envanteri	Depresyon	16,85±5,23	6-24	17,88±4,82	8-24	>0,05
	Anksiyete	14,57±5,81	1-24	15,94±3,63	9-23	>0,05
	Psikotizm	11,07±4,73	2-19	9,05±4,49	1-15	0,394
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	2,38±0,73	0,52-3,66	2,34±0,56	1,22-3,35	>0,05
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	2,77±0,65	0,80-3,68	2,86±0,56	1,85-3,82	0,815
	Somatizasyon	14,50±7,09	0-27	15,11±6,88	6-28	(p>0,05)
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	14,07±5,64	0-23	14,23±4,84	6-23	
	Kişiler Arası Duyarlılık	10,89±3,96	3-16	9,82±4,72	0-16	
	Hostilite	13,82±4,99	1-20	14,94±3,89	7-20	
	Fobik anksiyete	8,39±5,02	0-18	7,17±4,34	1-14	
	Paranoid düşünce	12,82±4,58	2-20	11,05±3,59	6-16	
	Ek maddeler	10,10±3,71	1-16	10,35±2,97	5-15	
	Belirti Toplamı İndeksi	44,82±5,79	30-53	43,05±5,18	35-52	
SDQ–Ergen Formu	Toplam	22,17±5,09	12-30	23,41±4,07	16-31	>0,05
	Davranışsal	4,03±1,68	1-8	4,94±1,78	2-8	0,229
	Dikkat ve Hiperaktivite	6,35±1,70	2-10	7,35±1,61	5-10	0,062
	Emosyonel	6,89±2,78	2-10	6,29±2,02	2-9	(p>0,05)
	Akran	4,89±2,07	1-9	4,82±2,18	1-8	
	Sosyal Davranış	6,71±2,30	1-10	6,76±2,41	2-10	
SDQ–Anne/Baba Formu	Toplam	19,96±4,86	9-30	22,82±6,82	13-36	(p>0,05)
	Davranışsal	3,75±1,79	0-8	5,00±2,47	2-10	
	Dikkat ve Hiperaktivite	5,78±2,21	0-9	6,88±1,90	4-10	
	Emosyonel	6,85±2,30	3-10	6,41±2,20	3-10	
	Akran	3,53±1,91	0-8	4,52±2,06	2-8	
	Sosyal Davranışlar	7,32±2,55	2-10	6,70±2,14	2-10	

p*: p<0,05, (p>0,05):Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, max:maximum, SS: Standart Sapma, STAI-I: Durumluluk Anksiyete, STAI-II:Süreklilik Anksiyete, BUÖ:Beck Umutsuzluk Ölçeği, CBSÖ: Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, SDQ: Güçler ve Güçlükler Anketi

VII-4: İntihar Dü üncesi ve Giri İmi Olmayan Grup ile İntihar Giri İmi Olan Grubun Ölçeklerden Alınan Puanlara Göre Kar İla tırılması

Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olmayan grup ile intihar giri İmi olan grup birbiri ile kar İla tırılmı tır. Depresyon, anlık anksiyete, süreklilik anksiyete, umutsuzluk, benlik saygısı ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmı tır ($p<0,05$). Buna göre intihar giri İmi olan grupta; intihar dü üncesi ve giri İmi olmayan gruba göre depresyon, anlık ve süreklilik anksiyetesi, umutsuzluk düzeyi daha yüksek; benlik saygısı ise daha dü ük bulunmu tur. Yine Kısa Semptom Envanteri alt ölçeklerinden depresyon ve anksiyete ortalama puanları ile global indekslerden semptom rahatsızlık indeksi de iki grup arasında istatistiksel olarak farklı bulunmu tur ($p<0,05$). Buna göre intihar giri İmi olan grupta; intihar dü üncesi ve giri İmi olmayan gruba göre bu alt ölçeklerden alınan puanlar daha yüksek bulunmu tur. Algılanan Sosyal Destek Ölçe İnin toplam sosyal destek puanı ve aile deste İ puanı intihar giri İmi olan grupta intihar dü üncesi ve giri İmi olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha dü ük bulunmu tur ($p<0,05$). Arkada deste İ ve özel bir insan deste İ puanı açısından anlamlı fark saptanmamı tır ($p>0,05$). Buna göre intihar giri İmi olan grubun; intihar dü üncesi ve giri İmi olmayan gruba göre algılanan toplam destek ve aile deste İ daha dü ük bulunmu tur. SDQ ölçe İnin ergen formunda ise toplam güçlük, davranı sal güçlük, dikkat eksikli İ ve hiperaktivite ile İli kili güçlük puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmu tur ($p<0,05$). SDQ-Anne/Baba formuna göre fark saptanmamı tır. Buna göre intihar giri İmi olan grubun; intihar dü üncesi ve giri İmi olmayan gruba göre bu alanlarda bildirdi İ güçlük daha fazla bulunmu tur (Tablo:38).

Tablo-38: Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi hiç olmayan grup ile intihar giri imi olan grubun birbiri ile kar ıla tırılması.

ÖLÇEKLER		ntihar Dü üncesi ve Giri imi Yok (n=18)		ntihar Giri imi Var (n=17)		p	
		OP±SS	min-max	OP±SS	min-max		
ÇDÖ		22,77±2,36	20-30	30,00±6,26	19-38	<0,001**	
STA –I		45,50±10,92	25-71	54,94±10,37	29-71	0,019*	
STA –II		54,44±11,12	35-75	63,35±7,63	51,79	0,025*	
BUÖ		8,5±3,97	2-16	13,29±4,72	1-18	0,001**	
CBSÖ		56,22±11,7	28-72	42,70±11,37	21-68	0,004**	
Algılanan Sosyal Destek	Toplam	53,27±14,53	30-81	40,41±13,41	12-61	0,016*	
	Aile	17,83±5,13	8-25	11,94±6,89	4-25	0,035*	
	Arkada	18,33±6,24	8-28	14,05±6,83	4-27	(p>0,05)	
	Özel Bir nşan	16,00±8,57	4-28	13,82±7,88	4-27		
Kısa Semptom Envanteri	Depresyon	12,5±4,17	3-21	17,88±4,82	8-24	0,005**	
	Anksiyete	11,33±3,69	6-18	15,94±3,63	9-23	0,018*	
	Psikotizizm	6,83±3,16	1-14	9,05±4,49	1-15	0,388	
	Rahatsızlık Ciddiyeti ndexi	1,83±0,56	1,03-3,39	2,34±0,56	1,22-3,35	0,066	
	Semptom Rahatsızlık ndexi	2,32±0,51	1,62-3,39	2,86±0,56	1,85-3,82	0,006**	
	Somatizasyon	11,11±6,55	2-25	15,11±6,88	6-28	(p>0,05)	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	11,94±4,65	3-23	14,23±4,84	6-23		
	Ki iler Arası Duyarlılık	8,05±3,87	1-15	9,82±4,72	0-16		
	Hostilite	11,88±4,32	4-20	14,94±3,89	7-20		
	Fobik anksiyete	5,55±3,82	0-13	7,17±4,34	1-14		
	Paranoid dü ünce	10,11±4,94	0-20	11,05±3,59	6-16		
	Ek maddeler	7,66±2,93	3-13	10,35±2,97	5-15		
	Belirti Toplamı ndexi	41,61±7,03	26-53	43,05±5,18	35-52		
	SDQ–Ergen Formu	Toplam	17,61±3,03	12-25	23,41±4,07		16-31
Davranı sal		3,33±1,37	1-6	4,94±1,78	2-8		0,015*
Dikkat ve Hiperaktivite		5,00±1,32	3-7	7,35±1,61	5-10	<0,001**	
Emosyonel		5,55±1,68	3-10	6,29±2,02	2-9	(p>0,05)	
Akran		3,72±1,93	0-7	4,82±2,18	1-8		
Sosyal Davranı		7,55±1,94	2-10	6,76±2,41	2-10		
SDQ–Anne/Baba Formu	Toplam	19,94±5,34	11-29	22,82±6,82	13-36	(p>0,05)	
	Davranı sal	3,61±1,88	1-8	5,00±2,47	2-10		
	Dikkat ve Hiperaktivite	5,50±2,59	0-10	6,88±1,90	4-10		
	Emosyonel	7,55±2,22	2-10	6,41±2,20	3-10		
	Akran	3,27±1,77	0-7	4,52±2,06	2-8		
	Sosyal Davranı lar	7,38±2,27	2-10	6,70±2,14	2-10		

p*: p<0,05, p** :p<0,01, (p>0,05): Her üç grup arasında da anlamlı farklılık yok, OP: Ortalama Puan, min:minimum, max:maximum, SS: Standart Sapma, STAI–I: Durumluluk Anksiyete, STAI–II:Süreklilik Anksiyete, BUÖ:Beck Umutsuzluk Ölçe i, CBSÖ: Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe i, SDQ: Güçler ve Güçlükler Anketi

TARTI MA VE SONUÇ

Çalı mamızda hem depresif ergenlerde intihar davranı ı için muhtemel risk faktörlerinin ara tırılması hem de intihar dü üncesi ve giri imi için ayrı ayrı risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmı tır. Bu nedenle öncelikle intihar davranı ı ile ili kili faktörleri saptamak maksadıyla intihar davranı ı ile muhtemel risk faktörleri arasındaki korelasyona bakılmı tır. Ardından intihar dü üncesi için risk faktörlerinin ara tırılması amaçlanmı tır. Bunun için görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan gruplar birbiri ile kar ıla tırılmı tır. En güvenilir ve en sıcak güncel bulgulara ula abilmek için testlerin de uygulandı ı görü me sırasında intihar dü üncesinin varlı ı ölçü olarak alınmı tır. Ardından geçmi öyküsünde intihar giri imi olan olgularla olmayanlar birbiri ile kar ıla tırılmı tır. Burada intihar giri imi için muhtemel risk faktörlerinin ara tırılması amaçlanmı tır. Daha sonra intihar dü üncesi hiç olmayan, intihar dü üncesi olup giri imi olmayan ve intihar giri imi olan gruplar ayrı ayrı birbiri ile kar ıla tırılmı , özellikle “intihar dü üncesi olup giri imi olmayan” grup ile “intihar giri imi olan” grubun birbiri ile kar ıla tırılması amaçlanmı tır. Ergenlerde depresif epizodun süresinin 3–9 ay oldu u bilindi inden (13, 123), gruplar olu turulurken son 6 ay ölçü olarak alınmı tır.

I–Genel Bulguların De erlendirilmesi

Çalı mamıza Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ardı ık olarak ba vuran hastalardan Depresif Bozukluk tanısı almı 63 ergen dâhil edilmi tir. Bu hastalardan 48'i kız, 15'i erkekti. Yapılan epidemiyolojik çalı malarda ergenlik döneminde Depresif Bozuklu un kızlarda erkeklerden 2–3 kat daha sık görüldü ü saptanmı tır (8, 79). Bizim yaptı ımız bu ara tırmanın epidemiyolojik bir çalı ma olmaması ile birlikte, benzer ekilde kız/erkek oranı 3,2 olarak bulunmu tur.

Depresyonu olan ergenlerin en çok 16–17 ya larında tedavi için ba vurdukları bilinmektedir (8). Bizim çalı mamızda da benzer ekilde depresif ergenlerin ya ortalaması 16 ya olarak bulunmu tur. Yine hastalar

12–15 ve 15–18 ya arası olmak üzere iki gruba ayrılmı ve birinci grupta 17, ikinci grupta ise 46 hasta oldu u tespit edilmi tir. Yurt içi ve yurt dı ı yapılan pek çok çalı ma ergenlerde depresif belirtilerin ya la arttı nı göstermi tir. (104, 124, 125, 126).

Kashani ve Sherman depresyonu olan ergenlerin %25'inde madde kötüye kullanımı ve yine %25'inde ise alkol kötüye kullanımı saptamı lardır (127). Bizim alı mamızda ise hastaların %4,8'inde madde kullanımı ve % 23,8'inde alkol kullanımı saptandı. Madde kullanımının az görölmesi örnekleme sayısının küçük olması, madde kullanımı olan hastaların daha çok bu alana spesifik olarak çalı an kurumlara (Örn: AMATEM) ba vurması ya da hastaların bu konuyu bildirmemesi ile açıklanabilir.

Depresif ergenlerin ailelerinin incelendi i çalı malarda, depresyonun aile anamnezinde topluma oranla normalden daha sık görüldü ü, depresyonu olan ergenlerin %17–46'sının birinci dereceden yakınlarında da duygudurum bozuklu u bulundu u saptanmı tir. Bizim alı mamızda da bu oran %49,2 olarak saptanmı tir. Çalı mamızda ailede psikopatoloji varlı ının tanısız görü me yapılmadan sadece öyküye dayanarak belirlenmi olması bu oranın yüksekli ini açıklayabilir. Di er yandan ailesinde psikopatoloji bulunan hastaların daha sık ba vuruda bulunmasından kaynaklanabilir.

I-1: Depresyonu Olan Ergenlerde ntihar Davranı Sıklı ı ile İlgili Bulguların De erlendirilmesi

Çalı mamızda depresif ergenlerin %39,6'sının geçmi öyküsünde intihar giri imi saptandı. Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi hastaların %27'sinde, intihar planı %17,4'ünde ve intihar giri imi %27'sinde mevcuttu. Son bir yıl içerisinde ise intihar dü üncesi hastaların %30,2'sinde, intihar planı %15,9'unda ve intihar giri imi %33,3'ünde mevcuttu (Tablo-7). Yapılan alı malarda da benzer ekilde depresyonu olan ergenlerin %60–70'inde intihar dü üncesi (giri imde bulunsun ya da bulunmasın) ve %13–39'unda da intihar giri imi saptanmı tir (82).

I-2: ntihar Giri im Yöntemi ile İlgili Bulguların De erlendirilmesi

Ergenlerin intihar giri imlerinde, a ırı dozda ilaç ve kimyevi madde alımının kullanılan en sık yöntem oldu u, sert yöntemler olarak isimlendirilen

ası, yüksekten atlama, ate li silah kullanma gibi yöntemlerin daha az görüldü ü bilinmektedir. Bizim çalı mamızda ergenlerin intihar giri imlerinin %76'sının ilaç alarak, %15,2'sinin kesici aletlerle, %4,3'ünün ta ıtların önüne atlayarak, %2,1'inin yüksekten atlayarak ve %2,1'inin de bir cisim ile boynunu sıkıp nefessiz kalarak gerçekleştirildi i saptanmı tır. zmir'de yapılan bir çalı mada da benzer ekilde intihar giri iminde bulunmu 14–18 ya ları arasındaki ergenlerin giri im yöntemi olarak % 86,7'lik oranla en sık a ırı dozda ilaç alımını seçtikleri görülmü tür (10).

I-3: ntihtar Giri iminden Vazgeçiren Nedenler le lgili Bulguların De erlendirilmesi

ntihtar giri iminin kınandı ı ve günah sayıldı ı toplumlarda intihar giri imlerinin daha az görüldü ü bilinmektedir (128). Çalı mamızda intihar dü üncesi olup intihar planı ve giri imi olmayan hastaların % 42'si dini nedenlerden (intiharın günah olması, intihar ile ölürse cehenneme gidece i vb) %31,5'i aile ile ili kili nedenlerden (intihar ederse aile bireylerinden birinin üzülece i, yalnız kalaca ı vb) dolayı intihar giri iminde bulunmadı ını bildirmi tir. ntihtar planı olup giri imi olmayan hastaların ise %50'si aile ile ili kili nedenlerden ve %20'si dini nedenlerden dolayı giri imde bulunmadı ını belirtmi tir (Tablo-8). Bu sonuç; dini inançların daha çok intihar planından önce, intihar dü üncesi a amasındayken devreye girdi i, intihar planı olanlarda ise daha çok ailesel faktörlerin intihar giri iminden korudu u ekinde yorumlanabilir.

II– Depresyonda ntihtar Davranı ı çin Risk Faktörleri le lgili Bulguların De erlendirilmesi

II–1. Sosyodemografik Risk Faktörlerinin De erlendirilmesi

Ya : Çalı mamızda hastalar (12;0–15;0) ya ve (15;1–18;0) ya olacak ekilde iki gruba ayrılmı ve intihar davranı ları açısından birbiri ile kar ıla tırılmı tır. ntihtar dü üncesi ve intihar giri imi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamı tır. Ancak 12–15 ya grubundaki hastaların %29,4'ünde intihar giri imi saptanırken, 15–18 ya grubunda bu oran %43,5 olarak saptanmı tır (Tablo–15 ve 25). Yapılan

ara tırmalarda ergenlerde ya ile birlikte intihar davranı ı sıklı ının arttı ı gösterilmi tir.

Cinsiyet: Görü me anında kızların %27'sinde erkeklerin ise %13,3'ünde intihar dü üncesi saptandı (Tablo–15). Yine kızların %43,8'inde geçmi te intihar giri imi mevcut iken, erkeklerin %26,7'sinde öyküde intihar giri imi saptandı (Tablo–25). Bu bulgular intihar dü üncesi ve intihar giri iminin kızlarda daha yüksek oranda görüldü ünü belirten literatür bilgisi ile uyumludur (8, 17).

Madde, alkol ve sigara kullanımı: Yapılan çalı malarda sigara kullanımının (37, 86) ve madde-alkol ba ımlılı ı/ kötüye kullanımının (3, 35, 129, 130) intihar davranı ı için bir risk faktörü oldu u görülmü tür. Bizim çalı mamızda intihar davranı ı gösteren depresif ergenlerle intihar davranı ı göstermeyen depresif ergenler arasında sigara, alkol ve madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamı tır (Tablo–16 ve 27). Bu durum çalı mamızdaki örneklemin sınırlılı ı ile ya da çalı mamızın sadece depresyonu olan ergenleri içermesi ile açıklanabilir. Ayrıca bizim çalı mamızda yer alan hastaların alkol ve madde kullanımı ba ımlılık veya kötüye kullanım düzeyinde de ildi. Bu durum da farklılı ı açıklayabilir.

Bedensel hastalık: Çalı mamızda intihar dü üncesi olan grubun %6,7'sinde, intihar dü üncesi olmayan grubun ise %12,5'inde bedensel hastalık bulundu u görüldü. Yine intihar giri imi olan grubun %8'inde, giri imi olmayan grubun %13,1'inde bedensel hastalık bulundu u görüldü. Bu bulgularla çalı mamızda depresyona e lik eden bedensel hastalı ın intihar davranı ı ile ili kisi gösterilememi tir. Ancak çalı mamıza i levsellik i bozacak düzeyde fiziksel hastalı ı olan ki iler dâhil edilmedi inden bu konudaki bilgiler sa lıklı olmayabilir. Çünkü depresyona komorbid tıbbi rahatsızlık varlı ının intihar davranı ı riskini arttırdı ını bildiren çalı malar vardır (83).

Okul ile ili kili sorunlar: Yapılan bazı çalı malarda okul ile ili kili problemlerin ve okula devamsızlı ın/gitmemenin intihar davranı ı riskini arttırdı ı bildirilmi tir (22, 24, 102). Ancak çalı mamızda örneklem azlı ından dolayı bu bulguları destekler nitelikte yeterli veriye ula ılamamı tır. Çalı mamızda intihar dü üncesi olan grubun %20'sinin, intihar dü üncesi

olmayan grubun ise %10,4'ünün okula gitmediği saptandı. Ayrıca intihar girişimi olan grubun %16'sı herhangi bir okula gitmiyorken, intihar girişimi olmayan grupta bu oran %10,5 olarak saptandı.

II-2. Ailesel Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda intihar girişimi olmayan hastalar aile tipi açısından birbiriyle karşılaştırıldı ve dağınık aileden gelen ergenlerde intihar girişim sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (Tablo-26). Öyküde intihar girişimi olan hastaların %28'i dağınık aileden gelirken, intihar girişimi olmayan grubun %2,6'sı dağınık aileden gelmekteydi. Bu bulgu dağınık ailelerden gelen çocuklarda intihar davranış riskinin arttığını gösteren literatür bilgisi (1, 23, 102) ile uyumludur.

Yapılan birçok çalışmada intihar davranışını gösteren ergenlerin ana-babasının eğitim düzeyinin düşük olduğu, ailede psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi oranlarının yüksek olduğu, sigara, alkol ve madde kullanımının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. (11, 21, 22, 24, 66, 102). Bizim çalışmamızda da babanın eğitim düzeyi ile intihar davranış arasında negatif bir korelasyon olduğu görülmüştür (Tablo-10). Baba eğitim düzeyi daha düşük olan ergenlerin intihar davranış riskinin daha yüksek olduğu görüldü. Aynı şekilde hastalar intihar öncesi olmayan, intihar öncesi olup girişimi olmayan ve intihar girişimi olanlar şeklinde birbiri ile karşılaştırıldığında intihar girişimi olan grupta baba eğitimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı. Çalışmamızda annenin eğitim düzeyi ile ergenin intihar davranış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

II-3. Bireysel Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Depresyonun riski: Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde intihar davranış riski ile depresyonun riski arasında pozitif bir korelasyon saptandı (Tablo-11). Görüşme anında intihar öncesi olan grupta intihar öncesi olmayan grup karşılaştırıldığında intihar öncesi olan grupta depresyonun riski istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo-17). Öyküde intihar girişimi olan grubun depresyon puan ortalaması intihar girişimi olmayan grubun depresyon puan ortalamasından daha yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (Tablo-

28). Ayrıca son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olmayan, intihar dü üncesi olup intihar giri imi olmayan ve intihar giri imi olan üç grubun depresyon puanları birbiri ile karşılaştırıldı; intihar dü üncesi olup giri imi olmayan grubun depresyon puanı intihar dü üncesi olmayan gruptan daha yüksek saptanmıştır (Tablo–36). Ancak intihar giri imi olan grup ile intihar dü üncesi olup giri imi olmayan grubun depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo–37). Kısa semptom envanterinin depresyon alt ölçeğinden elde edilen bulgularda benzer şekilde (Tablo–13, 22, 33, 36, 37). Bazı çalışmalarda depresif bozukluğun ağırlığı ve şiddetli olmasının intihar davranış riskini arttırdığı gösterilmiştir (81, 82, 86, 89). Van Gastel ve arkadaşlarının (80) yaptığı bir çalışmada depresyonun şiddeti, intihar dü ünceleri ile ilişkili görülürken, intihar giri imi ile ilişkisi gösterilememiştir. Benzer şekilde ülkemizde erişkin hastalarla yapılan bir çalışmada da depresif belirtiler şiddetinin intihar giri imi ile ilişkisi saptanmamıştır. Bizim çalışmamızdan elde edilen bulgularda benzer şekilde depresyon şiddetinin daha çok intihar dü üncesi ile ilişkili olduğunu, intihar giri imiyle ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Anksiyete: Korelasyon analizinde hem anlık hem de süreklilik anksiyete düzeyleri intihar davranış ile ilişkili bulunmuştur (Tablo–11). Görülmesinde intihar dü üncesi olan grubun anlık ve süreklilik anksiyete düzeyleri intihar dü üncesi olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo–18). Geçmiş öyküsünde intihar giri imi olan grubun ortalama anlık ve süreklilik anksiyete puanları intihar giri imi olmayan gruptan daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo–29). Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olup giri imi olmayan grubun intihar dü üncesi olmayan gruba göre anlık anksiyete puanları daha yüksek bulunurken, süreklilik anksiyete puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo–36). Ayrıca intihar dü üncesi olup giri imi olmayan grup ile intihar giri imi olan grubun anlık ve süreklilik anksiyete düzeyleri arasında fark gösterilememiştir (Tablo–37). Benzer şekilde Kısa Semptom envanterinin anksiyete alt ölçeğinden elde edilen sonuçlara göre; intihar dü üncesi olan grupta intihar dü üncesi

olmayan gruba oranla anksiyete puanları daha yüksek saptanmamıştır (Tablo-22), öyküde intihar girişimi olan grup ile öyküde intihar girişimi olmayan grup arasında fark saptanmamıştır. (Tablo-33). Bu bulgular anlık anksiyete daha ön planda olmak üzere depresyona eğilimli eden anksiyetenin intihar davranışını riskini arttırdığını düşündürmektedir. Bu risk artışı intihar girişiminden çok, intihar düşüncesi ile ilişkili görünmektedir. Benzer şekilde literatürde yer alan birçok çalışmada depresyona eğilimli eden anksiyetenin özellikle intihar düşüncesi riskini arttırdığını gösterilmiştir. (95, 98, 99).

Kısa semptom envanterinin OKB alt ölçeğinden elde edilen puan, görüşme anında intihar düşüncesi olan grupta, intihar düşüncesi olmayan gruba oranla daha yüksek saptanmıştır. (Tablo-22). Bu bulgu depresyona OKB semptomlarının eğilimli etmesinin intihar düşüncesi için ek bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir. Ancak bu sonuç son 6 ay içerisinde intihar düşüncesi olmayan ve intihar düşüncesi olup girişimi olmayan gruplar arasında farklı çıkmamıştır (Tablo-36). Yine depresyona eğilimli eden OKB semptomlarının intihar girişimi ile ilişkisi gösterilememiştir (Tablo-33). Literatürde depresyona eğilimli eden OKB semptomlarının intihar davranışını üzerine etkisi ile ilgili çelişkili bulgular vardır. Depresyonun kontrol edilmediği bazı çalışmalarda OKB semptomları intihar davranışını ile ilişkili gösterilmiştir. (131, 132). Bir başka çalışmada depresyon tanılandıktan sonra OKB semptomlarının intihar davranışını ile ilişkisi gösterilememiştir (133). Norton PJ (98) tarafından 166 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada ise depresyona eğilimli eden OKB semptomları ile intihar düşünceleri arasında, OKB semptomlarının intihar düşüncelerini arttırdığına dair zayıf bir ilişki gösterilmiştir.

Umutsuzluk: Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde umutsuzluk düzeyi daha yüksek olan ergenlerde intihar davranışını şiddetinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo-11). Görüşme anında intihar düşüncesi olan grubun umutsuzluk düzeyi, intihar düşüncesi olmayan grubun umutsuzluk düzeyinden daha yüksek saptanmıştır (Tablo-19). Aynı şekilde son 6 ay içerisinde intihar düşüncesi olup intihar girişimi olmayan grubun umutsuzluk düzeyi intihar düşüncesi olmayan grubun umutsuzluk düzeyinden

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. (Tablo-36). Öyküde intihar girişimi olan grup ile olmayan grubun umutsuzluk düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo-30). Ayrıca son 6 ay içerisinde intihar düşüncesi olup girişimi olmayan grubun umutsuzluk düzeyi ile intihar girişimi olan grubun umutsuzluk düzeyi arasında bir fark görülmemiştir (Tablo-37). Depresyona eşlik eden umutsuzluğun intihar davranışını riskini arttırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (44, 49, 82, 100). Yine bizim çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlara benzer şekilde umutsuzluğun intihar düşüncesi riskini arttırdığı ancak intihar girişimi ile ilişkili olmadığına gösteren çalışmalar da vardır (80, 89). Intihar girişiminde bulunan depresif hastalar ve bulunmayan depresif hastaların umutsuzluk düzeyleri hakkında literatürde çelişkili bulgular vardır. Bazı çalışmalarda intihar girişiminde bulunan depresif hastaların umutsuzluk düzeyleri intihar girişimi olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (86, 90) bazı çalışmalarda ise bu ilişki gösterilememiştir (87, 91).

Benlik Saygısı: Çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde benlik saygısı ile intihar davranışları arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo-11). Benlik saygısı daha düşük olan depresif ergenlerde intihar davranışlarının sıklığı ve şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda görüldüğü gibi intihar düşüncesi olan grubun benlik saygısı, intihar düşüncesi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo-20). Benzer şekilde son 6 ay içerisinde intihar düşüncesi olup intihar girişimi olmayan grubun benlik saygısı intihar düşüncesi olmayan gruba oranla daha düşük bulunmuştur (Tablo-36). Öyküsünde intihar girişimi bulunmayan hastalar ile intihar girişimi bulunan hastaların benlik saygısı arasında ise anlamlı fark saptanmadı (Tablo-31). Ayrıca son 6 ay içerisinde intihar düşüncesi olup girişimi olmayan grubun benlik saygısı düzeyi ile intihar girişimi bulunan grubun benlik saygısı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo-37). Bu bulgular benlik saygısının intihar davranışları ile ilişkili olduğunu, benlik saygısı daha düşük olan ergenlerde intihar davranışlarının şiddetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde birçok çalışmada düşük benlik saygısının intihar davranışları ile ilişkili olduğu

gösterilmi tir. (47, 48, 49, 82). Ancak çalı mamızda depresyonu olan ergenlerde dü ük benlik saygısının intihar dü ünceleri ile ili kisi gösterilmi ken intihar giri imi ile ili kisi gösterilememi tir. Aynı ekilde Van Gastel ve arkadaş larının depresyonda intihar dü üncesi ve giri imi için risk faktörlerini ayrı ayrı de erlendirdikleri bir çalı mada da dü ük benlik saygısı intihar dü ünceleri ile ili kili bulunmu ken intihar giri imi ile ili kili bulunmamı tır (80). Yine Aydemir ve arkadaş larının yaptı ı bir çalı mada da depresyonu olan hastalarda dü ük benlik saygısının intihar dü üncesi ile ili kisine bakılmamı ken, intihar giri imi ile ili kisi gösterilememi tir (91).

Somatizasyon: Çalı mamızda depresyona e lik eden somatik semptomlarla intihar davranı ı arasında pozitif bir ili ki oldu u korelasyon analizi ile gösterilmi tir (Tablo-13). ntihar dü üncesi olan grupta somatik semptomların intihar dü üncesi olmayan gruba oranla daha sık oldu u görülmektedir (Tablo-22). Somatik semptomların intihar giri imi ile ili kisi ise tespit edilememi tir (Tablo-33). Çalı mamızda ortaya çıkan sonuçlara benzer ekilde literatürde somatizasyonun intihar dü üncesi ile ili kisini gösteren birçok çalı ma vardır (134, 135, 136).

Hostilite: Çalı mamızda hostilite ile intihar davranı ı arasında bir ili ki oldu u korelasyon analizi ile gösterilmi tir (Tablo-13). ntihar dü üncesi ve giri imi için ayrı ayrı yapılan de erlendirmelerde, hostilitesi iddetli olan ergenlerde intihar dü üncesi daha sık saptanmı ken, aynı sonuç intihar giri imi için gösterilememi tir (Tablo-22, 33). Birçok çalı mada, hem intihar dü üncesi hem de intihar giri imi olan grubun hostilite puanları sa lıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptanmı tır (55, 56, 136, 137). Bizim çalı mamızda ise intihar giri imi olan depresif ergenlerle intihar giri imi olmayan depresif ergenlerin hostilite puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamı tır. Ancak hostilitenin intihar giri imi ile ili kisini gösteren yukarıdaki çalı malarda, intihar giri iminde bulunan hastalar sa lıklı gruplarla karşılaştırılmı tır. Buna göre hostilite iddetinin intihar giri imi olan ki ilerde sa lıklılara göre yüksek oldu u, ancak sadece depresif hastalarda bakıldı ında intihar giri imi bulunup bulunmamasına göre bu farkın saptanamayacak düzeyde oldu u dü ünülebilir.

Psikotizm ve Paranoid Dü ünceler: Kısa semptom envanterinin psikotizm alt ölçe inden elde edilen puanlar görü me anında intihar dü üncesi olan grupta, görü me sırasında intihar dü üncesi olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulunmu tur (Tablo–22). Çalı mamızda psikotik semptomların depresyona e lik etmesi ile intihar dü üncesi sıklı ının arttı ı görülmektedir. Aynı ili ki intihar giri mi için gösterilememi tir (Tablo–33). Paranoid dü üncelerin ise ne intihar dü üncesi ne de intihar giri mi ile ili kisi saptanamamı tır.

Ki iler Arası Duyarlılık: Çalı mamızda kısa semptom envanterinin ki iler arası duyarlılık alt ölçe inden elde edilen puanlar sadece görü me anında intihar dü üncesi olan grup ile intihar dü üncesi olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı saptanmı tır (Tablo–22). Bu duruma göre ikili ili kilerde kolayca incinen, insanlar tarafından sevilmedi ini, kötü davranıldı ını dü ünen, kendini di er insanlardan daha a a ı gören ve ba kaları ile ili kilerinde sürekli yanlı bir eyler yapmaktan kaçınmaya çalı an ki ilerde intihar dü üncesinin daha sık görüldü ü dü ünülebilir.

Psikopatolojinin iddeti / Ciddiyeti: Kısa semptom envanterinin rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RC) ve semptom rahatsızlık indeksi (SR) hastada var olan semptomların hasta tarafında ne kadar ciddi/ iddetli olarak algılandı ını göstermektedir. Kısa semptom envanterinin bu global indekslerin her ikisinden elde edilen puanlar, intihar davranı ı ile pozitif yönde ili kili bulunmu tur (Tablo–13). Yine hem görü me anında hem de son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olan iki grubun mevcut semptomlarını intihar dü üncesi olmayan gruba oranla daha iddetli / ciddi olarak algılandıkları tespit edilmi tir (Tablo–22 ve 36). ntihar giri mi olan grup ile intihar giri mi olmayan grup tarafından algılanan semptom ciddiyeti veya semptom iddeti açısından fark saptanamamı tır (Tablo–33). Benzer ekilde Major Depresif Bozuklu u olan 18–75 ya arası 308 hastanın 2 yıl takip edildi i bir çalı mada intihar giri mi öyküsü olan grup ile olmayan grup birbiri ile karşılaştırılmı ve psikopatolojinin iddeti açısından anlamlı bir fark saptanamamı tır (86).

Bireysel Güçler ve Güçlükler: : Çalı mamızda hastaların bireysel güçlükleri ve güçlü yanları SDQ (Güçler ve güçlükler anketi) ile de erlendirilmi tir. Yapılan korelasyon analizinde ergenin doldurdu u SDQ formunda davranı sal güçlükler intihar davranı ı ile ili kili bulunmu tur (Tablo–14). Bu ili ki SDQ-Anne/Baba formu yanıtlarında gösterilememi tir. Görü me anında intihar dü üncesi olan ve olmayan gruplar birbiri ile kar ıla tırıldıklarında intihar dü üncesi olan grubun SDQ-Ergen formuna göre toplam güçlük puanı, emosyonel güçlük puanı ve akran ili kileri ile ilgili güçlük puanı anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmi tir (Tablo–23). SDQ-Anne/Baba formunda ise hiçbir alt ölçek için anlamlı ili ki saptanmamı tır. (Tablo–24). Öyküde intihar giri imi olan ve olmayan gruplar birbiri ile kar ıla tırıldıklarında hem ergenin, hem de anne–babanın doldurdu u SDQ formuna göre Davranı sal Güçlük puanı ve Dikkat eksikli i–hiperaktivite ile ili kili güçlükler intihar giri imi olan grupta daha yüksek bulunmu tur (Tablo–34 ve 35). Ayrıca intihar giri imi olan grupta SDQ-Ergen formunda Toplam güçlük puanı daha yüksek bulunmu tur (Tablo–34). Yine son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olmayan grup ile intihar dü üncesi olup intihar giri imi olmayan grup birbiri ile kar ıla tırıldıklarında; intihar dü üncesi olup intihar giri imi olmayan grupta SDQ-Ergen formunun Toplam güçlük puanı ve dikkat eksikli i–hiperaktivite ile ili kili güçlük puanı daha yüksek saptanmı tır (Tablo–36). Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olup intihar giri imi olmayan grup ile intihar giri imi olan grup arasında ise hiçbir alt ölçek açısından anlamlı fark bulunmamı tır (Tablo-37). Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olmayan grup ile intihar giri imi olan grup kar ıla tırıldı ında; sadece SDQ-Ergen formunun Toplam güçlük, Davranı sal güçlük ve Dikkat eksikli i–hiperaktivite ile ili kili güçlük puanı intihar giri imi olan grupta daha yüksek saptanmı tır (Tablo–38).

Bu bulguları de erlendirecek olursak; ergenin bildirimine göre bireyin toplam güçlü ü, emosyonel güçlükleri, akran ili kileri ile ilgili güçlükleri intihar dü üncesi olan ki ilerde daha yüksek bulunmu tur. Toplam güçlükler, Davranı sal güçlükler ve Dikkat eksikli i–hiperaktivite ile ili kili güçlükler intihar giri imi olan ki ilerde daha yüksek bulunmu tur. Ebeveyn bildirimine

göre ise SDQ ile ölçülen alanlardaki güçlükler, intihar dü üncesi ile ili kili saptanmamı tır. Ancak intihar giri imi ile davranı sal güçlükler ve dikkat eksikli i–hiperaktivite ile ili kili güçlükler arasında ili ki bulunmu tur. Bu sonuçlara benzer ekilde birçok çalı mada davranı problemlerinin intihar davranı ı ile ili kisi gösterilmi tir (49, 81, 82, 99, 100). Dikkat eksikli i–hiperaktivite ile ili kili güçlükler impulsivite ile ili kili olabilir. Ergenlerde impulsivite ile intihar davranı ı arasındaki ili kiyi gösteren birçok çalı ma bulunmaktadır (57,58)

Çalı mamızda ergenlerdeki payla ma, yardımseverlik, ba kalarının duygularını önemseme gibi olumlu sosyal davranı ların (güçlü yanların) intihar giri imine kar ı koruyucu olup olmadı ı SDQ (Güçler ve güçlükler anketi)'nun sosyal davranı alt ölçe i ile ara tırılmı tır. Ebeveyn bildirimine göre intihar giri imi olmayan ergenlerde, giri im olan ergenlere göre bu tarz olumlu sosyal davranı lar daha belirgin olarak saptanmı tır (Tablo–35).

II–4. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan Toplam Sosyal Destek: Çalı mamızda algılanan toplam sosyal destek intihar davranı ı ile negatif yönde ili kili bulunmu tur (Tablo–12). Benzer ekilde görü me anında intihar dü üncesi olan hastaların algılanan toplam sosyal destek puanı intihar dü üncesi olmayanlardan daha dü ük bulunmu tur (Tablo–21). Yine öyküde intihar giri imi olan hastaların algılanan toplam sosyal destek puanı intihar giri imi olmayanlardan daha dü ük bulunmu tur (Tablo–32). Son 6 ay içerisinde intihar dü üncesi olmayan, intihar dü üncesi olup intihar giri imi olmayan ve intihar giri imi olan üç grubun algılanan toplam sosyal destek puanları birbiri ile kar ıla tırıldı nda intihar dü üncesi hiç olmayan grupta intihar giri imi olan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmu tur (Tablo–36, 37, 38). Bu bulgular yetersiz algılanan toplam sosyal deste inin intihar davranı ı ile ili kili oldu unu, hem intihar dü üncesi hem de intihar giri imi riskini arttırabilece ini dü ündürmektedir. Benzer ekilde Sokero ve arkadaş larının Major Depresif Bozukluk tanısı alan 269 eri kin hastayı inceledikleri çalı malarında yetersiz algılanan sosyal deste in intihar dü üncesi sıklı nı arttırdı ı saptanmı tır (89).

Algılanan Aile Deste i: Çalı mamızda algılanan aile deste inin intihar davranı ı ile negatif yönde korele oldu u görülmektedir (Tablo–12). Algılanan aile deste inin intihar dü üncesi ile ili kisi gösterilememi tir (Tablo–21). Ancak öyküsünde intihar giri imi olan hastaların algıladıkları aile deste i intihar giri imi olmayan gruba göre daha dü ük bulunmu tur (Tablo–32). Yine son 6 ay içerisinde intihar giri imi olan hastaların algıladıkları aile deste i düzeyi intihar dü üncesi olup giri imi olmayan hastaların algıladıkları aile deste i düzeyinden daha dü ük olarak saptanmı tır (Tablo–37). Bu bulgular algılanan aile deste inin yetersiz olmasının intihar dü üncesinin eyleme dökülmesinde en önemli yordayıcı olabilece ini dü ündürmektedir. Klinisyenler intihar davranı ı sergileyen ergenlerle ya intihar dü üncesinin bulundu u dönemde ya da giri im sonrası kar ıla maktadır. Çalı mamızdan elde edilen bu sonuç, klinisyenlerin intihar dü üncesi olan depresif ergenlerle çalı ırken, intihar giri imini önlemek için muhakkak aileyi takip ve tedavi / terapi sürecine dahil etmesi gerekti ini ve aile deste inin yeterli düzeyde algılanması yönünde çalı ılması gerekti ini dü ündürmektedir.

Algılanan Arkada Deste i: Çalı mamızda algılanan arkada deste i ile intihar davranı ı arasında bir ili ki gösterilememi tir (Tablo–12). Ancak görü me anında intihar dü üncesi olan grubun algılanan arkada deste i, intihar dü üncesi olmayan gruptan anlamlı olarak daha dü ük bulunmu tur (Tablo–21). Algılanan arkada deste inin intihar giri imi ile ili kisi ise gösterilememi tir (Tablo–32). Bu bulgular algılanan arkada deste inin dü ük olmasının intihar dü üncesi için bir risk faktörü oldu unu göstermektedir.

Algılanan Özel Bir nsan Deste i: Algılanan özel bir insan (Örn: flört, ni anlı, sözlü, akraba, kom u, doktor, ö retmen) deste inin ne intihar dü üncesi ne de intihar giri imi ile ili kisi çalı mamızda gösterilememi tir (Tablo–12, 21, 32). Algılanan özel bir insan alt ölçe i ile algılanan doktor deste i de sorulmu tur. Algılanan bu deste in intihar davranı ı ile ili kisinin gösterilememi olması, intihar davranı riski taşıyan depresif ergenlerle çalı an hekimlerin hastaya deste inin tek ba ına yeterli olmayabilece ini, muhakkak aile deste inin sa lanması gerekti ini dü ündürmektedir.

Sonuç olarak depresyonu olan ergenlerde depresyonun iddetli olması, yüksek anlık ve süreklilik anksiyete düzeyleri, umutsuzluk, düşük benlik saygısı, algılanan toplam sosyal destek ve arkadaş desteğinin düşükü, somatizasyon, hostilete, psikotizm, psikopatolojinin iddeti, kişiler arası duyarlılık, emosyonel güçlükler ve arkadaş ilişkileri ile ilgili güçlükler *intihar düşüncesi* ile ilişkili bulunmuştur. Dağılımı aileden gelme, baba eğitim düzeyinin düşükü, algılanan toplam sosyal destek ve aile desteğinin düşükü, yüksek oranda davranışsal ve dikkat eksikliği-hiperaktivite ile ilişkili güçlüklerin varlığı *intihar girişimi* ile ilişkili bulunmuştur. İntihar düşüncesi olup girişimi olmayan grup ile intihar girişimi olan grup arasında sadece algılanan aile desteği açısından farklılık saptanmıştır. İntihar girişimi olan grupta, intihar düşüncesi olup girişimi olmayan gruba göre algılanan aile desteği daha düşük bulunmuştur.

Bu güne kadar bu alanda yapılan çalışmaların çoğunda ya intihar düşüncesi ya da intihar girişimi ile ilişkili faktörlere bakılmıştır. Biz ise çalışmamızda depresyonu olan homojen bir ergen hasta grubunda deyimlik ölçekler kullanarak intihar düşüncesi ve intihar girişimi için ayrı ayrı risk faktörlerini araştırmayı amaçladık. Çalışma sonunda intihar düşüncesini etkileyen faktörler ile intihar girişimini etkileyen faktörlerin birbirinden farklı olduğu saptadık. Biz klinisyenler intihar davranışını sergileyen depresif ergenlerle çoğu zaman intihar düşüncesinin bulunduğu ancak bu düşüncenin henüz eyleme dönüşmediği dönemde karşılaşmaktayız. Bu nedenle amaçlarımızdan biri de depresif ergenlerde intihar düşüncesinin intihar girişimine dönüşmesi ile ilgili faktörleri saptamaktır. Nitekim algılanan aile desteği, intihar girişiminde bulunan depresif ergenlerde, intihar düşüncesi olup intihar girişiminde bulunmayan depresif ergenlere oranla daha düşük saptanmıştır.

Depresif ergenlerde intihar düşüncesinin gelişmesi ve bu düşüncenin intihar girişimine dönüşmesi ile ilgili faktörlerin dikkate alınmasının, intihar girişimini önlemede klinisyenlere yardımcı olacağını düşünmekteyiz.

Örnekleme sayısının sınırlı olması çalı mamızın kısıtlılı ı olarak kabul edilebilir. Bu sonuçların, daha geni örnekleme gruplarıyla yapılacak çalı malarla desteklenmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Çuhadaro lu F, Sonuvar B. Adolesan ntiharları: Risk Faktörleri üzerine bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi 1992;3:222-6.
2. Tosuner C. Depresif duygudurum bozukluklarında intihar davranı ının ara tırılması (uzmanlık tezi). stanbul: GATA Haydarpa a E itim Hastanesi;1997
3. Sokero P. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. Publications of National Public Health nstitute 13/2006
4. Taneli S. Taneli Y. Çocuk ve ergenlerde intiharın önlenmesi. XIII sosyal psikiyatri kongre tam metin kitabı, 2006;41-55
5. Sanchez LE, Le LT. Suicide in mood disorders. Depress Anxiety, 2001;14: 177-182.
6. Öncü B. ntihar davranı ı. çinde: Çuhadaro lu F. Co kun A, Pehlivantürk B. ve ark. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Derne i Yayınları; 2008. 503-12
7. Dünya Sağlık Örgütü (2001) World Health Report. <http://www.who.int/whr/2001/en/>
8. Shaffer D. Çocuk ve ergende depresif bozukluk ve özkıyım. çinde: Sadock BJ, Sadock VA, Comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı Türkçe çevirisi. Güne Kitabevi; 2007. 3262-74
9. Türkiye İstatistik Yıllı ı. TC Ba bakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 2004, Ankara
10. Ercan, E.S, Varan A, Aydın C. ntihar giri iminde bulunan ergenlerde sosyoemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin ara tırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi 2000;7: 81-91
11. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006;47:372-94.
12. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalance, risk faktors, and clinical implications. Clinical Psychology science and practice 1996;3:25-36
13. Collett B, Myers KM. Suicidality and youth: identification, treatment, and prevention. n: Cheng K, Myers KM. Child And Adolescent Psychiatry The Essentials, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 299-320
14. Tezcan A, Çulha F. Karabulut C. & Nazım M. Suicide thought among children, OMÜ Tıp Dergisi 1996;13:35-39)
15. Özgüven HD. Özkıyım riskinin de erlendirilmesi. çinde: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. Depresyon Sa altım Klavuzu Kaynak Kitabı, Türkiye Psikiyatri Derne i Yayınları; 2008. 35-53
16. Shaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and adolescents. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1981;20: 545-65.

17. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age-and sex-related risk faktors for adolescent suicide. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38:1497-505.
18. Spirito A, Overholser J. The suicidal child: assesment of manegement of adolescent after a suicide attempt; psychiatric emergencies. *Child and adolescent Psychiat Clin N Am* 2003;12:649-65
19. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42:4
20. Dulcan MK, Wiener JM. *Essentials of child and adolescent Psychiatry*, American Psychiatric Publishing 2006
21. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, et al. Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581-8
22. Güleç G, Aksaray G. ntiyar giri iminde bulunan gençlerin sosyo-demografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin ara tırılması. *New yeni sempozyum* 2006;44:3
23. Beautris AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:420-36
24. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53: 1155-62
25. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. n: Lewis M. (ed) *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002
26. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry* 1996;53:339-48
27. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalance and coocurance with psychiatric disorders. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992;31:655-62
28. Beautris AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric illness in New Zelland sample of young people making serious suicide attempts. *N Z Med J*. 1998;27;111:44-8
29. Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopatology associated with suicidal ideation, attempts among children and adolescent, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:915-23
30. Atay IM, Kerimo lu E. Ergenlerde intiyar davranı ı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi* 2003;3:128-36.
31. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, et al. Adolescent Psychiatric inpatients risk of suicide attempt at 6 month follow up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32:95-105

32. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1992;3:183-9
33. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:521-9.
34. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide, DSM-III-R axes I and II diagnosis in suicides among 13- to -19 year-old in Finland. Archives of General Psychiatry 1991;48:834-9
35. Allebeck P, Allgulander C, Fisher LD. Predictors of completed suicide in a cohort of 50,465 young men: Role of personality and deviant behaviour. British Medical Journal 1988;297:176-8.
36. Giaconia R, Reinherz HZ, Paradis A, Hauf AC, Stashwich C. Major depression and drug disorders in adolescence-General und spesifik impairments in early adulthood. J American Child Adolesc Psychiatry 2001;40:26-33
37. Bronisch T, Höfler M, Lieb R. Smoking predicts suicidality: Findings from a prospective community study. Journal of Affective Disorders 2008;108:135-145
38. Pilowsky DJ, Wu L, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. Am J Psychiatry 1999;156:1545-9.
39. Mazza JJ. The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior 2000;30:91-103.
40. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, et all. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:1369-80
41. E rilmez A, Kültür S, Ulun N. Suicid girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanı, depresyon, anksiyete ve benlik saygısı. içinde: Aydınalp K. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı, 1988, Ankara, 190-197
42. Gould MS, Shaffer D, Greenberg T. The epidemiology of youth suicide. In: King RA, Apier A. Suicide in children and adolescents. Cambridge University Press, Cambridge, 2006. 1-40
43. Sayar K, Bozkır F. ntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde intihar Niyeti ve Ölümcüllü ün Belirleyicileri. Yeni Symposium 2004;42:28-36
44. Ceyhun AG, Ceyhun B. Lise ve Üniversite Ö rencilerinde intihar Olasılı ının De erlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2003;6:217-24
45. Roskar S, Zorko M, Bucik V. Marusic A. Problem solving for depressed suicide attempters and and depressed individuals without suicide attempt. Psychiatria Danubina 2007;19:296-302
46. Rotheram-Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC, Shrout EJ. Cognitive style and pleasant activities among female adolescent sulcide attempters. J Consult Clin Psychol 1990;58:554-61
47. Wild LG, Flisher AJ, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem Journal of Adolescence 2004;27: 611-624

48. Roberts RE, Roberts CR, Chen R. Suicidal Thinking among adolescent with a history of attempted suicide. *J AM Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:1294-300
49. Csorba J, Rozsa S, Gadoros J et al. Suicidal depressed vs. nonsuicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. *Journal of Affektive Disorders* 2003;74: 229–236
50. Pinto A, Whisman MA. Negative affect and cognitive biases in suicidal and nonsuicidal hospitalized adolescents. *J AM Acad Adolesc Psychiatry* 1996;35:158-65
51. McGee R, Williams S, Nada-Raja S. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood, *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001; 29:281-91
52. Wagner KD, Rouleau M, Joiner T. Cognitive factors Related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescent. *Am J Psychiatry* 2000;157:2017–21
53. Brent DA, Johnson B, Bartle S, et al. Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:69-75.
54. Aktepe E, Kandil S, Topba M. Çocuk ve ergenlerde intihar davranı ı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4:2
55. Simonds JF, McMahon T, Armstrong D. Young suicide attempters compared with a control group: psychological, affective, and attitudinal variables. *Suicide Life Threat Behav* 1991;21:134-51
56. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res* 2003;120:247-55.
57. Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD. Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993;21:339–53.
58. Kingsbury S, Hawton K, Steinhardt K, James A. Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1125-31
59. Tezcan A, O uzhanolu NK, Ülkerolu F. Çocuk ve gençlerde intihar giri imleri. *Kriz Dergisi* 1995;3:70-4
60. Eskin M. Ergenlikte yalnızlık, ba etme yöntemleri ve yalnızlı ın intihar davranı ı ile ili kisi. *Klinik Psikiyatri* 2001; 4:5-11
61. Blake SM, Ledsky R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Public Health* 2001;91:940-6.
62. Faulkner AH, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. 1: *Am J Public Health* 1998;88:262-6
63. Garofalo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey SJ, DuRant RH. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998;101:895-902.

64. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health* 1998;88:57-60.
65. Remafedi G. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA* 1999;6:1282-91
66. Brent DA, Perper JA, Moritz G. Familial Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:52-8
67. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. A ırı dozda ilaç alımıyla giri imde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 3:133-8
68. Bayam G, Dilbaz N, Holat H, Bitlis V, enol, S. Genel bir hastanede acil servise intihar giri imi nedeniyle ba vuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi* 1995;2:57-62
69. Ertemir D, Ertemir M. Gençlerin intihar giri imlerinin özellikleri. *Dü ünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2003;16:231-4
70. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, et al. Higher expression of serotonin 5-HT (2A) receptors In the postmortem brains of teenage suicide victims. *Am J Psychiatry* 2002; 59:419-29
71. Pfeffer CR, Stokes P, Shindledecker R. Suicidal behavior and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis indices in child psychiatric inpatients. *Biol Psychiatry*1991;29:909-17.
72. Dahi RE, Puig-Antich J, Ryan ND, et al. EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *J Affect Disord* 1990;19:63-75
73. Apter A. Biological factors in adolescent suicidal behavior. In: King RA ve Apter A. *Suicide in children and adolescents*. Cambridge University Pres; 2006;1-40, Cambridge
74. Correa H, Duval F, Mokrani M, et al. Prolactin response to D-fenfluramine and suicidal behavior in depressed patients. *Psychiatry Res* 2000;93:189-99
75. Kaufman J, Yang B, Douglas-Palumberi H, et al. Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry* 2006;59:673-80
76. Weller EB, Weller RA, Rowan AB, Svadjian H. Depressive disorders in children and adolescents. n. Lewis M. (ed) *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002
77. Birmaher B, Brent D. Practice parameters fort he assesment and treatment of children and adolescent with depressive disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1998;37:10
78. Park RJ, Goodyer IM. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European child and adolescent psychiatry* 2000;9:147-61
79. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2002;52:529-42.
80. Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatry Scand* 1997;96:254-9

81. Barbe RP, Williamson DE, Bridge JA, et al. Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2005;66:492-8.
82. Liu X, Gentzler AL, Teper P, et al. Clinical Features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1442-50
83. Nemeroff CB, Compton MT, Berger J. The depressed suicidal patient. Assessment and treatment. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932:1-23
84. Rihmer Z. Suicide in mood disorders. *Current opinion in Psychiatry* 2007;20:17-22
85. Claassen CA, Triverdi MH, Rush AJ, et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: Findings from the STAR-D trial *Journal of Affective Disorders*, 2007;97:77-84
86. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major Depressive Episode in Patients With Major depressive Disorder or Bipolar Disorder *Am J Psychiatry* 2004;161:1433-41
87. Malone KM, Oquendo MA, et al. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1084-8
88. Bulik MC, Carpenter LL, Kupfer DJ, Frank E. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *Journal of Affective Disorders* 1990;18:29-37
89. Sokero P. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder, *J. Clin Psychiatry* 2003;64:9
90. Ak M, Özmenler KM, Bozkurt A. Depresyon hastalarında belirti iddeti ve umutsuzlu un intihar davranı ı üzerindeki etkisi. *Kriz Dergisi* 2006;14:1-7
91. Aydemir Ç, Temiz HV, Göka E. Major depresyon ve öz kıyım da kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:33-9
92. Pfeffer CR. Suicide in mood disordered children and adolescents. *Child Adolescent Psychiatric Clin N Am* 2002;11:639-47
93. Hodgman C. McAnarney E. Adolescent depression and suicide: rising problems. *Hosp Practice* 1992;15:73-88.
94. Kovacs M. Goldston D. Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A longitudinal investigation. *J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1993;32:1
95. Ghaziuddin N, King CA, Naylor MW, Ghaziuddin M. Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents. *Depression and anxiety* 2000;11:134-8
96. Chabrol H, Rodgers R, Rousseau A. Relations between suicidal ideation and dimensions of depressive symptoms in high-school students. *Journal of Adolescence* 2007;30:587-600
97. Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis 1 disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:199-206

98. Norton PJ, Temple SR, Pettit JW. Suicidal ideation and anxiety disorders: Elevated risk or artifact of comorbid depression. *Journal of Behavior therapy and experimental psychiatry* 2008;515-25
99. Esposito CL, Clum GA. Psychiatric Symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002;41:1
100. Myers K, McCauley E, Calderon R, Mitchell J, Burke P, Schloredt K. Risk for suicidality in Major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30:1
101. Kosky R, Silburn S, Zubrick S. Symptomatic depression and suicidal ideation. A comparative study with 628 children. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1986;174:523-8
102. Akbas S, Boke O, Karabekiro lu K, ve ark. Hastane ba vurusu intihar giri imi ile olan ve olmayan depresif çocuk ve ergenlerin ayırt edici özellikleri. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2008;10:2
103. Kovacs M. The Children’s Depression Inventory (CDI), *Psychopharmacology Bülletini* 1981;21:995–8.
104. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçe i: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:132–7
105. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the state–trait anxiety inventory*. California, Consulting Psychologist Press;1970
106. Le Compte A, Öner N. *Durumluk–Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul. Bo aziçi Üniversitesi Yayınları; 1985.
107. Derogatis LR. *The Brief Symptom Inventory–BSI administration, scoring and procedures manual II*. Clinical Psychometric Research Inc 1992, USA
108. ahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:44–56.
109. ahin NH, Durak A, U orta S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:125–35
110. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861-5
111. Seber G, Dilbaz N, Kaptano lu C. Umutsuzluk Ölçe i: Geçerlilik ve Güvenirli i, *Kriz Dergisi* 1993;1:139-42
112. Durak A, Palabıyıkolu R. Beck Umutsuzluk Ölçe i’nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1994;2:311-19.
113. Tufan B, Turan N. *Coopersmith Benlik Saygısı Ölçe i Üzerine Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. 23. Uluslararası Psikiyatri Kongresi Bildirileri, İstanbul, 1987
114. Aksoy CA. (1992). *Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Özsaygı ve Denetim Oda nını Etkileyen Bazı De i kenlerin ncelenmesi*. (Doktora Tezi) , Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sa lık Bilimleri Enstitüsü.
115. Pi kin, M. *Türk ve İngiliz Lise Öğrencilerinin Benlik saygısı Yönünden Kar ıla tırılması (21-35)*. içinde: 3. Ulusal Psikolojik Danı ma ve Rehberlik Kongresi Kitabı, 1997, Adana: Çukurova Üniversitesi yayını

116. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *JPers Assess*. 1990;55:610-7
117. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçe inin factor yapısı, geçerlik ve güvenilirli i. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10:45-55
118. Çakır Y, Palabıyıkolu R. Gençlerde sosyal destek – Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçe inin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1997;5:15-24
119. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581-6.
120. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:791-801
121. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1337-45.
122. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, entürk B, nceka S. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri, *Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı Dergisi* 2008;15:65-74
123. A ao lu B. Depresif Bozukluklar. içinde: *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Derne i Yayınları*; 2008. 373-381
124. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1427-39.
125. Garrison CZ, Schlucter MD, Schoenbach VJ, Kaplan BK. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:343-51.
126. Reinherz HZ, Steward-Berghauer G, Pakiz B, Frost AK, Moeykens BA, Holmes WM. The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:942-7
127. Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression:epidemiology, etiological models, and treatments implications. *ntegr Psychiatry* 1988;6:1-8
128. Ellison CG. Religious Involvement and Subjective well-being. *Journal of Health and Social Behaviour* 1991;32:80-99
129. Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health* 2005;17:197-203.
130. Sher L, Sperling D, Zalsman G, Vardi G, Merrick J. Alcohol and suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatr* 2006;58:333-9.
131. Abdel-Khalek A, Lester D. Manic-depressiveness, obsessive-compulsive tendencies, and suicidality in Kuwaiti college students. *Psychological Reports* 2002;90:1007-8
132. Lester D, Abdel-Khalek AM. Manic-depression, suicidality, and obsessive-compulsive tendencies. *Psychological Reports* 1999;85:1100-7

133. Strauss J, Birmaher B, Bridge J, Axelson D, Chiappetta L, Brent D. Anxiety disorders in suicidal youth. *Canadian Journal of Psychiatry* 2000;45:739-45
134. Pompili M, Innamorati M, Raja M, et al. Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4:247-55
135. Oztürk E, Sar V. Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:662-8
136. Engin E, Gürkan A, Dulgerler S, Arabacı LB, University students' suicidal thoughts and influencing factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009;16:343–54
137. Doihara C, Kawanishi C, Yamada T, et al. Trait aggression in suicide attempters: a pilot study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62:352-4

EKLER

EK-1:

TIBBİ ARAŞTIRMALARA KATILIM ÇİN AYDINLATILMI HASTA ONAM FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Dünyasını Etkileyen Sosyal, Kognitif ve Emosyonel Faktörlerin Araştırılması

GÖNÜLLÜNÜN ADI SOYADI:

VELİNİN ADI SOYADI:

ÇALIŞMANIN ÇERÇİVE VE AMACI: Siz / Çocuğunuz Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurduğunuz/başvurdu. Yapılan klinik değerlendirilmede "Depresif Bozukluk" tanısı aldınız/aldı. Depresif bozukluğa bazen intihar ile ilgili dünyasını etkilemektedir. Dahil olduğunuz bu çalışmada depresyonu olan ergenlerde intihar dünyasını için muhtemel risk faktörlerinin araştırılması amaçlanmaktadır. Muhtemel risk faktörlerinin saptanması çocuğunuz gibi depresyonu olan ergenlerde intiharın önlenmesi için bize ek bilgiler sunacaktır.

ZULMENECEK OLAN YÖNTEMLERİN AÇIKLANMASI:

A. DENEYSEL YÖNTEMLER VE TEDAVİ :

Bu çalışmada doktorunuz çocuğunuzun klinik görüşmelerini ayrıntılı olarak değerlendirecek ayrıca çocuğunuza Kovaks depresyon ölçeği, STAI anlık ve süreklilik kaygı ölçeğinin yanı sıra kişisel bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri, Beck Umutsuzluk ölçeği, Coopersmith Benlik saygısı ölçeği, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire – Dayanıklılık ve Güçlükler Anket Formu) uygulanacaktır. Her gönüllü ve ebeveyni ile bir kez görüşme yapılacaktır.

B. ÇALIŞMANIN TAHMİN EDİLEN SÜRESİ VE KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI:

Bu çalışmanın tahminen 9 ay sürmesi ve çalışmaya katılacak gönüllü sayısının 60 olması hedeflenmektedir.

BU ÇALIŞMANIN GETİRECEĞİ OLUMLU NOKTALAR :

Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve psikometrik testler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmada kullanılan testlerden elde edilen bilgilerin sizin/çocuğunuzun tedavisine katkısı olabilecektir. Ayrıca çalışmanın sonucunda elde edilen veriler benzer hastaların tedavisine katkı sağlayacaktır.

YUKARIDA AÇIKLANAN ÇALI MA ESNASINDA UYGULANACAK OLAN LEM VE TEDAVLERİN GÖNÜLLÜYE GETİRİLECEK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR:

Çalı ma günlük ya amda veya rutin fiziksel, psikiyatrik ve psikolojik muayeneler ya da testler sırasında ola an ekilde kar ıla ılanlardan daha büyük bir risk ta imamaktadır. Ve çalı ma için gönüllü ve ebeveyninin yakla ık 1 saat zaman ayırmaları gerekmektedir.

KATILMA VE ÇIKMA :

Çalı maya katılma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmayı reddetmeniz veya ara tırmaya katılmaya herhangi bir zamanda son vermeniz hiçbir cezaya veya hakkınız olan yararların kaybına neden olmayacaktır. Çalı manın yürütülmesi sırasında sorumlu doktor tarafından gerekli görüldü ü durumlarda çalı ma dı ı bırakılabilirsiniz. Çalı maya katılmayı arzu etmemeniz ya da doktorunuzun sizi çalı ma dı ı bırakması durumunda size gösterilen tıbbi bakım ve tedavide herhangi bir aksama olmayacaktır

MASRAFLAR :

Bu çalı manın size ek bir masrafı olmayacaktır.

G Z L L K :

Bu bilgiler sadece isim belirtilmeksizin bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bununla birlikte kanuni zorunlulukların ortaya çıkt ı durumlarda gönüllüye ait kayıtlar yetkili kurum ve/veya kurulu lar tarafından incelenebilir. Bu belgeyi imzalamakla gönüllü böyle bir denetim için izin vermi olur.

Ben,, [*gönüllünün adı,soyadı Kendi el yazısı ile*] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalı manın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime dü en sorumlulukları tamamen anladım. Çalı ma hakkında soru sorma ve tartı ma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalı manın muhtemel riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalı mayı istedi im zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabilece imi ve bırakt ım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile kar ıla mayaca ımı anladım.

Bu ko ullarda söz konusu Klinik Ara tırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

mzası :

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar için

Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı :

mzası :

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Ara tırcının (Doktorun)

Adı-Soyadı :.....

mzası :.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Onay Alma imine Ba ından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kurulu Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

mzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Bu çalı ma U.Ü. Tıp Fakültesi "Tıbbi Ara tırma Etik Kurulu" tarafından onaylanmı tır.

Onay Tarihi:

Onay No:

Not: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacaktır.

EK:2

**Ü-ŞK TİBB ARA TIRMAYA KATILACAK GÖNÜLLÜLERİN
KABUL EDİLMESİ ve HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ FORMU**

Hasta Adı/Soyadı:	Çalışmanın Başlığı: Depresyonu Olan Ergenlerde
Doğum Tarihi gün/ay/yılı: .../.../.....	Antihistaminik Etkileyen Sosyal, Kognitif ve
Protokol No:	Emosyonel Faktörlerin Araştırılması
	Çalışmanın Kodu: ÇRS-2008-09-T-YT-NS

Gönüllülerin Çalışmaya Kabul Edilme (Dahil Edilme) Kriterleri		
	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
1- Hasta 12-18 yaş grubunda mı?	()	()
2- DSM IV / ICD-10 tanı kriterlerine göre Depresif Bozukluk tanısı alıyor mu?	()	()
3- Kovaks Depresyon ölçeğinde minimum 19 puan alıyor mu?	()	()
4- Bilişsel olarak çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde mi?	()	()
5- Çalışmaya katılmak üzere ergenin onayı ve veli/vasinin aydınlatılmış onamı mevcut mu?	()	()

Gönüllülerin Çalışmadan Hariç Tutulma (Dışlanma) Kriterleri		
	<u>Evet</u>	<u>Hayır</u>
1- Hasta 12 yaşından küçük ya da 18 yaşından büyük mü?	()	()
2- Hastanın ek olarak ilevsellik bozacak düzeyde ciddi fiziksel rahatsızlığı var mı?	()	()

Yardımcı Araştırmacı
Dr. Nusret Soylu

mza

Araştırma Sorumlusu
Yard. Doç. Dr. Yeşim Taneli

mza:

EK-3:

K İSEL B LG FORMU

Ad ve Soyad:

Tarih:...../...../.....

Do um Tarihi: / /

Sıra No:

Do um Yeri:

Protokol No:

Ay cinsinden ya ı

Telefon no:(ev) (.....).....

Baba adı:

(cep) (.....).....

Adres:

1. Cinsiyet:

a) Kız

b) Erkek

2. Do um Yeri:

a) Köy

b) Kasaba

c) İlçe

d) İl

3. Karde Sayısı:

a) Yok

b) 1

c) 2

d) 3

e) 4

d) 5 ve üzeri

4. Kaçınıcı çocuk

a) 1. çocuk

b) 2. çocuk

c) 3. çocuk

d) 4. Çocuk

e) 5. çocuk

f) 6 ve daha fazla

5. Okula gidiyor mu:

a) Evet

b) Hayır

6. Okul türü:

a) Özel eğitim

b) Genel Okul

c) Sınavla girilen okul

7. Gitti i Okul

a) İlk öğretim 1-5

b) İlk öğretim (6-8)

c) Lise;

1- Düz lise 3) Anadolu lisesi

2- Meslek lisesi 4) süper lise

8. Okul başarıları:

a) düşük

b) orta

c) iyi

9. Çocuk kiminle ya ıyor:

- a) Anne ve baba ile b) Anne ile c) Baba ile
d) Akrabalarının yanında e) Kurumda

10. Anne ve baba öz mü, üvey mi?

Öz

Üvey

Anne

Baba

11. Ailenin tipi:

- a) Çekirdek aile b) Geni aile c) Da ılımlı aile d) Kurumda ya ıyor

12. Ailenin e itim durumu (son bitirdi i okul)

Anne

Baba

a) Okuma yazması yok

b) Okuma yazması var

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu (lise türü)

(.....)

(.....)

f) Yüksekokul- üniversite mezunu (alan)

(.....)

(.....)

13. Anne ve babanın çalı ma durumu

Anne

Baba

a) Çalı mıyor

b) ç i

c) Memur

d) Emekli

e) Serbest Meslek

14. Ailenin toplam aylık geliri:

- a) 400 YTL ve altı b) 401-800 YTL arası c) 8001-1200 YTL arası
d) 1201-1600 YTL arası e) 1601-2200 YTL arası f) 2001 YTL ve üzere

15. Hastanın psikiyatrik tanıları:

1).....

3).....

2).....

4).....

16. Hastanın u anda kullandı ı ilaçlar:

<u>İlaç adı</u>	<u>dozu (mg/gün)</u>	<u>Ne kadar süredir kullandı ı</u>
1.....
2.....
3.....

17. Bir yıl öncesinden intihar giri imi öyküsü:

- a) Yok b) Var 1) kaç defa.....
- 2) ne zaman:.....
- 3) yöntem: 1..... 3.....
- 2..... 3.....

18. Hastanın süregelen bedensel ciddi rahatsızlı ı:

- a) Yok b) Var (.....)

19. Ailede psikiyatrik rahatsızlı ı olan kimse:

- a) Yok b) Var Kim Rahatsızlı ı
- 1)
- 2)
- 3)

20. Hastanın sigara/ alkol/madde/ kullanım öyküsü:

- a) Yok b) Var (.....)

21. Ailede sigara/alkol/madde kullanım öyküsü olan kimse:

- a) Yok b) Var (.....)

22. Akran zorlaması öyküsü:

- a) Yok b) Var (.....)

EK-4:**NT HAR DÜ ÜNCES VE G R M DE ERLEND RME FORMU**

	U ANDA		SON 3 GÜNDE		SON B R AY Ç NDE		SON 6 AY Ç NDE		SON B R YIL Ç NDE	
	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK
Hayattan Bıkma										
Ölüm ste i										
ntihar Dü üncesi										
ntihar Planı										
ntihar Giri imi										

2) ntihar dü üncesi var fakat plan yada giri im yok ise vazgeçiren neden neydi?
.....

3) ntihar planı var fakat giri im yok ise vazgeçiren neden neydi?
.....

4) ntihar giri imi var ise kaç defa giri imde bulundu
.....

5) Sırayla intihar giri im yöntemi neydi?

- a)..... d).....
b)..... e).....
c)..... f).....

6) Aile ve yakın akrabalarda intihar giri imi öyküsü:

a) Yok b) Var 7) kim:.....

8) ne zaman:.....

9) yöntem:.....

10) sonuç: a)hafif b)hayati risk c)ölüm

11)Arkada larında intihar giri imi öyküsü:

a) Yok b) Var 12) kim:.....

13) ne zaman:.....

14) yöntem:.....

15) sonuç: a)hafif b)hayati risk c)ölüm

EK-5:

KOVAKS DEPRESYON ÖLÇE

Adı soyadı:

Okul:

Cinsiyeti:

Sınıf:

Doğum tarihi:

Tarih:

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

A)

- 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
- 2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
- 3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B)

- 1- Her zaman yolunda gitmeyecek.
- 2- Her zaman yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
- 3- Her zaman yolunda gidecek.

C)

- 1- Her zaman çok iyi davranırım.
- 2- Her zaman çok iyi davranırım.
- 3- Her zaman iyi davranırım.

D)

- 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
- 2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
- 3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E)

- 1- Her zaman kötü bir çocukum.
- 2- Çoğu zaman kötü bir çocukum.
- 3- Arada sırada kötü bir çocukum.

F)

- 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğinden eminim.
- 2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
- 3- Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.

- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi be enmem.
3- Kendimi be enirim.
- H) 1- Bütün kötü eyler benim hatam.
2- Kötü eylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü eyler genellikle benim hatam de il.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi dü ünmem.
2- Kendimi öldürmeyi dü ünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi dü ünüyorum.
-) 1- Her gün içimden a lamak gelir.
2- Birçok günler içimden a lamak gelir.
3- Arada sırada içimden a lamak gelir.
- J) 1- Her ey her gün beni sıkar.
2- Her ey sık sık beni sıkar.
3- Her ey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- nsanlarla beraber olmaktan ho lanırım.
2- Ço u zaman insanlarla birlikte olmaktan ho lanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan ho lanmam.
- L) 1- Herhangi bir ey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir ey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi bir ey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel/yakı ıklı sayılırım.
2- Güzel/yakı ıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için ço u zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun de il.

- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissedirim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissedirim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissedirim.
- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Ço u gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- A rı ve sızılardan endi e etmem.
2- Ço u zaman a ır ve sızılardan endi e ederim
3- Her zaman a rı ve sızılardan endi e ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem
2- ço u zaman kendimi yalnız hissedirim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissedirim.
-) 1- Okuldan hiç ho lanmam.
2- Arada sırada okuldan ho lanırım.
3- Ço u zaman okuldan bo lanırım.
- T) 1- Birçok arkada ım var.
2- Birçok arkada ım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3- Hiç arkada ım yok.
- U) 1- Okul ba arım iyi.
2- Okul ba arım eskisi kadar iyi de il.
3- Eskiden iyi oldu um derslerde çok ba arısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman di er çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- E er istersem di er çocuklar kadar iyi olurum.
3- Di er çocuklar kadar iyiyim.

- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadı ından emin de ilim.
3- Beni seven insanların oldu undan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni ço u zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- nsanlarla iyi geçinirim.
2- nsanlarla sık sık kavga ederim.
3- nsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-6a:**STAI -1 (ANLIK KAYGI ENVANTER)**

YÖNERGE: A a ıda ki iler in kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmi tir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissetti inizi ifadelerin sa tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Do ru ya da yanlı cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissetti inizi gösteren cevabı i aretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1-	u anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2-	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3-	u anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4-	Pi manlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5-	u anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6-	u anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7-	Ba ıma geleceklerden endi e ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8-	Kendimi dinlenmi hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9-	u anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10-	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11-	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12-	u anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13-	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14-	Sinirlerimin çok gergin oldu unu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15-	Kendimi rahatlamı hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16-	u anda halimden memnun um	(1)	(2)	(3)	(4)
17-	u anda endi eliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18-	Heyecandan kendimi a kına dönmü hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19-	u anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20-	u anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger CD. 1970, Öner N. 1985

EK-6b:**STAI-2 (SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ)**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her zaman
21-	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22-	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23-	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24-	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25-	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26-	Kendimi yalnız hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
27-	Genellikle sakin, kendime hakim ve sükunetliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
28-	Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiklerini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29-	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30-	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31-	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32-	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33-	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34-	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35-	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36-	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37-	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38-	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39-	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40-	Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

Spielberger CD. 1970, Öner N. 1985

EK-7:**KISA SEMPTOM ENVANTER (KSE)**

A a ıda, insanların bazen ya adıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmi tir. Listedeki her bir maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtilerin S ZDE BUGÜN DAHL, SON BR HAFTADIR NE KADAR VAROLDU UNU yandaki bölmede uygun olan yerde i aretleyin. Her belirti için sadece bir yeri i aretmeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kur un kalemle i aretleyin. E er fikir de i tirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı a a ıdaki ölçe e göre de erlendirin: Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- 0- Hiç yok
- 1- Biraz var
- 2- Orta derecede var
- 3- Epey var
- 4- Çok fazla var

1- çinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2- Baygınlık ve ba dönmesi	0	1	2	3	4
3- Bir ba ka ki inin sizin dü üncelerinizi kontrol edece i fikri	0	1	2	3	4
4- Ba ınıza gelen sıkıntılardan dolayı ba kalarının suçlu oldu u duygusu	0	1	2	3	4
5- Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6- Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7- Gö üs bölgesinde a rılar	0	1	2	3	4
8- Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9- Ya amınıza son verme duygusu	0	1	2	3	4
10- nstanların ço una güvenilemeyece i hissi	0	1	2	3	4
11- tahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12- Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4

13- Kontrol edemedi iniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14- Ba ka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15- leri bitirme konusunda kendini engellenmi hissetmek	0	1	2	3	4
16- Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17- Hüzünlü, kederli hissetmek hali	0	1	2	3	4
18- Hiçbir eye ilgi duymamak hali	0	1	2	3	4
19- A lamaklı hissetmek hali	0	1	2	3	4
20- Kolayca incinebilme, kırılmak hali	0	1	2	3	4
21- nsanların sizi sevmedi ine, kötü davrandı na inanmak hali	0	1	2	3	4
22- Kendini di erlerinden daha a a ı görme hali	0	1	2	3	4
23- Mide bozuklu u, bunaltı hali	0	1	2	3	4
24- Di erlerinin sizi gözledi i ya da hakkınızda konu tu u duygusu hali	0	1	2	3	4
25- Uykuya dalmada güçlük hali	0	1	2	3	4
26- Yaptı ınız eyleri tekrar tekrar do ru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27- Karar vermede güçlük hali	0	1	2	3	4
28- Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma hali	0	1	2	3	4

29- Nefes darlığı, nefessiz kalmak hali	0	1	2	3	4
30- sıcak soğuk basmaları hali	0	1	2	3	4
31- Sizi korkuttuğu için bazı eylemleri, yer yer da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32- Kafanızın” bomboş” kalması	0	1	2	3	4
33- Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, Karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34- Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35- Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36- Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) Güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37- Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık ve güçsüzlük	0	1	2	3	4
38- Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39- Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40- Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41- Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42- Dişlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43- Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44- Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45- Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46- Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4

47- Yalnız bırakıldı ında / kalındı ında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48- Ba arılarınız için di erlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49- Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50- Kendini de ersiz görmek	0	1	2	3	4
51- E er izin verirsiniz insanların sizi sömürece i duygusu	0	1	2	3	4
52- Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53- Aklınızda bir bozukluk oldu u fikri	0	1	2	3	4

EK-8:**BECK UMUTSUZLUK ÖLÇE**

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğunu karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "Evet", uygun değil ise "Hayır" ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

	Sizin için uygun mu?	EVET	HAYIR
1	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltmediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var:		
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarıyla olacağımı umuyorum.		
7	Geleceği karanlık görüyorum.		
8	Dünya nimetlerinde sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok		
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11	Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13	Geleceğe baktığımda şimdikinden oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15	Geleceğe büyük inancım var.		
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19	Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20	İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Beck AT. 1974, Durak A. 1994

EK-9:**COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇE**

Aşağıda bir kişinin kendi durum ve duygularını anlatan bir dizi cümle verilmiştir. Lütfen aşağıdaki cümlelerden her birini okuduktan sonra, o cümlelerin sizin kişiliğinizi ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yandaki uygun yeri işaretleyin. Bu davranışların “doğru” ya da “yanlış” diye bir değerlendirilmesi yoktur. Sözü edilen davranışlar tipik insan davranışlarıdır. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin.

- 1- Hiç tanımlamıyor 2- Oldukça iyi tanımlıyor 4- Çok iyi tanımlıyor
3- Biraz tanımlıyor 5- İyi tanımlıyor

	Hiç	Biraz	Oldukça iyi	İyi	Çok iyi
1- Sık sık keşke bana birisi olsam diye düşünürüm	0	1	2	3	4
2- Beklenilenden önünde konuşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3- Eğer elimde olsaydı kendimde bir çok şeyi değiştirmek isterdim	0	1	2	3	4
4- Fazla güçlük çekmeden karar verebilirim	0	1	2	3	4
5- Benimle birlikte olanlarla iyi vakit geçiririm	0	1	2	3	4
6- Evde çok kolay sıkılırım	0	1	2	3	4
7- Yeni şeylere kolay alırım	0	1	2	3	4
8- Yaşadığım arasında sevilen biriyim	0	1	2	3	4
9- Genellikle ailem benden çok şey bekler	0	1	2	3	4
10- Ailem genellikle duygularıma önem verir	0	1	2	3	4
11- Beklenilenden söylediklerini kolaylıkla kabul ederim	0	1	2	3	4
12- Benim özelliklerimde biri olmak oldukça güçtür	0	1	2	3	4
13- Yaşamımda her şey karmakarışıktır.	0	1	2	3	4
14- Beklenen insanlar genellikle benim düşüncelerimi kopya ederler.	0	1	2	3	4
15- Kendimi yetersiz buluyorum	0	1	2	3	4
16- Oldukça mutlu biriyimdir.	0	1	2	3	4
17- Yaptığım işten çok mutlulukla memnun olmam.	0	1	2	3	4
18- Beklenen kadar güzel / yakışıklı değilim.	0	1	2	3	4
19- Söyleyecek bir sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.	0	1	2	3	4
20- Ailem duygularımı anlar.	0	1	2	3	4
21- Çok sevilen bir kimse değilim.	0	1	2	3	4
22- Genellikle ailemin beni dışladığını inanıyorum.	0	1	2	3	4
23- Yaptığım işler genellikle benim cesaretimi kırar.	0	1	2	3	4
24- Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam	0	1	2	3	4
25- Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum	0	1	2	3	4

EK-10:

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇE

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

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

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

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

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

3. Ailem (örneğin; annem, babam, benim, 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, elimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

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

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

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

6. Arkadaşlarımda bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

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

7. Her kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

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

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

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

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarımda var.

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

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

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

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

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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

EK-11a:

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKET (SDQ-TUR) (ERGEN FORMU)

Her cümle için Do ru de il, Kısmen Do ru, Tamamen Do ru kutularından birini i aretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldi ince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız Soyadınız :.....

Kız / Erkek

	Do ru De il	Kısmen Do ru	Kesinlikle Do ru
1. İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.			
2. Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.			
3. Çok fazla baş ağrıyorum, karın ağrıyorum ya da bulantım olur.			
4. Genellikle baş ağrılarıyla (Örn. Yiyecek, oyun, kalem v.s.) paylaşıyorum.			
5. Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.			
6. Genellikle kendi başıma oynarım. Genelde yalnız oynarım ya da baş ağrılarıyla birlikte olmaktan kaçınırım			
7. Genellikle bana söyleneni yaparım.			
8. Çok endişelenirim.			
9. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyorsa ona yardım ederim.			
10. Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.			
11. En az bir yakın arkadaşım var.			
12. Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğini yaptırabilirim.			
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.			
14. Yağlılarım genelde beni sever.			
15. Dikkatim kolayca dağılır, yoğunlukta güçlük çekerim.			
16. Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.			
17. Kendimden küçüklere iyi davranırım.			
18. Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.			
19. Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.			
20. Sıkça baş ağrısına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.			
21. Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.			
22. Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.			
23. Erikinlerle yağlılarımdan daha iyi geçinirim.			
24. Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.			
25. Yaptığımı bitiririm. Dikkatim iyidir.			

Genel olarak a a ıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin oldu unu dü ünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranı ya da ba kaları ile geçinebilme?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça Ciddi Evet-Çok Ciddi

E er Yanıtınız “evet” ise, lütfen a a ıdaki bu güçlüklerle ili kin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1-5 ay 6-12 ay Bir yıldan fazla

- Bu güçlükler sizi sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

- Bu güçlükler a a ıdaki alanlarda, günlük ya amınızı etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

Ev Ya amı

Arkada li kileri

Sınıf içi ö renme

Bo zaman etkinlikleri

- Bu güçlükler çevrenizdekiler için (aile, arkadaş lar, ö retmenler vb.) zorluk yaratıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

mza:.....

Tarih:.....

Anne / Baba / Di er (Lütfen belirtiniz)

EK-11b:**GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKET (SDQ-TUR) (ANNE-BABA FORMU)**

Her cümle için, Do ru De il, Kısmen Do ru, Tamamen Do ru kutularından birini i aretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldi ince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocu unuzun son 6 ay içindeki davranı larını göz önüne alarak veriniz.

Çocu unuzun Adı:.....

Kız / Erkek

	Do ru De il	Kısmen Do ru	Kesinlikle Do ru
1. Di er insanların duygularını önemser.			
2. Huzursuz, a ır ı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.			
3. Sıkça ba a rısı, karın a rısı ve bulantıdan yakınır.			
4. Di er çocuklarla kolayca payla ır. (yiyecek, oyuncak, kalem vs.)			
5. Sıkça-öfke nöbetleri olur ya da a ır ı sinirlidir.			
6. Daha çok tek ba ınadır, yalnız oynama e ilimindedir.			
7. Genellikle söz dinler, eri kinlerin isteklerini yapar.			
8. Birçok kaygısı vardır. Sıkça endi eli görünür.			
9. E er birisi incinmi , morali bozulmu ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.			
10. Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturdu u yerde kıpırdanıp durur.			
11. En az bir yakın arkada ı vardır.			
12. Sıkça di er çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.			
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da a lamaklıdır.			
14. Genellikle di er çocuklar tarafından sevilir.			
15. Dikkati kolayca da ılır. Yo unla makta güçlük çeker.			
16. 1Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.			
17. Kendinden küçükler iyi davranır.			
18. Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.			
19. Di er çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.			
20. Sıkça ba kalarına (anne baba, ö retmen, di er çocuklar) yardım etmeye istekli olur.			
21. Bir eyi yapmadan önce dü ünür.			
22. Ev,okul yada ba ka yerlerden çalar.			
23. Eri kinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.			
24. Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.			
25. Ba ladı ı i i bitirir, dikkat süresi iyidir.			

Genel olarak çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış ya da bakış açıları ile geçinebilme?

Hayır Evet-Biraz Evet-Oldukça Ciddi Evet-Çok Ciddi

Eğer Yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilgili soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az 1-5 ay 6-12 ay Bir yıldan fazla

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

Ev Yaşamı

Arkadaşlıkları

Sınıf içi öğrenme

Boş zaman etkinlikleri

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaratıyor mu?

Kesinlikle Hayır Biraz Oldukça Fazla Çok Fazla

İmza:.....

Tarih:.....

Anne / Baba / Diğer (Lütfen belirtiniz)

TE EKKÜR

Uzmanlık e itimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki geli imime büyük katkılar sa layan Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıları Anabilim Dalı emekli ö retim üyesi Prof. Dr. Suna TANEL ve Anabilim Dalı Ba kanı Yrd. Doç Dr. Ye im TANEL 'ye, Psikiyatri Anabilim Dalı Ba kanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Ba kanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN' a te ekkürü bir borç bilirim. Ayrıca sadece rotasyon dönemi de il her ihtiyaç duydu umda bilgi ve tecrübelerini payla an Doç. Dr. Aslı Sarandöl, Yrd. Doç. Dr. Enver Yusuf Sivrio lu, Yrd. Doç. Dr. Cengiz Akkaya, Uzm. Dr. Saygın Eker ve Uzm Dr. Özlem Özdemir'e te ekkürlerimi sunarım.

Tezimin tüm a amalarında desteklerini esirgemeyen ba ta Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sa lı ı ve Hastalıları Anabilim Dalı Ba kanı Yrd. Doç. Dr. Ye im TANEL 'ye, emekli ö retim üyesi Prof. Dr. Suna TANEL 'ye ve tezimin istatistiksel analizinde büyük yardımını gördü üm Biyoistatistik Anabilim Dalı Ar . Gör. Ça atay BÜYÜKUYSAL'a te ekkürü bir borç bilirim.

Hastanemizde birlikte çalı ma fırsatı buldu um uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, hem irelere ve tüm personele te ekkür ederim.

Ayrıca hayatımın her alanında en büyük destekçim olan e ime ve bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anne ve babama çok te ekkür ederim.

ÖZGEÇM

1979 yılında Elazı 'da do dum. İkokulu Baskil Yatılı İk Ö retim Bölge Okulu ve Malatya 100. Yıl İkö retim Okulunda tamamladım. Ortaokul ve lise ö renimimi Malatya mam Hatip Lisesi'nde tamamladım. nönü Üniversitesi Tıp Fakültesindeki e itimime 1996 yılında ba ladım ve girdim ve 2003 yılında mezun oldum. Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın 2004 Nisan döneminde kazandı m Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sa lı ı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, 29 Haziran 2004 tarihinde ara tırma görevlisi olarak çalı maya ba ladım.

Dr. Nusret Soylu