



**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

# **İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ERGENLERDE İNTİHARA YÖNELTEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BURCU ÇALIK**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ. DR. AYFER AÇIKGÖZ**

**2017**





**T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN  
ERGENLERDE İNTİHARA YÖNELTEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BURCU ÇALIK**

**DANIŞMAN  
YRD. DOÇ DR. AYFER AÇIKGÖZ**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Burcu ÇALIK 'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "İntihar Girişiminde Bulunan 12-18 yaş Grubu Çocuklarda İntihara Yönelten Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

Tarih  
10 / 07 / 2017

Üye: Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Üye: Doç. Dr. Özlem ÖRSAL

Üye: Doç. Dr. Canan BAYDEMİR

Üye: Yrd. Doç. Dr. Meltem Dinleyici

Üye: Yard. Doç. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 20 / 07 / 2017 tarih ve 1133/54.98 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Başlık:** İntihar girişiminde bulunan ergenlerde intihara yönelten faktörlerin belirlenmesi.

**Amaç:** Bu araştırma, intihar girişiminde bulunan 13-18 yaş grubu çocuklarda intihara yönelten risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Kapsam:** Çocuk ve ergenlerde intihar ve intihar girişimleri gün geçtikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntiharı önlemenin en etkili yolu ise olay davranışa dönüşmeden önce risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlem alınmasıdır.

**Yöntem:** Araştırma Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil de yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmamızda 2 grup bulunmaktadır. Bunlar; intihar girişimi grubu ve kontrol grubudur. Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında 13-18 yaş arası intihar girişimi nedeniyle acile gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 çocuk ve aynı dönemde 13-18 yaş arası intihar dışı herhangi bir nedenle acile gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 çocuk örneklem grubumuzu oluşturmaktadır. Veri toplamak için araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikler (39 soru) ve intihar girişimine ait özellikleri (14 soru) içeren Veri Toplama Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Yapılan analizler sonucunda kadın cinsiyette, okula devam etmeyenlerde, okul başarı durumu kötü olanlarda, psikolojik hastalığı olanlarda, sigara ve alkol kullananlarda, arkadaş/arkadaşlarıyla ilişki durumu kötü olanlarda intihar girişimi riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ergenin ebeveynleri ile olan iyi ilişkisi, ailede çocuğun fikrinin alınıyor olması, anne-babanın aynı evde yaşıyor olması, annenin çalışmıyor olması ergenlerde intihar girişimi riskini azaltan faktörler olarak saptanmıştır. İntihar girişimlerinin %91.0'ı evde gerçekleştirilmiş ve en sık kullanılan yöntem ilaç alımı olarak belirlenmiştir. İntihar girişimlerinin çoğunlukla ailevi etkenler nedeni ile olduğu saptanmıştır. Girişimde bulunanların %66.0'ı pişman olduğunu, %21.0'ı tekrar intihar edebileceğini, %13.0'ı ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Ergenlerin %20.0'ının öyküsünde geçmişte intihar girişimi vardır ve ergenlerin %78.0'ı psikolojik destek almak istemektedir.

**Sonuç:** Çocuklarda aile, okul ve sosyal yaşantı gibi faktörler intihar girişimi riskini arttırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, ergen, risk faktörleri

## SUMMARY

**Title:** Determining the risk factors leading to suicide in teenagers who attempted to commit suicide.

**Aim:** This study aims to determine the risk factors leading to suicide in teenagers between the age of 13 and 18, who attempted to commit suicide.

**Scope:** Suicides and suicide attempts in children and teenagers are significant community health problems, which gradually become greater issues. The most effective way to prevent suicides is to determine the risk factors and take precautions before the idea of suicide turns into action.

**Method:** The research was conducted in Pediatric Emergency Department of Ankara Pediatrics Hematology Oncology Training and Research Hospital. It was a descriptive research. There were two groups in the study, which are suicide attempt group and control group. The sample group are 200 consented teenagers aged 13 to 18 who came to emergency service between the dates of November 2015 to March 2015. The first 100 of these children came to emergency service due to suicide attempt while the other 100 came to the service due to the reasons other than suicide. Data Collection Form, which includes socio-demographic characteristics (39 questions) and suicide attempt characteristics (14 questions) developed by researchers with the aim of gathering data, Beck Depression Scale, and Beck Hopelessness Scale were used in the study. SPSS 21.0 was used to analyze the data.

**Findings:** As the results of analyzed data, the risk of committing suicide was high in female children, in children who are reluctant in school attendance or quitted school, who are unsuccessful at school, children with psychological illnesses, children with smoking and alcohol habits, children who are bad at friendship relations ( $p < 0.05$ ). Good relationship with parents, considering the teenager's opinion in family, parents living together, stay-at-home mothers were detected as factors decreasing the risk of suicide in teenagers. 91.0% of the suicide attempts were committed at home, and the most used way of doing this was determined as taking pills. The reasons for suicide attempts were mostly family related factors. 66.0% of suicide attempters pronounced regretful, 21.0% of them pronounced that they may commit suicide again, and 13.0% of them pronounced indecisive. 20% of teenagers have a suicide attempt in their case history, and 78% of them demand psychological support.

**Result:** Factors such as family, school, and social life increases the risk of suicide attempt in children.

**Key words:** Suicide, teenager, risk factors



# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI.....</b>	<b>ii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>iii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLO DİZİNİ.....</b>	<b>xii</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>xiv</b>
<b>1- GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2- GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1 - İntiharın Tanımı ve İntiharla İlgili Kavramlar.....	3
2.2 - İntiharın Tarihçesi.....	3
2.3 - İntihar Tipleri.....	4
2.4 - İntiharla İlgili Yaklaşımlar.....	5
2.4.1 - Biyolojik-genetik yaklaşım.....	5
2.4.2 - Psikolojik yaklaşımlar.....	6
2.4.2.1 - Toplumsal yönemli kuram.....	6
2.4.2.2 - Psikanalitik Kuram.....	7
2.4.2.3 - Sosyal öğrenme kuramı.....	7
2.4.2.4 - Kaçış teorisi.....	7
2.4.2.5 - Terör yönelimli kuram.....	8
2.5 - İntiharın Görülme Sıklığı.....	9
2.6 - Çocuklarda ve Ergenlerde İntihar Davranışı.....	11

2.6.1 - Çocuklarda ölüm kavramı.....	11
2.7 - İntihar Ederken Kullanılan Yöntemler.....	13
2.8 - İntihar Risk Faktörleri.....	13
2.8.1 – Sosyo-demografik Risk Unsurları.....	14
2.8.1.1 - Cinsiyet ve intihar.....	14
2.8.1.2 - Yaş ve intihar.....	14
2.8.1.3 - Eğitim ve intihar.....	15
2.8.1.4 - Medeni durum ve intihar.....	15
2.8.2 - Psikiyatrik bozukluklar.....	16
2.8.3 – Kişisel ve gelişimsel bozukluklar.....	17
2.8.3.1 – Umutsuzluk ve intihar.....	17
2.8.3.2 – Öfke ve intihar.....	18
2.8.3.3 – Dürtüsellik ve intihar.....	18
2.8.3.4 – Sorun çözme becerisinde yetersizlik ve intihar.....	18
2.8.4 - Biyolojik etmenler.....	18
2.8.5 - Olumsuz yaşam olayları.....	19
2.8.6 - Ailesel risk faktörleri.....	19
2.9 - İntihar Riski Olan Bireylere Yaklaşımında Dikkat Edilecek Unsurlar.....	20
2.9.1 - Ergenlerde intiharı önlemeye yönelik hemşirelik yaklaşımı.....	20
2.9.2 - İntihar girişiminde bulunan ergene yönelik hemşirelik yaklaşımı.....	21

<b>3- GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>24</b>
3.1 - Araştırmanın Amacı.....	24
3.2 - Araştırmanın Tipi.....	24
3.3 – Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	24
3.4 – Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.5 – Örneklem Seçim Kriterleri.....	25
3.6 – Verilerin Toplanması.....	25
3.6.1 – Veri toplama araçları.....	25
3.6.1.1 – Veri toplama formu (Ek 1-Ek 2).....	25
3.6.1.2 – Beck depresyon ölçeği (Ek 3).....	26
3.6.1.3 - Beck umutsuzluk ölçeği (Ek 4).....	26
3.6.2 – Veri toplama araçlarının uygulanması.....	26
3.6.3 – Veri toplama aşaması.....	27
3.7 – Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi.....	27
3.8 – Araştırmanın Etik Yönü.....	27
3.9 - Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
<b>4- BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
4.1 - Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri.....	30
4.2 - İntihar Girişiminde Bulunan Grubun İntihar İle İlgili Tutum ve Davranışları.....	44
4.3 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	49

4.4 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	63
---	----

## **5- TARTIŞMA.....77**

5.1 - Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma.....	78
--	----

5.2 - İntihar Girişiminde Bulunan Grubun İntihar ile İlgili Tutum ve Davranışları (n=100).....	92
--	----

5.3 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	96
--	----

5.4 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	99
---	----

## **6- SONUÇ VE ÖNERİLER.....103**

6.1 – Sonuçlar.....	103
---------------------	-----

6.2 – Öneriler.....	104
---------------------	-----

## **KAYNAKLAR DİZİNİ.....105**

## **EKLER DİZİNİ.....123**

EK – 1 İntihar Girişimi Grubu Veri Toplama Formu.....	123
---	-----

EK – 2 Kontrol Grubu Veri Toplama Formu.....	129
--	-----

EK – 3 Beck Depresyon Ölçeği.....	134
-----------------------------------	-----

EK – 4 Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	137
------------------------------------	-----

EK – 5 İntihar Girişimi Grubu Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	138
--	-----

EK – 6 Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	141
---	-----

EK - 7 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....	144
---	-----

EK – 8 Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1.Bölge Genel Sekreterliği Onayı.....	146
---	-----

EK - 9 Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimlik Onayı.....	147
EK - 10 Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Uzmanı Onayı.....	148
Ek - 11 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanlığı Görüşü.....	149
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>150</b>

## **TABLO DİZİNİ**

Tablo 4.1.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma .....	30
Tablo 4.1.2. Ergenlere Ait Diğer Bazı Özellikler ve Gruplar Arası Karşılaştırma.....	33
Tablo 4.1.3. Ergenlerin Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma .....	36
Tablo 4.1.4. Ergenlerin Annelerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma .....	38
Tablo 4.1.5. Ergenlerin Babalarının Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma .....	40
Tablo 4.1.6. Ergenlere Karşı Aile Tutumları ve Gruplar Arası Karşılaştırma .....	42
Tablo 4.2.1. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde İntihar Girişimine Yönelik Bazı Özellikler .....	44
Tablo 4.2.2. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişimini Gerçekleştirildiği Yer .....	46
Tablo 4.2.3. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişim Yöntemleri .....	46
Tablo 4.2.4. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişiminde Bulunma Nedeni .....	47
Tablo 4.2.5. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişimi İle ilgili Şu anki Düşüncesi .....	48
Tablo 4.3.1. Ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Gruplar Arası Karşılaştırma .....	49
Tablo 4.3.2. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	50
Tablo 4.3.3. Ergenlerin Diğer Bazı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	52

Tablo 4.3.4. Ailelerin Bazı Özellikleri ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	55
Tablo 4.3.5. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	57
Tablo 4.3.6. Babaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	59
Tablo 4.3.7. Aile Tutumları ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	61
Tablo 4.4.1. Ergenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Ortalama Puanları ve Gruplar Arası Karşılaştırma .....	63
Tablo 4.4.2. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	64
Tablo 4.4.3. Ergenlere Ait Diğer Bazı Özellikler ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	66
Tablo 4.4.4. Ailelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	69
Tablo 4.4.5. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	71
Tablo 4.4.6. Babaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	73
Tablo 4.4.7. Aile Tutumları ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	75

## KISALTMALAR DİZİNİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

**BUÖ:** Beck Umutsuzluk Ölçeği

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**DİE:** Devlet İstatistik Kurumu

**Max:** Maximum

**Min:** Minumum

**SS:** Standart Sapma

**Ort:** Ortalama

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü



# 1- GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenlik dönemi çocukta fizyolojik, psikolojik, cinsel ve kimlik gelişiminin gerçekleştiği en önemli evrelerden biridir (Çetinkaya & Gözen, 2016). Ayrıca çocukluk dönemlerinden geriye kalan sorunların çözümü bu dönemde olur ve bu sorunlara çözüm yolu bulmak bilinenden çok daha zordur. Bu nedenle hem dünyada hem de Türkiye’de gün geçtikçe artmakta olan intihar ve intihar girişimleri ergenlik döneminde sık görülmektedir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (Ak, Gülsün & Özmenler, 2009; Ünlü, Aksoy & Ersan, 2014).

İntihar; kişinin yaşamına son vermesi anlamındadır. Bireyin kendine zarar verdiği bu eylemde yaşam sonlanmamışsa intihar girişimi adını alır (Gökçen & Köylü; 2011).

İntihar girişimi gerçekleşmeden önce riskli grubun belirlenmesi ve önlem alınması ölüm ve sakatlıkları engelleme açısından büyük önem taşır (Ak vd., 2009). Ergenlerde riskli durumlar; geçmişteki intihar girişimi öyküsü (Brent, 2009; Can & Sayıl, 2004; Cash & Bridge, 2009; Gökçen & Köylü, 2011; Neehall & Beharry, 1994; Ünlü vd., 2014; Yalvaç, 2006), sosyal desteğin azlığı (Aktepe, Kandil & Topbaş, 2005), ekonomik sorunlar (Aktepe vd., 2006; Siyez, 2006), ailede psikolojik hastalık varlığı (Aktepe vd., 2006; Cash & Bridge, 2009; Siyez, 2006; Yalaki, Çakır, Taşar, Yalçın & Bilge, 2012), ergende psikolojik hastalık varlığı (Aktepe vd., 2006; Akın & Berkem, 2012; Gould & Kramer, 2000; Schwartz, Pyle, Dowd & Sheehan, 2010; Özdel vd., 2009; Ünlü vd., 2014), anne-baba boşanması (Cash & Bridge, 2009; Johnson & Pearsons, 2012; Yalaki vd., 2012), aile içi sorunlar (Aktepe vd., 2006; Schwartz vd., 2010), depresyon (Ak vd., 2009; Akın & Berkem, 2012; Cash & Bridge, 2009; Neehall & Beharry, 1994; Özdel vd., 2009; Ünlü vd., 2014), umutsuzluk (Ak vd., 2009; Çetinkaya & Gözen, 2016; Eevli, 2012; Petrie & Chamberlain, 1983), okul başarısızlıkları (Duman & İnci, 2014; Güleç & Aksaray, 2006; Johnson & Pearsons, 2012; Yalaki vd., 2012), arkadaşlık ilişkileri (Johnson & Pearsons, 2012; Yalaki vd., 2012), geçmişte yaşamış olduğu olumsuz olaylar (Johnson & Pearsons, 2012; Yalaki vd., 2012), sigara-alkol-madde kullanımı (Aktepe vd., 2006; Davis & Brock, 2002; Goult & Kramer, 2000; Güler, Güler, Ulusoy & Bekar, 2009; Johnson & Pearsons, 2012; Miller & Glinski, 2000; Schwartz vd., 2010; Yalaki vd., 2012), fiziksel veya cinsel istismara maruz kalma (Cash & Bridge, 2009) gibi durumlar olabilmektedir.

İntihara yatkın bireylerde genellikle mutsuzluk, umutsuzluk, yalnızlık, üzüntü, öfke gibi duygular görülmektedir (Şahin, Onur & Basım, 2008). Sosyal destek azlığı, kişilerarası ilişkilerde bozukluk, problem çözme becerilerinin yetersizliği ve sorununu çözmek amacıyla başvuru yöntemlerinde başarısızlık yaşanması bu kişilerde sıkça karşılaşılan durumlardır. Problem çözmedeki yetersizlikler kişilerarası ilişkileri ve

ergenin ruhsal durumunu olumsuz etkilemekte ve bireyi intihara yöneltebilmektedir (Fried, Williams, Cabral & Hacker, 2013).

Ergen intiharlarının biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel ve sosyokültürel faktörler ile olan ilişkisi anlaşılmeden intihar girişimlerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması mümkün değildir (Ak vd., 2009; Çetinkaya & Gözen, 2016). Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar çoğunlukla yetişkin yaş gruplarını kapsamakta ve genellikle yalnızca intihar girişiminde bulunan bireyler çalışma kapsamına alınmaktadır. Oysaki farklı özelliklere sahip bireylerde intihar girişiminde bulunabilmekte ve yaş gruplarına göre intihar risk faktörleri de farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle yalnızca belli bir yaş grubunu kapsayan ve intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan grupları karşılaştıran çalışmalar durumun daha net anlaşılmasını sağlayabilir.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda çalışmamız intihar girişiminde bulunan ergenlerin özellikleri ile intihar girişiminde bulunmayan ergenlerin özelliklerini karşılaştırarak, intihara yönelten faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **2- GENEL BİLGİLER**

### **2.1 - İntiharın Tanımı ve İntiharla İlgili Kavramlar**

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre intihar, bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesidir. İntiharın bir diğer tanımı ise, "bireyin sosyal, kültürel ve psikolojik faktörlerin etkisiyle yaşamını sonlandırması eylemidir" şeklindedir (Çetinkaya & Gözen, 2016). Bir başka tanımda ise intihar, kişinin kendini öldürmek amacıyla doğrudan ya da dolaylı bir şekilde gerçekleştirdiği, yaşamın son bulmasıyla sonuçlanan yıkıcı bir eylemdir (Ünlü vd., 2014). İntihar eylemi esasında kişinin öz benliğine yönelik yaptığı bir saldırganlık olup, bilinçli olarak aldığı ölüm kararıdır (Akın & Berkem, 2012). En yaygın kullanılan intihar tanımı ise, "insanın kendi kendini cezalandırmak veya bilinçli olarak yaşamına son vermek amacıyla planlı veya plansız bir şekilde doğrudan bir eylemle ya da dolaylı yollarla, isteğiyle kendi yaşamını sonlandırmasıdır" şeklindedir (Tatlıoğlu, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intiharı; "tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri" olarak ikiye ayırmaktadır. Tamamlanmış intiharlar ölümlü sonuçlanır (WHO, 2016). Yapılan girişimin dolaylı olarak ölümlü sonuçlanması da tamamlanmış intihar kapsamındadır (Gökçen & Köylü, 2011). İntihar girişimleri ise intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimlerdir (WHO, 2016) ve yaşamın son bulmaması fakat bireyin kendine zarar verici davranışlarda bulunması şeklinde de tanımlanabilir (Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Gökçen & Köylü 2011). Özetle intihar yaşamın sonlanmasına neden olmakta, intihar girişimi ise bireyin yaşamına son vermek veya bedenine zarar vermek amacıyla eylemde bulunduğu ancak yaşamın sonlanmasına neden olmayan bütün eylemleri kapsamaktadır (Harmancı, 2015).

İntiharla ilgili diğer bazı kavramlar; teşebbüsü tekrar etme davranışı, intiharla tehdit etme davranışı ve intiharı düşünmedir. Teşebbüsü tekrar etme davranışı; intihar girişimi eylemini sürekli tekrarlayarak alışkanlık haline getirmektir (Çetinkaya & Gözen, 2016). İntiharla tehdit etme davranışı; sözleriyle ya da tavırlarıyla çevresindekileri tehdit etmektir (Çetinkaya & Gözen, 2016). İntiharı düşünme ise; bireyin yaşamına son verme isteğini gösteren söylemlerde bulunması ya da tutum ve davranışlarından böyle bir amacının olduğu sonucuna varılmasıdır (Gökçen & Köylü, 2011; Saçarçelik, 2009).

### **2.2 - İntiharın Tarihçesi**

İntihar pek çok toplumda tabu olarak görülmüştür. Çoğu ülkede intihar davranışının bilinmemesi ve ortaya koyduğu çaresizlik hissi

bireylerde korku davranışlarının ortaya çıkmasına yol açmıştır (Bauer, Bosch & Freyberger, 1985).

Roma toplumu çeşitli sınıflardan oluşmaktaydı. Her sınıf kendine özgü kanunlarına tabiydi. Roma'da intihar eden köleye ahlaksız gözüyle bakılır, hür insanın acı çekmesi ve hayattan bıkkınlığı nedeniyle intihar etmesi hoşgörülle karşılanır, askerin intihar girişimi ise, ceza almasını gerektirirdi (Bulut, Bulut & Küçüker, 2012).

Yunanlılarda intihar edenler hiçbir zaman cezalandırılmamıştır. Platon ve Aristoteles tarafından intihar kınanmış, Stoacı Okul taraftarları tarafından erdemli bir davranış olarak görülmüştür (Odağ, 1985).

Hristiyanlık anlayışında "İnsan yaşamını ancak Tanrı sonlandırabilir" görüşü mevcuttur. Bu nedenle intihar yasaklı eylemler arasındadır ve ceza almayı gerektirmektedir (Odağ, 1985).

İslâm Hukuku, intiharı her zaman yasaklamıştır. İntihar girişiminde bulunan kişi ölmedi ise cezalandırılmıştır (Odağ, 1985).

Bu düşünce ve inançlar doğrultusunda intihar bütün çağlarda utanılan, yargılanan ve gizlenen bir durum olmuştur. Ancak günümüzde intiharın önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olduğu fikri öne çıkmış ve önlemeye yönelik çalışmalar hız kazanmıştır (Bulut vd., 2012).

### **2.3 – İntihar Tipleri**

İntihar niyetini değerlendirmek amacıyla yedi intihar tipi tanımlanmıştır. Bunlar (Siyez, 2006);

1. Psikoz ya da karakterin bütünleşmemesi: Kişi, hayatına son vermesi için sesler duymaktadır.

2. Şahsına ilişkin cinayet: Bu intihar tipinde bir başka kişiye öfke mevcuttur. Kimi nedenlerden ötürü bu öfke dışarıya yansıtılmadığından birey öfkeyi kendine yöneltmektedir. Öfke duyduğu kişiyi öldüreceği düşüncesiyle intihar girişiminde bulunmaktadır.

3. Gerçek veya zihinde tasarlanan terk edilmeye yönelik intikam: Etrafındakileri reddetmek veya terk etmek gibi durumlar ile korkutan birey, intiharı bir güç gösterisi olarak görmektedir.

4. Herhangi bir çıkar sağlamak adına bir kimseyi, kendisi ile ilgili lekeleyici, gözden düşürücü bir haberi yayma ya da haberi açığa çıkarma tehdidi ile korkutma: Bu intihar tipinde, birey intiharı korkutma aracı olarak kullanır.

5. Yoğun sevgi duyulan veya yitirilen nesnelere yeniden kavuşma: Kaybedilen anne, baba, babaanne, anneanne, kardeş, arkadaş ya da sevilen birine kavuşacağı düşüncesi ile ortaya çıkan durumdur.

6. Affedilmesi mümkün olmayan hataların telafisi: Birey yapılan bir hata veya davranış sonucunda ortaya çıkan suçluluk duygusundan kurtulmak için intihar eylemini düşünmektedir.

7. Yardım için ağlamak: Sorunun sebebi ne olursa olsun birey bu sorun ile başa çıkmak için intihar eylemine yönelir.

## **2.4 – İntiharla İlgili Yaklaşımlar**

İntihar ile ilgili yaklaşımlar biyolojik-genetik yaklaşım ve psikolojik yaklaşım başlıkları altında toplanarak açıklanmıştır (Elevli, 2012; Fidan, Pala, Ünlü, Sezer & Kara, 2005; Yeğenoğlu, 2015).

### **2.4.1 – Biyolojik-genetik yaklaşım**

Biyolojik-genetik yaklaşıma göre, intihar eyleminde ailesel eğilim ve kalıtsal faktörler rol oynamaktadır (Elevli, 2012; Özalp, 2009).

İntiharın biyolojik faktörlerine yönelik yapılan çalışmalar hormonlar ve nörotransmitter dengesizlikler üzerinde durmaktadır. Serotonin hormonunun azalması ile birlikte intihar girişimi oranının arttığı bilinmektedir (Davis & Brock, 2002). Özellikle daha önce intihar girişimi öyküsü olan ergenlerde serotonin hormon seviyesinin düşük olması daha sonra gerçekleştireceği intihar girişiminin sonuçlanmasında önemli bir etkidir (Goult ve Kramer 2000; Elevli, 2012). Depresif hastalar ile yapılan araştırmalar, depresyonu serotonin hormonu düzeyindeki bozulmalarla açıklamaktadır. Asberg (1989)'in çalışmasında, depresyon tanısı olan kişilerin serotonin düzeylerinin tanısı bulunmayanlara göre %25.0 oranında daha az olduğu şeklindedir (Asberg'ten aktaran Or, 2003).

Genetik faktörlerin bir hastalığın veya bir davranışın ortaya çıkmasında rol oynayıp oynamadığının belirlenebilmesi için ise kalıtsal olup olmadığının bilinmesi gerekmektedir. İntihar eyleminde kalıtsal faktörlerin rolünün olup olmadığını belirlemek amacıyla ailesel, ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda intihar davranışının kalıtım yoluyla aktarıldığı düşünülmektedir (Özalp, 2009). 5995 ikizin ele alındığı bir çalışmada ise, tek yumurta ikizlerinde intihar girişiminde bulunma oranının, çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Statham, Heath & Madden, 1998). İkizlerde intihar ve intihar girişimini inceleyen bir başka araştırma ise, çift yumurta ikizlerinin her ikisinde de intihar girişiminde bulunma oranı %0.7 iken, tek

yumurta ikizlerinde bu oran %13.2 olarak belirlenmiştir (Roy, Nielsen, Rylander, Sarchiapone & Segal, 1999).

Sarchiapone ve arkadaşları (2009)'nın 1179 mahkumla yaptığı bir çalışmada 70'inin ailesinde intihar girişimi öyküsünün olduğu ve ailesinde intihar girişimi öyküsü olan mahkumların olmayanlara oranla daha sık intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan 269 evlat edinilmiş bireyin bulunduğu bir başka çalışmada bireylerin 12'sinin biyolojik akrabalarında intihar girişimi öyküsü mevcut iken, kontrol grubunda yalnızca 2 kişinin biyolojik akrabalarında intihar girişimi öyküsü olduğu belirlenmiştir (Özalp, 2009).

## **2.4.2 – Psikolojik yaklaşımlar**

İntihara yönelik psikolojik yaklaşımlar toplumsal yönemli kuram, psikanalitik kuram, sosyal öğrenme kuramı, kaçış teorisi ve terör yönemli kuram başlıkları altında incelenebilir.

### *2.4.2.1 – Toplumsal yönemli kuram*

İntiharı ilk kez toplumsal bir kavram olarak ortaya koyan Emile Durkheim (1986)'dir. Durkheim, köklü toplumsal değişimler olmadığı sürece intihar oranının değişiklik göstermediğini, tersi durumlarda intihar oranının artış gösterdiğini, bunun da intiharın toplumsal bir kavram olarak ele alınmasının bir kanıtı olduğunu ortaya koymuştur. Durkheim intihar kavramını iki temel etken üzerinde yapılandırmıştır. Bunlardan ilki, bireyin toplumdaki rolleri, toplumsal etkinlikleri veya kendini toplumun bir parçası olarak hissetmediğini kapsamaktadır. İkincisi ise, kişinin akıl ve mantığa uygun olmayan isteklerinin toplum tarafından kontrol altına alınmasını kapsayan toplumsal düzenlemelerdir (Eskin, 2012).

Toplumsal yönemli kuramda intiharla ilgili iki kavram üzerinde durulmaktadır. Bunlar; Bencil ve elcil intihardır (Demir, 2004).

Bencil intihar, "bireysel benin" "toplumsal ben" karşısında baskın çıkmasıyla ortaya çıkan bencillik durumunun neden olduğu intihar tipidir. Kişinin içerisinde yaşadığı toplum ile bağlarının zayıflaması veya kopması yalnızlaşmaya sebep olmakta ve toplumsal bütünleşme sağlanamamaktadır.

Elcil intihar ise, bireyselliğin yetersiz olduğu durumlarda, kişinin toplum tarafından kendisine bağımlı kılındığı intihar tipidir. Bu intihar tipinde toplumsal bütünleşme durumu söz konusudur.

#### 2.4.2.2 – Psikanalitik Kuram

Umut, bir amaca ulaşmada olumlu sonuçlar çıkacağına dair oluşan beklentilerdir. Umutsuzluk durumu ise, bir amaca ulaşmada olumsuz sonuçlar çıkacağına dair oluşan beklentilerdir (Dilbaz & Seber, 1993). Geliştirdiği bilişsel modelde Beck (1975), ileriye yönelik olumsuz beklentileri umutsuzluk şeklinde değerlendirmiştir (Odağ, 1985). Geleceğe yönelik olumsuz beklentileri içeren umutsuzluk, intihar sürecini etkileyen ve sürecin devamını sağlayan önemli bir etkidir (Eskin, 2012).

Depresyonla intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Depresyon intihar girişimi oranlarının belirlenmesinde rol oynamaktadır. Ancak birçok depresif birey intihar girişiminde bulunmaz iken, intihar girişimini gerçekleştiren bireylerin tamamının da depresyonda olmadığı görülmektedir. Bu durum umutsuzluğun, depresyon ve intihar girişimiyle olan ilişkisini ortaya koymaktadır (Weissman, 1974). Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilen umutsuzluk ölçeğiyle, intihar girişiminde bulunan ve yatarak tedavi alan kişiler ile yapılan araştırmada; umutsuzluğun depresyon ve intihar eğilimiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Beck, Kovacs & Weissman, 1975). Dyer & Kreitman'da (1984) Beck Depresyon Ölçeğini kullanarak yaptıkları araştırmalarında intihar eğilimiyle depresyon arasındaki ilişkinin umutsuzlukla intihar eğilimi arasındaki ilişki ile doğrudan bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur.

#### 2.4.2.3 – Sosyal öğrenme kuramı

İnsanlar tüm davranışlarını, gelişim dönemleri boyunca seçtikleri modelleri gözlemleyerek geliştirmektedirler. Sosyal öğrenme kuramına göre bütün davranışlar gözlem ve öğrenme yolu ile kazanılmaktadır. Kişi, öğrendiği tüm davranışları aile bireylerini, arkadaşlarını ya da sevdiği birini taklit ederek kazanmaktadır. İntihar davranışı sosyal öğrenme kuramına göre Lester (1987) tarafından "kısmen de olsa, stresli yaşam koşullarına karşı öğrenilmiş bir davranış" olarak açıklanmıştır (Eskin, 2012). Bu kuramı destekler biçimde çocukluk döneminde aile bireylerinin herhangi birisinde görülen intihar davranışının çocuk tarafından rol model olarak alınmasının intihar eğiliminde etkili olabileceği belirtilmiştir (Atay & Gündoğar, 2004).

#### 2.4.2.4 – Kaçış teorisi

İntiharı açıklamaya yönelik farklı bir kuram da Baechler (1980) tarafından ortaya konulmuştur. Bilginin doğruluğunun insanın zihninde ve düşüncesinde temellendirilebileceğini öne süren Baechler intiharı bir sorun çözme yöntemi olarak değerlendirmiştir. Bu çerçevede intiharı bir kaçış şekli olduğunu belirlemiştir. Ancak yeterince detaylandırılmaması nedeni ile Baumeister (1990), teoriyi yeniden incelemiştir. Kaçış teorisi kişilerin intihara olan eğilimlerini 6 adımda incelemektedir (Baumeister, 1990);

1. Basamakta kişi, içinde bulunduğu mevcut koşulların kendisinin veya etrafındaki bireylerin standartları ile örtüşmediği düşünceindedir. Kaçış teorisine göre, beklentileri küçük olan kişi stresli durumlar karşısında intiharı düşünmeyecek, beklentileri büyük olan kişi ise, stresli durumlar karşısında intiharı düşünecektir.

2. Basamakta yüksek beklentilerini karşılayamayan ya da yaşadığı stresli durumlarla başa çıkamayan kişiler vardır. Bu kişiler kendine olumsuz geri bildirimler vererek kendisini suçlamaya başlamaktadır. Bu olumsuz geri bildirimler ve suçluluk duygusu bireyin öz saygısını olumsuz etkilemektedir. Kendine ilişkin olumsuz geri bildirim yapanların yapmayanlara göre umutsuzluk, depresyon ve intihar davranışları gösterme oranı daha yüksektir.

3. Basamakta yüksek beklentilere rağmen imkânsız durumlar yaşayan ve stres yaratan olaylara ilişkin kendine olumsuz geri bildirimde bulunan kişiler bulunur. Bu kişiler suçluluk duygularına bağlı olarak kendini eksik görmekte ve olumsuz bir öz farkındalık geliştirmektedirler.

4. Basamakta yüksek oranda olumsuz yönlü öz farkındalık geliştiren kişiler vardır. Bu kişilerde kaygı, öfke, depresyon gibi istenmeyen duygular ortaya çıkmaktadır.

5. Basamaktaki kişilerin dikkat, bellek, anlama, kavrama, öğrenme, muhakeme, problem çözüme ve karar verme gibi zihinsel süreçleri yıkıma uğramaktadır. Bu yıkımla birlikte kişinin iç dünyasındaki anlamlılık ve farkındalık zayıflamakta ve zihninde belirli fikirler canlanmaya başlamaktadır. Bunun sonucunda öz farkındalık dönüşümü yaşanmaktadır. Bu olumsuz duygu ve düşüncelerin bir araya gelmesi ile durumun çözülemiyor olması kişinin durumun içinden çıkamayacağı fikrine kapılmasına neden olmakta ve bu durumdan kurtulma isteği ortaya çıkmaktadır.

6. Basamak ise intihar eylemine dönüşme sürecidir. Kişinin yaşamına son vermesini engelleyebilecek dürtülerin ortadan kalkması, kendini içinde bulunduğu durumla baş edemeyecek gibi görmesi sonucu yaşadığı olumsuz duyguları bastırma ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. (Eskin, 2012).

#### *2.4.2.5 – Terör yönelimli kuram*

Terör, Latince kökenli Fransızca bir terim olup, korkutup sindirmek ve dehşete düşürmek anlamına gelmektedir (Güzel, 2002). Terör bir şiddet eylemi gibi görünse de şiddetten daha kapsamlı unsurlar içermektedir. Cirhinlioğlu (2004) intihar saldırılarını terör/terörizm kapsamında değerlendirmekte ve bu saldırıları "intihar terörizmi" olarak nitelendirmektedir. Pape (2003) terörizmi gösteri, yıkıcı ve intihar



terörizmi olarak ele almaktadır. İntihar terörizmi, hedef yönetimin stratejilerini değiştirmeye zorlamak adına bir baskı unsuru olarak kabul etmektedir. Bu doğrultuda intihar saldırıları;

1. İntihar terörizmi teröristler açısından ne anlam ifade etmektedir yani stratejik mantığının,
2. niçin kitle desteğini kazanıyor yani sosyal mantığının,
3. intihar eylemcisini motive eden unsurlar yani bireysel mantığının incelenmesi gerektiğini ifade etmektedir.

## 2.5 – İntiharın Görülme Sıklığı

DSÖ (2013)'ne göre, her yıl ortalama 1.000.000 kişi intihar sonucunda yaşamını yitirmekte ve genç yaş grubunda intihar oranı giderek artmaktadır. Dünyada her 40 saniyede bir kişi intihar etmektedir. İntihar girişimleri tamamlanmış intiharlardan 20 kat daha fazla olup, 10-24 yaş arasındaki kişilerde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. 2020 yılında intihara bağlı ölümlerin sayısının 1.500.000'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2013). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2011 yılında intihara bağlı ölüm sayısının 2677 olduğunu, bu intiharların büyük kısmının 15-19 yaş grubunda gerçekleştiğini bildirmiştir.

DSÖ (2011)'ne göre, dünyadaki en yüksek intihar hızı sırasıyla Litvanya, Rusya, Kazakistan, Belarus, Macaristan ve Ukrayna'ya aittir. Ayrıca, Amerika'da her sene 30.000 kişinin intihara bağlı olarak yaşamını yitirdiği belirlenmiştir. Avrupa, Kuzey Amerika ve Güney Amerika'da erkeklerin intihar oranı kadınlarınkinden en az iki kat daha fazladır (WHO, 2011).

TÜİK verilerine göre, ülkemizde 2012 yılında her gün yaklaşık 9 birey intihar ederek yaşamını sonlandırmıştır. Ölümle sonuçlanan intihar sayısı, 3.225'tir. İntihar eden bireylerin %72.0'ını erkekler, %28.0'ını kadınlar oluşturmaktadır. Erkek intiharları kadın intiharlarının yaklaşık 3 katıdır. Kaba intihar hızı, yüz binde 4.29'dur. Yani her yüz bin kişiden 4'ü intihar etmiştir. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 8.5 ile Uşak'tır. Uşak ilini yüz binde 8.06 ile Kastamonu, yüz binde 7.38 ile Iğdır ve yüz binde 7.28 ile Aydın takip etmektedir. Kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 1.6 ile Bartın'dır. Bartın ilini yüz binde 1.7 ile Batman, yüz binde 2.22 ile Van ve yüz binde 2.24 ile Gümüşhane takip etmektedir. İntiharlar yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde, tüm yaş gruplarında erkek intiharlarının kadın intiharlarından daha fazla olduğu görülmüştür. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu yaş grubu erkeklerde yüz binde 15.22 ile "75+" yaş grubu iken kadınlarda yüz binde 5.58 ile "15-19" yaş grubudur. 2012 yılında intihar eden bireylerin yaklaşık yarısının (%53.1) intihar nedeni bilinmemektedir. İntihar eden kişilerin %17.3'ü "hastalık", %7.8'i "aile geçimsizliği", %7.6'sı "geçim zorluğu",

%4.0'ı "duygusal ilişki ve istediği kişiyle evlenememe", %2.1'i "ticari başarısızlık" ve %0.6'sı ise "öğrenim başarısızlığı" nedeniyle intihar etmiştir. 2012 yılında intihar edenlerin kullandığı yöntemleri incelediğimizde, %50.7'si kendini asarak, %24.9'u ateşli silah kullanarak, %10.3'ü yüksekten atlayarak, %5.1'i kimyevi madde kullanarak girişimi gerçekleştirmiştir. 2012 yılında intihar eden kişilerin %31.7'si ilkokul, %20.6'sı ilköğretim, %16.4'ü lise ve dengi, %7.7'si ise yükseköğretim mezunudur. 2012 yılında intihar edenlerin %50.0'ı evli, %36.7'si hiç evlenmemiş, %5.9'u ise boşanmış kişilerdir.

Yine TÜİK verilerine göre 2013 yılında ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı 3.189'dur. İntihar edenlerin %72.7'sini erkekler, %27.3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. Kaba intihar hızı yüz binde 4.19'dur. Yani her yüz bin kişiden 4'ü intihar etmektedir. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 9.33 ile Karaman'dır. Karaman ilini yüz binde 7.54 ile Ardahan, yüz binde 7.22 ile Bingöl ve yüz binde 7.09 ile Elazığ izlemektedir. Kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 0.74 ile Gümüşhane'dir. Gümüşhane ilini yüz binde 1.54 ile Rize, yüz binde 2.29 ile Tokat ve yüz binde 2.34 ile Yalova izlemektedir. Yaşa göre intihar hızları incelendiğinde, yüz binde 8.08 ile en fazla intihar olayı "75+" yaş grubunda görülürken en az intihar olayı yüz binde 4.56 ile "35-39" yaş grubunda görülmüştür. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu yaş grubu, erkeklerde yüz binde 14.63 ile "75+" yaş grubunda, kadınlarda ise yüz binde 5.52 ile "15-19" yaş grubundadır. İntihar eden kişilerin %53.8'inin intihar nedeni tespit edilmiştir. İntihar eden kişilerin %16.1'i hastalık, %9.3'ü aile geçimsizliği, %6.9'u geçim zorluğu, %3.3'ü duygusal ilişki ve istediği kişiyle evlenememe, %1.9'u ticari başarısızlık ve %0.5'i ise öğrenim başarısızlığı nedeniyle intihar etmiştir. İntihar edenlerin %50.9'u kendini asarak, %25.5'i ateşli silah kullanarak, %9.4'ü yüksekten atlayarak, %6.0'ı ise kimyevi madde kullanarak girişimi gerçekleştirmiştir. İntihar eden kişilerin %38.4'ü ilkokul mezunu, %14.2'si lise ve dengi, %10.4'ü ilköğretim, %9.9'u ise ortaokul ve dengi mezunudur. İntihar edenlerin %48.8'i evli, %38.4'ü hiç evlenmemiş, %5.6'sı ise boşanmış kişilerdir.

TÜİK 2014 verilerine göre ise ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı 2014 yılında 3.065'dir. İntihar edenlerin %74.3'ünü erkekler, %25.7'sini kadınlar oluşturmuştur. Kaba intihar hızı yüz binde 3.97'dir. Yani her yüz bin kişiden yaklaşık dördü intihar etmiştir. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 11.63 ile Tunceli'dir. Tunceli ilini yüz binde 9.03 ile Bingöl ve yüz binde 8.26 ile Edirne izlemektedir. Kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 1.06 ile Bartın'dır. Bartın ilini yüz binde 1.07 ile Çankırı ve yüz binde 1.28 ile Bayburt izlemektedir. Nedeni tespit edilemeyen intihar oranı %52.9'dur. İntihar nedenleri arasında "hastalık" %17.9, "aile geçimsizliği" %9.0 ve "geçim zorluğu" %8.4'dür. İntihar sayıları yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde, erkek intiharlarının 15 yaş altı intiharlar hariç tüm yaş gruplarında kadın intiharlarından daha

fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki farklılığın en yüksek olduğu yaş grubunun 20-24, en az olduğu yaş grubunun ise 15 yaş altı ile 85 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür.

Ve son olarak TÜİK 2015 verilerine göre, ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı 3.211'dir. İntihar edenlerin %72.7'sini erkekler, %27.3'ünü ise kadınlar oluşturmuştur. Kaba intihar hızı yüz binde 4.11'dir. Yani 2015 yılında her yüz bin kişiden dördü intihar etmiştir. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 9.17 ile Kars olmuştur. Bu ili yüz binde 8.0 ile Ardahan ve yüz binde 7.05 ile Karaman izlemektedir. Kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 1.10 ile Çankırı'dır. Bu ili yüz binde 1.21 ile Rize ve yüz binde 1.54 ile Kilis izlemiştir. İntihar eden kadınların %18.0'ı 15-19 yaş grubundadır. İntihar eden kişiler yaş grubuna göre incelendiğinde, %34.3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur. İntihar eden kişiler cinsiyete göre incelendiğinde, intihar eden kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş grubunda iken, erkeklerde bu oran en yüksek %12.8 ile 20-24 yaş grubunda olduğu, intihar eden erkeklerin %33.3'ünün, kadınların ise %46.0'ının 30 yaşından küçük olduğu görülmüştür. İntihar eden kişilerin 2014 yılında %22.2'si ilköğretim mezunu iken 2015 yılında bu oran %23.7'dir. İlkokul mezunlarını %21.4 ile ilköğretim, %20.9 ile lise ve dengi okul, %11.7 ile yüksek öğretim mezunları izlemiştir. İntihar eden kişilerin %50.5'i evli olup, %37.7'sini hiç evlenmemiş, %7.2'sini boşanmış, %4.6'sını ise eşi ölmüş olanlar oluşturmuştur.

## **2.6 – Çocuklarda ve Ergenlerde İntihar Davranışı**

Son 20 yılda intihar sonucu olan ölümlerin ergenlik ve erken erişkinlik dönemindeki bireylerde artması bu yaş grubunda konunun ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşamın yitirilmesiyle sonuçlanan veya girişim düzeyinde kalan intihar davranışları ile ilgili koruma ve önleme faaliyetlerine ışık tutması amacıyla çok sayıda araştırma yapılmıştır. Ancak bu araştırma sonuçları henüz nedenlerin ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve intiharların önlenmesine yönelik girişimlerin sağlanması için yeterli olamamaktadır (Dilsiz & Dilsiz, 2010). Ergenlik dönemi dışında çocuklarda intihar riski çok düşüktür ve farklı yaş grupları için ölüm kavramı farklı anlamlar taşır.

### **2.6.1 - Çocuklarda ölüm kavramı**

Çocukların kayba vereceği tepki, buldukları gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir (Dyregrov, 2008; Sezer & Savaş, 2009)

**Bebeklik Dönemi (0-2 yaş):** Bebek ile dış dünya arasındaki bağlantıyı anne sağlar. Bu dönemde yaşanan bir kayıp, anne veya bebeğe bakan kişi aracılığıyla yaşanır. Bu kişilerin yoğun tepkileri olmadığı sürece yaşanan kayıp bebek üzerinde etki yaratmayabilir (Bowlby, 1991). Bebeklerin

algılama düzeyleri yeterli olmadığı için ölüm ve ayrılık onlar için aynı anlama gelmektedir (Wolff, 1986). Bu yüzden uzun süreli yokluk ve ölüm arasındaki farkı ayırt edemezler (Bowlby, 1991). Ayrılık durumlarında ise; ağlama, ebeveyni arama, başka yetişkinlerin yatıştırılmalarını görmezden gelme, kayıtsızlık, huzursuzluk gibi tepkiler verebilirler (Kıvılcım & Doğan, 2014).

Okul Öncesi Dönem (2-5 yaş): Çocuklar bu dönemde ben merkezlidir. Akıl yürütemezler. Süreklilik kavramı gelişmemiştir (Kıvılcım & Doğan, 2014). Ölüm olayını insanların kontrolünde olan bir olay gibi algılayarak ölümü uykuya ya da yolculuğa benzetebilirler, ölenlerin başka bir yerde olduğunu düşünebilir ve ölen insanların geri geleceklerine inanabilirler (Worden, 2001). Bu yüzden ölüm onlar için geri dönülebilir bir süreçtir, bir kişinin sonsuza dek gittiğini kavrayamazlar (Dyregrov, 2008; Worden, 1991). Özlem, üzüntü, çaresizlik, öfke gibi duygular gösterebilirler (Kıvılcım & Doğan, 2014).

Okul Dönemi (6-11 yaş); Bu dönemde somut düşünce gelişmeye başlar. Ölümün geri dönüşü olmayan bir durum olduğunu, ölü insanın artık olmayan bir insan olduğunu anlayabilirler (Kıvılcım & Doğan, 2014; Carey, 1985). Eğer birisi ölürse artık bir daha onun geri dönmeyeceğini algılayabilirler (Meadows, 1993). Ölülerin konuşamayacağını, hareket edemeyeceğini, nefes alamayacağını bilirler. Karın ağrısı, baş ağrısı gibi belirtileri gösterebilirler (Kıvılcım & Doğan, 2014,).

Adölesan Dönem (11-18 yaş); Ergenlik dönemi ölüm kaygısının açıkça yaşandığı ilk gelişim dönemidir (Karaca, 2000). Bu dönemde soyut düşünce gelişmiştir. Ölüm kavramı daha somut bir hal alır ve bir kaybın uzun dönemli etkilerini anlamaya başlarlar (Dyregrov, 2008). Ölümü kabullenmek, hayal etmek, öleceğini düşünerek endişelenmek gibi durumlar ortaya çıkabilir. Yeme bozuklukları, mutsuzluk, sigara veya alkol kullanımı ve okul başarısızlığı gözlenebilmektedir. (Kıvılcım & Doğan, 2014).

Slaughter & Griffiths (2007), yaşları 4-8 arasında değişen 90 çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocuklarda ölüm kavramının yaşlanma ile birlikte ortaya çıktığını belirlemişlerdir.

İnsanların ölüm olgusuna yükledikleri anlam hem yaşam tarzlarını belirlemekte hem de felsefi, hukuki, ahlaki ve birçok konudaki davranışlarını yönlendirmektedir. Ölümü dinamik yönden ele alan Frankl (1978)'a göre ölüm, yaşamın bütünlüğünün tamamlanmasıdır. Bu sebeple yaşamın sona ermesi bir yok olma değil, insanın varoluşunu gerçekleştirmesidir (Demirkol, 2013).

Literatürde ölüme yönelik yapılan araştırma sayısı azdır. Yapılan araştırmaların çoğu da ölüme duyulan kaygı ve endişeye yöneliktir.

Cicirelli (1998) ölüm olgusunun anlamı ve ölüm korkusu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaşları 19-55 arasında değişen 265 kişiyle çalışma yapmıştır. Çalışmasında ölümün anlamına ilişkin 3 temel faktöre ulaşılmıştır. Bunlar; "yok olma", "öbür dünya" ve "miras" tır.

Cicirelli (2001) ölümün anlamı ve ölüm korkusu arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yaşları 19-29 arasında olan 78 genç yetişkin ile yaşları 70-96 arasında değişen 68 yaşlı yetişkini incelemiştir. Çalışmasında "öbür dünya" ve "yok oluş" un genç ve yaşlı yetişkinlerde ölüm korkusuyla güçlü bir ilişkisinin olduğu belirlenmiştir.

## **2.7 - İntihar Ederken Kullanılan Yöntemler**

İntihar şiddet içeren ve şiddet içermeyen intihar olarak ayrılabilir. Yüksek dozda ilaç içme, zehirlenme, gaz ve suda boğulma, alkol-madde alımı gibi yöntemler şiddet içermeyen; ateşli silahla yaralama, kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme, delici, kesici aletlerle yaralama gibi yöntemler ise şiddet içeren intihar grubunda kabul edilir (Ak vd., 2009). 2012 yılı TÜİK verilerine göre intihar eden erkeklerin %51.5'i kendini asma, %28.8'i ateşli silah kullanma, %7.5'i yüksekten atlama ve %12.2'si ilaç ve zehirli madde alımı yöntemini kullanarak, kadınların ise, %48.6'sı kendini asma, %17.3'ü yüksekten atlama, %15.0'ı ateşli silah kullanma ve %19.1'i de ilaç ve zehirli madde alımı yöntemini kullanarak intihar etmiştir.

Ergenlerin intihar girişimini gerçekleştirirken başvurdukları yöntemler ergenin intihara yönelik ciddiyetine, cinsiyete ve kültürel durumuna göre değişiklik göstermektedir. İntihar girişiminde bulunurken en sık başvurulan yöntem yüksek dozda ilaç alımıdır (Akın & Berkem, 2012; Akköse, Fedakar, Bulut, Armağan & Cebeci, 2005; Arslan, Duru, Kuvandik, Bozkurt & Kaya, 2008; Çetinkaya & Gözen, 2016; Duman, Özdemir, Demir & Akman 2004; Gökçen & Köylü 2011; Güleç & Aksaray, 2006; Öztop, Özdemir, Ünalın, Akgül & Şahin, 2009; Toklucu, Akova, Aydoğdu, Yazar & Kul, 2012; Ünlü vd., 2014; Yalaki, Taşar, Yalçın & Dallar, 2011). İlaç içme dışında kullanılan yöntemler ise; diğer kimyasal maddelerle zehirlenme, yüksek bir yerden atlama, ateşli silahla yaralanma, kendini asma, trafiğe atlama, suda boğulma'dır (Aktepe vd., 2006; Gökçen & Köylü, 2011; Siyez, 2006; Pfeffer, 2007; Toklucu vd., 2012; Ulusoy, Demir & Baran, 2005). Ergenlerin uyguladıkları intihar yöntemi ne kadar çok acı verici ve şiddet içeriyorsa ölme arzusunun da o kadar güçlü olduğu belirtilmektedir (Çetinkaya & Gözen, 2016).

## **2.8 - İntihar Risk Faktörler**

Ergenlik döneminde intihar düşüncelerinde ve intihar girişimlerinde artış görülmektedir. İntihar girişimlerini önlemede en temel faktör ise intihar eylemine neden olan risk faktörlerinin belirlenmesidir. Ergen

intiharlarının biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel ve sosyo-kültürel faktörler ile ilişkisi bilinmeden intihar riskini azaltmak ya da ortadan kaldırmak mümkün değildir (Ak vd., 2009; Akın & Berkem, 2012).

İntihar risk faktörleri sosyo-demografik risk unsurları, psikiyatrik bozukluklar, kişisel ve gelişimsel bozukluklar, biyolojik etmenler, ailesel risk faktörleri ve olumsuz yaşam olayları başlıkları altında incelenebilir.

## **2.8.1 - Sosyo-demografik risk unsurları**

### *2.8.1.1 - Cinsiyet ve intihar*

Yaşanılan topluma göre değişiklik gösteren intihar oranları, aynı toplum içinde cinsiyete göre de değişiklik göstermektedir (Duru & Özdemir, 2009). Cinsiyet unsuru açısından intihar olguları değerlendirildiğinde; tamamlanmış intiharların erkeklerde, intihar girişimlerinin ise kadınlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (Harmancı, 2015; Taktak, Üzün & Balcıoğlu, 2008; Toklucu vd., 2012; Wasserman, Cheng & Jiang, 2005; Yeğenoğlu, 2015). Aktepe ve arkadaşları (2006)'nın intihar girişimi nedeniyle başvuran yaşları 7-16 arasında değişen 58 hastayı incelediği çalışmada hastaların %89.7'sinin kadın, %10.3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Taktak ve arkadaşları (2008)'nin yaptığı çalışmada 124 intihar girişimi olgusunun 83'ü erkek, 41'i ise kadındır. Adıyaman'da intihar girişiminde bulunan 210 birey ile yapılan bir çalışmada bireylerin %71.9'unun kadın, %28.1'nin ise erkek olduğu belirlenmiştir (Alptekin, Duyan & Demirel, 2006). Akın ve Berkem (2012)'in intihar girişimi nedeniyle acil olarak başvurmuş veya konsülte edilmiş 12-18 yaş arasındaki 36 hasta ile yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin 27'sinin kız (%75) ve 9'unun erkek (% 25) olduğu saptanmıştır. 2012 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada da kızlarda intihar girişim oranı %49.9 iken, erkeklerde bu oran %48.6 olarak tespit edilmiştir (Pisani vd., 2013). Atay ve Gündoğar (2004)'in Isparta ilinde yaşları 18-65 arasında değişen 600 katılımcı ile yaptığı çalışmada örneklemin %56'sını (n=336) kadınlar, %44'ünü (n=264) erkekler oluşturmuştur. Yapılan diğer araştırmalar (Aktepe vd., 2006; Siyez, 2006; Duman vd., 2004; Gökçen & Köylü, 2011; Güleç & Aksaray, 2006; Öztop vd., 2009; Pomerantz, Gittelman, Farris & Frey, 2009; Sayar, Solmaz, Öztürk, Özer & Arıkan, 2000; Toklucu vd., 2012; Ulusoy vd., 2005; Ünlü vd., 2014; Yalaki vd., 2011) sonucunda da intihar girişiminde bulunan olguların büyük kısmını kadın cinsiyetin oluşturduğu görülmektedir.

### *2.8.1.2 - Yaş ve intihar*

İntihar farklı toplumlarda, farklı yaş gruplarında görülebilmektedir. DSÖ (2008) verilerine göre, dünyada erkeklerde (%27.0) ve kadınlarda (35.0) intiharın en yüksek olduğu yaş grubu 15-29 yaş arasındadır (WHO,

2008). İntiharın yaşam boyu sıklığına bakıldığında ise, 18-34 yaş grubunda daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Ülkemizde intihar sonucunda ölümlerin ergenlikle birlikte artış gösterdiği, yetişkinlik döneminde sabit bir seyir izlediği, 65 yaşından sonra ise yeniden artış gösterdiği saptanmıştır (Eskin, 2012). Yapılan bir araştırma (Batıgün, 2005) sonucunda 15-25 yaş arasındaki kişilerin intihar girişimi ihtimalinin, 26-65 yaş arasındaki kişilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. TÜİK (2015) verilerine göre, intihar eden kişiler yaş gruplarına göre incelendiğinde, intihar edenlerin %34.3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmıştır. İntihar eden kişiler cinsiyete göre incelendiğinde, intihar eden kadınlarda en yüksek oran %18.0 ile 15-19 yaş grubunda iken, erkeklerde en yüksek oranın %12.8 ile 20-24 yaş grubunda olduğu görülmüştür.

#### *2.8.1.3 - Eğitim ve intihar*

Eğitim intihar riskini belirleyen önemli bir faktördür. Yapılan araştırma (Aktepe vd., 2006; Arslan vd., 2008; Aysev, 1992; Deveci vd., 2005; Soylu, Taneli & Taneli, 2013) sonuçlarına göre eğitim düzeyi düştükçe, intihar girişimleri ve intihar oranları artış göstermektedir. Güleç ve Aksaray (2006)'ın yaşları 15-24 arasında değişen ve intihar girişimi nedeni ile gelen 63 genç ile kontrol grubunda bulunan sağlıklı 65 gencin karşılaştırıldığı araştırma sonucunda intihar girişiminde bulunan gençlerin eğitim seviyesinin, okula devam etme oranlarının ve anne- baba eğitim düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. TÜİK (2015) verilerine göre ise, intihar eden kişilerin 2014 yılında %22.2'si ilköğretim mezunu iken, 2015 yılında bu oran %23.7'dir. İlkokul mezunlarını %21.4 ile ilköğretim, %20.9 ile lise ve dengi okul, %11.7 ile yüksek öğretim mezunları izlemiştir.

#### *2.8.1.4 - Medeni durum ve intihar*

Literatürde özellikle üzerinde durulan konulardan biri de medeni durum ile intihar arasındaki ilişki olmuştur. Literatürde evliliğin intihar ile olan ilişkisinin değişken olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Eskin, 2012). Evliliğinde mutsuz olan ancak boşanmayan evli kadınların intihar girişim oranları bekar kadınlara göre daha yüksektir (Durkheim, 2013). Buna karşın uyumlu bir evlilik yaşayanların intihar girişim oranları boşananlarda ve bekarlara göre daha düşüktür (Sarandöl, 2003). Yapılan bir çalışma (Yeğenoğlu, 2015) hiç evlenmemiş veya boşanmış olmanın intihar girişimi riskini artırdığı yönündedir. Deveci ve arkadaşları (2005)'nin Manisa il merkezinde yaşayan 1086 kişi ile yaptığı araştırmada intihar düşüncesi olan veya intihar girişiminde bulunanların %68.1'inin evli olduğu saptanmıştır. TÜİK (2015) verilerine göre ise, intihar edenlerin %50.5'ini evliler, %37.7'sini hiç evlenmemiş, %7.2'sini boşanmış, %4.6'sını ise eşi ölmüş olanlar oluşturmuştur. Cinsiyetlere göre intihar edenlerin medeni durumu incelendiğinde ise, erkeklerin %54.0'ı evli,

%36.4'ü hiç evlenmemiş iken, kadınların %41.1'i evli, %41.0'ı hiç evlenmemiştir.

## **2.8.2 - Psikiyatrik bozukluklar**

İntihar eden ergenler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda psikiyatrik bozukluklar intihar davranışına neden olan en önemli etmenlerden biri olarak saptanmıştır. Bu psikiyatrik bozukluklar arasında depresif bozukluklar ve madde kullanımını ilk sıralarda yer almaktadır (Goult & Kramer 2000). Yiğit, Söyüncü & Berk (2010)'in intihar girişimi nedeni ile başvuran hastalarla yaptığı araştırmada hastaların %29.0'ının psikiyatrik bir tanısının mevcut olduğu saptanmıştır. Özdel ve arkadaşları (2009)'nın yaptığı bir çalışmada da intihar girişiminde bulunan ergenlerin %74.6'sında ruhsal bir sorun olduğu ve %28.5'inde majör depresyon bulunduğu belirlenmiştir. Ercan, Varan & Aydın (2000)'in çalışmasında ise, ergenlerin %27.5'inin uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu tanılarının mevcut olduğu ortaya konulmuştur. Öztop ve arkadaşları (2009)'nın çalışmasında psikiyatrik rahatsızlığı bulunan ergenlerin %36.0'ının intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Ünlü ve arkadaşları (2014)'nin intihar girişimi ile gelen 18 yaş altı 61 olgu ile yaptığı araştırmada %65.6'sında ruhsal bozukluk olduğu saptanmış olup; majör depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği-hiperaktivite en sık görülen bozukluklar olarak ortaya konulmuştur. Akın ve Berkem (2012)'in intihar girişimi nedeniyle acil olarak başvurmuş veya konsülte edilmiş 12-18 yaş arasındaki 36 hasta ile yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %77.8'inde psikopatoloji saptanmıştır ve en sık görülen psikiyatrik bozukluklar sırasıyla depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu olarak belirlenmiştir.

Ergenin ebeveynlerinden herhangi birinde ruhsal bozukluk bulunması da intihar ve intihar girişimi için risk unsuru oluşturmaktadır. Ünlü ve arkadaşları (2014)'nin intihar girişimi nedeniyle başvuran 18 yaş altı 61 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların annelerinin %42.7'sinde (n=17) psikiyatrik bozukluk olduğu belirlenmiştir. Babaların ise, %5.4'ü psikiyatrik (n=3) tedavi almaktadır. Babaların %1.8'i depresyon, %3.6'sı madde kötüye kullanımı tanıları almışlardır. Aktepe ve arkadaşları (2006)'nin çalışmasında annelerin %24.1'inin (n=14) psikiyatrik tedavi aldığı belirlenmiştir. Annelerin %8.6'sı depresyon, %1.7'si anksiyete bozukluğu ve %1.7'si de obsesif kompulsif bozukluk tanılarını almışlardır.

İntihar girişimi gösteren kişilerde sigara, alkol ve madde kullanım oranı yüksektir. Güler ve arkadaşları (2009)'nin 2003-2004 öğretim yılında 9 lisede öğrenim gören 7700 öğrenci ile yaptığı araştırmada sigara ve alkol kullanan ergenlerde intihar girişimi düşünceleri ve intihar girişimi oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar (Aktepe vd., 2005; Ceyhun & Ceyhun, 2003; Davis & Brock, 2002; Goult &



Kramer, 2000; Siyez, 2006) madde kullanımının intihar risk faktörü açısından ilk sıralarda olduğunu göstermektedir.

İntihar ve depresyona neden olan en önemli faktörlerden biri de okul başarısızlığıdır (Özdel vd., 2009). Özfirat, Pehlivan & Özdemir (2009)'ın Malatya il merkezinde öğrenim gören 9042 lise son sınıf öğrencisi ile yaptıkları bir araştırmada, okul başarısı kötü olan ergenlerin %64.2'sinde depresif bozukluk olduğu belirlenmiştir. Güleç ve Aksaray (2006)'ın yaşları 15-24 arasında değişen intihar girişimi grubunda bulunan 63 genç ile kontrol grubunda bulunan 65 genci karşılaştırdığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan gençlerin okula devam etme oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aktepe ve arkadaşları (2006)'nın intihar girişimi nedeniyle gelen yaşları 7-16 arasında değişen 58 hastayı incelediği çalışmada ise hastaların %62.1'inin okul başarısı orta ve kötü düzeyde, %37.9'unun ise iyi düzeydedir.

Tüm bunlara ek olarak daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde girişimlerin tekrar edilme oranı daha yüksektir. Özellikle intihar girişiminden sonraki 3-6 ay, intihar girişiminin tekrarlama riskinin en yüksek olduğu dönemdir (Elevli, 2012). Gökçen ve Köylü (2011)'nün 18 yaş altı 121 ergen ile yaptığı araştırmaya göre ergenlerin %18.2'sinde daha önceden intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. Akın ve Berkem (2012)' in intihar girişimi nedeniyle acil olarak başvurmuş veya konsülte edilmiş 12-18 yaş arasındaki 36 hasta ile yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %39.8'inde (n=14) daha önceden intihar girişimi/girişimleri öyküsünün bulunduğu saptanmıştır.

### **2.8.3 – Kişisel ve gelişimsel bozukluklar**

#### *2.8.3.1 – Umutsuzluk ve intihar*

Umutsuzluk; ekonomik ve sosyo-kültürel seviyenin düşük olması, yaşam ve çalışma şartlarının kötü olması, kronik veya psikiyatrik bir hastalığın bulunması, sigara, alkol veya madde kullanılması, stresle başa çıkma ve problem çözme kabiliyetinin yetersiz olması, çocukluk döneminde duygusal, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrama durumu ve öfke ile ilişkilidir (Yerlikaya, 2014).

Umutsuzluk tamamlanmış intiharların en önemli belirleyicisi olmasının yanı sıra, intihar girişimleri için risk faktörü olarak da karşımıza çıkmaktadır. Ergenler açısından intihar davranışı değerlendirildiğinde, erkeklerde duygu durumu, kızlarda ise umutsuzluk önemli bir belirteçtir (Çetinkaya & Gözen, 2016). Ümitsizlik hisleri ergenin içinde bulunduğu problemlerle baş etme ve sorunları çözme becerilerini azaltarak intihar girişimi riskini artırmaktadır (Elevli, 2012).

Linehan ve Nielsen (1981) klinik bir tanısı mevcut olmayan kişilerle, Petrie ve Chamberlain (1983) intihar girişiminde bulunmuş kişilerle, Ranieri, Steer, Lawrance, Reismiller & Piper (1987)'in psikiyatrik tanısı mevcut olan hastalar ile yaptıkları araştırmalarında umutsuzluk, depresyon ve intihar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

#### *2.8.3.2 – Öfke ve intihar*

Öfke tatmin edilmemiş istek ve beklentilere ve istenmeyen sonuçlara karşı ortaya çıkan duygusal bir tepkidir. Öfke doğal bir duygudur. Fakat kontrol altına alınamadığında yıkıcı davranışlara neden olmaktadır (Soykan, 2011).

İntihar girişimi açısından risk grubunda bulunan ergenler duygusal tepkilerini kontrol etmeyle ilgili de sorunlar yaşamaktadır. Ergenleri intihar girişimi açısından risk altına alan faktörler, ergenlerin düşünme kabiliyetlerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Akın ve Berkem (2012)'in intihar girişiminde bulunan 36 hasta ve kontrol grubu olarak seçtiği 34 sağlıklı ergenle yaptığı araştırmada dürtüsellik ve öfke ile daha önce intihar girişiminde bulunma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

#### *2.8.3.3 – Dürtüsellik ve intihar*

Ergen bireylerde intihar düşüncesi ve intihar girişiminin dürtüsellik ile olan ilişkisi de önem taşımaktadır. Dürtüsellik intihara doğrudan sebep olmasa da, eğilime yol açan bir faktördür. İntiharda karar alma süreci normal gerçekleşmemektedir. Hayatın sonlanması bir kayıp gibi görünse de, intihar eden kişi acıdan kaçma, içinde bulunduğu durumdan kurtulma, sorunlardan kaçma, yaşadığı stresten kurtulma, çevresindekileri cezalandırma gibi nedenlerle kazançlı çıktığı düşüncesinde olabilir (Çetinkaya & Gözen, 2016).

#### *2.8.3.4 – Sorun çözme becerisinde yetersizlik ve intihar*

Literatürde intihara meyilli olan ergenlerin sorun çözme becerileri ile ilgili araştırma sayısı azdır. Ancak intihar girişiminde bulunan kişilerin bulunmayanlara oranla sorunlarla baş etmede ve çözüm üretmede daha yetersiz kaldığı bilinmektedir. Özellikle erkek ergenlerde sorunlarla baş edemeyeceği düşüncesi, umutsuzluktan çok daha etkili bir risk faktörüdür (Öncü & Sakarya, 2013).

### **2.8.4 - Biyolojik etmenler**

Nörokimyasal alanda yapılan çalışmalar serotonin hormonunda işlevsel bir bozukluk olduğunu belirtmektedir. Serotonin hormonunun azalması ile birlikte intihar girişimi oranının arttığı bilinmektedir (Davis & Brock, 2002). Özellikle daha önce intihar girişimi öyküsü olan ergenlerde

serotonin hormon seviyesinin düşük olması daha sonra gerçekleştireceği intihar girişiminin sonuçlanmasında önemli bir etkidir (Goult ve Kramer 2000; Elevli, 2012).

### **2.8.5 - Olumsuz yaşam olayları**

Kişide fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kalıcı iz bırakan yaşantılar, intihar girişimi açısından risk faktörü oluşturmaktadır. Bu yaşantılara örnek olarak; ebeveynlerin boşanması (Cash & Bridge, 2009; Johnson & Pearsons, 2012; Sayar, 2000; Yalaki vd., 2012) , aile içi şiddetin ve çatışmaların olması (Ulusoy vd., 2005), ebeveynlerin çocuk bakım tarzı (Elevli, 2012; Ulusoy vd., 2005), aile içi iletişimsizlik, aile tarafından kabul edilmeme ve ailede olumsuz ilişkiler (Aktepe vd., 2006; Davis & Brock, 2002; Hawton, Saunders & O'Connor, 2012; Ulusoy vd., 2005, Schwartz vd., 2010), sevilmeyen ve istenilmeyen çocuk olma (Ulusoy vd., 2005), ergenin annesini, babasını, kardeşini, çok yakın arkadaşını veya duygusal bağ kurduğu bir kimseyi kaybetmesi (Cash & Bridge, 2009; Ulusoy vd., 2005), psikolojik ya da fiziksel bir hastalığının bulunması (Aktepe vd., 2006; Akın & Berkem, 2012; Gould & Kramer, 2000; Schwartz vd., 2010; Özdel vd., 2009; Ünlü vd., 2014), karşı cinsle yaşanan sorunlar (Davis & Brock, 2002; Yalaki, 2011), istenmeyen gebelik (Davis & Brock, 2002), bir arkadaş grubuna dâhil olamama (Johnson & Pearsons, 2012; Ulusoy vd., 2005; Yalaki vd., 2012), ekonomik sorunlar (Aktepe vd., 2006; Siyez, 2006), fiziksel, duygusal veya cinsel istismar ve ihmal (Cash & Bridge, 2009; Eskin, Akoğlu & Uygur, 2006; Ulusoy vd., 2005) gibi travmatik yaşam olayları verilebilir.

İntihar girişimi davranışını etkileyen ve çocukta travma yaratan en önemli risk faktörlerinden biri ergenin geçmişte yaşadığı veya yaşamakta olduğu fiziksel, duygusal ya da cinsel istismardır. Çocukluk çağındaki fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve ihmalin ergenin intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Miller, Esposito Smythers, Weismore & Renshow, 2013).

### **2.8.6 - Ailesel risk faktörleri**

Ergenlerde intihar davranışıyla ilgili çok sayıda ailesel risk etkeni belirlenmiştir. Ailesel risk faktörleri arasında; aile üyelerinin herhangi birinde geçmişte intihar girişimi öyküsünün olması, aile bireylerinin herhangi birinde kronik veya psikiyatrik bir rahatsızlığın olması (Aktepe vd., 2006; Cash & Bridge, 2009; Siyez, 2006; Yalaki vd., 2012), sosyo-ekonomik durumun kötü olması (Aktepe vd., 2006; Elevli, 2012; Siyez, 2006; Soylu vd., 2013), anne babanın düşük eğitim seviyesine sahip olması (Güleç & Aksaray, 2006), anne-baba veya kardeşler arasında yaşanan çatışmalar (Aktepe vd., 2005; Ceyhun & Ceyhun, 2003; Yalaki vd., 2011), ebeveynlerin ayrılması (Cash & Bridge, 2009; Johnson & Pearsons, 2012; Sayar, 2000; Yalaki vd., 2012), ebeveyn kaybı (Cash &

Bridge, 2009; Ulusoy vd, 2005), ebeveynlerin çocuğa ilgisiz, otoriter veya reddedici davranması (Elevli, 2012; Olmuş, 2001; Ulusoy vd., 2005), aile içi şiddet ve aile içi iletişim kopukluğu (Ulusoy vd., 2005), anne ve babası tarafından sevilmeyen ve istenmeyen çocuk olma algısı (Aktepe vd., 2006; Davis & Brock, 2002; Hawton vd., 2012; Schwartz vd., 2010; Ulusoy vd., 2005) gibi durumlar sayılabilir.

## **2.9 - İntihar Riski Olan Bireylere Yaklaşımında Dikkat Edilecek Unsurlar**

İntihar; psikolojik, biyolojik ve sosyolojik unsurları içeren bir yaklaşımı gerektirmektedir. İntihar ve intihar girişimlerinin sıklığı, şekli, şiddeti, eşlik eden psikolojik ve biyolojik faktörler ve demografik özellikler ile ilişkileri belirlenerek risk faktörleri tespit edilmeli ve bu yönde önlemler alınmalıdır (Atay & Gündoğar, 2004; Çetinkaya & Gözen, 2016). Karşılaşılan risklerin ve bu risk faktörlerinin bireyde yarattığı negatif etkilerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması ruh sağlığını koruyucu ve önleyici etmenler açısından önemlidir (Öz & Bahadır Yılmaz, 2009).

DSÖ intiharı önlemek amacıyla dört strateji belirlemiştir. Bunlar (Atasoy, Saraçlı & Sankır, 2014)

- İntihar girişiminde kullanılan ateşli silahlar ve toksik maddeler gibi araçlara ulaşımın sınırlandırılması,
- Psikiyatrik bozukluk ve madde kullanımı gibi durumları bulunan kişilerin belirlenmesi ve tedavi edilmesi,
- Sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşımın kolay sağlanması,
- Medya tarafından intiharın sunulma sorumluluğunun sağlanmasıdır.

İntiharların önlenmesi aslında tüm toplumun sorumluluğunda olmalıdır. İntiharın önlenmesi ve girişim gerçekleşti ise tedavisinin sağlanmasında başta sağlıklı ve hasta birey ile çok daha fazla karşılaşma şansı olan hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine ise önemli roller düşmektedir.

### **2.9.1 - Ergenlerde intiharı önlemeye yönelik hemşirelik yaklaşımı**

Gelişmiş ülkelerde ergen intiharlarını önlemeye yönelik yapılan çalışmalar daha çok okul, toplumsal alan ve sağlık sistemi olmak üzere üç alanda yürütülmektedir (Wyman, Brown & Inman, 2008). Okul sağlığı hemşirelerinin intihar girişimlerini önlemeye yönelik öğrenci, öğretmen ve aile ile iş birliği içerisinde ergenin içinde bulunduğu okul ortamını, çevre koşullarını, biyolojik ve psiko-sosyal özelliklerini anlayarak girişimde bulunması etkili bir yaklaşımdır. Ergenlerin zamanının büyük bir bölümünün okulda geçiyor olması nedeniyle okul sağlığı hemşireleri okullardaki ilgili uzmanlarla birlikte intiharla ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi, intihar girişimi riski olan öğrencilerin belirlenmesi ve ilgili

yerlere yönlendirmesine yönelik kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır (Johnson & Pearsons, 2012). Okul başarı durumunun kötü olması, sigara-alkol veya madde kullanımı, aile üyelerinin birinde psikolojik sorunların bulunması, önceden intihar girişimi öyküsünün olması gibi intihar için risk oluşturan faktörler yakından izlenmeli ve değerlendirilmelidir (Dolgun, İnal & Uğurlu, 2011; Öztop vd., 2009). Okul sağlığı hemşiresi tarafından okul başarısı kötü olan ergenlerin okula yönelik ilgilerini arttırmak için girişimler planlanması intiharı önlemek adına yapılabilecek çalışmalardandır (Johnson & Pearsons, 2012).

İntihar riski olan ergenlere öfke kontrolü, stresle başa çıkabilme yöntemleri, kişiler arası iletişim gibi becerilerin kazandırılması intihar girişim oranlarının azaltılması açısından önemlidir (Fried vd., 2013). Okulda öğrencilerin stresli durumlara baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde akran ilişkilerinin güçlendirilmesine yönelik eğitimler verilmesi önemli bir yaklaşımdır. Arkadaşlarıyla olan ilişkileri güçlendirmek ortaya çıkabilecek intihar düşüncelerinin önlenmesinde yarar sağlayacaktır (Johnson & Pearsons, 2012; Wyman vd., 2008). İntihara eğilimi olan ergenlerin çevresindekilerle olumlu ilişki kurabilmesine yardımcı olunması ergenlerin kendine olan güvenini artırır, intihar davranışını ve tekrarlama olasılığını azaltır (Gencer, 2013).

Pek çok ülkede intiharları önlemek için kapsamlı projeler ve eğitimler verilmektedir. ABD'de Akıl Sağlığı Merkezi tarafından yürütülen 'Signs of Suicide- SOS', Kanada'da Gençlik Ruh Sağlığı Merkezince uygulanan 'Applied Suicide Intervention Skills Training-ASIST', Avustralya'da 'National Suicide Prevention Strategy-NSPS' bu programlarından sadece birkaçıdır (Temel, 2009). Öncelikle okulları temel alan bu programlarda, intihar risk taraması, yüksek risk taşıyan birey ve grupların tedaviye yönlendirilmesi, düzenli takip edilmesi ve rehabilitasyonun sağlanmasında hemşireler aktif rol almaktadır.

### **2.9.2 - İntihar girişiminde bulunan ergene yönelik hemşirelik yaklaşımı**

Hemşirelerin intihar girişimiyle hastaneye gelen çocukların hastanedeki bakım ve tedavisinin yapılması, sağlığının korunması ve sürdürülmesi ile ilgili rolleri de vardır (Gönener, Güner & Hayta, 2006; Temel, 2009).

İntihar girişimi olan bireylerde temel amaç hayat kurtarmaktır. Daha sonraki aşamada ise, gerekli güvenlik önlemleri alınmalı ve hastanın intihar durumu ile ilgili öyküsü sorgulanmalıdır (Özguven, Soykan & Haran, 2003).

Hasta odası monitör ile gözlenmeli, bu mümkün değilse sık sık kontrol edilmelidir. Hasta uzun süre yalnız bırakılmamalı, servis dışına

çıkmasına izin verilmemeli, çıkması zorunlu ise bir personelin eşlik etmesi sağlanmalıdır. Hastanın intihar etme riski konusunda tüm personel haberdar edilmelidir (Sun, Long & Boore, 2006). Kendisine ve çevresindekilere zarar vermemesi için hastanın yanında cam eşya, makas, aseton, ayna, iğne, jilet, şişe, çakmak, kemer gibi eşyalar bulundurulmamalı, yasak olan objeler ziyaretçilere ve refakatçilere de bildirilmelidir (Okanlı, 2006).

Ergende tıbbi açıdan düzelme görülmeye başlandığında, ailesi de tedaviye dahil edilerek ergenle iletişime geçilmelidir (Aktepe vd., 2005). İntihar girişimi nedeniyle gelen ergenlerin hemşirelik bakımında amaç ve girişimlerin belirlenmesi için, öykü, gözlem ve gerekli görüşme tekniklerinin uygulanması çok önemlidir. Hemşireler ergenlerle yapacakları görüşmelerle girişime neden olan risk faktörlerini belirleyebilir ve bu bilgiler doğrultusunda uygulamalarını planlayabilirler (Wyman vd., 2008).

Bu teknikler uygulanırken ergene yapılacak görüşmenin gizli kalacağı anlatılmalı ve sade bir dil kullanılmalıdır. Görüşmeye başlamadan önce güven verici bir iletişim kurulmalı, çocuk istemiyorsa ailesi yanında bulundurulmamalı, yalnız kalacakları sakin bir ortam oluşturulmalı, güven duydukları hemşirelerle iletişim sürdürülmeye devam edilmelidir. Ergene soruların sorulmasındaki amaç açıklanmalı ve isterse cevap vermeyeceği söylenmelidir (Aktepe vd., 2005; Gencer, 2013). Bu hastalarla yargılamadan ve küçümsemekten konuşulmalı, hastaya ahlaki dersler vermekten kaçınılmalıdır (Dolgun vd., 2011; Okanlı, 2006; Murray & Wright, 2006). İletişim süreci boyunca ergende gözlemlenen tutum ve davranışlar rapor edilmeli, ergenin ailesi durumunun ciddiyeti hakkında bilgilendirilmeli, gerekiyorsa ergene ve ailesine destek olmak için ilgili uzmana yönlendirilmelidir (Gönener vd., 2006; Şahin vd., 2008).

Ergenden öykü alırken; daha önce intihar girişimi öyküsünün olup olmadığı, ebeveynde ya da ergende kronik veya psikolojik hastalık varlığının olup olmadığı, yemek yeme ve uyku durumu, stresle baş etme yöntemi, nerede ve kimlerle yaşadığı, ebeveynleri ve kardeşleri ile ilişki durumu, okul başarısı, arkadaş ve öğretmenleriyle ilişkisi, sevdiği kişilerin kaybı ve diğer stres yaratan olayların varlığı, gelir getirici bir işte çalışma durumu, sigara-alkol veya madde kullanma durumu, bireyin kendisini cezalandırma arzusu ile ilgili konuşmalarının varlığı ve mutsuzluk yaratan yaşam olaylarının mevcut olup olmadığı, şu anda kendini öldürme düşüncesinin veya planının olup olmadığını, varsa planın içeriği, gelecekte beklenenleri sorgulanmalıdır (Gencer, 2013; Gönener vd., 2006; Okanlı, 2006, Temel, 2009). Ergenin hangi konulara ne ölçüde, ne kadar detaylı bir şekilde değindiği, neleri söylemekten kaçındığı, ne söylediği ve sergilediği tutum ve davranışları değerlendirerek gizli olan duyguları ortaya çıkarılmalı; duraksadığı, sessizleştiği yerleri ve verdiği tepkileri iyi gözlemlenmeli ve gözlemler rapor edilmelidir (Gönener vd.,

2006). Bu sorgulamalar yapılırken hemşireler, destekleyici yaklaşımda bulunmalı, eleştirmemeli, dinlemeye istekli olmalı, yöneltilen sorunların cevaplarının kesin ve net olmasına özen gösterilmeli, dikkatli ve sözü kesilmeden dinlenilmelidir (Tekgül, 2013). Bu hastalara uygulanan bakımda empati kurabilmek, anlayışlı olmak ve verilen sözleri tutmak çok önemlidir (Temel, 2009).

Öykü ve gözlemler sonucunda, hemşirelik bakımındaki amaçlar belirlenmelidir. Bunlar; ergenin kendisine ve çevresindeki diğer bireylere zarar vermesinin önlenmesi, yalnız kalmamasının sağlanması, duygularını açıklama olanağının verilmesi, öfke yönetimini sağlaması, korkularının küçümsenmemesi, kendine değer verir ve gelecekte söz eder duruma gelmesi, aşırı üzüntü ve güçsüzlük durumunda düzelmeye görülmesi, yaşadığı suçluluk duygusunu anlayabilmesi, bireysel çözüm yolları üretebilmesi, sorun çözme ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi, hastaneden ayrılacağı zamana kadar diğer bireylerle iletişime girebilmesi ve günlük yaşam aktivitelerinin sağlanmasıdır (Gönener vd., 2006). Bu hastalarla düzenli olarak aynı kişilerin ilgilenmesinin, hasta merkezli bakımın ve hastanın kendi bakımına katılımının sağlanması açısından önemlidir (Weeks, Kenney, Anderson, Harmon & Michaels, 2004; Sun vd., 2006). Hemşireler hasta ve ailesi ile en uzun süre vakit geçiren profesyonel sağlık çalışanları olarak hasta ve ailesine bütüncül bir hemşirelik yaklaşımında bulunmalıdır (Temel, 2009).

Bu nedenle intihar girişiminde bulunan ergenle yapılan görüşmeden sonra ergenin onayı alınarak ailesiyle de görüşme yapılmalıdır (Gencer, 2013). Aile ile görüşülürken ergenin intihar düşüncesi ve girişimleri, girişimlerin ciddiyeti, girişim şekli, girişimlere neden olan faktörler ve çevresel nedenler sorgulanmalıdır. İntihar eden ya da intihara meyilli olan kişileri tekrar etme olasılığı düşünülerek uzmanlara yönlendirmek, yakınlarının yapabileceği en büyük yardımdır (Ünlü vd. 2014). Ayrıca ailesel faktörlerin de incelenmesi yarar sağlayacaktır (Gencer, 2013).

## **3- GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **3.1 - Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma; intihar girişiminde bulunan 13-18 yaş grubu çocuklarda intihara yönelen risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

### **3.2 - Araştırmanın Tipi**

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmamızda iki grup bulunmaktadır. Bunlar; intihar girişiminde bulunan grup (n=100) ve kontrol grubu (intihar girişimi dışında bir sağlık problemi ile kliniğimize gelen çocuklar) (n=100)'dur.

### **3.3 - Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma tek merkezde, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil de yapılmıştır. Veriler Kasım 2015 ile Mart 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi ilk olarak 1972 yılında SSK Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı çocuk kliniği olarak hizmet vermiştir. 1995 yılında SSK Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi olarak kurulmuştur. 19.02.2005 tarihinde SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devriyle birlikte Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak ismi değişmiştir. 2009 yılında Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi adını almıştır. Hastane toplam 272 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir. Araştırmanın yapıldığı birim olan Acil Servis ise; triaj, gözlem odası, müdahale odası, resisütasyon odası, ventolin odası, tedavi odası ve polikliniklerden (3 adet) oluşmaktadır. Gözlem odası 12 yatak kapasitesine sahiptir ve 1 adet izole odası bulunmaktadır. Acil polikliniklerde 4 asistan doktor, gözlem odasında ise 2 kıdemli asistan doktor hizmet vermektedir. Acil Servis'te toplamda 3 uzman doktor ve 20 hemşire bulunmakta, gündüz ve gece mesaisinde 5'er hemşire çalışmaktadır.

### **3.4 - Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servis'e Kasım 2015 ile Mart 2016 tarihleri arasında başvuran 13-18 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. Çalışma grubunun 13 yaştan başlatılmasının nedeni BDÖ'nün 13 yaş ve üzeri çocuklara uygulanabiliyor olmasıdır.



Örnekleme ise, bu tarihler arasında Çocuk Acil'e intihar girişimi nedeni ile gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 13-18 yaş arası ilk 100 çocuk ile intihar girişimi dışında herhangi bir neden ile hastaneye gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 13-18 yaş arası ilk 100 çocuk olmak üzere toplam 200 çocuk oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizi kullanılmıştır ve  $\alpha=0.05$   $\beta=0.20$  kabul edildiğinde, intihar girişiminde bulunan çocuklar için 32 kişiye, kontrol grubu için ise 44 kişiye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Ancak çalışma her iki gruba da 100'er kişi alınması yönünde planlanmıştır.

### **3.5 – Örneklem Seçim Kriterleri**

Örneklem seçim kriterleri;

- Çocuğun 13-18 yaş arasında olması,
- Mental retarde olmaması,
- Bilincinin açık olması ve/veya sözel iletişim kurulabiliyor olması,
- Aile ve/veya çocuğun ajite olmaması,
- Çocuğun klinik durumunun ve yapılan müdahalelerin veri toplamaya uygun olması,
- Çocuk ve ailesinin araştırmaya katılmaya gönüllü olması şeklinde belirlenmiştir.

Araştırma kriterlerine uyan ve çalışma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra yasal vasi ve çocuk tarafından çalışmaya katılmayı kabul ettiğine dair onam alınan tüm çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.6 – Verilerin Toplanması**

#### **3.6.1 – Veri toplama araçları**

Araştırmada veri toplamak amacıyla Veri Toplama Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır.

##### *3.6.1.1 – Veri toplama formu (Ek 1-Ek 2)*

Veri toplama formu, çalışma ve kontrol grubunda yer alan 13-18 yaş arası çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerini, genel sağlık durumlarını, ebeveynlerin çocuğa karşı tutum ve davranışlarını ve çocuğun intihar ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Veri toplama formunda, çocukların ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu, kronik ve psikolojik hastalık bulunma durumu, aile tipi, anne-

baba birliktelik durumu, sosyoekonomik durum, alkol-sigara-uyuşturucu kullanma durumu, anne-baba-kardeş-arkadaş ilişkilerinin sorgulandığı 39 adet soru ve intihar durumunun sorgulandığı 14 adet soru olmak üzere toplam 53 adet soru bulunmaktadır.

### 3.6.1.2 – Beck depresyon ölçeği (Ek 3)

İlk olarak Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, 1978 uyarlaması ile de kendini değerlendirme ve kolay puanlandırmaya uygun duruma getirilmiştir. Ölçeğin Türkiye için uyarlama çalışması Tegin (1980) ve Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. Ölçek 13 yaş ve üzerine uygulanabilmektedir. Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyon belirtilerini ve derecesini objektif olarak ölçmeye yarayan bir ölçektir. Form; karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 kategori içermektedir. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir (Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu & Tegin, 1993).

BDÖ puanlaması ve değerlendirmesinde her madde 0 ile 3 arasında puan almakta ve derecelendirmelerin toplanmasıyla 0-63 arasında değişen bir toplam puan elde edilmektedir. Alınan puanların toplamı doğrultusunda aşağıdaki değerlendirme tablosunda karşılığı bulunur.

- 0-9 puan = Depresyon yok/Minimal düzeyde depresif belirtileri,
- 10-16 puan = Hafif düzeyde depresif belirtileri,
- 17-29 puan = Orta düzeyde depresif belirtileri,
- 30-63 puan = Şiddetli düzeyde depresif belirtileri gösterir.

### 3.6.1.3 - Beck umutsuzluk ölçeği (Ek 4)

Beck, Weissman, Lester ve Trexler (1974) tarafından geliştirilen, Seber (1993) ve Durak (1994) tarafından Türkçeye uyarlanan 20 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır. Sorulara "doğruyanlış" şeklinde yanıt verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır. Maddelerin 11 tanesinde 'evet', 9 tanesinde ise 'hayır' 1 puan alır. Puan aralığı 0-20'dir. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorularda "hayır"; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. sorularda ise "evet" yanıtı için birer puan verilir. Anahtara uyumlu her yanıt için 1 puan, uyumsuz her yanıt için ise 0 puan verilmektedir. Alınan puan yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır (Seber vd., 1993).

Araştırmacılar elde edilen puanların yorumlanmasında puan aralıkları önermektedir. Bu puan aralıkları ise 0-3 puan aralığı "normal aralık" (normal range), 4-8 puan aralığı "hafif umutsuzluk" (mild hopelessness),

9-14 puan aralığı "orta düzey umutsuzluk" (moderate hopelessness), 14-20 puan aralığı "yoğun umutsuzluk" (severe hopelessness) şeklinde ortaya konulmaktadır (Beck ve Steer, 1988'den aktaran Tanaka vd., 1998).

### **3.6.2 – Veri toplama araçlarının uygulanması**

Çalışmamızdaki tüm ergenlere (intihar girişimi grubu ve kontrol grubu) yüz yüze görüşme yöntemi ile Veri Toplama Formu, BDÖ ve BUÖ uygulanmış olup, Veri Toplama Formu içerisinde yer alan intihar durumunun sorgulanmasına ait 14 soru yalnızca intihar girişimi ile başvuran gruba yöneltilmiştir.

### **3.6.3 – Veri toplama aşaması**

İntihar girişimi nedeniyle Çocuk Acil'e gelen hastaların ilk müdahalesi Acil Servis Müdahale Odası'nda yapılmaktadır. Hastaların tedavi ve izlemleri yoğun bakım ihtiyacının olmadığı durumlarda hastanenin büyük çocuk servislerinde, servislerde yer bulunmadığı durumda ise Acil Servis Gözlem Odası'nda devam etmektedir. Tıbbi tedavisi sonlandırılıp, taburculuğuna karar verilen hasta psikiyatri polikliniğine gönderilmekte ve görüşmeye alınmaktadır. Veriler hasta psikiyatri polikliniğine görüşmeye gönderildiği zaman Çocuk ve Ergen Psikiyatri Uzmanı Dr. Çağatay Uğur ile birlikte yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin verilerinin toplanması 5 ay sürmüştür. İntihar girişimi dışında tıbbi bir nedenle gelen ergenlerin verilerinin toplanması ise 3 ay sürmüştür. Uygulama sırasında araştırmaya katılan ergenlerin veri toplama araçlarını cevaplandırırken dürüst, samimi ve içten olmalarını sağlamak amacıyla araştırmanın önemi hakkında bilgi verilmiştir.

## **3.7 – Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

İntihar nedeniyle hastaneye getirilen 100 ergenden ve intihar dışı tıbbi bir nedenle getirilen 100 ergenden olmak üzere toplamda 200 ergenden veri toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21.0 paket programı kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile araştırılmıştır. Nitel değişkenler yüzde olarak gösterilmiştir. Nitel değişkenler arasındaki ilişkiler, Pearson Ki Kare, Fisher Exact Test, Continuity Correction Test ve Monte Carlo Ki Kare Test ile incelenmiştir.  $p < 0.05$  olarak elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Normal dağılıma uyan nicel değişkenlerin özet gösterilimi ortalama  $\pm$  standart sapma, uymayanların ise medyan (Q1-Q3) olarak verilmiştir. Grupların karşılaştırılması sırasında, verilerin dağılımı normal olduğunda bağımsız örneklem t testi, verilerin dağılımı normal olmadığında ise Mann Whitney U Test kullanılmıştır.

### **3.8 – Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmanın yürütülmesi amacıyla tez önerisi verildikten sonra Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek 7). Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1.Bölge Genel Sekreterliği (Ek 8), Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimlik Onayı (Ek 9) ve Çocuk Acil Uzmanından çalışmanın klinikte yapılabileceğine dair gerekli yazı (Ek 10) alınmıştır. Araştırmanın ve ölçeklerin çocuğun yaşı ve psikolojisi açısından uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanlığı (Ek 11) görüşüne başvurulmuştur. Araştırmaya gönüllü olan ergen ve ebeveyninin yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Onam formu intihar girişimi grubu (Ek 5) ve kontrol grubu için (Ek 6) ayrı ayrı sunulmuştur.

### **3.9 - Araştırmanın Sınırlılıkları**

-Araştırmadan elde edilen bulgular yalnızca çalışmanın yapıldığı hastanenin acil servisine başvuran 13-18 yaş grubu çocukları kapsamaktadır.

-İntihar dışı sağlık sorunları ile acile başvuran çocukların kontrol grubuna alınmış olması, yaşadıkları sağlık sorununa bağlı umutsuzluk ve depresyon düzeylerini etkilemiş olabilir.

-Çalışmayı yaptığımız hastaneye intihar girişimi nedeniyle doğrudan başvuran travma vakaları (bileklerini kesme, ateşli silah yaralanmaları, yüksekten atlama vb.) direkt daha teşekküllü hastanelere sevk edilmektedir. Bu durum girişimi gerçekten ölmek amaçlı yapan vaka sayımızı azaltmış olabilir.

-Çalışmamızı yaptığımız tarihlerde Ankara'da madde kullanımı nedeniyle gelen vakalar her ay içinde 5'er günlük sürelerle farklı hastanelerde tedavi ediliyordu. Çalışmayı yaptığımız hastane her ayın 1'i ile 5'i arasında madde kullanan ve madde kullanımı ile intihar girişiminde bulunan hastaları kabul etmekteydi. Bu durum sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

## **4- BULGULAR**

Çalışmamız 13-18 yaş arası acil servise intihar girişimi ile başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 ergen ve intihar girişimi dışında bir sağlık problemi ile başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 ergen olmak üzere toplam 200 ergen ile tamamlanmıştır. Araştırmamızın bulguları 4 başlık altında verilmiştir.

- 1.** Çalışma ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin ve ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri,
- 2.** İntihar girişiminde bulunan grubun intihar ile ilgili tutum ve davranışları,
- 3.** Ergenlerin bazı özellikleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki,
- 4.** Ergenlerin bazı özellikleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki.

## 4.1 - Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri

**Tablo 4.1.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

Ergene Ait Bazı Özellikler	İntihar Girişimi Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
	Medyan (Q1-Q3)		Medyan (Q1-Q3)		Medyan (Q1-Q3)		
<b>Yaş</b>	15 (14-16)		15 (14-16)		15 (14-16)		0.941 <sup>+</sup>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	74	56.1	58	43.9	132	100.0	<b>0.017*</b>
Erkek	26	38.2	42	61.8	68	100.0	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	1	100.0	0	0.0	1	100.0	1.000**
Bekar	99	49.7	100	50.3	199	100.0	
<b>Okul Durumu</b>							
Okula devam ediyor	83	45.4	100	54.6	183	100.0	<b>&lt;0.001<sup>++</sup></b>
Okula devam etmiyor	17	100.0	0	0.0	17	100.0	
<b>Okumakta Olduğu Okul<sup>€</sup></b>							
Anadolu lisesi	27	46.6	31	53.4	58	100.0	0.053 <sup>‡</sup>
İmam Hatip lisesi	12	60.0	8	40.0	20	100.0	
Meslek lisesi	40	47.6	44	52.4	84	100.0	
İlköğretim	4	19.0	17	81.0	21	100.0	
<b>Okul Başarı Durumu<sup>€</sup></b>							
İyi	36	34.3	69	65.7	105	100.0	<b>&lt;0.001*</b>
Orta	29	51.8	27	48.2	56	100.0	
Kötü	18	81.8	4	18.2	22	100.0	
<b>Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	7	53.8	6	46.2	13	100.0	1.000 <sup>++</sup>
Çalışmıyor	93	49.7	94	50.3	187	100.0	
<b>Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>							
Evet	5	26.3	14	73.7	19	100.0	0.054 <sup>++</sup>
Hayır	95	52.5	86	47.5	181	100.0	
<b>Psikolojik Hastalık Bulunma Durumu</b>							
Evet	12	85.7	2	14.3	14	100.0	<b>0.013<sup>++</sup></b>
Hayır	88	47.3	98	52.7	186	100.0	

\* Pearson Ki-Kare Test

+ Mann Whitney U Test

\*\* Fisher Exact Test

++ Continuity Correction Test

‡Monte Carlo Ki Kare Test

€Okula devam etmekte olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 83 kişi, kontrol grubunda 100 kişi olmak üzere toplam 183 kişidir.

Tablo 4.1.1'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin tanıtıcı özellikleri ve gruplar arası karşılaştırma verilmiştir.

İntihar girişimi grubunda bulunan ergenlerin (n=100) yaş ortalaması 15, kontrol grubunda bulunan ergenlerin de (n=100) yaş ortalaması 15 olarak saptanmıştır. Yaş ortalaması ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup benzerdir (p=0.941).

Çalışmada (n=200) ergenlerin 132'si kadın, 68'i erkektir. Kadın cinsiyetin %56.1'i (n=74) intihar girişimi grubunda, %43.9'u (n=58) ise kontrol grubundadır. Buna karşın erkeklerin %38.2'si (n=26) intihar girişimi grubunda iken, kontrol grubunda bu oran %61.8'dir (n=42). Cinsiyet ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark vardır (p=0.017).

Çalışma grubundaki ergenlerden (n=200) yalnızca 1'i evli olup, bu kişi intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Medeni durum ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup benzerdir (p=1.000).

Çalışmadaki ergenlerin (n=200) 183'ünün okula devam ettiği, 17'sinin ise okula devam etmediği belirlenmiştir. Okula devam eden ergenlerde intihar girişiminde bulunma oranı %45.4 (n=83) iken, okula devam etmeyenlerde bu oran %100.0'dır (n=17). Okula devam etme durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark bulunmaktadır (p<0.001).

Okula devam eden ergenlerin (n=183) çoğunluğu (n=84) Meslek lisesinde okumaktadır. Her iki grup okumakta olduğu okul yönünden karşılaştırıldığında ise, Anadolu lisesinde okumakta olan ergenlerin %53.4'ü (n=31) kontrol grubunda, İmam Hatip lisesinde okuyanların %60.0'ı (n=12) intihar girişimi grubunda, Meslek lisesinde okuyanların %52.4'ü (n=44) kontrol grubunda, ilköğretim okulunda okuyanların %81.0'ı (n=17) ise kontrol grubunda yer almaktadır. Okumakta olunan okul ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark yoktur (p=0.053).

Okula devam eden ergenlerin (n=183) başarı durumları incelendiğinde, ergenlerin çoğunluğunun (n=105) başarı durumunu iyi olarak algıladığı belirlenmiştir. Okul başarı durumunu iyi olarak algılayan ergenlerin %65.7'si (n=69) kontrol grubunda yer almaktadır. Okul başarı durumunu orta olarak belirten ergenlerin %51.8'i (n=29), okul başarı durumunu kötü olarak belirten ergenlerin ise %81.8'inin (n=18) intihar girişimi grubunda yer aldığı görülmektedir. Okul başarı durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

Çalışmadaki ergenlerin (n=200) 13'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Çalışan ergenler arasında intihar girişiminde bulunma oranı %53.8 (n=7) iken, çalışmayan ergenler arasında bu oran %49.7'dir

(n=93). Ergenin çalışma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=1.000$ ).

Çalışmadaki ergenlerin (n=200) 19'unda kronik hastalık mevcuttur. Kronik hastalığı olan ergenlerde intihar girişiminde bulunma oranı %26.3 (n=5) iken, kronik hastalığı mevcut olmayanlarda bu oran %52.5'tir (n=95). Kronik hastalık varlığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden her iki grup arasında fark bulunmamaktadır ( $p=0.054$ ). İntihar girişimi grubunda kronik hastalığı bulunanların (n=5) tanıları incelendiğinde; 3 ergende ailevi akdeniz ateşi, 1 ergende astım ve kalp ritim bozukluğu ve 1 ergende talasemi olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise kronik hastalığı bulunan kişi sayısı 14'dür. Bunlardan 6 ergende ailevi akdeniz ateşi, 3 ergende epilepsi, 2 ergende diyabet, 1 ergende astım, 1 ergende aplastik anemi ve 1 ergende talasemi tanısı bulunmaktadır.

Çalışmadaki ergenlerin (n=200) 14'ünde psikolojik hastalık mevcuttur. Psikolojik hastalığı bulunan ergenlerin intihar girişiminde bulunma oranı %85.7 (n=12) iken, psikolojik hastalığı bulunmayan ergenlerde bu oran %47.3'tür (n=88). Psikolojik hastalık varlığı ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0.013$ ). İntihar girişimi grubunda psikolojik hastalığı bulunanların (n=12) tanıları incelendiğinde; 7 ergende anksiyete bozukluğu, 3 ergende panik atak, 1 ergende kaygı bozukluğu ve 1 ergende dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise psikolojik hastalığı bulunan kişi sayısı 2'dir. Bunlardan birinin depresyon, diğerinin ise dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu tanısı bulunmaktadır.



**Tablo 4.1.2. Ergenlere Ait Diğer Bazı Özellikler ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

Ergenlere Ait Diğer Bazı Özellikler	İntihar Girişimi Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Aileden Uzun Süre Ayrı Kalma Durumu</b>							
Evet	10	41.7	14	58.3	24	100.0	0.514 <sup>++</sup>
Hayır	90	51.1	86	48.9	176	100.0	
<b>Ailede Yaşanan Göç</b>							
Evet	1	14.3	6	85.7	7	100.0	0.118 <sup>**</sup>
Hayır	99	51.3	94	48.7	193	100.0	
<b>Çocukken Kaza-Afet-Saldırı vb. Yaşama Durumu</b>							
Evet	3	60.0	2	40.0	5	100.0	1.000 <sup>++</sup>
Hayır	97	50.0	98	50.0	195	100.0	
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>							
Evet	39	81.0	9	19.0	48	100.0	<0.001*
Hayır	36	31.0	80	69.0	116	100.0	
Bazen	25	69.0	11	31.0	36	100.0	
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>							
Evet	7	100.0	0	0.0	7	100.0	<0.001*
Hayır	66	40.5	97	59.5	163	100.0	
Bazen	27	90.0	3	10.0	30	100.0	
<b>Uyuşturucu Kullanma Durumu</b>							
Evet	5	83.3	1	16.7	6	100.0	0.097 <sup>#</sup>
Hayır	90	47.9	98	52.1	188	100.0	
Bazen	5	83.3	1	16.7	6	100.0	
<b>Arkadaşlarıyla İlişki Durumu</b>							
İyi	72	44.0	90	56.0	162	100.0	0.001*
Orta	22	69.0	10	31.0	32	100.0	
Kötü	6	100.0	0	0.0	6	100.0	
<b>Annesiyle İlişki Durumu</b>							
İyi	68	44.0	86	56.0	154	100.0	0.007*
Orta	25	73.5	9	26.5	34	100.0	
Kötü	7	58.0	5	42.0	12	100.0	
<b>Babasıyla İlişki Durumu<sup>¥</sup></b>							
İyi	30	30.0	70	70.0	100	100.0	<0.001*
Orta	58	69.9	25	30.1	83	100.0	
Kötü	11	68.8	5	31.2	16	100.0	
<b>Kardeş-kardeşleriyle İlişki Durumu<sup>®</sup></b>							
İyi	72	47.0	80	53.0	152	100.0	0.058 <sup>#</sup>
Orta	11	41.0	16	59.0	27	100.0	
Kötü	7	87.5	1	12.5	8	100.0	
<b>Aileyle Sıkıntılarını Paylaşma Durumu</b>							
Evet	70	54.0	59	46.0	129	100.0	0.104*
Hayır	30	42.0	41	58.0	71	100.0	

\* Pearson Ki-Kare Test

\*\* Fisher Exact Test

++ Continuity Correction Test

# Monte Carlo Ki Kare Test

¥ Babası olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grup için 99'dur.

® Kardeşi olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grup için 90, kontrol grubu için 97'dir.

Tablo 4.1.2'de çalışma ve kontrol grubunda yer alan ergenlere ait diğer bazı özellikler ve gruplar arası karşılaştırmalar verilmiştir.

Çalışmada 24 ergende aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü bulunmaktadır. Aileden uzun süre ayrı kalan ergenlerin %41.7'si (n=10) intihar girişimi grubunda iken, %58.3'ü (n=14) kontrol grubunda yer almaktadır. Aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü ile ergenlerin intihar girişimleri yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.514).

Çalışmamızda sadece 7 ergende ailede yaşanan göç öyküsü mevcuttur. Bunlardan 6'sı (%85.7) kontrol grubunda yer alıyor iken, 1'i ise intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenin göç yaşama öyküsü ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark yoktur (p=0.118).

Çalışmada yalnızca 5 ergende çocukken kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşama öyküsü olduğu belirlenmiştir. Bu ergenlerin 3'ü (%60.0) intihar girişimi grubunda, 2'si (%40.0) ise kontrol grubundadır. Çocukken kaza-afet-saldırı vb. durum yaşama öyküsü ile intihar girişimi yönünden iki grup benzerdir (p=1.000).

Çalışmamızda ergenlerin çoğunluğu (n=116) sigara kullanmamaktadır. 48 ergen her zaman, 36 ergen ise bazen sigara kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Her zaman sigara kullanan ergenlerin %81.0'ı (n=39) intihar girişimi grubunda, bazen kullananların ise %69.0'ı (n=25) intihar girişimi grubundadır. Buna karşın sigara kullanmayanların çoğunluğu (%69.0) kontrol grubunda yer almaktadır. Sigara kullanma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark vardır (p<0.001).

Çalışmada 30 ergen bazen, 7 ergen ise her zaman alkol kullandığını belirtmiştir. Her zaman alkol kullanan ergenlerin tamamı (n=7) intihar girişimi grubunda, bazen kullanan ergenlerin ise %90.0'ı (n=27) intihar girişimi grubunda yer alıyor iken, alkol kullanmayanların %59.5'i (n=97) kontrol grubunda yer almaktadır. Alkol kullanma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001).

Çalışmada 6 ergen her zaman, 6 ergen ise bazen uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir. Her zaman uyuşturucu madde kullanan ergenlerin %83.3'ü (n=5) intihar girişimi grubunda, bazen kullananların %83.3'ü (n=5) intihar girişimi grubunda yer alıyor iken, uyuşturucu madde kullanmayanların %52.1'i (n=98) kontrol grubunda yer almaktadır. Uyuşturucu kullanma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.097).

Araştırmadaki ergenlerin çoğunluğu (n=162) arkadaş/arkadaşları ile ilişki durumunu iyi olarak belirtmiştir. Arkadaşlarıyla ilişki durumu iyi olan

ergenlerin %56.0'ı (n=90) kontrol grubunda yer almakta iken, orta olanların %69.0'ı (n=22) ve kötü olanların tamamı (n=6) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenlerin arkadaş/arkadaşlarıyla ilişki durumu ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.001).

Çalışmadaki ergenlerin çoğunluğu (n=154) annesiyle olan ilişkisini iyi olarak değerlendirmiştir. Annesiyle ilişki durumu iyi olan ergenlerin %56.0'ı (n=86) kontrol grubunda, orta olan ergenlerin %73.5'i (n=25) intihar girişimi grubunda, kötü olan ergenlerin ise %58.0'ı (n=7) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenlerin annesiyle ilişki durumu ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.007).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerin (n=199) büyük çoğunluğu (n=100) babasıyla olan ilişki durumunu iyi olarak değerlendirirken, 83 ergen orta, 16 ergen ise kötü ilişki durumuna sahip olduğunu belirtmiştir. Babasıyla ilişki durumu iyi olan ergenlerin %70.0'ı (n=70) kontrol grubunda, orta olan ergenlerin %69.9'u (n=58) intihar girişimi grubunda, kötü olanların ise %68.8'i (n=11) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenlerin babalarıyla olan ilişki durumu ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.001).

Çalışmada kardeş/kardeşlere sahip olan ergenlerin (n=187) çoğunluğu (n=152) kardeşi/kardeşleri ile olan ilişkisini iyi, 27 ergen orta, 8 ergen ise kötü olarak değerlendirmiştir. Kardeş/kardeşleriyle ilişki durumu iyi olan ergenlerin %53.0'ı (n=80) kontrol grubunda, orta olan ergenlerin %59.0'ı (n=16) kontrol grubunda, kötü olan ergenlerin ise %87.5'i (n=7) intihar girişim grubundadır. Kardeş/kardeşleriyle ilişki durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark bulunmamaktadır (p=0.058).

Çalışmada ergenlerin büyük çoğunluğu (n=129) sıkıntılılarını aileleri ile paylaşabiliyor iken, 71 ergen sıkıntılarını ailesi ile paylaşamadığını belirtmiştir. Aileyle sıkıntı paylaşma durumu intihar girişiminde bulunan ergenlerde %54.0 (n=70) iken, kontrol grubunda bu oran %46.0'dır (n=59). Ergenlerin sıkıntılı bir durumunu ailesiyle paylaşabilmesi ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark yoktur (p=0.104).

**Tablo 4.1.3. Ergenlerin Ailelerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

Aileye Ait Bazı Özellikler	İntihar Girişimi Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Aile Tipi</b>							
Çekirdek Aile	87	51.2	83	48.8	170	100.0	0.552 <sup>++</sup>
Geniş Aile	13	43.3	17	56.7	30	100.0	
<b>Anne-Baba Birliktelik Durumu</b>							
Anne-baba birlikte yaşıyor	79	45.1	96	54.9	175	100.0	<0.001 <sup>≠</sup>
Anne ölmüş	0	0.0	0	0.0	0	100.0	
Baba ölmüş	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
Anne-baba boşanmış	19	90.5	2	9.5	21	100.0	
Anne-baba boşanmamış ancak ayrı yaşıyor	1	33.3	2	66.7	3	100.0	
<b>Aile Gelir Durumu</b>							
Gelir giderden az	17	53.1	15	46.9	32	100.0	0.157*
Gelir gidere eşit	75	52.4	68	47.6	143	100.0	
Gelir giderden fazla	8	32.0	17	68.0	25	100.0	
<b>Ailenin Toplam Çocuk Sayısı<sup>¶</sup></b>							
Tek çocuk	8	61.5	5	38.5	13	100.0	0.780 <sup>≠</sup>
2 çocuk	47	48.5	50	51.5	97	100.0	
3 çocuk	37	51.4	35	48.6	72	100.0	
4 çocuk	6	40.0	9	60.0	15	100.0	
5 çocuk ve üzeri	2	66.7	1	33.3	3	100.0	
<b>Ailenin Kaçınıcı Çocuğu</b>							
1	47	56.6	36	43.4	83	100.0	0.287 <sup>≠</sup>
2	40	47.6	44	52.4	84	100.0	
3	11	36.7	19	63.3	30	100.0	
4	1	50.0	1	50.0	2	100.0	
5	0	0.0	0	0.0	0	100.0	
6	1	100.0	0	0.0	1	100.0	

\* Pearson Ki-Kare Test

<sup>++</sup> Continuity Correction Test

<sup>¶</sup>Monte Carlo Ki Kare Test

Tablo 4.1.3'te çalışma ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin ailelerinin tanıtıcı özellikleri ve gruplar arası karşılaştırması verilmiştir.

Çalışmadaki ergenlerin (n=200) çoğunluğu (n=170) çekirdek aile tipine sahiptir. Çekirdek aile tipine sahip ergenlerin %51.2'si (n=87) intihar girişimi grubunda, %48.8'i (n=83) ise kontrol grubunda yer almaktadır. Geniş aile tipine sahip ergenlerin ise, %43.3'ü (n=13) intihar girişimi grubunda, %56.7'si (n=17) kontrol grubunda yer almaktadır. Aile tipi ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.552).

Çalışmadaki ergenlerin (n=200) çoğunun (n=175) anne babası birlikte yaşamaktadır. Anne ve babası birlikte yaşayan ergenlerin %54.9'u (n=96) kontrol grubunda, babası ölmüş olanların tamamı (n=1) intihar girişimi grubunda, anne babası boşanmış olanların %90.5'i (n=19) intihar girişimi grubunda, anne babası ayrılmamış ancak ayrı yaşıyor olanların %66.7'si (n=2) ise kontrol grubunda yer almaktadır. Anne baba birliktelik durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.001).

Çalışmaya katılan ergenlerin (n=200) büyük çoğunluğu (n=143) gelir durumunu "gelirimiz giderimize eşit" şeklinde tanımlamaktadır. Gelir durumunu "gelirimiz giderimize eşit" olarak tanımlayan ergenlerin %52.4'ü (n=75) intihar girişimi grubunda, "gelirimiz giderimizden az" olarak tanımlayan ergenlerin %53.1'i (n=17) intihar girişimi grubunda, "gelirimiz giderimizden fazla" olarak tanımlayan ergenlerin ise %68.0'ı (n=17) kontrol grubunda yer almaktadır. Aile gelir durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0.157).

Çalışmada her iki grup (kontrol grubu ve intihar girişimi grubu) ailedeki toplam çocuk sayısı yönünden karşılaştırılmıştır. Tek çocuk olan ergenlerin %61.5'i (n=8) intihar girişimi grubunda, ailedeki çocuk sayısı 2 olan ergenlerin %51.5'i (n=50) kontrol grubunda, ailedeki çocuk sayısı 3 olan ergenlerin %51.4'ü (n=37) intihar girişimi grubunda, ailedeki çocuk sayısı 4 olan ergenlerin %60.0'ı (n=9) kontrol grubunda, ailedeki çocuk sayısı 5 çocuk ve üzeri olan ergenlerin ise %66.7'si (n=2) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ailedeki toplam çocuk sayısı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.780).

Kontrol grubu ve intihar girişimi grubundaki ergenler ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu yönünden karşılaştırıldığında, ilk çocuk olan ergenlerin %56.6'sı (n=47) intihar girişimi grubunda, ikinci çocuk olan ergenlerin %52.4'ü (n=44) kontrol grubunda, üçüncü çocuk olan ergenlerin %63.3'ü (n=19) kontrol grubunda, dördüncü çocuk olan ergenlerin yarısı (n=1) kontrol grubunda, diğer yarısı (n=1) intihar girişimi grubunda, altınıcı çocuk olan bir ergen ise (n=1) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark yoktur (p=0.287).

**Tablo 4.1.4. Ergenlerin Annelerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

Anneye Ait Bazı Özellikler	İntihar Girişimi Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
	Medyan (Q1-Q3)		Medyan (Q1-Q3)		Medyan (Q1-Q3)		
<b>Anne Yaşı</b>	39 (37-42)		40 (37.25-42)		40 (35-42)		0.503 <sup>+</sup>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>							
Okuryazar değil	3	25.0	9	75.0	12	100.0	0.220*
Okuryazar	17	47.2	19	52.8	36	100.0	
İlköğretim	48	52.7	43	47.3	91	100.0	
Ortaöğretim	24	48.0	26	52.0	50	100.0	
Üniversite ve üzeri	8	72.7	3	27.3	11	100.0	
<b>Anne Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	33	75.0	11	25.0	44	100.0	<0.001 <sup>++</sup>
Çalışmıyor	67	42.9	89	57.1	156	100.0	
<b>Annede Kronik Hastalık Varlığı</b>							
Evet	9	64.3	5	35.7	14	100.0	0.406 <sup>++</sup>
Hayır	91	48.9	95	51.1	186	100.0	
<b>Annede Psikolojik Hastalık Varlığı</b>							
Evet	4	66.7	2	33.3	6	100.0	0.683 <sup>‡</sup>
Hayır	96	49.5	98	50.5	194	100.0	

\* Pearson Ki-Kare Test

++ Continuity Correction Test

+ Mann Whitney U Test

‡Monte Carlo Ki Kare Test

Tablo 4.1.4'te çalışma ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin annelerinin tanımlayıcı özellikleri ve gruplar arası karşılaştırması verilmiştir.

İntihar girişimi grubunda bulunan ergenlerin annelerinin (n=100) yaş ortalaması 39 iken, kontrol grubunda bulunan ergenlerin (n=100) annelerinin yaş ortalaması 40 olarak saptanmıştır. Anne yaşı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.503).

Çalışmaya katılan ergenlerin annelerinin eğitim durumu incelendiğinde, annesi okuryazar olmayan ergenlerin %75.0'ı (n=9) kontrol grubunda, annesi okuryazar olan ergenlerin %52.8'i (n=19) kontrol grubunda, annesi ilköğretim mezunu olan ergenlerin %52.7'si (n=48) intihar girişimi grubunda, annesi ortaöğretim mezunu olan ergenlerin %52.0'ı (n=26) kontrol grubunda, annesi üniversite ve üzeri mezun olan ergenlerin %72.7'si (n=8) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Anne eğitim durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden her iki grup birbirine benzerdir (p=0.220).

Çalışmada 44 ergenin annesi gelir getirici bir işte çalışmakta iken, 156 anne ise ev hanımıdır. Annesi çalışan ergenlerin %75.0'ı (n=33) intihar girişimi grubunda bulunuyor iken, annesi çalışmayanlarda bu oran %25.0'dır (n=11). Anne çalışma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark bulunmaktadır ( $p < 0.001$ ).

Çalışmada 14 ergenin annesinde kronik hastalık mevcuttur. Annesinde kronik hastalık bulunan ergenlerin %64.3'ü (n=9) intihar girişimi grubunda iken, kontrol grubunda bu oran %35.7'dir (n=5). Annede kronik hastalık varlığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p = 0.406$ ).

Çalışma grubumuzda 6 ergenin annesinde psikolojik hastalık olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi grubunun %66.7'sinin annesinde (n=4) psikolojik hastalık tanısı bulunuyor iken, kontrol grubunda bu oran %33.3'tür (n=2). Annede psikolojik hastalık varlığı ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p = 0.683$ ). İntihar girişimi grubunda psikolojik hastalık bulunan annelerin (n=4) tanısı incelendiğinde, ergenin verdiği bilgi dâhilinde 2 annede anksiyete bozukluğu, 2 annede depresyon olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise, psikolojik hastalık tanısı bulunan 2 anneden, birinin depresyon, diğerinin ise şizofreni tanısı olduğu belirtilmiştir.

**Tablo 4.1.5. Ergenlerin Babalarının Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

Babaya Ait Bazı Özellikler	İntihar Girişimi Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
	Medyan (Q1-Q3)		Medyan (Q1-Q3)		Medyan (Q1-Q3)		
<b>Baba yaş</b>	42 (40-45)		43 (42-46)		43 (40-46)		<b>0.026<sup>+</sup></b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Babanın Eğitim Durumu<sup>‡</sup></b>							
Okuryazar değil	1	50.0	1	50.0	2	100.0	0.504*
Okuryazar	14	58.3	10	41.7	24	100.0	
İlköğretim	33	48.5	35	51.5	68	100.0	
Ortaöğretim	37	44.6	46	55.4	83	100.0	
Üniversite ve üzeri	14	63.6	8	36.4	22	100.0	
<b>Babada Kronik Hastalık Varlığı<sup>‡</sup></b>							
Evet	4	50.0	4	50.0	8	100.0	1.000 <sup>‡</sup>
Hayır	95	49.7	96	50.3	191	100.0	

\* Pearson Ki-Kare Test

+ Mann Whitney U Test

‡Monte Carlo Ki Kare Test

‡Babası hayatta olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 99, kontrol grubunda 100 olmak üzere toplam 199 kişidir.

Tablo 4.1.5'te çalışma ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin babalarının tanıtıcı özellikleri ve gruplar arası karşılaştırması verilmiştir.

İntihar girişimi grubunda bulunan ergenlerin babalarının (n=100) yaş ortalaması 42 iken, kontrol grubunda bulunan ergenlerin (n=100) babalarının yaş ortalaması 43 olarak saptanmıştır. Baba yaşı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark vardır (p=0.026).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerin (n=199) baba eğitim durumu incelendiğinde, babası okur-yazar olmayan ergenlerin yarısı (n=1) intihar girişimi grubunda, diğer yarısı ise (n=1) kontrol grubunda, babası okur-yazar olan ergenlerin %58.3'ü (n=14) intihar girişimi grubunda, babası ilköğretim mezunu olan ergenlerin %51.5'i (n=35) kontrol grubunda, babası ortaöğretim mezunu olan ergenlerin %55.4'ü (n=46) kontrol grubunda, babası üniversite ve üzeri mezun olan ergenlerin %63.6'sı (n=14) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Baba eğitim durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark yoktur (p=0.504).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerin (n=199) verdiği bilgiye göre çalışmayan baba mevcut değildir.



Çalışmada babası hayatta olan ergenlerin (n=199) 8'inin babasında kronik hastalık mevcuttur. Babada kronik hastalık bulunma oranı intihar girişimi grubunda %50.0 (n=4), kontrol grubunda %50.0'dır (n=4). Babada kronik hastalık varlığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark yoktur (p=1.000).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerin (n=199) verdiği bilgiye göre babaların hiç birinde psikolojik hastalık tanısı mevcut değildir.

**Tablo 4.1.6. Ergenlere Karşı Aile Tutumları ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

Ailelere Ait Bazı Tutumlar	İntihar Girişimi Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	p
<b>Annenin Çocuğa Karşı Tutumu</b>							
Aşırı koruyucu	67	48.9	70	51.1	137	100.0	<b>0.022*</b>
Otoriter	11	34.4	21	65.6	32	100.0	
Reddedici	12	80.0	3	20.0	15	100.0	
Demokratik-Hoşgörülü	10	62.5	6	37.5	16	100.0	
<b>Babanın Çocuğa Karşı Tutumu</b> ‡							
Aşırı koruyucu	37	43.5	48	56.5	85	100.0	0.143*
Otoriter	45	53.6	39	46.4	84	100.0	
Reddedici	12	70.6	5	29.4	17	100.0	
Demokratik-Hoşgörülü	5	38.5	8	61.5	13	100.0	
<b>Ailede Kararları Kim Verir</b>							
Anne	11	52.4	10	47.6	21	100.0	<b>0.008*</b>
Baba	49	57.0	37	43.0	86	100.0	
Çocuklar	0	0.0	1	100.0	1	100.0	
Anne-baba birlikte	28	41.2	40	58.8	68	100.0	
Anne-baba-çocuklar birlikte	2	16.7	10	83.3	12	100.0	
Aile büyükleri (büyükanne-büyükbaba)	10	83.0	2	17.0	12	100.0	
<b>Ailede Çocuğun Fikrinin Alınma Durumu</b>							
Evet	34	33.7	67	66.3	101	100.0	<b>&lt;0.001*</b>
Hayır	66	66.7	33	33.3	99	100.0	

\* Pearson Ki-Kare Test

‡Babası hayatta olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 99 kişidir.

Tablo 4.1.6'da çalışma ve kontrol grubunda yer alan ailelerin ergenlere karşı tutumları ve gruplar arası karşılaştırmaları verilmiştir.

Çalışmada ergenlerin çoğunluğu (n=137) annelerinin aşırı koruyucu tutum sergilediğini ifade etmiştir. Annesi aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin %51.1'i (n=70) kontrol grubunda, annesi otoriter tutum

sergileyen ergenlerin %65.6'sı (n=21) kontrol grubunda, annesi reddedici tutum sergileyen ergenlerin %80.0'ı (n=12) intihar girişimi grubunda, annesi demokratik ve hoşgörülü tutum sergileyen ergenlerin ise %62.5'i (n=10) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Anne tutumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.022).

Çalışmamızda babası hayatta olan ergenlerin (n=199) babalarının 85'inin ergene karşı aşırı koruyucu tutum, 84'ünün otoriter tutum, 17'sinin reddedici tutum ve 13'ünün ise demokratik ve hoşgörülü tutum sergilediği belirlenmiştir. Babası aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin %56.5'i (n=48) kontrol grubunda, babası otoriter tutum sergileyen ergenlerin %53.6'sı (n=45) intihar girişimi grubunda, babası reddedici tutum sergileyen ergenlerin %70.6'sı (n=12) intihar girişimi grubunda, babası demokratik ve hoşgörülü tutum sergileyen ergenlerin %61.5'i (n=8) kontrol grubunda yer almaktadır. Baba tutumu ile intihar girişimi yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.143).

Çalışmadaki ergenlerin çoğunluğunda (n=86) ailede karar verici kişi babadır. 68 ergenin ailesinde ise kararları anne-baba birlikte vermektedir. 12 ergen ise ailesinde kararların anne, baba ve çocuklar tarafından alındığını belirtmiştir. Babaların karar verdiği ailelerdeki ergenlerin %57.0'ı (n=49) intihar girişimi grubunda, annelerin karar verdiği ailelerdeki ergenlerin %52.4'ü (n=11) intihar girişimi grubunda, anne-babanın birlikte karar aldığı ailelerdeki ergenlerin %58.8'i (n=40) kontrol grubunda, anne, baba ve çocukların birlikte karar aldığı ailelerdeki ergenlerin %83.3'ü (n=10) kontrol grubunda, büyük anne-büyükbabanın kararları aldığı ailelerdeki ergenlerin %83.0'ı (n=10) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ailede kararların kimin tarafından alındığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark bulunmaktadır (p=0.008).

Çalışmada ergen ailelerinin çoğunda (n=101) aile içi kararlarda ergenin de fikrinin alındığı belirlenmiştir. Fikri alınan ergenlerin %33.7'si (n=34) intihar girişimi grubunda iken, kontrol grubunda bu oran %66.3'tür (n=67). Fikri alınmayan grupta ise durum tam tersidir. Bu grubun büyük çoğunluğu (%66.7) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Aile içi kararlarda ergenin fikrinin alınma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001).

## 4.2 - İntihar Girişiminde Bulunan Grubun İntihar İle İlgili Tutum ve Davranışları

Bu bölümde intihar girişiminde bulunan grubun intihar ile ilgili tutum ve davranışlarına ait özelliklere yer verilmiştir.

**Tablo 4.2.1. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde İntihar Girişimine Yönelik Bazı Özellikler**

İntihar Girişimine Ait Özellikler	İntihar Girişimi Grubu	
	n	%
<b>Girişimi Planlama Durumu</b>		
Evet	14	14.0
Hayır	86	86.0
<b>Girişimden Önce Düşünme Süresi</b>		
Hiç düşünmedim, aklıma geldi yaptım.	72	72.0
3 saatten az düşündüm.	15	15.0
3 saatten fazla düşündüm.	13	13.0
<b>İntihar Girişiminden Önce Herhangi Birinden Yardım Alma Durumu</b>		
Evet	1	1.0
Hayır	99	99.0
<b>İntihar Girişiminden Önce Mektup Bırakma Durumu</b>		
Evet	2	2.0
Hayır	98	98.0
<b>İntihar Edeceğini Herhangi Birine Söyleme Durumu</b>		
Evet	6	6.0
Hayır	94	94.0
<b>İntihar Girişiminde Bulunduğunun Nasıl Anlaşıldığı</b>		
Durumu çevremdekilere ben haber verdim	38	38.0
Beni annem buldu	41	41.0
Beni babam buldu	21	21.0
<b>İntihar Girişiminden Ne Kadar Süre Sonra Acil Servise Geldiği</b>		
İlk yarım saat ile 59 dakika arasında	57	57.0
1-2 saat	17	17.0
3-4 saat	16	16.0
5-6 saat	5	5.0
7 saat ve üzeri	5	5.0
<b>Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunma Durumu</b>		
Evet	20	20.0
Hayır	80	80.0
<b>Ailede Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunan Birinin Bulunma Durumu</b>		
Evet	9	9.0
Hayır	91	91.0
<b>Psikolojik Destek Alma Konusundaki Düşüncesi</b>		
Evet	78	78.0
Hayır	22	22.0
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.2.1' de intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar girişimine yönelik bazı özellikler verilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan grubun (n=100) çoğunluğu (%86.0, n=86) intihar girişimini planlamadan gerçekleştirmiştir.

Ergenlerin (n=100) %72.0'ı intihar girişimini ilk aklına geldiği anda, %15.0'ı 3 saatten az düşünerek, %13.0'ı ise 3 saatten fazla düşünerek gerçekleştirmiştir.

Tüm grupta (n=100) yalnızca 1 ergen intihar girişimini gerçekleştirmeden önce birisinden yardım almış, 2 ergen intihar girişimini gerçekleştirmeden önce mektup bırakmış, 6 ergen ise intihar edeceğinden daha önce birilerine bahsettiğini belirtmiştir.

Ergenlerin (n=100) %38.0'ı durumu çevredekilere kendisi haber vermiş, %41.0'ını annesi, %21.0'ını ise babası girişimi gerçekleştirdikten sonra bulmuştur.

Grubun (n=100) %57.0'ı ilk yarım saat ile ilk 59 dakika içerisinde, %17.0'ı 1-2 saat içerisinde, %16.0'ı 3-4 saat içerisinde, %5.0'ı 5-6 saat içerisinde ve % 5.0'ı 7 saat ve üzeri süre içerisinde acil servise getirilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) %20.0'ında daha önce intihar girişiminde bulunma öyküsü, %9.0'ının da ailesinde daha önce intihar girişiminde bulunan bir birey vardır.

İntihar girişiminde bulunan grubun (n=100) %78.0'ı psikolojik destek almayı istemektedir. Buna karşın %22.0'ı bu konuda istekli değildir.

**Tablo 4.2.2. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişimini Gerçekleştirildiği Yer**

İntihar Girişimini Gerçekleştirdiği Yer	İntihar Girişimi Grubu	
	n	%
Ev	91	91.0
Okul	1	1.0
Sokak/Park	8	8.0
<b>TOPLAM</b>	100	100.0

Tablo 4.2.2' de intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar girişiminin gerçekleştirildiği yerler verilmiştir.

Ergenlerin (n=100) %91.0'ı girişimi evde, %1.0'ı okulda, %8.0'ı ise sokakta/parkta gerçekleşmiştir.

**Tablo 4.2.3. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişim Yöntemleri**

İntihar Girişimin Yöntemi	İntihar Girişimi Grubu	
	n	%
İlaç alımı	80	80.0
Alkol, uyuşturucu madde alımı	20	20.0
<b>TOPLAM</b>	100	100.0

Tablo 4.2.3'te intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar girişim yöntemleri verilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) %80.0'ı ilaç alımı ile %20.0'ı ise alkol-uyuşturucu madde alımı ile girişimi gerçekleştirmiştir.

**Tablo 4.2.4. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişiminde Bulunma Nedeni**

İntihar Girişimde Bulunma Nedeni	İntihar Girişimi Grubu	
	n	%
Okul başarısızlığı	18	18
Baba ile tartışma	15	15.0
Aile baskısı	9	9.0
Aile içi geçimsizlik	10	10.0
Can sıkıntısı	8	8.0
Arkadaşlık ilişkilerinin kötü olması	8	8.0
Sevgili ile tartışma ve ayrılma	7	7.0
Anne ile tartışma	4	4.0
Ailede ilgi eksikliği	3	3.0
Kardeş kavgası	4	4.0
Anne baba boşanması	3	3.0
Çevre ile ilişkilerin kötü olması	3	3.0
Ekonomik sıkıntılar	2	2.0
Baba vefatı	1	1.0
Bir anlık öfke	1	1.0
Hayattan soğuma	1	1.0
Psikolojik sorunlar	1	1.0
Aile sağlık sorunları	1	1.0
Ailesinin birlikte olmaması	1	1.0
<b>TOPLAM</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.2.4'te intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar girişimi nedenleri verilmiştir

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) %18.0'ı okul başarı durumunun kötü olması, %15.0'ı babası ile tartışması, %10.0'ı aile içi geçimsizlik yaşanması, %9.0'ı aile baskısı, %8.0'ı can sıkıntısı, %8.0'ı arkadaşlık ilişkilerinin kötü olması, %7.0'ı sevgilisi ile tartışması ve ayrılması, %4.0'ı anne ile tartışması, %3.0'ı ailedeki ilgi eksikliği, %4.0'ı kardeş kavgası, %3.0'ı anne baba boşanması, %3.0'ı çevresi ile olan ilişkilerinin kötü olması, %2.0'ı ekonomik sıkıntılar yaşamaması, %1.0'ı bir anlık öfke, %1.0'ı babasının vefatı, %1.0'ı psikolojik sorunlarının olması, %1.0'ı hayattan soğuması, %1.0'ı yaşadığı sağlık sorunları, %1.0'ı da ailesinin birlikte olmaması nedeniyle intihar girişimini gerçekleştirdiğini belirtmiştir.

**Tablo 4.2.5. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin İntihar Girişimi İle ilgili Şu Anki Düşüncesi**

İntihar Girişimi ile İlgili Şuan ki Düşüncesi	İntihar Girişimi Grubu	
	n	%
İntihar etmeye kalkıştığım için çok pişmanım	66	66.0
Tekrar intihar girişiminde bulunabilirim	21	21.0
Kararsızım	13	13.0
<b>TOPLAM</b>	100	100.0

Tablo 4.2.5'te intihar girişiminde bulunan ergenlerin girişimden sonraki düşünceleri verilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) şu anki düşüncesi sorulduğunda, %66.0'ı intihar etmeye kalkıştığı için pişmanlık duyduğunu, %21.0'ı tekrar intihar girişiminde bulunabileceğini, %13.0'ı ise kararsız olduğunu ifade etmiştir.



### 4.3 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

**Tablo 4.3.1. Ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

	İntihar Girişimi Grubu		Kontrol Grubu		Analiz
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	p
<b>BDÖ Puanları</b>	23.64 ± 11.561	0-58	23.47 ± 10.891	0-55	0.915 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Bağımsız Örneklem t Testi

Araştırmaya katılan ergenlerde intihar girişimi grubunda (n=100) BDÖ ortalama puanı 23.64±11.561 iken, kontrol grubunun (n=100) ortalama puanı 23.47±10.891'dir. BDÖ ortalama puanları her iki grup için benzerdir (p=0.915).

**Tablo 4.3.2. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Ergenlere Ait Bazı Özellikler		Depresyon yok/ Minimal düzeyde depresyon (0-9 puan)		Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan)		Orta düzeyde depresyon (17-29 puan)		Şiddetli düzeyde depresyon (30-63 puan)		Toplam		Analiz
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Cinsiyet	Kadın	16	12.2	42	31.8	44	33.3	30	22.7	132	100.0	0.050*
	Erkek	5	7.4	12	17.6	26	38.2	25	36.8	68	100.0	
Medeni Durum	Evli	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0.006*
	Bekar	21	10.0	54	27.0	69	35.0	55	28.0	199	100.0	
Okul Durumu <sup>c</sup>	Okula devam ediyor	20	11.0	51	28.0	64	35.0	48	26.0	183	100.0	0.523*
	Okula devam etmiyor	1	6.0	3	18.0	6	35.0	7	41.0	17	100.0	
Okuduğu Okul <sup>e</sup>	Anadolu lisesi	7	12.0	24	41.0	18	31.0	9	16.0	58	100.0	<0.001*
	İmam Hatip lisesi	2	10.0	4	20.0	6	30.0	8	40.0	20	100.0	
	Meslek lisesi	9	10.7	19	22.6	32	38.1	24	28.6	84	100.0	
	İlköğretim	2	9.5	4	19.1	8	38.1	7	33.3	21	100.0	
Başarı Durumu <sup>c</sup>	İyi	16	15.0	37	35.0	30	29.0	22	21.0	105	100.0	<0.001*
	Orta	3	5.4	13	23.2	26	46.4	14	25.0	56	100.0	
	Kötü	1	4.5	1	4.5	8	36.0	12	55.0	22	100.0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2	15.0	0	0.0	5	39.0	6	46.0	13	100.0	<0.001*
	Çalışmıyor	19	10.0	54	29.0	65	35.0	49	26.0	187	100.0	
Kronik Hastalık Bulunma Durumu	Evet	1	5.0	4	21.0	8	42.0	6	32.0	19	100.0	<0.001*
	Hayır	20	11.0	50	28.0	62	34.0	49	27.0	181	100.0	
Psikolojik Hastalık Bulunma Durumu	Evet	0	0.0	1	7.0	5	36.0	8	57.0	14	100.0	0.034*
	Hayır	21	11.3	53	28.5	65	35.0	47	25.2	186	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

<sup>e</sup> Okula devam eden ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı 183 kişidir.

Tablo 4.3.2'de çalışmadaki ergenlerin tümünde (n=200) ergenlerin tanıtıcı özelliklerinin depresyon düzeyleriyle ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmada ergenlerin tümünde (kontrol grubu ve intihar girişim grubu) (n=200) kadın cinsiyetin (n=132) %12.2'sinin (n=16) depresyonda olmadığı veya minimal düzeyde depresyon yaşadığı, %31.8'inin (n=42) hafif düzeyde depresyon, %33.3'ünün (n=44) orta düzeyde depresyon, %22.7'sinin (n=30) şiddetli düzeyde depresyon yaşamakta olduğu; erkek cinsiyetin (n=68) %7.4'ünün (n=5) depresyonda olmadığı veya minimal düzeyde depresyon yaşadığı, %17.6'sının (n=12) hafif düzeyde depresyon, %38.2'sinin (n=26) orta düzeyde depresyon, %36.8'inin (n=25) şiddetli düzeyde depresyon yaşamakta olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p=0.050).

Çalışmadaki ergenlerin (n=200) yalnızca 1'inin evli ve orta düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Geriye kalan tüm ergenler bekar ve çoğunluğu (%35.0) orta düzeyde depresyon yaşamaktadır. Medeni durum

ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p=0.006$ ).

Çalışmamızda okula devam eden ergenlerin ( $n=183$ ) çoğunluğu (%35.0,  $n=64$ ) orta düzeyde depresyon yaşıyor iken, okula devam etmeyenlerin ( $n=17$ ) %41.0'ı ( $n=7$ ) şiddetli düzeyde depresyon yaşamaktadır. Okula devam etme durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p=0.523$ ).

Okula devam eden ergenlerden ( $n=183$ ) Anadolu lisesinde okumakta olanların ( $n=58$ ) çoğunluğunun (%41.0) hafif düzeyde depresyon, İmam Hatip lisesinde okuyanların ( $n=20$ ) çoğunluğunun (%40.0) şiddetli düzeyde depresyon, Meslek lisesinde okuyanların ( $n=84$ ) çoğunluğunun (%38.1) ve ilköğretim okulunda okuyanların ( $n=21$ ) çoğunluğunun (%38.1) ise orta düzeyde depresyon yaşadığı tespit edilmiştir. Okumakta olunan okul ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.001$ ).

Okula devam eden ergenlerin ( $n=183$ ) okul başarı durumu ile depresyon düzeyi karşılaştırılmıştır. Okul başarı durumunu iyi olarak belirten ergenlerin %35.0'inin ( $n=37$ ) hafif düzeyde depresyon, orta olarak belirten ergenlerin %46.4'ünün ( $n=26$ ) orta düzeyde depresyon, kötü olarak belirten ergenlerin %55.0'inin ( $n=12$ ) şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Okula devam eden ergenlerin başarı durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.001$ ).

Çalışmada halen bir işte çalışmakta olan ergenlerin ( $n=13$ ) %46.0'ı şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, çalışmayanların ( $n=187$ ) %35.0'inin orta düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Ergenlerin halen bir işte çalışıyor olma durumu ile depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmaktadır ( $p<0.001$ ).

Çalışmada kronik hastalığı bulunan ergenlerin ( $n=19$ ) %42.0'ında, kronik hastalığı bulunmayanların ( $n=181$ ) %34.0'ında orta düzeyde depresyon görülmektedir. Ergenlerde kronik hastalık bulunma varlığı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0.001$ ).

Çalışmada psikolojik hastalığı mevcut olan ergenlerde ( $n=14$ ) %57.0 ( $n=8$ ) oranında şiddetli düzeyde depresyon görülmekte iken, psikolojik hastalık tanısı bulunmayanlarda %35.0 ( $n=65$ ) oranında orta düzeyde depresyon görülmektedir. Psikolojik hastalık tanısı varlığı ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p=0.034$ ).

**Tablo 4.3.3. Ergenlerin Diğer Bazı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Ergene Ait Bazı Diğer Özellikler		Depresyon yok/Minimal düzeyde depresyon (0-9 puan)		Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan)		Orta düzeyde depresyon (17-29 puan)		Şiddetli düzeyde depresyon (30-63 puan)		Toplam		Analiz p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aileden Ayrı Kalma Durumu	Evet	1	4.0	1	4.0	11	46.0	11	46.0	24	100.0	0.014*
	Hayır	20	11.0	53	30.0	59	34.0	44	25.0	176	100.0	
Ailede Yaşanan Göç	Evet	0	0.0	1	14.3	5	71.4	1	14.3	7	100.0	0.202*
	Hayır	21	11.0	53	27.0	65	34.0	54	28.0	193	100.0	
Çocukken Kaza-Saldırı-Afet Yaşama Durumu	Evet	0	0.0	0	0.0	2	40.0	3	60.0	5	100.0	0.306*
	Hayır	21	10.7	54	27.7	68	34.9	52	26.7	195	100.0	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	2	4.2	6	12.5	16	33.3	24	50.0	48	100.0	0.003*
	Hayır	14	12.0	37	32.0	40	34.5	25	21.5	116	100.0	
	Bazen	5	14.0	11	30.0	14	39.0	6	17.0	36	100.0	
Uyuşturucu Kullanma Durumu	Evet	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	6	100.0	0.665*
	Hayır	20	11.0	52	28.0	65	34.0	51	27.0	188	100.0	
	Bazen	1	17.0	2	33.0	2	33.0	1	17.0	6	100.0	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	0	0.0	0	0.0	3	43.0	4	57.0	7	100.0	0.006*
	Hayır	20	12.2	48	29.5	60	36.8	35	21.5	163	100.0	
	Bazen	1	3.3	6	20.0	7	23.3	16	53.4	30	100.0	
Arkadaş İlişkileri	İyi	20	12.3	50	30.9	54	33.3	38	23.5	162	100.0	0.031*
	Orta	1	3.1	4	12.5	13	40.6	14	43.8	32	100.0	
	Kötü	0	0.0	0	0.0	3	50.0	3	50.0	6	100.0	
Anne İlişkileri	İyi	18	12.0	43	28.0	56	36.0	37	24.0	154	100.0	0.353*
	Orta	2	6.0	10	29.4	10	29.4	12	35.2	34	100.0	
	Kötü	1	8.3	1	8.3	4	33.4	6	50.0	12	100.0	
Baba İlişkileri <sup>¥</sup>	İyi	14	14.0	34	34.0	30	30.0	22	22.0	100	100.0	0.013*
	Orta	7	8.0	18	22.0	34	41.0	24	29.0	83	100.0	
	Kötü	0	0.0	1	6.2	6	37.5	9	56.3	16	100.0	
Kardeş İlişkileri <sup>®</sup>	İyi	16	10.5	46	30.3	58	38.2	32	21.0	152	100.0	0.020*
	Orta	2	7.0	4	15.0	7	26.0	14	52.0	27	100.0	
	Kötü	2	25.0	2	25.0	1	12.5	3	37.5	8	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

¥Babası olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grup ve kontrol grubu (tüm olguların toplamı) için 199 kişidir

®Kardeşi olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grup için 90 ve kontrol grubu için 97, toplam 187 kişidir.

Tablo 4.3.3'te çalışmadaki ergenlerin tümünde ergenlere ait diğer bazı özelliklerin ergenlerin depresyon düzeyleri ile ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmada aileden uzun süre ayrı kalan ergenlerin %46.0'ı (n=11) orta düzeyde depresyon, %46.0'ı (n=11) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü olmayan ergenlerin %34.0'ının (n=59) orta düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü olma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (p=0.014).

Çalışmada ailesinde göç yaşama öyküsü bulunan ergenlerin %71.4'ünde (n=5) orta düzeyde depresyon, ailesinde göç yaşama öyküsü olmayan ergenlerin ise %34.0'ında (n=65) orta düzeyde depresyon

yaşandığı saptanmıştır. Ailede göç yaşama öyküsü ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p=0.202$ ).

Çalışmada çocukken kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşayan ergenlerin %60.0'ında ( $n=3$ ) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşamayan ergenlerin %34.9'unda ( $n=68$ ) orta düzeyde depresyon yaşandığı tespit edilmiştir. Çocukken kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşama öyküsü ile ergenlerdeki depresyon düzeyleri arasında ilişki yoktur ( $p=0.306$ ).

Çalışmada sigara kullanan ergenlerin ( $n=48$ ) çoğu (%50.0) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, sigara kullanmayanların ( $n=116$ ) %34.5'i, bazen sigara kullananların ( $n=36$ ) ise %39.0'ı orta düzeyde depresyon yaşamaktadır. Ergenlerin sigara kullanma durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p=0.003$ ).

Çalışmada uyuşturucu madde kullanan ergenlerin ( $n=6$ ) yarısı ( $n=3$ ) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, diğer yarısı ise ( $n=3$ ) orta düzeyde depresyon yaşamaktadır. Uyuşturucu madde kullanmayan ergenlerin ( $n=188$ ) çoğunluğunda (%34.0,  $n=65$ ) orta düzeyde depresyon, bazen uyuşturucu kullanmakta olan ergenlerin ise %33.0'ında ( $n=2$ ) hafif düzeyde depresyon, %33.0'ında ise ( $n=2$ ) orta düzeyde depresyon görüldüğü belirlenmiştir. Ergenlerin uyuşturucu madde kullanma durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p=0.665$ ).

Çalışmada alkol kullanan ergenlerin ( $n=7$ ) çoğu (%57.0) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, alkol kullanmayan ergenlerin ( $n=163$ ) %36.8'inde orta düzeyde depresyon, bazen alkol kullananların ( $n=30$ ) ise %53.4'ünde şiddetli düzeyde depresyon yaşandığı belirlenmiştir. Ergenlerin alkol kullanma durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p=0.006$ ).

Çalışmada arkadaş/arkadaşlarıyla olan ilişkisi iyi olan ( $n=162$ ) ergenlerin %33.3'ünde ( $n=54$ ) orta düzeyde depresyon, orta olarak nitelendiren ergenlerin ( $n=32$ ) %43.8'inde ( $n=14$ ) şiddetli düzeyde depresyon, kötü olarak nitelendiren ergenlerin ( $n=6$ ) yarısında ( $n=3$ ) orta düzeyde depresyon, diğer yarısında ise ( $n=3$ ) şiddetli düzeyde depresyon görüldüğü saptanmıştır. Ergenlerin arkadaş/arkadaşlarıyla olan ilişki durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır ( $p=0.031$ ).

Çalışmada annesiyle ilişki durumu iyi olan ergenlerin ( $n=154$ ) %36.0'ı ( $n=56$ ) orta düzeyde depresyon yaşıyor iken, annesiyle ilişki durumu orta olan ergenlerin ( $n=34$ ) %35.2'si ( $n=12$ ), annesiyle ilişki durumu kötü olan ergenlerin ( $n=12$ ) ise %50.0'ı ( $n=6$ ) şiddetli düzeyde depresyon yaşamaktadır. Ergenlerin anneleriyle olan ilişki durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p= 0.353$ ).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerden (n=199) babası ile ilişki durumu iyi olan ergenlerin %34.0'ı hafif düzeyde depresyon, babasıyla ilişki durumu orta olan ergenlerin %41.0'ı orta düzeyde depresyon, babasıyla ilişki durumu kötü olan ergenlerin %56.3'ü şiddetli düzeyde depresyon yaşamaktadır. Ergenlerin babalarıyla olan ilişki durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (p=0.013).

Çalışmada kardeş/kardeşleri olan ergenlerden (n=187) kardeş/kardeşleriyle ilişkisi iyi olan ergenlerin (n=152) çoğunluğu (%38.2) orta düzeyde depresyon, kardeş/kardeşleriyle ilişkisi orta olan ergenlerin (n=27) çoğunluğu (%52.0) şiddetli düzeyde depresyon, kardeş/kardeşleriyle ilişkisi kötü olan ergenlerin (n=8) çoğunluğu ise (%37.5) şiddetli düzeyde depresyon yaşamaktadır. Ergenlerin kardeş/kardeşleriyle ilişki durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (p=0.020).

**Tablo 4.3.4. Ailelerin Bazı Özellikleri ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Aileye Ait Bazı Özellikler		Depresyon yok/Minimal düzeyde depresyon (0-9 puan)		Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan)		Orta düzeyde depresyon (17-29 puan)		Şiddetli düzeyde depresyon (30-63 puan)		Toplam		Analiz
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	p
<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek	18	10.0	44	26.0	61	36.0	47	28.0	170	100.0	0.851*
	Geniş	3	10.0	10	33.0	9	30.0	8	27.0	30	100.0	
<b>Anne Baba Birliktelik Durumu</b>	Anne-baba birlikte	21	12.0	49	28.0	62	35.0	43	25.0	175	100.0	0.083*
	Anne ölmüş	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	
	Baba ölmüş	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	
	Anne-baba boşanmış	0	0.0	4	19.0	5	24.0	12	57.0	21	100.0	
	Anne-baba ayrı yaşıyor	0	0.0	1	33.0	2	67.0	0	0.0	3	100.0	
<b>Aile Gelir Durumu</b>	Gelir giderden az	4	12.5	8	25.0	11	34.4	9	28.1	32	100.0	0.801*
	Gelir gidere eşit	16	11.0	36	25.0	51	36.0	40	28.0	143	100.0	
	Gelir giderden fazla	1	4.0	10	40.0	8	32.0	6	24.0	25	100.0	
<b>Çocuk Sayısı</b>	Tek çocuk	1	8.0	2	15.0	3	23.0	7	54.0	13	100.0	0.527*
	2	10	10.0	30	31.0	32	33.0	25	26.0	97	100.0	
	3	6	8.0	17	24.0	30	42.0	19	26.0	72	100.0	
	4	3	20.0	4	27.0	5	33.0	3	20.0	15	100.0	
	5 ve üzeri	1	33.3	1	33.3	0	0.0	1	33.4	3	100.0	
<b>Kaçıncı Çocuk</b>	1	8	10.0	27	32.5	27	32.5	21	25.0	83	100.0	0.023*
	2	9	11.0	18	21.0	31	37.0	26	31.0	84	100.0	
	3	2	7.0	9	30.0	12	40.0	7	23.0	30	100.0	
	4	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	
	5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	100.0	
	6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

Tablo 4.3.4'te çalışmadaki ergenlerin tümünde (n=200) ailelerin bazı tanıtıcı özelliklerinin ergenlerin depresyon düzeyleriyle ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmadaki ergenlerde (n=200) çekirdek aile tipine sahip ergenlerin (n=170) çoğunluğu (%36.0) orta düzeyde depresyon yaşıyor iken, geniş aile yapısına sahip ergenlerin (n=30) çoğunluğunun (%33.0) hafif düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Aile tipi ile ergenlerin depresyon düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur (p=0.851).

Çalışmada anne-babası birlikte yaşayan ergenlerin (n=175) çoğunluğu (%35.0), babası ölmüş olanların tümü (%100.0) , anne-babası ayrılmamış ancak ayrı yaşıyor olanların %67.0'ı (n=3) orta düzeyde depresyon yaşıyor iken, anne-babası boşanmış olanların %57.0'ının (n=21) şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Anne baba birliktelik durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında ilişki yoktur (p=0.083).

Çalışmamızda aile geliri giderinden az olan ergenlerin (n=32) %34.4'ünde, geliri gidere eşit olan ergenlerin (n=143) %36.0'ında orta düzeyde depresyon görülüyor iken, aile geliri giderinden fazla olan ergenlerin (n=25) %40.0'ında hafif düzeyde depresyon görülmektedir. Aile gelir durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır (p=0.801).

Çalışmada ailede tek çocuk olan ergenlerin (n=13) çoğunda (%54.0, n=7) şiddetli düzeyde depresyon, iki çocuk olan ergenlerin(n=97) %33.0'ında (n=32) orta düzeyde depresyon, üç çocuk olan ergenlerin (n=72) çoğunda (%42.0, n=30), dört çocuk olan ergenlerin(n=15) %33.0'ında (n=5) orta düzeyde depresyon yaşıyor iken, beş çocuk ve üzeri olan ergenlerin (n=3) %33.4'ünde (n=1) şiddetli düzeyde depresyon yaşandığı görülmektedir. Ailedeki çocuk sayısı ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.527).

Çalışmada ailenin ilk çocuğu olan ergenlerin %32.5'i (n=27) hafif düzeyde depresyon, %32.5'i (n=27) orta düzeyde depresyon, ailenin ikinci çocuğu olan ergenlerin %37.0'ı (n=31), ailenin üçüncü çocuğu olan ergenlerin %40.0'ı (n=12) orta düzeyde depresyon, ailenin dördüncü çocuğu olan ergenlerin tümü (n=2) hafif düzeyde depresyon, ailenin altıncı çocuğu olan ergenlerin tümü (n=1) şiddetli düzeyde depresyon yaşamaktadır. Ergenin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (p=0.023).



**Tablo 4.3.5. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Anneye Ait Bazı Özellikler		Depresyon yok/Minimal düzeyde depresyon (0-9 puan)		Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan)		Orta düzeyde depresyon (17-29 puan)		Şiddetli düzeyde depresyon (30-63 puan)		Toplam		Analiz p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Anne Yaş</b>	35-39 yaş	8	8.0	26	27.0	37	38.0	26	27.0	97	100.0	0.753*
	40-44 yaş	10	13.0	21	28.0	24	31.0	21	28.0	76	100.0	
	45-49 yaş	2	10.5	4	21.0	6	31.5	7	37.0	19	100.0	
	50-54 yaş	0	0.0	3	50.0	2	33.0	1	17.0	6	100.0	
	55-59 yaş	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	100.0	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	2	16.7	2	16.7	3	25.0	5	41.6	12	100.0	0.523*
	Okuryazar	1	3.0	13	36.0	13	36.0	9	25.0	36	100.0	
	İlköğretim	12	13.0	20	22.0	37	41.0	22	24.0	91	100.0	
	Ortaöğretim	5	10.0	16	32.0	15	30.0	14	28.0	50	100.0	
Üniversite ve üzeri	1	9.0	3	27.3	2	18.2	5	45.5	11	100.0		
<b>Anne Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	5	11.0	10	23.0	13	30.0	16	36.0	44	100.0	0.492*
	Çalışmıyor	16	10.3	44	28.2	57	36.5	39	25.0	156	100.0	
<b>Annede Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Evet	0	0.0	2	14.0	5	36.0	7	50.0	14	100.0	0.151*
	Hayır	21	11.0	52	28.0	65	35.0	48	26.0	186	100.0	
<b>Annede Psikolojik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Evet	0	0.0	0	0.0	2	33.0	4	67.0	6	100.0	0.127*
	Hayır	21	11.0	54	28.0	68	35.0	51	26.0	194	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

Tablo 4.3.5'te çalışmadaki ergenlerin tümünde (n=200) annelerin tanıtıcı özelliklerinin ergenlerin depresyon düzeyleriyle ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Annesi 35-39 yaş arası olan ergenlerin %38.0'ı (n=37), annesi 40-44 yaş arası olan ergenlerin %31.0'ı (n=24) orta düzeyde depresyon, annesi 45-49 yaş arası olan ergenlerin %37.0'ı (n=7) şiddetli düzeyde depresyon, annesi 50-54 yaş arası olan ergenlerin %50.0'ı (n=3) hafif düzeyde depresyon, annesi 55-59 yaş arası olan ergenlerin yarısı (n=1) depresyon yaşamıyor veya minimal düzeyde depresyon yaşıyor iken, diğer yarısı (n=1) orta düzeyde depresyon yaşamaktadır. Anne yaş grubu ile ergenlerin depresyon düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur (p=0.753).

Çalışmada anne eğitim durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Annesi okuryazar olmayan ergenlerin %41.6'sının şiddetli düzeyde depresyon, annesi okuryazar olanların %36.0'ının (n=13) hafif düzeyde depresyon, %36.0'ının (n=13) orta düzeyde depresyon, annesi ilköğretim mezunu olanların %41.0'ının orta düzeyde depresyon, annesi ortaöğretim mezunu olanların %32.0'ının hafif düzeyde depresyon, annesi üniversite ve üzeri mezun olanların %45.5'inin

şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Anne eğitim durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p=0.523).

Çalışmada annesi gelir getirici bir işte çalışan ergenlerin %36.0'ı (n=16) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, annesi ev hanımı olanların %36.5'inde (n=57) orta düzeyde depresyon görülmektedir. Anne çalışma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p= 0.492).

Çalışmada annesinde kronik hastalık bulunan ergenlerin %50.0'ı (n=7) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, annesinde kronik hastalık bulunmayan ergenlerin %35.0'ının (n=65) orta düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Annede kronik hastalık varlığı ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p= 0.151).

Çalışmada annesinde psikolojik hastalık tanısı mevcut olan ergenlerin çoğunluğu (%67.0) şiddetli düzeyde depresyon yaşıyor iken, annesinde psikolojik hastalık tanısı bulunmayan ergenlerin çoğunluğu (%35.0) orta düzeyde depresyon yaşamaktadır. Annede psikolojik hastalık varlığı ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p= 0.127).

**Tablo 4.3.6. Babaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Babaya Ait Bazı Özellikler		Depresyon yok/ Minimal düzeyde depresyon (0-9 puan)		Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan)		Orta düzeyde depresyon (17-29 puan)		Şiddetli düzeyde depresyon (30-63 puan)		Toplam		Analiz p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Baba Yaş<sup>¥</sup></b>	35-39 yaş	0	0.0	8	28.0	12	41.0	9	31.0	29	100.0	0.742*
	40-44 yaş	12	11.0	32	29.0	38	34.0	29	26.0	111	100.0	
	45-49 yaş	6	15.0	9	23.0	12	31.0	12	31.0	39	100.0	
	50-54 yaş	2	13.3	2	13.3	6	40.0	5	33.4	15	100.0	
	55-59 yaş	1	20.0	2	40.0	2	40.0	0	0.0	5	100.0	
<b>Baba Eğitim Durumu<sup>¥</sup></b>	Okuryazar değil	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0	0.347*
	Okuryazar	1	4.0	6	25.0	11	46.0	6	25.0	24	100.0	
	İlköğretim	10	15.0	13	19.0	27	40.0	18	26.0	68	100.0	
	Ortaöğretim	7	8.4	24	29.0	27	32.5	25	30.1	83	100.0	
	Üniversite ve üzeri	2	9.0	9	41.0	5	23.0	6	27.0	22	100.0	
<b>Babada Kronik Hastalık Bulunma Durumu<sup>¥</sup></b>	Evet	1	12.5	1	12.5	2	25.0	4	50.0	8	100.0	0.540*
	Hayır	20	10.0	52	27.0	68	36.0	51	27.0	191	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

¥Babası hayatta olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 99 kişidir.

Tablo 4.3.6'da çalışmadaki ergenlerin tümünde (n=200) babaların tanıtıcı özelliklerinin ergenlerin depresyon düzeyleriyle ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerden (n=199) babası 35-39 yaş arası olan ergenlerin %41.0'ünün (n=12), babası 40-44 yaş arası olan ergenlerin %34.0'ünün (n=38), babası 45-49 yaş arası olan ergenlerin %31.0'ünün (n=12), babası 50-54 yaş arası olan ergenlerin %40.0'ünün (n=6) orta düzeyde depresyon, babası 55-59 yaş arası olan ergenlerin ise %40.0'ünün (n=2) hafif düzeyde depresyon, %40.0'ünün (n=2) orta düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Baba yaşı ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.742).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerden (n=199) babası okuryazar olmayan ergenlerin yarısı (n=1) depresyon yaşamıyor veya minimal düzeyde depresyon yaşıyor iken, diğer yarısı (n=1) hafif düzeyde depresyon yaşamaktadır. Babası okuryazar olanların (n=24) %46.0'ı, babası ilköğretim mezunu olanların (n=68) %40.0'ı, babası ortaöğretim mezunu olanların (n=83) %32.5'i orta düzeyde depresyon yaşıyor iken, babası üniversite ve üzeri mezun olanların (n=22) %41.0'ı hafif düzeyde depresyon yaşamaktadır. Baba eğitim durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.347).

Çalışmaya katılan ergenlerde babası hayatta olanlarda (n=199) babası çalışmayan ergen yoktur.

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerde (n=199) babasında kronik hastalık olan ergenlerin (n=8) yarısında (n=4) şiddetli düzeyde depresyon yaşanıyorsa iken, babasında kronik hastalık bulunmayan ergenlerin (n=191) %36.0'ında (n=68) orta düzeyde depresyon yaşanmaktadır. Babada kronik hastalık varlığı ile ergenlerin depresyon düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur (p= 0.540).

Çalışmaya katılan ergenlerde babası hayatta olanlarda (n=199) babasında psikolojik hastalık mevcut olan ergen yoktur.

**Tablo 4.3.7. Aile Tutumları ile Ergenlerin Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Ailelere Ait Bazı Tutumlar		Depresyon yok/ Minimal düzeyde depresyon (0-9 puan)		Hafif düzeyde depresyon (10-16 puan)		Orta düzeyde depresyon (17-29 puan)		Şiddetli düzeyde depresyon (30-63 puan)		Toplam		Analiz  p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Annenin Çocuğa Karşı Tutumu</b>	Aşırı koruyucu	20	15.0	38	28.0	50	36.0	29	21.0	137	100.0	0.056*
	Otoriter	1	3.1	10	31.3	9	28.1	12	37.5	32	100.0	
	Reddedici	0	0.0	2	13.3	5	33.3	8	53.4	15	100.0	
	Demokratik -Hoşgörölü	0	0.0	4	25.0	6	37.5	6	37.5	16	100.0	
<b>Babanın Çocuğa Karşı Tutumu</b> ‡	Aşırı koruyucu	12	14.0	26	31.0	25	29.0	22	26.0	85	100.0	0.021*
	Otoriter	9	11.0	22	26.0	35	42.0	18	21.0	84	100.0	
	Reddedici	0	0.0	1	6.0	5	29.0	11	65.0	17	100.0	
	Demokratik -Hoşgörölü	0	0.0	4	31.0	5	38.0	4	31.0	13	100.0	
<b>Ailede Kararları Veren Kişi</b>	Anne	1	5.0	7	33.0	8	38.0	5	24.0	21	100.0	0.353*
	Baba	7	8.0	20	23.0	36	42.0	23	27.0	86	100.0	
	Çocuklar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	
	Anne-baba birlikte	10	15.0	19	28.0	19	28.0	20	29.0	68	100.0	
	Anne-baba çocuklar	3	25.0	3	25.0	5	42.0	1	8.0	12	100.0	
	Aile büyükleri	0	0.0	5	42.0	2	16.0	5	42.0	12	100.0	
<b>Ailede Çocuğun Fikrinin Alınma Durumu</b>	Evet	10	10.0	31	30.6	32	31.7	28	27.7	101	100.0	0.627*
	Hayır	11	11.1	23	23.2	38	38.4	27	27.3	99	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

‡Babası olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 99 kişidir.

Tablo 4.3.7'de çalışmadaki ergenlerin tümünde aile tutumlarının ergenlerin depresyon düzeyleri ile ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Annesi aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin %36.0'ında (n=50) orta düzeyde depresyon, annesi otoriter tutum sergileyen ergenlerin %37.5'inde (n=12) şiddetli düzeyde depresyon, annesi reddedici tutum sergileyen ergenlerin %53.4'ünde (n=8) şiddetli düzeyde depresyon, annesi demokratik ve hoşgörölü tutum sergileyen ergenlerin %37.5'inde (n=6) orta düzeyde depresyon, %37.5'inde ise (n=6) şiddetli düzeyde depresyon görüldüğü belirlenmiştir. Annelerin ergene karşı tutumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında ilişki yoktur (p=0.056).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerden (n=199) babası aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin (n=85) %31.0'ında hafif düzeyde depresyon, babası otoriter tutum sergileyen ergenlerin %42.0'ında orta düzeyde depresyon, babası reddedici tutum sergileyen ergenlerin %65.0'ında şiddetli düzeyde depresyon, babası demokratik ve hoşgörölü

tutum sergileyen ergenlerin %38.0'ında orta düzeyde depresyon yaşandığı belirlenmiştir. Babanın ergene karşı sergilediği tutum ile ergenlerin depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p=0.021$ ).

Çalışmada kararların anne tarafından alındığı ailedeki ergenlerin %38.0'ında ( $n=8$ ), kararların baba tarafından alındığı ailedeki ergenlerin %42.0'ında ( $n=36$ ), anne, baba ve çocukların birlikte karar verdiği ailedeki ergenlerin %42.0'ında ( $n=5$ ) orta düzeyde depresyon görülüyor iken, anne-babanın birlikte karar verdiği ailedeki ergenlerin %29.0'ında ( $n=20$ ) şiddetli düzeyde depresyon, kararları aile büyüklerinin (büyükanne, büyükbaba vb.) verdiği ailedeki ergenlerin %42.0'ında ( $n=5$ ) hafif düzeyde depresyon, %42.0'ında ( $n=5$ ) şiddetli düzeyde depresyon görüldüğü saptanmıştır. Ergenlerin ailesinde kararların kimin tarafından alındığı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p=0.353$ ).

Çalışmada ergenin kararlarda fikrinin alındığı durumlarda ergenlerin %31.7'sinde ( $n=32$ ) orta düzeyde depresyon, ergenin fikrinin alınmadığı durumlarda %38.4 ( $n=38$ ) oranında orta düzeyde depresyon yaşandığı belirlenmiştir. Ailede kararlar alınırken ergenin fikrinin alınması durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmamaktadır ( $p=0.627$ ).

#### 4.4 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki

**Tablo 4.4.1. Ergenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Ortalama Puanları ve Gruplar Arası Karşılaştırma**

	<b>İntihar Girişimi Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Analiz</b>
	<b>Medyan (Q1-Q3)</b>	<b>Medyan (Q1-Q3)</b>	<b>p</b>
<b>BUÖ Puanları</b>	11.00 (10.00-12.00)	10.00 (10.00-11.00)	0.349 <sup>b</sup>

<sup>b</sup> Mann Whitney U Test

Araştırmaya katılan ergenlerde intihar girişimi grubunda (n=100) BUÖ ortalama puanı 11.00 iken, kontrol grubunun (n=100) ortalama puanı 10.00'dır. BUÖ ortalama puanları her iki grup için benzerdir (p=0.349).

**Tablo 4.4.2. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Ergene Ait Bazı Özellikler		Hafif umutsuzluk (4-8 puan)		Orta umutsuzluk (9-14 puan)		Yoğun umutsuzluk (15-20 puan)		Toplam		Analiz
		n	%	n	%	n	%	n	%	p
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	17	%12.9	108	%81.8	7	%5.3	132	100.0	0.361*
	Erkek	7	%10.3	60	%88.2	1	%1.5	68	100.0	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	0	%0.0	1	%100.0	0	%0.0	1	100.0	1.000*
	Bekar	24	%12.1	167	%83.9	8	%4.0	199	100.0	
<b>Okul Durumu</b>	Okula devam ediyor	20	%10.9	155	%84.7	8	%4.4	183	100.0	0.268*
	Okula devam etmiyor	4	%23.5	13	%76.5	0	%0.0	17	100.0	
<b>Okuduğu Okul<sup>c</sup></b>	Anadolu lisesi	8	%13.8	50	%86.2	0	%0.0	58	100.0	<b>0.026*</b>
	İmam Hatip lisesi	0	%0.0	20	%100.0	0	%0.0	20	100.0	
	Meslek lisesi	11	%13.1	65	%77.4	8	%9.5	84	100.0	
	İlköğretim	1	%4.8	20	%95.2	0	%0.0	21	100.0	
<b>Başarı Durumu<sup>c</sup></b>	İyi	11	%10.5	90	%85.7	4	%3.8	105	100.0	0.604*
	Orta	7	%12.5	46	%82.1	3	%5.4	56	100.0	
	Kötü	5	%22.7	16	%72.7	1	%4.6	22	100.0	
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	3	%23.1	9	%69.2	1	%7.7	13	100.0	0.350*
	Çalışmıyor	21	%11.2	159	%85.0	7	%3.8	187	100.0	
<b>Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Evet	2	%10.5	17	%89.5	0	%0.0	19	100.0	0.799*
	Hayır	22	%12.2	151	%83.4	8	%4.4	181	100.0	
<b>Psikolojik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Evet	1	%7.1	12	%85.8	1	%7.1	14	100.0	0.900*
	Hayır	23	%12.3	156	%83.9	7	%3.8	186	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

<sup>c</sup>Okuyan öğrenciler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 83 kişidir.

Tablo 4.4.2'de çalışmadaki ergenlerin tümünde ergenlerin tanıtıcı özelliklerin umutsuzluk düzeyleri ile ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmada kadın cinsiyetin %81.8'i, erkek cinsiyetin ise %88.2'si orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Ergenlerde cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi yönünden anlamlı ilişki yoktur (p=0.361).

Çalışmada yalnızca 1 ergen evli olup, orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı görülmektedir. Geriye kalan tüm ergenler bekar ve çoğunluğu (%83.9) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Medeni durum ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki yoktur (p=1.000).

Çalışmada okula devam eden ergenlerin (n=183) %84.7'si, okula devam etmeyenlerin ise %76.5'inin orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir. Ergenlerde okula devam etme durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında ilişki yoktur (p=0.268).

Okula devam etmekte olan ergenlerde (n=183) Anadolu lisesinde okumakta olanların %86.2'si' (n=50) , İmam hatip lisesinde okuyanların



%100'ü (n=20) , Meslek lisesinde okuyanların %77.4'ü (n=65), ilköğretim okulunda okuyanların ise %95.2'si (n=20) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Okumakta olunan okul ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (p=0.026).

Okula devam eden ergenlerde (n=183) okul başarı durumu iyi olan ergenlerin (n=105) %85.7'si (n=90), okul başarı durumu orta olan ergenlerin (n=56) %82.1'i (n=46), okul başarı durumu kötü olan ergenlerin (n=22) ise %72.7'si (n=16) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Okul başarı durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.604).

Çalışmada gelir getirici bir işte çalışan ergenlerin (n=13) %69.2'sinin, çalışmayan ergenlerin (n=187) ise %85.0'ünün orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı görülmektedir. Ergenlerin gelir getirici bir işte çalışıyor olma durumu ile umutsuzluk düzeyleri benzerdir (p=0.350).

Çalışmada kronik hastalığı bulunan ergenlerin (n=19) %89.5'inde, kronik hastalığı bulunmayanların (n=181) ise %83.4'ünde orta düzeyde umutsuzluk görülmektedir. Kronik hastalık varlığı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki yoktur (p=0.799).

Çalışmada psikolojik hastalık bulunan ergenlerin (n=14) %85.8'inde, psikolojik hastalık tanısı bulunmayan ergenlerin (n=186) %83.9'unda orta düzeyde umutsuzluk görüldüğü belirlenmiştir. Psikolojik hastalık varlığı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0.900).

**Tablo 4.4.3. Ergenlere Ait Diğer Bazı Özellikler ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Ergene Ait Diğer Bazı Özellikler		Hafif umutsuzluk (4-8 puan)		Orta umutsuzluk (9-14 puan)		Yoğun umutsuzluk (15-20 puan)		Toplam		Analiz
		n	%	n	%	n	%	n	%	p
<b>Aileden Ayrı Kalma Durumu</b>	Evet	5	%20.8	16	%66.7	3	%12.5	24	100.0	<b>0.026*</b>
	Hayır	19	%10.8	152	%86.4	5	%2.8	176	100.0	
<b>Ailede Yaşanan Göç</b>	Evet	1	%14.3	6	%85.7	0	%0.0	7	100.0	1.000*
	Hayır	23	%11.9	162	%83.9	8	%4.2	193	100.0	
<b>Çocukken Kaza-Saldırı-Afet Yaşama Durumu</b>	Evet	1	%20.0	4	%80.0	0	%0.0	5	100.0	1.000*
	Hayır	23	%11.8	164	%84.1	8	%4.1	195	100.0	
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>	Evet	8	%16.7	39	%81.2	1	%2.1	48	100.0	0.226*
	Hayır	9	%7.8	102	%87.9	5	%4.3	116	100.0	
	Bazen	7	%19.4	27	%75.0	2	%5.6	36	100.0	
<b>Uyuşturucu Kullanma Durumu</b>	Evet	2	%33.3	4	%66.7	0	%0.0	6	100.0	0.402*
	Hayır	22	%11.7	158	%84.0	8	%4.3	188	100.0	
	Bazen	0	%0.0	6	%100.0	0	%0.0	6	100.0	
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Evet	2	%28.6	5	%71.4	0	%0.0	7	100.0	0.686*
	Hayır	18	%11.0	138	%84.7	7	%4.3	163	100.0	
	Bazen	4	%13.3	25	%83.3	1	%3.4	30	100.0	
<b>Arkadaş İlişkileri</b>	İyi	16	%9.9	140	%86.4	6	%3.7	162	100.0	0.264*
	Orta	7	%21.9	23	%71.9	2	%6.2	32	100.0	
	Kötü	1	%16.7	5	%83.3	0	%0.0	6	100.0	
<b>Anne İlişkileri</b>	İyi	18	%11.7	130	%84.4	6	%3.9	154	100.0	0.956*
	Orta	4	%11.8	29	%85.3	1	%2.9	34	100.0	
	Kötü	2	%16.7	9	%75.0	1	%8.3	12	100.0	
<b>Baba İlişkileri<sup>¥</sup></b>	İyi	12	%12.0	83	%83.0	5	%5.0	100	100.0	0.756*
	Orta	9	%10.8	72	%86.8	2	%2.4	83	100.0	
	Kötü	3	%18.8	12	%75.0	1	%6.2	16	100.0	
<b>Kardeş İlişkileri<sup>®</sup></b>	İyi	18	%11.8	128	%84.2	6	%4.0	152	100.0	0.465*
	Orta	1	%3.7	25	%92.6	1	%3.7	27	100.0	
	Kötü	2	%25.0	6	%75.0	0	0.0	8	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

¥Babası olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grup ve kontrol grubu (tüm olguların toplamı) için 199 kişidir.

®Kardeşi olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grup için 90 ve kontrol grubu için 97, toplam 187 kişidir.

Tablo 4.4.3'te çalışmadaki ergenlerin tümünde ergenlere ait diğer bazı özellikler ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmada ailesinden uzun süre ayrı kalan ergenlerin (n=24) %66.7'si (n=16), ayrı kalmayan ergenlerin (n=176) ise %86.4'ü (n=152) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Aileden uzun süre ayrı kalma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0.026).

Çalışmada ailesinde göç yaşama öyküsü bulunan ergenlerin (n=7) %85.7'sinde (n=6), ailesinde göç yaşama öyküsü bulunmayan ergenlerin (n=193) ise %83.9'unda (n=162) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Ailede göç yaşama öyküsü ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden ilişki yoktur (p=1.000).

Çalışmada çocukken kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşayan ergenlerin (n=5) %80.0'ı (n=4) orta düzeyde umutsuzluk yaşıyor iken, kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşamayan ergenlerin (n=195) %84.1'i (n=164) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Çocukken kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşama öyküsü ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur (p=1.000).

Çalışmada sigara kullanmakta olan ergenlerin (n=48) %81.2'si (n=39), sigara kullanmayan ergenlerin (n=116) %87.9'u (n=102), bazen sigara kullanan ergenlerin (n=36) ise %75.0'ı (n=27) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Sigara kullanma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur (p=0.226).

Çalışmada uyuşturucu madde kullanan ergenlerin (n=6) %66.7'si (n=4) orta düzeyde umutsuzluk yaşıyor iken, uyuşturucu madde kullanmayan ergenlerin (n=188) çoğunluğu (%84.0, n=158), bazen kullanan ergenlerin ise tümü (n=6) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Uyuşturucu madde kullanımı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.402).

Çalışmada alkol kullanan ergenlerin (n=7) %71.4'ünde (n=5), alkol kullanmayan ergenlerin (n=163) %84.7'sinde (n=138), bazen alkol kullanan ergenlerin (n=30) ise %83.3'ünde (n=25) orta düzeyde umutsuzluk görülmektedir. Alkol kullanma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki yoktur (p=0.686).

Çalışmada arkadaşlık ilişki durumu iyi olan ergenlerin (n=162) %86.4'ünde (n=140), arkadaşlık ilişki durumu orta olan ergenlerin (n=32) %71.9'unda (n=23), arkadaşlık ilişki durumu kötü olan ergenlerin (n=6) ise %83.0'ında (n=5) orta düzeyde umutsuzluk görüldüğü belirlenmiştir. Ergenlerin arkadaşlık ilişkileri ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.264).

Çalışmada annesiyle ilişki durumu iyi olan ergenlerin (n=154) %84.4'ü (n=130), annesiyle ilişki durumu orta olan ergenlerin (n=34) %85.3'ü (n=29), annesiyle ilişki durumu kötü olan ergenlerin (n=12) %75.0'ı (n=9) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Ergenlerin annesiyle ilişki durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki yoktur (p=0.956).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerden (n=199) babasıyla ilişki durumu iyi olan ergenlerin (n=100) %83.0'ı (n=83), babasıyla ilişki durumu orta olan ergenlerin (n=83) %86.8'i (n=72), babasıyla ilişki durumu kötü olan ergenlerin (n=16) %75.0'ı (n=12) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Ergenlerin babasıyla ilişki durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki yoktur (p=0.756).

Çalışmada kardeş/kardeşleri olan ergenlerden (n=183) kardeşleriyle ilişki durumu iyi olan ergenlerin (n=152) %84.2'si (n=128), kardeşleriyle ilişki durumu orta olan ergenlerin (n=27) %92.6'sı (n=25), kardeşleriyle ilişki durumu kötü olan ergenlerin (n=8) %75.0'ı (n=6) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Ergenlerin kardeş/kardeşleriyle ilişki durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında ilişki yoktur (p=0.465).

**Tablo 4.4.4. Ailelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Aileye Ait Bazı Özellikler		Hafif umutsuzluk (4-8 puan)		Orta umutsuzluk (9-14 puan)		Yoğun umutsuzluk (15-20 puan)		Toplam		Analiz p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Aile Tipi	Çekirdek	18	%10.6	144	%84.7	8	%4.7	170	100.0	0.202*
	Geniş	6	%20.0	24	%80.0	0	%0.0	30	100.0	
Anne Baba Birliktelik Durumu	Anne-baba birlikte	17	%9.7	151	%86.3	7	%4.0	175	100.0	0.307*
	Anne ölmüş	0	%0.0	0	%0.0	0	%0.0	0	100.0	
	Baba ölmüş	0	%0.0	1	%100.0	0	%0.0	1	100.0	
	Anne-baba boşanmış	6	%28.5	14	%66.7	1	%4.8	21	100.0	
	Anne-baba ayrı yaşıyor	1	%33.3	2	%66.7	0	%0.0	3	100.0	
Aile Gelir Durumu	Gelir giderden az	5	%15.6	25	%78.1	2	%6.3	32	100.0	0.631*
	Gelir gidere eşit	16	%11.2	123	%86.0	4	%2.8	143	100.0	
	Gelir giderden fazla	3	%12.0	20	%80.0	2	%8.0	25	100.0	
Çocuk Sayısı	Tek çocuk	3	%23.1	9	%69.2	1	%7.7	13	100.0	0.302*
	2	8	%8.2	87	%89.7	2	%2.1	97	100.0	
	3	9	%12.5	59	%81.9	4	%5.6	72	100.0	
	4 ve üzeri	4	%22.2	13	%72.2	1	%5.6	18	100.0	
Kaçınıcı Çocuk	1	7	%8.4	73	%88.0	3	%3.6	83	100.0	0.476*
	2	10	%11.9	71	%84.5	3	%3.6	84	100.0	
	3	7	%23.3	21	%70.0	2	%6.7	30	100.0	
	4	0	%0.0	2	%100.0	0	%0.0	2	100.0	
	5	0	%0.0	0	%0.0	0	%0.0	0	100.0	
	6	0	%0.0	1	%100.0	0	%0.0	1	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

Tablo 4.4.4'te çalışmadaki ergenlerin tümünde ergenlerin tanıtıcı özellikleri ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmada çekirdek aile tipine sahip ergenlerin (n=170) %84.7'sinin (n=144), geniş aile tipine sahip ergenlerin (n=30) %80.0'ünün (n=24) orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı saptanmıştır. Aile tipi ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.202).

Çalışmada anne-babası birlikte yaşayan ergenlerin (n=175) çoğunluğu (%86.3) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Babası ölmüş olanların tamamı (n=1), anne-babası boşanmış olanların (n=21) %66.7'si (n=14), anne-babası ayrılmamış ancak ayrı yaşıyor olanların (n=3) %66.7'si (n=2) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Anne baba birliktelik durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden ilişki yoktur (p=0.307).

Çalışmada aile gelir durumunu "gelirimiz giderimizden az" olarak belirten ergenlerin (n=32) %78.1'inin (n=25), "gelirimiz giderimize eşit" olarak belirten ergenlerin (n=143) %86.0'ünün (n=123), "gelirimiz giderimizden fazla" olarak belirten ergenlerin (n=25) %80.0'ünün (n=20)

orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir. Aile gelir durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden ilişki yoktur ( $p=0.631$ ).

Çalışmadaki ergenlerden ailedeki çocuk sayısı tek olan ergenlerin ( $n=13$ ) %69.2'si ( $n=9$ ), ailedeki çocuk sayısı iki olan ergenlerin ( $n=97$ ) %89.7'si ( $n=87$ ), ailedeki çocuk sayısı üç olan ergenlerin ( $n=72$ ) %81.9'u ( $n=59$ ), ailedeki çocuk sayısı dört çocuk ve üzeri olan ergenlerin ( $n=18$ ) %72.2'si ( $n=13$ ) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Ailedeki toplam çocuk sayısı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p=0.302$ ). Birim sayısı yetersiz olduğu için ailedeki toplam çocuk sayısı beş çocuk ve üzeri çocuk olan ergenler kategorisi istatistiksel analiz yapılırken ailedeki toplam çocuk sayısı dört çocuk olan ergenler kategorisine dahil edilmiştir.

Çalışmada ergenlerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Ailenin ilk çocuğu olan ergenlerin ( $n=83$ ) %88.0'ının ( $n=73$ ), ailenin ikinci çocuğu olan ergenlerin ( $n=84$ ) %84.5'inin ( $n=71$ ), ailenin üçüncü çocuğu olan ergenlerin ( $n=30$ ) %70.0'ının ( $n=21$ ), ailenin dördüncü çocuğu olan ergenlerin ( $n=2$ ) tümünün ve ailenin altınıcı çocuğu olan ergenlerin ( $n=1$ ) tümünün orta düzeyde umutsuzluk yaşamakta olduğu saptanmıştır. Ergenin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile umutsuzluk düzeyi yönünden ilişki yoktur ( $p=0.476$ ).

**Tablo 4.4.5. Annelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Anneye Ait Bazı Özellikler		Hafif umutsuzluk (4-8 puan)		Orta umutsuzluk (9-14 puan)		Yoğun umutsuzluk (15-20 puan)		Toplam		Analiz p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Anne Yaş</b>	35-39 yaş	14	%14.4	77	%79.4	6	%6.2	97	100.0	0.361 <sup>#</sup>
	40-44 yaş	7	%9.2	68	%89.5	1	%1.3	76	100.0	
	45-49 yaş	2	%10.5	17	%89.5	0	%0.0	19	100.0	
	50-54 yaş	1	%16.7	4	%66.6	1	%16.7	6	100.0	
	55-59 yaş	0	0.0	2	%100.0	0	%00	2	100.0	
<b>Anne Eğitim Durumu</b>	Okuryazar değil	2	%16.7	10	%83.3	0	%0.0	12	100.0	0.476 <sup>#</sup>
	Okuryazar	3	%8.3	30	%83.4	3	%8.3	36	100.0	
	İlköğretim	8	%8.8	80	%87.9	3	%3.3	91	100.0	
	Ortaöğretim	10	%20.0	38	%76.0	2	%4.0	50	100.0	
	Üniversite ve üzeri	1	%9.1	10	%90.9	0	%0.0	11	100.0	
<b>Anne Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	11	%25.0	33	%75.0	0	0.0	44	100.0	0.005 <sup>#</sup>
	Çalışmıyor	13	%8.3	135	%86.6	8	%5.1	156	100.0	
<b>Annede Kronik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Evet	4	%28.6	8	%57.1	2	%14.3	14	100.0	0.022 <sup>#</sup>
	Hayır	20	%10.8	160	%86.0	6	%3.2	186	100.0	
<b>Annede Psikolojik Hastalık Bulunma Durumu</b>	Evet	1	%16.7	4	%66.6	1	%16.7	6	100.0	0.352 <sup>#</sup>
	Hayır	23	%11.9	164	%84.5	7	%3.6	194	100.0	

<sup>#</sup>Monte Carlo Ki Kare Test

Tablo 4.4.5'te çalışmadaki ergenlerin tümünde annelerin tanıtıcı özelliklerinin ergenlerin umutsuzluk düzeyleri ile ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Anne yaşı 35-39 yaş arası olan ergenlerin (n=97) %79.4'ü (n=77), anne yaşı 40-44 yaş arası olan ergenlerin (n=76) %89.5'i (n=68), anne yaşı 45-49 yaş arası olan ergenlerin (n=19) %89.5'i (n=17), anne yaşı 50-54 yaş arası olan ergenlerin (n=6) %66.6'sı (n=4), anne yaşı 55-59 yaş arası olanların (n=2) ise tümü orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Anne yaşı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur (p=0.361).

Çalışmada anneleri okuryazar olmayan ergenlerin (n=12) %83.3'ü (n=10), anneleri okuryazar olan ergenlerin (n=36) %83.4'ü (n=30), anneleri ilköğretim mezunu olan ergenlerin (n=91) %87.9'u (n=80), anneleri ortaöğretim mezunu olan ergenlerin (n=50) %76.0'ı (n=38), anneleri üniversite ve üzeri mezun olan ergenlerin (n=11) %90.9'u (n=10) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Anne eğitim durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden ilişki yoktur (p=0.476).

Çalışmada annesi gelir getirici bir işte çalışan ergenlerin (n=44) %75.0'inin (n=33), annesi çalışmayan ergenlerin (n=156) ise %86.6'sının

(n=135) orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir. Anne çalışma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0.005).

Çalışmada annesinde kronik hastalık bulunan ergenlerin (n=14) %57.1'inin (n=8), kronik hastalık bulunmayanların (n=186) %86.0'ının (n=160) orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı saptanmıştır. Annede kronik hastalık varlığı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (p= 0.022).

Çalışmada annesinde psikolojik hastalık bulunan ergenlerin (n=6) %66.6'sı (n=4), psikolojik hastalık tanısı bulunmayanların (n=194) ise %84.5'i (n=164) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Annede psikolojik hastalık varlığı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (p= 0.352).



**Tablo 4.4.6. Babaların Tanıtıcı Özellikleri ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Babaya Ait Bazı Özellikler		Hafif umutsuzluk (4-8 puan)		Orta umutsuzluk (9-14 puan)		Yoğun umutsuzluk (15-20 puan)		Toplam		Analiz p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Baba Yaş<sup>‡</sup></b>	35-39 yaş	4	%13.8	22	%75.9	3	%10.3	29	100.0	0.232*
	40-44 yaş	14	%12.6	93	%83.8	4	%3.6	111	100.0	
	45-49 yaş	3	%7.7	36	%92.3	0	%0.0	39	100.0	
	50-54 yaş	2	%13.3	13	%86.7	0	%0.0	15	100.0	
	55-59 yaş	1	%20.0	3	%60.0	1	%20.0	5	100.0	
<b>Baba Eğitim Durumu<sup>‡</sup></b>	Okuryazar değil	1	%50.0	1	%50.0	0	%0.0	2	100.0	0.272*
	Okuryazar	4	%16.7	17	%70.8	3	%12.5	24	100.0	
	İlköğretim	8	%11.8	58	%85.3	2	%2.9	68	100.0	
	Ortaöğretim	9	%10.9	71	%85.5	3	%3.6	83	100.0	
	Üniversite ve üzeri	2	%9.1	20	%90.9	0	%0.0	22	100.0	
<b>Babada Kronik Hastalık Bulunma Durumu<sup>‡</sup></b>	Evet	1	%12.5	7	%87.5	0	%0.0	8	100.0	1.000*
	Hayır	23	%12.0	160	%83.8	8	%4.2	191	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

<sup>‡</sup>Babası olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 99 kişidir.

Tablo 4.4.6'da çalışmadaki ergenlerin tümünde babaların tanıtıcı özellikleri ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerde (n=199) baba yaşı 35-39 yaş arası olan ergenlerin (n=29) %75.9'u (n=22), babası 40-44 yaş arası olan ergenlerin (n=111) %83.8'i (n=93), babası 45-49 yaş arası olan ergenlerin (n=39) %92.3'ü (n=36), babası 50-54 yaş arası olan ergenlerin (n=15) %86.7'si (n=13), babası 55-59 yaş arası olan ergenlerin (n=5) ise %60.0'ı (n=3) orta düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Baba yaşı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.232).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerde (n=199) babası okuryazar olmayan ergenlerin (n=2) yarısı (n=1) hafif düzeyde umutsuzluk, diğer yarısı (n=1) orta düzeyde umutsuzluk, babası okuryazar olan ergenlerin (n=24) %70.8'inin (n=17), babası ilköğretim mezunu olan ergenlerin (n=68) %85.3'ünün (n=58), babası ortaöğretim mezunu olan ergenlerin (n=83) %85.5'inin (n=71), babası üniversite ve üzeri mezun olan ergenlerin (n=22) %90.9'unun (n=20) orta düzeyde umutsuzluk yaşadığı belirlenmiştir. Baba eğitim durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden ilişki yoktur (p=0.272).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerde (n=199) babasında kronik hastalık bulunan ergenlerin (n=8) %87.5'i (n=7), babasında kronik hastalık bulunmayan ergenlerin (n=191) ise %83.8'i (n=160) orta

düzeyde umutsuzluk yaşamaktadır. Babada kronik hastalık varlığı ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur ( $p= 1.000$ )

**Tablo 4.4.7. Aile Tutumları ile Ergenlerin Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Ailelere Ait Bazı Tutumlar		Hafif umutsuzluk (4-8 puan)		Orta umutsuzluk (9-14 puan)		Yoğun umutsuzluk (15-20 puan)		Toplam		Analiz
		n	%	n	%	n	%	n	%	p
<b>Annenin Çocuğa Karşı Tutumu</b>	Aşırı koruyucu	16	%11.7	117	%85.4	4	%2.9	137	100.0	0.608*
	Otoriter	3	%9.4	26	%81.2	3	%9.4	32	100.0	
	Reddedici	2	%13.3	13	%86.7	0	%0.0	15	100.0	
	Demokratik-Hoşgörülü	3	%18.8	12	%75.0	1	%6.2	16	100.0	
<b>Babanın Çocuğa Karşı Tutumu<sup>‡</sup></b>	Aşırı koruyucu	12	%14.1	70	%82.4	3	%3.5	85	100.0	0.862*
	Otoriter	9	%10.7	71	%84.5	4	%4.8	84	100.0	
	Reddedici	1	%5.9	16	%94.1	0	%0.0	17	100.0	
	Demokratik-Hoşgörülü	2	%15.4	10	%76.9	1	%7.7	13	100.0	
<b>Ailede Kararları Kim Verir</b>	Anne	3	%14.3	17	%81.0	1	%4.7	21	100.0	0.087*
	Baba	8	%9.3	74	%86.0	4	%4.7	86	100.0	
	Çocuklar	1	%100.0	0	%0.0	0	%0.0	1	100.0	
	Anne-baba birlikte	5	%7.4	61	%89.7	2	%2.9	68	100.0	
	Anne-baba çocuklar	3	%25.0	8	%66.7	1	%8.3	12	100.0	
	Aile büyükleri	4	%33.3	8	%66.7	0	%0.0	12	100.0	
<b>Ailede Ergenin Fikrinin Alınma Durumu</b>	Evet	13	%12.9	82	%81.2	6	%5.9	101	100.0	0.327*
	Hayır	11	%11.1	86	%86.9	2	%2.0	99	100.0	

\*Monte Carlo Ki Kare Test

<sup>‡</sup>Babası olan ergenler arasında karşılaştırma yapıldığı için n sayısı intihar eden grupta 99 kişidir.

Tablo 4.4.7'de çalışmadaki ergenlerin tümünde aile tutumları ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkisi gruplara ayrılmadan verilmiştir.

Anneleri aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin (n=137) %85.4'ünde (n=117), anneleri otoriter tutum sergileyen ergenlerin (n=32) %81.2'sinde (n=26), anneleri reddedici tutum sergileyen ergenlerin (n=15) %86.7'sinde (n=13), annesi demokratik ve hoşgörülü tutum sergileyen ergenlerin (n=16) %75.0'ında (n=12) orta düzeyde umutsuzluk görüldüğü belirlenmiştir. Anne tutumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden anlamlı ilişki yoktur (p=0.608).

Çalışmada babası hayatta olan ergenlerde (n=199) babası aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin (n=85) %82.4'ünde (n=70), otoriter tutum sergileyen ergenlerin (n=84) %84.5'inde (n=71), reddedici tutum sergileyen ergenlerin (n=17) %94.1'inde (n=16), demokratik ve hoşgörülü tutum sergileyen ergenlerin (n=13) %76.9'unda (n=10) orta düzeyde umutsuzluk tespit edilmiştir. Baba tutumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktur (p=0.862).

Çalışmada kararların anne tarafından alındığı ailelerdeki ergenlerin (n=21) %81.0'ında (n=17), kararların baba tarafından alındığı ailelerdeki ergenlerin (n=86) %86.0'ında (n=74), kararların anne babanın birlikte

karar aldığı ailelerdeki ergenlerin (n=68) %89.7'sinde (n=61), kararların anne, baba ve çocuklar tarafından birlikte alındığı ailelerdeki ergenlerin (n=12) %66.7'sinde (n=8), aile büyüklerinin (büyükanne, büyükbaba vb.) karar aldığı ailelerdeki ergenlerin (n=12) %66.7'sinde (n=8) orta düzeyde umutsuzluk yaşandığı belirlenmiştir. Evde karar verici kişi/kişiler ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden ilişki yoktur (p=0.087).

Çalışmadaki ergenlerin ailede fikrinin alındığı durumda (n=101) %81.2 (n=82) oranında, ailede fikrinin alınmadığı durumda ise %88.9 (n=86) oranında orta düzeyde umutsuzluk yaşandığı belirlenmiştir. Ergenlerin kararlarda fikrinin alınma durumu ile umutsuzluk düzeyleri yönünden ilişki yoktur (p= 0.327).

## 5- TARTIŞMA

Ülkemizde ve dünyada intihar ve intihar girişimleri giderek artmakta olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. WHO (2013) verilerine göre, her yıl ortalama 1.000.000 kişi intihar sonucunda yaşamını yitirmekte ve genç yaş grubunda intihar oranı giderek artmaktadır. Dünyada 15-24 yaşları arasındaki her 100.000 gençten 13'ü kendi yaşamına son vermektedir (WHO, 2014). 2020 yılında intihara bağlı ölümlerin sayısının 1.500.000'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2013). TÜİK, 2011 yılında intihara bağlı ölüm sayısının 2677 olduğunu, bu intiharların büyük kısmının 15-19 yaş grubunda gerçekleştiğini bildirmiştir. Yine TÜİK (2015) verilerine göre intihar edenlerin %34.3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur. Bu yaş grubunda intihar girişiminin sık görülmesinin nedeni olarak, ergenlik dönemine ait fiziksel, sosyal ve psikolojik değişiklikler, değişimlerin hızlı olması ve bu değişime uyum sağlamada zorluk yaşanması ve sınavların bu dönemde yoğunlaşması gibi nedenler düşünülmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda (Aktepe vd., 2006; Duman & İnci, 2014; Şenol, Ünalın, Avşaroğulları & İkizceli, 2005; Toklucu vd., 2012) intihar girişimi oranının ergenlik döneminde ve özellikle 16'lı yaşlarda arttığı görülmektedir. Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığını belirlemek amacıyla 1400 öğrenci ile yapılan bir başka çalışmada (Ceyhun & Ceyhun, 2003) lise ve üniversite öğrencilerinde intihar girişimi oranının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle ergenlik dönemi intiharları üzerinde özellikle durmak, risk faktörlerini belirlemek ve riskli gruba yönelik önlemlerin erken dönemde alınması önemlidir.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda intihar girişiminde bulunan 13-18 yaş grubu ergenlerde risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 ergen çalışma grubuna, intihar girişimi dışında bir sağlık problemi ile hastaneye gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 100 ergen ise kontrol grubuna dahil edilmiştir.

Tartışma sonuçları 4 başlık altında incelenmiştir. Bunlar;

- 1- Çalışma ve kontrol grubunda yer alan ergenlerin ve ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri ve gruplar arası karşılaştırma,
- 2- İntihar girişiminde bulunan grubun intihar ile ilgili tutum ve davranışları,
- 3- Ergenlerin tümünün bazı özellikleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki,
- 4- Ergenlerin tümünün bazı özellikleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki.

## 5.1 - Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırma

Çalışmamız 13-18 yaş arası ergenler ile yapılmış olup, intihar girişimi grubunun yaş ortalaması 15, kontrol grubunun yaş ortalaması yine 15 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Her iki grubun yaş ortalaması benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda ergenlerin (n=200) 132'si kadın, 68'i erkektir. Kadın cinsiyetin %56.1'i (n=74) intihar girişimi grubunda, %43.9'u (n=58) ise kontrol grubundadır. Buna karşın erkeklerin %38.2'si (n=26) intihar girişimi grubunda iken, kontrol grubunda bu oran %61.8'dir (n=42). Cinsiyet ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark vardır ve kadın cinsiyette intihar girişimi oranı daha yüksektir (p=0.017) (Tablo 4.1.1). Yapılan çalışmalarda (Alsancak, Ziyalar & Kayaalp, 2010; Devis & Brock, 2002; Duman vd., 2004; Duman & İnci, 2014; Eker, 2006; Erşan & Kılıç, 2013; Gökçen & Köylü, 2011; Güleç & Aksaray, 2006; Kaplan & Sadock, 2004; Öztop vd., 2009; Pomerantz vd., 2009; Sayar vd., 2000; Siyez, 2006; Soylu vd., 2013; Toklucu vd., 2012; Ünlü vd., 2014; Yalaki vd., 2012) ergenlikte intihar girişiminin kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Aktepe ve arkadaşları (2006)'nın intihar girişimi nedeniyle başvuran yaşları 7-16 arasında değişen 58 hastayı incelediği çalışmada hastaların %89.7'sinin kadın, %10.3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Taktak ve arkadaşları (2008)'nin yaptığı çalışmada 124 intihar girişimi olgusunun 83'ü erkek, 41'i ise kadındır. Adıyaman'da intihar girişiminde bulunan 210 birey ile yapılan bir çalışmada bireylerin %71.9'unun kadın, %28.1'nin ise erkek olduğu belirlenmiştir (Alptekin vd., 2006). Akın ve Berkem (2012)'in intihar girişimi nedeniyle acil olarak başvurmuş veya konsülte edilmiş 12-18 yaş arasındaki 36 hasta ile yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin 27'sinin kız (%75) ve 9'unun erkek (% 25) olduğu saptanmıştır. 2012 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada da kızlarda intihar girişim oranı %49.9 iken, erkeklerde bu oran %48.6 olarak tespit edilmiştir (Pisani vd., 2013). Atay ve Gündoğar (2004)'nin Isparta ilinde yaşları 18-65 arasında değişen 600 katılımcı ile yaptığı çalışmada örneklemin %56'sını (n=336) kadınlar, %44'ünü (n=264) erkekler oluşturmuştur. Çalışma sonucumuz bu yönüyle literatürle benzerdir. Erkeklere oranla kadınların intihar girişim oranının yüksek olması kadının toplumdaki yeri ve rolleriyle ilişkilendirilebilir (Fidan, 2012; Toklucu vd., 2012). Kadınlara baskıcı tutum sergilenmesi ve kadınların erkeklere göre daha duygusal yapıda olması da nedenler arasında sayılabilir (Akın & Berkem, 2012). Erkeklerde sonuçlanmış intiharlar, kadınlarda ise intihar girişimi oranları daha yüksektir (Aktepe vd., 2005; Harmancı, 2015; Toklucu vd., 2012; Taktak vd., 2008; Wasserman vd., 2005; Yeğenoğlu, 2015). Bu durum kadınlarda intihar girişiminin sosyal ve kültürel olarak daha kolay kabul edilen bir olgu olarak karşımıza çıkmasına bağlanabilir

(Okucu,1988). Bir diğere neden ise; sesini duyuramayan, ciddiye alınmayan, değersiz görülen kadınların intihar girişimini dikkat çekme, kendini anlatma, problem çözme ve yardım isteme için bir araç olarak düşünmelerine bağlanabilir.

Çalışmamızda yalnızca 1 kişi evli olup, bu kişi intihar girişimi grubunda yer almaktadır ve medeni durum ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p=1.000$ ) (Tablo 4.1.1). TÜİK (2015) verilerine göre; intiharların %50.5'i evli, %37.7'si hiç evlenmemiş, %7.2'si boşanmış, %4.6'sı ise eşi ölmüş kişilerce gerçekleştirilmiştir. Cinsiyetlere göre bakıldığında; intihar eden erkeklerin %54.0'ı evli, %36.4'ü hiç evlenmemiştir. Kadınların ise %41.1'i evli, %41.0'ı ise hiç evlenmemiştir. Çalışmamızda örneklemimizi ergenlerin oluşturuyor olması çoğunluğun bekar olmasına neden olan en büyük etken olarak gösterilebilir ve farklılık olmaması buna bağlı olabilir.

Ergenlerin ( $n=200$ ) 183'ünün okula devam ettiği, 17'sinin ise okula devam etmediği belirlenmiştir. Okula devam eden ergenlerde intihar girişiminde bulunma oranı %45.4 ( $n=83$ ) iken, okula devam etmeyenlerde bu oran %100.0'dır ( $n=17$ ). Okula devam etme durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark bulunmaktadır ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.1.1). Duman ve İnci (2014)'nin araştırma sonucu da araştırma sonucumuz ile uyum göstermektedir. Güleç ve Aksaray (2006)'ın yaşları 15-24 arasında değişen, intihar girişimi grubunda bulunan 63 genç ile, kontrol grubunda bulunan 65 gencin karşılaştırıldığı çalışmalarında; intihar girişiminde bulunan gençlerin okula devam etme oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Okula devam etmeyen ergenlerde intihar girişimi oranının yüksek olmasının nedeni olarak, eğitimsizliğe bağlı olarak sorunlarla baş etmede güçlük yaşanması, ailedeki ilgi ve destek eksikliği, okuldan ve arkadaşlarından ayrılma, gelecekte beklenilenin azalması, istediği mesleğe sahip olamayacağı düşüncesi, davranım bozuklukları, ekonomik güçlükler gibi etkenler gösterilebilir (Gözden, 2010). Ayrıca okuldan ayrılma sonucu oluşan sosyal izolasyon ve yalnızlık intihar girişim oranını arttırmaktadır (Gözden, 2010).

Okula devam eden ergenlerin ( $n=183$ ) çoğunluğu ( $n=84$ ) Meslek lisesinde okumaktadır. Her iki grup okumakta olduğu okul yönünden karşılaştırıldığında ise, Anadolu lisesinde okumakta olan ergenlerin %53.4'ü ( $n=31$ ) kontrol grubunda, İmam Hatip lisesinde okuyanların %60.0'ı ( $n= 12$ ) intihar girişimi grubunda, Meslek lisesinde okuyanların %52.4'ü ( $n= 44$ ) kontrol grubunda, ilköğretim okulunda okuyanların %81.0'ı ( $n=17$ ) ise kontrol grubunda yer almaktadır. Okumakta olunan okul ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p=0.053$ ) (Tablo 4.1.1). Yapılan farklı bir çalışmada (Elevli, 2012) da, çalışmamızla benzer şekilde okul türü ile intihar olasılığı arasında ilişki saptanmamıştır.

Okula devam eden ergenlerin (n=183) başarı durumları incelendiğinde, ergenlerin çoğunluğunun (n=105) başarı durumunu iyi olarak algıladığı belirlenmiştir. Okul başarı durumunu iyi olarak algılayan ergenlerin %65.7'si kontrol grubunda yer almaktadır. Okul başarı durumunu orta olarak belirten ergenlerin %51.8'i (n=29), okul başarı durumunu kötü olarak belirten ergenlerin ise %81.8'inin (n=18) intihar girişimi grubunda yer aldığı görülmektedir. Okul başarı durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.001) (Tablo 4.1.1). Aktepe ve arkadaşları (2006)'nın intihar girişimi nedeniyle başvuran yaşları 7-16 arasında değişen 58 ergen ile yaptığı çalışmada da çalışma sonuçlarımızla uyumlu olarak okul başarısı orta ve kötü olan ergenlerin intihar girişimi oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Beautrais, Joyce & Mulder (1998)'in çalışmasında da intihar girişiminde bulunan 129 vakanın büyük çoğunluğunun eğitim başarısının düşük olduğu saptanmıştır. Özfirat ve arkadaşları (2009)'nın Malatya il merkezinde öğrenim gören 9042 lise son sınıf öğrencisi ile yaptıkları bir araştırmada, okul başarısı kötü olan ergenlerin %64.2'sinde depresif bozukluk olduğu belirlenmiştir. Güleç ve Aksaray (2006)'ın yaşları 15-24 arasında değişen intihar girişimi grubunda bulunan 63 genç ile kontrol grubunda bulunan 65 genci karşılaştırdığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan gençlerin okula devam etme oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Ergenlerin (n=200) 13'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Çalışan ergenler arasında intihar girişiminde bulunma oranı %53.8 (n=7) iken, çalışmayan ergenler arasında bu oran %49.7'dir (n= 93). Ergenin çalışma durumu ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark bulunmamaktadır (p=1.000) (Tablo 4.1.1). Çalışmamızda gelir getirici bir işte çalışma durumu ergen intiharları için risk faktörü oluşturmamıştır. Bu sonuç örneklem sayımızın yetersizliğinden kaynaklı olabilir. Literatürde bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma sonucuna ulaşılammıştır.

Ergenlerin (n=200) 19'unda kronik hastalık mevcuttur. Kronik hastalığı bulunan ergenlerde intihar girişiminde bulunma oranı %26.3 (n=5) iken, kronik hastalığı mevcut olmayanlarda bu oran %52.5'tir (n= 95). Kronik hastalık varlığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden her iki grup arasında fark bulunmamaktadır (p=0.054) (Tablo 4.1.1). İntihar girişimi grubunda kronik hastalığı bulunanların (n=5) tanıları incelendiğinde; 3 ergende ailevi akdeniz ateşi, 1 ergende astım ve kalp ritim bozukluğu ve 1 ergende talasemi olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise kronik hastalığı bulunan kişi sayısı 14'dür. Bunlardan 6 ergende ailevi akdeniz ateşi, 3 ergende epilepsi, 2 ergende diyabet, 1 ergende astım, 1 ergende aplastik anemi ve 1 ergende talasemi tanısı bulunmaktadır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerde kronik bir rahatsızlık varlığı risk faktörü olarak belirlenememiştir. Yapılan bazı araştırmalar (Hawton vd., 2012) ise fiziksel hastalıklar ya da yaralanmaların ergenlerde intihar davranışı riskini arttırdığı yönündedir.



Aktepe ve arkadaşları (2005)'nin çocuk ve ergenlerle yaptığı araştırmasında, hastalık ve hastaneye yatma öyküsü çocukta intihar risk faktörü olarak yerini almıştır. Bireyin kendini algılama şekli, sosyal desteğin yetersizliği, rahatsızlığı nedeniyle yaşadığı yalnızlık veya soyutlanma, ailesi tarafından reddedilme, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yardıma ihtiyaç duyması ve işlevselliği bozacak düzeyde fiziksel hastalığının olması gibi bireysel farklılıklar bu sonuçların ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir (Soylu, 2009). Çalışma sonucumuzun literatürden farklı olması örneklem grubumuzda kronik hastalığı olan ergen sayısının az olmasına bağlı olabilir.

Ergenlerin (n=200) 14'ünde psikolojik hastalık mevcuttur. Psikolojik hastalığı bulunan ergenlerin intihar girişiminde bulunma oranı %85.7 (n=12) iken, psikolojik hastalığı bulunmayan ergenlerde bu oran %47.3'tür (n=88). Psikolojik hastalık varlığı ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.013) (Tablo 4.1.1). İntihar girişimi grubunda psikolojik hastalığı bulunanların (n=12) tanıları incelendiğinde; 7 ergende anksiyete bozukluğu, 3 ergende panik atak, 1 ergende kaygı bozukluğu ve 1 ergende dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise psikolojik hastalığı bulunan kişi sayısı 2'dir. Bunlardan birinin depresyon, diğerinin ise dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu tanısı bulunmaktadır. Ergenlerde intihar davranışının psikiyatrik hastalıklarla yakın ilişkisi olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırma sonuçları da (Akın & Berkem, 2012; Gould & Kramer, 2000; Yalvaç, 2006) bulgularımızla paralellik göstermekte ve depresif bozuklukların intihar risk faktörü açısından ilk sırada yer aldığını göstermektedir. Öztop ve arkadaşları (2009)'nin çalışmasında psikiyatrik rahatsızlığı bulunan ergenlerin %36.0'ının intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Ünlü ve arkadaşları (2014)'nin çalışmasında ise, intihar girişimde bulunan 61 ergenin %65.6'sında ruhsal bozukluk olduğu belirlenmiş olup; majör depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite en sık görülen bozukluklar olarak ortaya konulmuştur. Yiğit ve arkadaşları (2010)'nin intihar girişimi nedeni ile acil servise başvuran hastalarla yaptığı çalışmasında hastaların %29.0'unun psikiyatrik bir tanısının mevcut olduğu belirlenmiştir. Özdel ve arkadaşları (2009)'nin yaptığı çalışmada ise, intihar girişiminde bulunan ergenlerin %74.6'sında ruhsal bir sorun olduğu ve %28.5'inde majör depresyon bulunduğu belirlenmiştir. Ünlü ve arkadaşları (2014)'nin intihar girişimi ile gelen 18 yaş altı 61 olgu ile yaptığı çalışmada %65.6'sında ruhsal bozukluk olduğu saptanmış olup; majör depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği-hiperaktivite en sık görülen bozukluklar olarak ortaya konulmuştur. Akın ve Berkem (2012)'in intihar girişimi nedeniyle acil olarak başvurmuş veya konsülte edilmiş 12-18 yaş arasındaki 36 hasta ile yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %77.8'inde psikopatoloji saptanmıştır ve en sık görülen psikiyatrik bozukluklar sırasıyla depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu olarak belirlenmiştir.

Ercan (1998)'ın intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik özellikleri incelediği araştırmasında majör depresyon, uyum bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve davranım bozukluğunun en sık görülen psikiyatrik bozukluklar olduğu saptanmıştır. Ercan ve arkadaşları (2000)'nin çalışmasında ise, ergenlerin %27.5'inin uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu tanılarının mevcut olduğu ortaya konulmuştur. Psikolojik hastalıklar ruhsal dengesinin yanı sıra bedensel ve sosyal dengeyi de bozarak, ergenlerin sorunlarla baş etme becerilerini ve anlama, kavrama ve düşünme yetilerini olumsuz yönde etkileyerek intihar girişim oranının artmasına neden olmaktadır (Fidan, 2012).

Çalışmada 24 ergende aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü bulunmaktadır. Aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü olan ergenlerin %41.7'si (n=10) intihar girişimi grubunda iken, %58.3'ü (n=14) kontrol grubunda yer almaktadır. Aileden uzun süre ayrı kalmayan ergenlerin ise %51.1'i intihar girişimi grubundadır. Aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü ile ergenlerin intihar girişimleri yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.514) (Tablo 4.1.2) ve aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü ergen intiharları için risk faktörü oluşturmamıştır. Literatürde bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma sonucuna ulaşılammıştır.

Çalışmamızda sadece 7 ergenin ailesinde göç yaşama öyküsü mevcuttur. Bunlardan 6'sı (%85.7) kontrol grubunda yer alıyor iken, sadece 1 intihar girişimi grubundadır. Ergenin göç yaşama öyküsü ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark yoktur (p=0.118) (Tablo 4.1.2). Çalışmamızda göç yaşama durumu intihar girişimi için risk faktörü oluşturmamıştır. Duman ve İnci (2014)'nin araştırmasında ise, göç eden aile sayısının fazla olmasının intihar ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ergenlerin yaşadığı çevreden, ailesinden ve arkadaşlarından uzaklaşması ve bu esnada yaşadığı ekonomik sorunların intihar için risk faktörü oluşturabileceği düşünülmektedir. Ayrıca buldukları ortamda stres yaratan durumların varlığı ve bu durumla başa çıkmada zorluk yaşanmasının da intihar girişimi için risk yaratacağı düşünülmektedir. Çalışma sonucumuz literatürle benzer değildir. Bunun nedeni çalışma grubumuzda göç yaşayan ergen sayısının az olmasına bağlı olabilir.

Çalışmada yalnızca 5 ergende çocukken kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşama öyküsü olduğu belirlenmiştir. Bu ergenlerin 3'ü (%60.0) intihar girişimi grubunda, 2'si (%40.0) ise kontrol grubundadır. Çocukken kaza-afet-saldırı vb. durum yaşama öyküsü ile intihar girişimi yönünden iki grup benzerdir (p=1.000) (Tablo 4.1.2). Çalışmamızda kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşama öyküsü intihar girişimi için risk faktörü olarak tespit edilememiştir. Literatürde bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma sonucuna ulaşılammıştır. Çalışma grubumuzda çocukken kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşayan ergen sayısı sadece 5'tir. Fark çıkmaması buna bağlı olabilir.

Ergenlerin çoğunluğu (n=116) sigara kullanmamaktadır. 48 ergen her zaman, 36 ergen ise bazen sigara kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Her zaman sigara kullanan ergenlerin %81.0'ı (n=39) intihar girişimi grubunda, bazen kullananların ise %69.0'ı (n=25) intihar girişimi grubundadır. Buna karşın sigara kullanmayanların çoğunluğu (%69.0) kontrol grubunda yer almaktadır. Sigara kullanma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.1.2). Akın ve Berkem (2012)'in intihar girişimi nedeniyle acile başvurmuş veya konsülte edilmiş 12-18 yaş arasındaki 36 hasta ile yaptığı çalışmada da sigara kullanımı intihar için risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Güler ve arkadaşları (2009)'nın lisede 9 lisede öğrenim gören 7700 öğrenci ile yaptığı çalışmada sigara kullanan ergenlerde intihar girişimi düşünceleri ve eylemi gerçekleştirme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucumuz ve diğer çalışma sonuçları sigara kullanan ergenlerde intihar riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda 30 ergen bazen, 7 ergen ise her zaman alkol kullandığını belirtmiştir. Her zaman alkol kullanan ergenlerin tamamı (n=7) intihar girişimi grubunda, bazen kullanan ergenlerin ise %90.0'ı (n=27) intihar girişimi grubunda yer alıyor iken, alkol kullanmayanların %59.5'i (n=97) kontrol grubunda yer almaktadır. Alkol kullanma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.1.2). Güler ve arkadaşları (2009)'nın lisede öğrenim gören 7700 öğrenci ile yaptığı çalışmada, alkol kullanan ergenlerde intihar girişimi düşünceleri ve eylemi gerçekleştirme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Miller ve Glinski (2000) çalışmasında intihar eden ergenlerin %35.0'ının kanında yüksek oranda alkol bulunduğunu belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise intihar girişimi öncesi alkol kullanımı oranının %14.0 olduğu saptanmıştır (Özgüven vd., 2003). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda alkol kullanımının ergen intiharları için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada 6 ergen her zaman, 6 ergen ise bazen uyuşturucu madde kullandığını belirtmiştir. Her zaman uyuşturucu madde kullanan ergenlerin %83.3'ü (n=5) intihar girişimi grubunda, bazen kullananların %83.3'ü (n=5) intihar girişimi grubunda yer alıyor iken, uyuşturucu madde kullanmayanların %52.1'i (n=98) kontrol grubunda yer almaktadır. Uyuşturucu kullanma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.097$ ) (Tablo 4.1.2). Yapılan araştırmalar (Aktepe vd., 2005; Ceyhun & Ceyhun, 2003; Davis & Brock, 2002; Goult & Kramer, 2000; Siyez, 2006) madde kullanımının intihar risk faktörü açısından ilk sıralarda olduğunu göstermektedir. Berman & Schwartz (1990) madde kullanan ergenlerin kullanmayanlara oranla üç kere daha fazla intihara başvurduklarını belirtmiştir. Ek olarak bazı yazarlar (Rich, Fowler & Young, 1989; Fombonne, 1998) intihar yaygınlığındaki artışın madde kötüye kullanımındaki artışla bağlantılı

olabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmayı yürüttüğümüz hastanede araştırmanın yapıldığı dönemde yalnızca ayın 1 ile 5'i arasında bir günde madde kullanım öyküsü ile gelen hastalar kabul edilmektedir. Madde kötüye kullanımı araştırmamız kapsamındaki ergenlerde bağımlılık düzeyinde olmadığı için ve bazı dönemlerde ergenin başka hastaneye sevki gerçekleştirildiği için bu durum araştırma sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Ergenlerin çoğunluğu (n=162) arkadaş/arkadaşları ile ilişki durumunu iyi olarak belirtmiştir. Arkadaşlarıyla ilişki durumu iyi olan ergenlerin %56.0'ı (n=90) kontrol grubunda yer almakta iken, orta olanların %69.0'ı (n=22) ve kötü olanların tamamı (n=6) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenlerin arkadaş/arkadaşlarıyla ilişki durumu ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.001) (Tablo 4.1.2). Yapılan bir araştırma (Yalaki vd., 2012) sonucunda arkadaşlık ilişkilerindeki sorunların en sık görülen intihar girişim nedeni olduğunu göstermektedir. Güney Koreli öğrencilerle yapılan bir araştırma sonucunda arkadaşlarla kolay ilişki kurulabiliyor olmanın intihar düşüncesi sıklığını azalttığı belirlenmiştir (Park, Schepp, Jang & Koo vd., 2006). Sayar ve arkadaşları (2000)'nin araştırma sonucunda da intihara neden olan en önemli faktörlerden biri olarak, arkadaşlık ilişkilerinde yaşanan bozulmalar ve kopmalar gösterilmiştir. Grup tarafından kabullenme bireyin kendine olan güvenini artırırken, reddedilmek değersizlik hissi yaşamasına neden olmaktadır (Elevli, 2012). Arkadaşlarla yaşanan çatışmalar, arkadaşların ilgi ve desteğinin yetersizliği, yaşanan tartışmalar ve uyumsuzluklar ergeni yalnızlığa itmekte ve bunun sonucunda da ergen intihara yönelmektedir (Okucu, 1988; Gözden, 2010). Çalışmamızda da ergenlerin arkadaş/arkadaşlarıyla ilişki durumunun intihar girişimi için risk faktörü olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda ergenlerin çoğunluğu (n=154) annesiyle olan ilişkisini iyi olarak değerlendirmiştir. Annesiyle ilişki durumu iyi olan ergenlerin %56.0'ı (n=86) kontrol grubunda, orta olan ergenlerin %73.5'i (n=25) intihar girişimi grubunda, kötü olan ergenlerin ise %58.0'ı (n=7) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenlerin annesiyle ilişki durumu ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0.007) (Tablo 4.1.2). Yapılan çalışmalarda (Canat, 1991) anne ile tartışma ve yaşanan çatışmalar intihar girişimi açısından önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Güney Koreli öğrencilerle yapılan bir araştırma sonucunda aile ile kolay veya zor ilişki kuruyor olmakla intihar düşüncesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. (Park vd., 2006). Elevli (2012)'nin yaptığı araştırmaya göre de anneye duyulan yakınlığa bağlı olarak ergenlerin intihar girişim oranları değişmekte olup, annesini kendisine yakın hissetmeyen ergenlerde intihar girişim oranı artmaktadır. Ebeveynler ile yaşanan çatışmalar, aile içi iletişim eksiklikleri, ailenin ilgi ve desteğinin yetersizliği, yaşanan tartışmalar ve uyumsuzluklar ergeni yalnızlığa itmekte ve bunun sonucunda da ergen intihara yönelmektedir

(Okucu, 1988; Gözden, 2010). Ergenlerin annesiyle ilişki durumunun orta ya da kötü olması intihar girişimi için risk faktörü olarak bulunmuştur.

Babası hayatta olan ergenlerin (n=199) büyük çoğunluğu (n=100) babasıyla olan ilişki durumunu iyi olarak değerlendirirken, 83 ergen orta, 16 ergen ise kötü ilişki durumuna sahip olduğunu belirtmiştir. Babasıyla ilişki durumu iyi olan ergenlerin %70.0'ı (n=70) kontrol grubunda, orta olan ergenlerin %69.9'u (n=58) intihar girişimi grubunda, kötü olanların ise %68.8'i (n=11) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenlerin babalarıyla olan ilişki durumu ile intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.1.2). Yapılan çalışmalarda (Canat, 1991) baba ile tartışma ve yaşanan çatışmalar intihar girişimi açısından risk faktörleri olarak belirtilmektedir. Güney Koreli öğrencilerle yapılan bir araştırma sonucunda da aile ile zor ilişki kuruyor olmanın intihar düşüncesi sıklığını arttırdığı belirlenmiştir (Park vd., 2006). Eevli (2012)'nin yaptığı araştırmaya göre de babaya duyulan yakınlığa bağlı olarak ergenlerin intihar oranları değişkenlik göstermekte olup, babasını kendisine yakın bulmayan ergenlerde intihar girişim oranı artmaktadır. Anne ve baba tarafından sevilmediğini, değer görülmediğini veya reddedildiğini düşünen ergen intihara yönelmektedir.

Çalışmada kardeş/kardeşlere sahip olan ergenlerin (n=187) çoğunluğu (n=152) kardeşi/kardeşleri ile olan ilişkisini iyi, 27 ergen orta, 8 ergen ise kötü olarak değerlendirmiştir. Kardeş/kardeşleriyle ilişki durumu iyi olan ergenlerin %53.0'ı (n=80) kontrol grubunda, orta olan ergenlerin %59.0'ı (n=16) kontrol grubunda, kötü olan ergenlerin ise %87.5'i (n=7) intihar girişimi grubundadır. Kardeş/kardeşleriyle ilişki durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark bulunmamaktadır ( $p=0.058$ ) (Tablo 4.1.2). Yapılan çalışmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak (Aktepe vd., 2005; Yalaki vd., 2011) kardeş ilişkilerinde yaşanan sorunların intihar girişimi açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Bu farklılığın nedeni ergenlik döneminde aile ve kardeş ilişkilerinden çok arkadaş ilişkilerine değer verilmesi ile ilgili olabilir.

Çalışmada ergenlerin büyük çoğunluğu (n=129) sıkıntılarını aileleri ile paylaşabilir iken, 71 ergen sıkıntılarını ailesi ile paylaşamadığını belirtmiştir. Aileyle sıkıntı paylaşma durumu intihar girişiminde bulunan ergenlerde %54.0 (n=70) iken, kontrol grubunda bu oran %46.0'dır (n=59). Ergenlerin sıkıntılı bir durumunu ailesiyle paylaşabilmesi ile intihar girişimi yönünden ilişki yoktur ( $p=0.104$ ) (Tablo 4.1.2). Literatürde ergenlerin sıkıntılı bir durumunu ailesiyle paylaşabilmesi ile umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Ergenlik döneminde çocuklar arkadaşları ve ebeveynleri tarafından kabullenilmek, ilgi ve sevgi görmek ister. Bizim sonucumuz çocukların intihar girişimini ölmek amaçlı değil, dikkat

çekmek, daha fazla ilgi görmek vb. amaçlarla yapmış olabileceklerine bağlanabilir.

Ergenlerin (n=200) çoğunluğu (n=170) çekirdek aile tipine sahiptir. Çekirdek aile tipine sahip ergenlerin %51.2'si (n=87) intihar girişimi grubunda, %48.8'i (n=83) ise kontrol grubunda yer almaktadır. Geniş aile tipine sahip ergenlerin ise, %43.3'ü (n=13) intihar girişimi grubunda, %56.7'si (n=17) kontrol grubunda yer almaktadır. Aile tipi ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup birbirine benzerdir (p= 0.552) (Tablo 4.1.3). Yapılan araştırmalar (Polatöz, Kuğu, Doğan & Akyüz, 2011; Ekici, Savaş & Çitak, 2001) çalışmamızla uyum göstermektedir. Ancak ergenlere ebeveynler ve diğer aile üyeleri tarafından (büyükanne, büyükbaba vb.) üstesinden gelebileceğinden fazla sorumluluklar verilmesi ve aile içindeki rollerinin artması, ergene karşı tezat davranışların var olması, ebeveyn ve ailedeki diğer bireylerin ergeni kısıtlaması sonucunda ergen intihar girişiminin gerçekleşebileceğinin de üzeri çizilmektedir (Okucu, 1988).

Ergenlerin (n=200) çoğunun (n=175) anne ve babası birlikte yaşamaktadır. Anne ve babası birlikte yaşayan ergenlerin %54.9'u (n=96) kontrol grubunda, babası ölmüş olanların tamamı (n=1) intihar girişimi grubunda, anne babası boşanmış olanların %90.5'i (n=19) intihar girişimi grubunda, anne babası ayrılmamış ancak ayrı yaşıyor olanların %66.7'si (n=2) ise kontrol grubunda yer almaktadır. Anne baba birliktelik durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.001) (Tablo 4.1.3). Yapılan araştırma sonuçları (Aktepe vd., 2005; Duman & İnci, 2014; Elevli, 2012; Odağ, 2002) araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Gould ve Kramer (2000)'in çalışmasında da ayrılık, boşanma ve ebeveyn kaybının ergenlerde intihar girişimi riskini arttırdığı yönündedir. Anne ve babanın ayrılmış olması ergenin terk edilmiş ve reddedilmiş hissine kapılmasına neden olabilmektedir. Ergenin bu durumda yaşadığı yalnızlık, birlikte yaşamadığı ebeveyni sık sık görememesi sonucu yaşadığı özlem, ekonomik sıkıntılar, ebeveynlerdeki destek ve ilgi eksikliği ergende travmatik etki yaratarak intihar girişimi riskini arttırabilmektedir (Elevli, 2012).

Çalışmaya katılan ergenlerin (n=200) büyük çoğunluğu (n=143) gelir durumunu "gelirimiz giderimize eşit" şeklinde tanımlamaktadır. Gelir durumunu "gelirimiz giderimize eşit" olarak tanımlayan ergenlerin %52.4'ü (n=75) intihar girişimi grubunda, "gelirimiz giderimizden az" olarak tanımlayan ergenlerin %53.1'i (n=17) intihar girişimi grubunda, "gelirimiz giderimizden fazla" olarak tanımlayan ergenlerin ise %68.0'ı (n=17) kontrol grubunda yer almaktadır. Aile gelir durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark bulunmamaktadır (p=0.157) (Tablo 4.1.3). Yapılan araştırma sonuçlarında (Aktepe vd., 2006; Ercan vd., 2000; Siyez, 2006; Soylu vd., 2013) intihar girişiminde bulunan ergenlerin yarısından fazlası düşük sosyo-ekonomik gelir

durumuna sahiptir. Çalışma sonucumuz ise literatürden farklıdır. Bu farklılık çalışmamızda herhangi bir rakam verilmemiş olup, ergenlerin sosyo-ekonomik durumları ile ilgili algısının değerlendirilmiş olmasından kaynaklanabilir. Çalışmanın yapıldığı hastanelerin hasta popülasyonlarının da bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Farklı sosyoekonomik düzeye sahip bireyler farklı hastaneleri tercih edebilmektedir. Çalışmayı yaptığımız hastane ise çoğunlukla düşük gelir düzeyine sahip bireylerin başvurduğu bir hastanedir.

Çalışmada her iki grup ailedeki toplam çocuk sayısı yönünden karşılaştırılmıştır. Tek çocuk olan ergenlerin %61.5'i (n=8) intihar girişimi grubunda, ailedeki çocuk sayısı 2 olan ergenlerin %51.5'i (n=50) kontrol grubunda, ailedeki çocuk sayısı 3 olan ergenlerin %51.4'ü (n=37) intihar girişimi grubunda, ailedeki çocuk sayısı 4 olan ergenlerin %60.0'ı (n=9) kontrol grubunda, ailedeki çocuk sayısı 5 çocuk ve üzeri olan ergenlerin ise %66.7'si (n=2) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ailedeki toplam çocuk sayısı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.780) (Tablo 4.1.3). Duman ve İnci (2014)'nin 19 yaş altı 71 kişiyle yaptığı araştırma sonucunda fazla kardeşe sahip olmanın intihar girişim oranını arttırdığı belirlenmiştir. Bu sonuç kardeş sayısı arttıkça ergene sunulan sevgi şefkat ve ilginin azalması veya kardeşler arasında dengeli dağıtılmaması ve ihtiyaçlarının karşılanmasında yaşanan güçlükler ile ilgili olabilir. Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, tek çocuk olanlarda ve 5 kardeş ve üzeri olanlarda intihar girişimi grubunda olanların sayısı daha fazladır. Tek çocuk olanlardaki sonucumuz girişimin yine ölmek amacıyla çok, daha da fazla ilgi ve dikkat çekme amacına yönelik olabileceği ile ilişkilendirilebilir.

Kontrol grubu ve intihar girişimi grubundaki ergenler ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu yönünden karşılaştırıldığında, ilk çocuk olan ergenlerin %56.6'sı (n=47) intihar girişimi grubunda, ikinci çocuk olan ergenlerin %52.4'ü (n=44) kontrol grubunda, üçüncü çocuk olan ergenlerin %63.3'ü (n=19) kontrol grubunda, dördüncü çocuk olan ergenlerin yarısı (n=1) kontrol grubunda, diğer yarısı (n=1) intihar girişimi grubunda, altıncı çocuk olan ergenlerin ise tümü (n=1) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ergenin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark yoktur (p=0.287) (Tablo 4.1.3). Duman ve İnci (2014)'nin araştırma sonucuna göre de üç veya daha az sayıda kardeşe sahip olanlardan ilk çocukların, fazla kardeşe sahip olanlardan ise son çocukların intihar girişim oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucun ilk çocuğa büyük olması sebebiyle üstesinden gelebileceğinden fazla sorumluluklar yüklenmesi, ebeveynlere yardımcı olması istenmesi ve buna karşın küçük çocuğun aşırı şımartılması sonucu hayattan beklentisinin azalması ile ilgili olabileceğini düşünmekteyiz.

Ergenlerin annelerinin eğitim durumu incelendiğinde, annesi okuryazar olmayan ergenlerin %75.0'ı (n=9) kontrol grubunda, annesi okuryazar olan ergenlerin %52.8'i (n=19) kontrol grubunda, annesi ilköğretim mezunu olan ergenlerin %52.7'si (n=48) intihar girişimi grubunda, annesi ortaöğretim mezunu olan ergenlerin %52.0'ı (n= 26) kontrol grubunda, annesi üniversite ve üzeri mezun olan ergenlerin %72.7'si (n=8) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Anne eğitim durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden her iki grup birbirine benzerdir (p=0.220) (Tablo 4.1.4). Yapılan araştırmalarda intihar girişiminde bulunan olguların anne eğitim düzeyleri ile ilgili veriler çelişkilidir. Bazı çalışmalarda (Güleç & Aksaray, 2006; Özver, 2010) intihar girişiminde bulunan grupta anne eğitim düzeyinin düşük olduğu, bir çalışmada (Björkenstam vd., 2011) ise anne eğitim düzeyi ile ergenin intihar girişiminde bulunması arasında anlamlı ilişkili bulunmadığı saptanmıştır. Karacabey (2012)'in çalışmasında ise annelerin büyük kısmı okuryazar, ilkokul veya ortaokul eğitim düzeyine sahiptir (Karacabey'den aktaran Fidan, 2012) Annelerin eğitim seviyesinin düşük olması sorunlarla baş etme ve çocuğa yol gösterme yönünden ebeveynin yetersiz kalması ile ilişkilidir (Fidan, 2012). Ayrıca anne çocuk ilişkisindeki kalitenin azlığı da ergenlerde intihar girişimi için risk faktörü olabilmektedir (Meydan, 2010).

Çalışmada 44 ergenin annesi gelir getirici bir işte çalışmakta iken, 156 anne ise ev hanımıdır. Annesi çalışan ergenlerin %75.0'ı (n=33) intihar girişimi grubunda bulunuyor iken, annesi çalışmayanlarda bu oran %25.0'dır (n=11). Anne çalışma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark bulunmaktadır (p<0.001) (Tablo 4.1.4). Çalışmamızda annesi çalışan ergenlerin daha sık intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç Duman ve İnci (2014)'nin çalışmasıyla uyum göstermektedir. Toplumumuzda çocuklarla daha çok annelerin ilgilendiği düşünülürse annenin çalışıyor olmasına bağlı olarak geçirilen zamanın azlığı ve etkisizliği ergenlerde intihar için risk faktörü oluşturmaktadır.

Çalışmada 14 ergenin annesinde kronik hastalık mevcuttur. Annesinde kronik hastalık bulunan ergenlerin %64.3'ü (n=9) intihar girişimi grubunda iken, kontrol grubunda bu oran %35.7'dir (n=5). Annede kronik hastalık varlığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı ilişki yoktur (p= 0.406). (Tablo 4.1.4). Yapılan çalışmalarda (Aktepe vd., 2005; Siyez, 2006; Yalaki vd., 2012) annede kronik hastalık bulunma durumunun intihar girişim riskini arttırdığı belirtilmektedir. Sonuçların farklılığı annenin kendi fiziksel ihtiyaçlarını ve çocuğunun gereksinim duyduğu ihtiyaçları karşılayabilecek ölçüde yeti yitimine sahip olup olmamasıyla ilişkili olabilir.

Çalışma grubumuzda 6 ergenin annesinde psikolojik hastalık olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi grubundaki ergenlerin %66.7'sinin annesinde



(n=4) psikolojik hastalık tanısı bulunuyor iken, kontrol grubunda bu oran %33.3'tür (n=2). Annede psikolojik hastalık varlığı ile intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı ilişki yoktur ( $p= 0.683$ ) (Tablo 4.1.4). İntihar girişimi grubunda psikolojik hastalık bulunan annelerin (n=4) tanısı incelendiğinde, ergenin verdiği bilgi dâhilinde 2 annede anksiyete bozukluğu, 2 annede depresyon olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise, psikolojik hastalık tanısı bulunan 2 anneden, birinin depresyon, diğerinin ise şizofreni tanısı olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda (Aktepe vd., 2005; Siyez, 2006; Yalaki vd, 2012) annede psikiyatrik hastalık bulunma durumunun intihar girişim riskini arttırdığı belirtilmektedir. Aktepe ve arkadaşları (2006)'nın çalışmasında annelerin %24.1'inin (n=14) psikiyatrik tedavi aldığı bulunmuştur. Annelerin %8.6'sı depresyon, %1.7'si anksiyete bozukluğu ve %1.7'si de obsesif kompulsif bozukluk tanılarını almışlardır. Ünlü ve arkadaşları (2014)'nın intihar girişimi nedeniyle başvuran 18 yaş altı 61 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların annelerinin %42.7'sinde (n=17) psikiyatrik bozukluk olduğu belirlenmiştir. Annede psikolojik hastalık varlığı, hem annenin hem de ergenin ruhsal ve sosyal dengesini bozabilmekte, ebeveynlerin sorunlarla baş etme becerilerini etkileyebilmekte, ebeveynler çocuklarını yönlendirmekte güçlük çekmekte ve ergenler intihar davranışına yönelebilmektedir (Fidan, 2012). Ayrıca annedeki depresyon doğum sonrası anne çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkilemekte, çocuk ile anne arasında bağ zayıflamakta ve annesini kendine rol model alan çocuk kendisine zarar verici davranışlara yönelebilmektedir (Meydan, 2010). Bizim çalışmamızda fark çıkmaması annesinde psikolojik rahatsızlık olan ergen sayımızın azlığından kaynaklanmış olabilir.

Babası hayatta olan ergenlerin (n=199) baba eğitim durumu incelendiğinde, babası okuryazar olmayan ergenlerin yarısı (n=1) intihar girişimi grubunda, diğer yarısı ise (n=1) kontrol grubunda, babası okuryazar olan ergenlerin %58.3'ü (n=14) intihar girişimi grubunda, babası ilköğretim mezunu olan ergenlerin %51.5'i (n=35) kontrol grubunda, babası ortaöğretim mezunu olan ergenlerin %55.4'ü (n=46) kontrol grubunda, babası üniversite ve üzeri mezun olan ergenlerin %63.6'sı (n=14) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Baba eğitim durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark yoktur ( $p=0.504$ ) (Tablo 4.1.5). Yapılan bir çalışmada (Güleç & Aksaray, 2006) intihar girişiminde bulunan grupta baba eğitim seviyesinin düşük olduğu saptanmış iken, başka bir çalışmada (Björkenstam vd., 2011) baba eğitim seviyeleri ile ergenlerin intihar girişiminde bulunması arasında anlamlı ilişkili bulunmadığı saptanmıştır. Karacabey (2012)'in çalışmasında ise babaların büyük kısmı okuryazar, ilköğretim veya ortaokul eğitim düzeyine sahiptir. Babaların eğitim seviyesinin düşük olması sorunlarla baş etme ve çocuğa yol gösterme yönünden ebeveynin yetersiz kalması ile sonuçlanabilir (Karacabey'den aktaran Fidan, 2012). Bizim çalışma sonucumuz fark bulunmayan çalışma ile benzerdir.

Araştırmamızda babası çalışmayan ergen yoktur ancak intihar girişimi grubunda 1 ergenin babası ölmüştür. Buna karşın yapılan bir çalışmada (Kienhorst, Wilde, Van den Bout, Diekstra & Wolters, 1990) intihar girişiminde bulunan 9393 ergenin babalarının büyük çoğunluğunun işsiz olduğu belirtilmiştir. İşsizlik ve bu durumla paralel olarak ergenin ihtiyaçlarının yeteri kadar karşılanamaması intihar girişimi için risk faktörü oluşturabilir.

Babası hayatta olan ergenlerin (n=199) 8'inin babasında kronik hastalık mevcuttur. Babada kronik hastalık bulunma oranı intihar girişimi grubunda %50.0 (n=4), kontrol grubunda %50.0'dır (n=4). Babada kronik hastalık varlığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında fark yoktur (p=1.000) (Tablo 4.1.5). Yapılan çalışmalarda (Aktepe vd., 2005; Siyez, 2006; Yalaki vd., 2012) babada kronik hastalık bulunma durumunun intihar girişim riskini artırdığı belirtilmiştir. Babada kronik hastalık varlığı nedeniyle babanın çalışmıyor olmasına bağlı gelişen ekonomik sıkıntılar hem babanın hem ergenin ruhsal dengesini bozabilmekte, babanın sorun çözme becerisini olumsuz yönde etkileyebilmekte, ebeveynler çocuklarını yönlendirmekte güçlük çekmekte ve ergenler intihar davranışına yönelebilmektedir (Fidan, 2012). Bizim çalışmamızda anlamlı bir fark olmaması babasında kronik hastalık olan ergen sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Babası hayatta olan ergenlerin (n=199) verdiği bilgiye göre babaların hiç birinde psikolojik hastalık tanısı mevcut değildir. Yapılan çalışmalarda (Aktepe vd., 2005; Siyez, 2006; Yalaki vd., 2012) babada psikolojik hastalık bulunma durumunun intihar girişim riskini arttırdığı belirtilmiştir. Ünlü ve arkadaşları (2014)'nin intihar girişimi nedeniyle başvuran 18 yaş altı 61 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların babalarının, %5.4'ü psikiyatrik (n=3) tedavi almaktadır. Babaların %1.8'i depresyon, %3.6'sı madde kötüye kullanımı tanıları almışlardır. Aktepe ve arkadaşları (2006)'nin çalışmasında da babaların %5.4'ü psikiyatrik (n=3) tedavi almaktadır. Babada psikolojik hastalık varlığı, hem babanın hem de ergenin ruhsal dengesini bozabilmekte, babanın hastalığı nedeniyle çalışmaması sonucu ekonomik sorunlar görülebilmekte ve ergenler intihar davranışına yönelebilmektedir.

Ergenlerin çoğunluğu (n=137) annelerinin aşırı koruyucu tutum sergilediğini ifade etmiştir. Anneleri aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin %51.1'i (n=70) kontrol grubunda, anneleri otoriter tutum sergileyen ergenlerin %65.6'sı (n=21) kontrol grubunda, anneleri reddedici tutum sergileyen ergenlerin %80.0'ı (n=12) intihar girişimi grubunda, demokratik ve hoşgörülü tutum sergileyenlerin ise %62.5'i (n=10) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Anne tutumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.022) (Tablo 4.1.6). Çalışmamızda babası hayatta olan ergenlerin (n=199) babalarının 85'inin ergene karşı aşırı koruyucu

tutum, 84'ünün otoriter tutum, 17'sinin reddedici tutum ve 13'ünün ise demokratik ve hoşgörölü tutum sergilediği belirlenmiştir. Babası aşırı koruyucu tutum sergileyen ergenlerin %56.5'i (n=48) kontrol grubunda, babası otoriter tutum sergileyenlerin %53.6'sı (n=45) intihar girişimi grubunda, babası reddedici tutum sergileyenlerin %70.6'sı (n=12) intihar girişimi grubunda, demokratik ve hoşgörölü tutum sergileyenlerin %61.5'i (n=8) kontrol grubunda yer almaktadır. Baba tutumu ile intihar girişimi yönünden iki grup birbirine benzerdir (p=0.143) (Tablo 4.1.6). Elevli (2012)'nin yaptığı araştırma sonucuna göre ebeveynleri soğuk, sevgisiz ve ilgisiz olan ergenlerde intihar riski artmaktadır. Sonneck (1993) ailenin yetiştirme tarzının aşırı otoriter, engelleyici ya da umursamaz tarzda olmasının intihar girişimi için risk etkeni olacağını belirtmiştir. Orta öğretim ve lise bir ve ikinci sınıfta bulunan öğrencilerle yapılan araştırma sonuçlarına göre ise, aileden destek gördüğünü ifade eden ergenler öfkelerini daha kolay kontrol edebilirken, ailelerini denetleyici ve kontrol edici olarak ifade eden ergenlerin ise, öfke duygusuna daha yoğun kapıldığı ve kendilerini denetleyemediği belirlenmiştir (Sonneck'ten aktaran Olmuş, 2001). Bu nedenle ebeveynlerin ergenlik döneminin bilincinde olması ve davranışlarını o yönde şekillendirmesi gerekmektedir. Anne baba tarafından reddedilme ve kabullenmeme ergenlik döneminde son derece önem taşımaktadır. Anne babasından yeterli ilgi ve sevgi görmeyen, ailesiyle sürekli çatışan genç kendini sevilmeyen, güçsüz ve güvensiz hissetmekte ve topluma uyumda zorluk çekmekte, aile içerisinde sürekli sorun yaşayan ve anlaşılmadığını düşünen ergen intihara yönelmektedir (Elevli, 2012). Ayrıca ebeveynlerin birinin kısıtlayıcı ve otoriter diğerinin ise hoşgörölü olması ve ebeveynlerin bazen hoşgörölü bazen de kısıtlayıcı olması gibi tezat durumlar da ergenleri olumsuz yönde etkilemektedir (Ekşi, 1985).

Ergenlerin çoğunluğunda (n=86) ailede karar verici kişi babadır. 68 ergenin ailesinde ise kararları anne ve baba birlikte vermektedir. 12 ergen ise ailesinde kararların anne, baba ve çocuklar tarafından alındığını belirtmiştir. Babaların karar verdiği ailelerdeki ergenlerin %57.0'ı (n=49) intihar girişimi grubunda, annelerin karar verdiği ailelerdeki ergenlerin %52.4'ü (n=11) intihar girişimi grubunda, anne ve babanın birlikte karar aldığı ailelerdeki ergenlerin %58.8'i (n=40) kontrol grubunda, anne, baba ve çocukların birlikte karar aldığı ailelerdeki ergenlerin %83.3'ü (n=10) kontrol grubunda, büyükanne ve büyükbabanın kararları aldığı ailelerdeki ergenlerin %83.0'ı (n=10) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Ailede kararların kimin tarafından alındığı ile ergenlerin intihar girişimi yönünden iki grup arasında fark bulunmaktadır (p=0.008) (Tablo 4.1.6). Çalışmamızda yalnızca anne veya babanın karar verdiği gruptakilerin çoğunluğu ve büyükanne ve büyükbabanın kararları aldığı ailelerdeki ergenlerin çoğunluğu intihar girişimi grubundadır. Literatürde bununla ilgili bir çalışma sonucuna ulaşılamamıştır. Ancak özellikle ailedeki kararlar anne, baba ve çocuklar tarafından alınan ergenlerin çok büyük bir kısmının kontrol grubunda yer alması dikkat çekicidir.

Ergen ailelerinin çoğunda (n=101) aile içi kararlarda ergenin de fikrinin alındığı belirlenmiştir. Fikri alınan ergenlerin %33.7'si (n=34) intihar girişimi grubunda iken, kontrol grubunda bu oran %66.3'tür (n=67). Fikri alınmayan grupta ise durum tam tersidir. Bu grubun büyük çoğunluğu (%66.7) intihar girişimi grubunda yer almaktadır. Aile içi kararlarda ergenin fikrinin alınma durumu ile ergenlerin intihar girişimi yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.1.6). Literatürde bununla ilgili bir çalışma sonucuna ulaşılamamıştır. Ancak bu sonuç fiziksel gelişimin yanı sıra kişilik gelişiminin de gerçekleştiği ergenlik döneminde çocuğun fikri alınmadığında önemsenmediği hissine kapılmasına ve kendisini değersiz hissetmesine bağlanabilir. Buna bağlı olarak ergende intihar girişim riski artabilir.

## **5.2 - İntihar Girişiminde Bulunan Grubun İntihar ile İlgili Tutum ve Davranışları (n=100)**

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grubun (n=100) çoğunluğu (%86.0, n=86) intihar girişimini planlamadan gerçekleştirmiştir (Tablo 4.2.1). Ergenlerin %72.0'ı intihar girişimini ilk aklına geldiği anda, %15.0'ı 3 saatten az düşünerek, %13.0'ı ise 3 saatten fazla düşünerek gerçekleştirmiştir (Tablo 4.2.1). Yapılan çalışmalarda (Aktepe vd., 2006; Deveci vd., 2005; Güleç & Aksaray, 2006) da intihar girişiminde bulunan ergenlerin çoğunluğu intihar girişimini planlamadan, aklına ilk geldiği anda gerçekleştirmiştir. Araştırma sonuçlarına göre intihar girişimlerinin büyük oranda düşünülmeden, ilk akla geldiği anda gerçekleştirildiği söylenebilir. Ayrıca girişimlerin dürtüsellik niteliği taşıdığı da düşünülmektedir (Akın & Berkem, 2012). Ancak Okucu (1988) ergenlerin intihar fikrini akıllarına getirecek problemlerle sık sık karşılaştığının da unutulmaması gerektiğini belirtmiştir.

İntihar girişimi grubunda (n=100) yalnızca 1 ergen intihar girişimini gerçekleştirmeden önce birisinden yardım almış, 2 ergen intihar girişimini gerçekleştirmeden önce mektup bırakmış, 6 ergen ise intihar edeceğinden daha önce birilerine bahsettiğini belirtmiştir (Tablo 4.2.1) Pek çok çalışmada (Arslan vd, 2008; Can & Sayıl, 2004; Kesebir, Gülpek & Noyan, 2002; Şevik, Özcan & Uysal, 2012) da çalışmamızla uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunanların intihar girişimini gerçekleştireceğini ikinci kişilere söyledikleri belirlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada ise, intihar girişiminde bulunanların bir kısmının not bıraktığı belirlenmiştir (Deveci vd., 2005). Bu sonuçlara göre ergenin intihar girişiminde bulunacağını, girişime neden olan sebeplerin ve intihar niyetinin ciddi olduğunun bilinmesini istediği ortaya konulabilir. Ayrıca ilgi çekmek isteği ya da ölme isteğinin olup olmaması ile de ilişkili olabilir (Okucu, 1988). İntihar düşüncesini değişik yollarla ortaya koyan ergenler yardım arama, içindeki sıkıntıyı ve sorunlarını iletme veya çevresindekileri tehdit etme çabasında da olabilir.

Ergenlerin (n=100) %38.0'ı durumu çevredekilere kendisi haber vermiş, %41.0'ını annesi, %21.0'ını ise babası girişimi gerçekleştirdikten sonra bulmuştur (Tablo 4.2.1). Çalışmamızdaki ergenlerin çoğunluğu intihar girişimini gerçekleştirdikten sonra annesi tarafından bulunmuştur. Duman ve İnci (2014) tarafından yapılan çalışmada ise ergenlerin büyük kısmı durumu çevredekilere kendisi haber vermiştir. İçinde buldukları duruma bağlı yaşadıkları korku, üzüntü, pişmanlık ve ölüm korkusu ergenin durumunu çevresindekilere haber vermesine neden olmuş olabilir. Ergenin anne veya babası tarafından bulunması ise, intihar girişimde bulunan ergenin ne kadar kararlı olduğunun bir göstergesi olabilir.

İntihar girişiminde bulunan grubun (n=100) %57.0'ı ilk yarım saat ile ilk 59 dakika içerisinde, %17.0'ı 1-2 saat içerisinde, %16.0'ı 3-4 saat içerisinde , %5.0'ı 5-6 saat içerisinde ve %5.0'ı 7 saat ve üzeri süre içerisinde acil servise getirilmiştir (Tablo 4.2.1). İntihar girişimini gerçekleştiren grubun yarısından fazlasının acil servise getirilme süresi ilk yarım saat ile ilk 59 dakika içerisinde gerçekleştirilmiştir. Kekeç, Sözüer, Duymaz & Ökkan (2005)'in 389 çoklu ilaç zehirlenmesi vakası ile yaptığı araştırmada çoklu ilaç alımından sonraki ilk 5 saatte başvuru oranı %63.2 olarak belirlenmiştir. Pekdemir ve arkadaşları (2008)'nin yaptığı çalışmada da ilk iki saatte başvuru oranı %39.3'tür. Ergenin ve ailesinin girişimi gerçekleştirdikten kısa bir süre sonra acile başvurma nedeni yaşanan kriz dönemine bağlı çocuğun ve ailenin yaşadığı ölüm korkusu olabilir (Toklucu vd., 2012).

Ergenlerin intihar girişimi risk faktörlerinden en belirgin olanlarından biri geçmiş intihar girişimi öyküsünün bulunmasıdır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) %20.0'ında daha önce intihar girişiminde bulunma öyküsü mevcuttur (Tablo 4.2.1). Bir kez intihar girişiminde bulunan bireyin tekrar intihar girişiminde bulunabileceği pek çok araştırma (Aktepe vd., 2006; Brent, 2009; Can & Sayıl, 2004; Sayar vd., 2000; Ünlü vd., 2014; Yalaki vd., 2012; Yalvaç, 2006) ile kanıtlanmıştır. Gökçen ve Köylü (2011)'nin 18 yaş altı 121 ergen ile yaptığı araştırmaya göre ergenlerin %18.2'sinde daha önceden intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. İntihar girişimini gerçekleştirdikten sonra aileye istediklerini yaptıran çocuklarda aileyi etkileme ve dikkat çekme yöntemi olarak kullanılabilmesi, ergenlerin çevresindekileri etkilemek veya davranışlarını değiştirmek istemesi, ergende var olan sorunların ortadan kalkmaması ya da sorun çözme yöntemi olarak kullanılması, yeterli desteğin sağlanmaması girişimlerin tekrarlanmasına yol açabilmektedir (Fidan, 2012; Okucu, 1988).

Çocuk ve ergen intiharlarında önemli risk etmenlerinden biri de yakın çevrede intihar girişiminde bulunan birinin varlığıdır. Çalışmamızda intihar girişimini gerçekleştiren 100 ergenin 9'unun ailesinde daha önce intihar girişiminde bulunan bir birey vardır (Tablo 4.2.1). Yapılan araştırmalarda

(Aktepe vd., 2006; Siyez, 2006) ailede intihar girişiminde bulunan birisinin varlığı ergen intiharları açısından risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Roy, Rylander & Sarchiapone (1997)'nin çalışmasında, intihar girişiminde bulunan ergenlerin aile bireylerindeki intihar girişim oranı %22.0, annelerinde görülen intihar girişim oranı ise %50.0 olarak belirlenmiştir. Ailede sevilen bir bireyin intihar girişiminde bulunmuş olması o bireyin örnek alınmasına neden olabilir. Ayrıca gerçekleştirilen davranışın kabul edilebilir olduğunun algılanmasına ve aile üyelerinin birbirini etkilemesine neden olabilir (Okucu, 1988).

İntihar girişimini gerçekleştiren gruptaki ergenlerin (n=100) %91.0'ı girişimi evde, %1.0'ı okulda, %8.0'ı ise sokakta/parkta gerçekleştirmiştir (Tablo 4.2.2). Yapılan çalışmalarda (Deveci vd., 2005; Öztop vd., 2009) da araştırmamızla paralel olarak ergenlerin çoğunun intihar girişimini evde gerçekleştirdiği tespit edilmiştir. Güleç ve Aksaray (2006) tarafından yapılan araştırmada intihar girişiminde bulunanların (n=63) büyük çoğunluğunun (n=56) girişim sırasında evde olduğu, girişimi evde gerçekleştirme sebeplerinin de evdekilere bir şeylere kızgın olduklarını göstermek istemeleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca evde aile tarafından bulunma olasılığının yüksek olması ve ölme isteğinin olmaması da girişimin evde gerçekleştirilmesine neden olan bir etken olarak düşünülebilir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) %80.0'ı ilaç alımı ile, %20.0'ı ise alkol-uyuşturucu madde alımı ile girişimi gerçekleştirmiştir (Tablo 4.2.3). Çalışmamızda en sık kullanılan intihar girişim yönteminin ilaç alımı olduğu belirlenmiştir. Yapılan pek çok çalışmada (Aktepe vd., 2006; Çetinkaya & Gözen, 2016; Gökçen & Köylü, 2011; Öztop vd., 2009; Sayar vd., 2000; Toklucu vd., 2012; Ünlü vd., 2014; Yalaki vd., 2012). aşırı doz ilaç alımının ergenler arasında en sık kullanılan intihar girişim yöntemi olduğu belirtilmektedir. TÜİK (2012) verilerine göre, intihar girişiminde bulunanların %50.7'si kendini asarak, %24.9'u ateşli silah kullanarak, %10.3'ü yüksekten atlayarak, %5.1'i ise kimyevi madde kullanarak girişimi gerçekleştirmiştir. İntihar girişimi yöntemi ölüm isteği ile yakından ilişkidir. Yüksek dozda ilaç alımının ölüme götürücü yöntem olarak başvurulmasında acının hissedilmemesi, uykuya dalar gibi hissetmek nedenler arasında yer almaktadır (Okucu, 1988). Dikkat çekmek amaçlı yollarla yapılan intihar girişimlerinde de kendilerine zarar vermeyeceğini düşündükleri için ilaç alımı sık başvurulmuş bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Aktepe vd., 2005; Toklucu vd., 2012). Ayrıca intiharın planlanmamış olması, ilaçlara hazır ve kolay ulaşılması ve yöntemine aşına olunması da bu yöntemi sık kullanılan bir yöntem haline getirmektedir (Fidan, 2012; Ünlü vd., 2014). Ayrıca hastanemize intihar girişimi nedeniyle doğrudan başvuran travma vakalarının (bileklerini kesme, ateşli silah yaralanmaları, yüksekten atlama vb.) sevk ediliyor olması girişim yöntemlerimizi kısıtlamış olabilir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) %18.0'ı okul başarı durumunun kötü olması, %15.0'ı babası ile tartışması, %10.0'ı aile içi geçimsizlik yaşanması, %9.0'ı aile baskısı, %8.0'ı can sıkıntısı, %8.0'ı arkadaşlık ilişkilerinin kötü olması, %7.0'ı sevgili ile tartışma ve ayrılma, %4.0'ı anne ile tartışma, %3.0'ı ailedeki ilgi eksikliği, %4.0'ı kardeş kavgası, %3.0'ı anne baba boşanması, %3.0'ı çevresi ile olan ilişkilerinin kötü olması, %2.0'ı ekonomik sıkıntılar yaşaması, %1.0'ı bir anlık öfke, %1.0'ı babasının vefatı, %1.0'ı psikolojik sorunlarının olması, %1.0'ı hayattan soğuması, %1.0'ı yaşadığı sağlık sorunları, %1.0'ı da ailesinin birlikte olmaması nedeniyle intihar girişimi gerçekleştirmiştir (Tablo 4.2.4). Çalışmamızda ergenlerde intihar girişiminin çoğunlukla ailevi etkenler nedeniyle oluştuğu görülmektedir. Yapılan araştırma sonuçları da (Akın & Berkem, 2012; Aktepe vd., 2006; Duman vd., 2004; Erşan & Kılıç, 2013; Sayar vd., 2000; Yalaki vd., 2012; Yalvaç, 2006) bulgularımızla paralellik göstererek intihar için ailesel sorunları en büyük tetikleyici olarak ortaya koymaktadır. Yapılan bir araştırma (Davis & Brock, 2002) sonucuna göre ise, çevresi tarafından reddedilme, istenmeyen gebelik, okul başarısında düşüklük, kavga etme, sevgiliden ayrılma ve ailesel etkenler risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Duman ve arkadaşları (2004)'nın çalışmasında arkadaş ilişkilerinde yaşanan problemler intihar için risk faktörü olarak ortaya konulmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda da (Ünlü vd., 2014; Yalaki vd., 2012) aile ve kız/erkek arkadaşla çatışma intihar girişimi açısından en sık görülen tetikleyiciler olarak belirlenmiştir. Kılıç (2006)'ın yaptığı araştırma sonucuna göre de çocukluk çağında ve aile içerisinde yaşanan travmatik olaylar intihar davranışına zemin hazırlamaktadır. TÜİK verilerine göre 2012 yılında intihar eden bireylerin yaklaşık yarısının (%53.1) intihar nedeni bilinmektedir. İntihar eden kişilerin %17.3'ü "hastalık", %7.8'i "aile geçimsizliği", %7.6'sı "geçim zorluğu", %4.0'ü "duygusal ilişki ve istediği kişiyle evlenememe", %2.1'i "ticari başarısızlık" ve %0.6'sı ise "öğrenim başarısızlığı" nedeniyle intihar etmiştir. Ergenlik döneminde ortaya çıkan sorunlar ve ailevi problemler çocuğun tüm hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Cinsel kimliğin ve kişilik gelişiminin bu dönemde gelişiyor olması, ergenin kendini algılama biçimi, karşı cinsle, aile ve arkadaşlarla olan ilişki ergenin toplumdaki yerini belirlemede etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle karşı cinsle, aile ve arkadaşlarla yaşanan problemler sonucunda ergen intihara yönelebilmekte ve intiharı sorunu çözme yöntemi olarak görebilmektedir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) şu anki düşüncesi sorulduğunda, %66.0'ı intihar etmeye kalkıştığı için pişmanlık duyduğunu, %21.0'ı tekrar intihar girişiminde bulunabileceğini, %13.0'ı ise kararsız olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2.5). Çalışmamızdaki ergenlerin yarısından çoğunun intihar etmeye kalkıştığı için pişmanlık duyduğu belirlenmiştir. Güleç ve Aksaray (2006) tarafından yapılan araştırmada da olguların (n=63) yarısının (n=32, %50.8) girişimi gerçekleştirdikten sonra yardım arayışı içerisine girdiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda

intihar girişiminin gerçekten ölmek amacıyla gerçekleştirilmediği ve ailelerini üzdükleri için yaşadıkları pişmanlık ortaya çıkmaktadır (Okucu, 1988). Bununla birlikte tekrar intihar girişiminde bulunabileceğini ve kararsız olduğunu bildiren gruba uygun tedavi ve yaklaşım uygulanarak, belki de bu sefer ölümle sonuçlanabilecek bir tekrarın önlenmesi çok önemlidir.

### **5.3 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Depresyon, intihar girişimi riskini artıran psikiyatrik bozuklukların başında gelmektedir (Johnson & Pearsons, 2012; Özdel vd., 2009). Bu nedenle ergenlerin depresyon düzeyinin taranması ve şu ana kadar intihar girişiminde bulunmamış olsalar bile, depresyon düzeyi yüksek olan ergenlerinde riskli grupta kabul edilmesi gerekir. Çalışmamızda bu durum göz önünde bulundurularak ergenlerin tümüne (kontrol grubu ve intihar girişim grubu) BDÖ uygulanmış ve ergen ve ebeveynlere ait özelliklerle depresyon arasındaki ilişki bu bölümde gruplara ayrılmadan incelenmiştir.

Araştırmaya katılan ergenlerde intihar girişimi grubunda (n=100) BDÖ ortalama puanı  $23.64 \pm 11.561$  iken, kontrol grubunun (n=100) ortalama puanı  $23.47 \pm 10.891$ 'dir. BDÖ ortalama puanları her iki grup için benzer bulunmuştur ( $p=0.915$ ) (Tablo 4.3.1). Yapılan bir çalışmada (Ercan, 1998) intihar girişiminde bulunan olguların BDÖ puanları ortalaması  $24.05 \pm 12.8$  iken, kontrol grubunun ortalama puanı  $12.98 \pm 7.67$  olarak bulunmuştur ve intihar girişimi yönünden anlamlı fark olduğu görülmüştür. Güleç (2004)'in çalışmasında da intihar girişimi grubunda bulunan grupta BDÖ puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Soylu (2009)'nun araştırmasında ise çalışmamıza benzer şekilde intihar girişimi grubunun BDÖ ortalama puanı  $28,64 \pm 6,03$  iken, kontrol grubu ortalama puanı ise,  $26,02 \pm 5,30$  olarak bulunmuştur ve iki grubun benzer olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların oluşma nedeni, depresyon yaşayan bireyin ruhsal yönden olumsuz etkilenmesi, depresyon yaşayan her bireyin intihar girişiminde bulunmadığı, var olan sosyal desteklerin niteliği ve mevcut risk faktörlerinin bu durumu tetikleyici olabileceği ile ilişkili olabilir. Bizim grubumuzda iki grup arasında fark olmaması acile intihar dışı nedenlerle başvuran hasta çocukların kontrol grubuna alınmasına ve yaşadıkları hastalık sürecine bağlı olarak depresyon puanlarının yükselmiş olabileceğine bağlanabilir.

Ergenlerin tümünde (kontrol grubu ve intihar girişimi grubu) (n=200) bazı özellikler ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Cinsiyet ve okul durumu ile ergenlerin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.2). Buna karşın ergenin medeni durumu, okuduğu okul, başarı durumu, çalışma durumu, kronik hastalık bulunma durumu ve psikolojik hastalık varlığı ile depresyon düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.2). Yapılan



çalışmalarda cinsiyet ile (Aydemir, Vedin Temiz & Göka, 2002; Eskin, Ertekin, Harlak & Dereboy, 2008; Yalaki vd., 2012), başarı durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkormaz, 2008; Eskin vd., 2008; Maurizi, Kaylor, Granilla & Delva, 2013; Özfirat vd.; 2009; Roeser, Eccles & Sameroff, 1998), çalışma durumu ile (Aysev,1992), kronik hastalık bulunma durumu ile (Ekici vd., 2001), psikolojik hastalık bulunma durumu ile (Tuisku vd., 2006; Yalaki vd., 2012) depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürde okul durumu ve medeni durum ile depresyon düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşılammıştır. Çalışma sonuçlarımız başarı durumu, çalışma durumu, kronik hastalık bulunma durumu ve psikolojik hastalık bulunma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki yönünden literatürle benzerlik göstermektedir. Buna karşın cinsiyet ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki yönünden literatürden farklıdır.

Ergenlerin tümünde (n=200) diğer bazı özellikler ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4.3.3). Ailede göç yaşama öyküsünün olması, çocukken kaza-afet, saldırı vb. bir durum yaşamış olması, uyuşturucu kullanması, anne ilişkileri ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.3). Buna karşın aileden uzun süre ayrı kalma öyküsü olması, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, arkadaşlık ilişkileri, baba ilişkileri ve kardeş ilişkileri ile depresyon düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.3). Yapılan çalışmalarda aileden uzun süre ayrı kalma ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008; Milne & Lancaster, 2001), kaza, afet, saldırı vb. bir durum yaşama ile (Dixon & Reid 2000; Lightsey, 1997; Nezu & Ronan 1988), sigara kullanma durumu ile (Anda, Williamson, Escobedo & Mast,1990; Glassman vd., 1990; Yazıcı, Çetinkaya, Kahveci & Demirci, 2007), alkol kullanma durumu ile (Cornelius vd., 1995), uyuşturucu kullanma durumu ile (Bukstein, Brent & Kaminer, 1989; Glass, 1990; Rogers, Sillings & Adams, 1991; Stowel, 1991), arkadaş ilişkileri ile (Afifi, Al Riyami, Morsi & Al Kharusii, 2006; Eskin vd, 2008; Prinstein, Borelli, Cheah, Simon & Aikins, 2005), ebeveyn ilişkileri ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008; Eskin vd., 2008; Eryüksel & Akün, 2003; Miller, McCullough & Johnson, 2012) depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir. Literatürde göç yaşama öyküsü ile depresyon düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşılammıştır. Çalışma sonuçlarımız aileden uzun süre ayrı kalma, arkadaşlar/arkadaşlar ile ilişki durumu, baba ile ilişki durumu ve kardeş/kardeşler ile ilişki durumu, sigara kullanma durumu ve alkol kullanma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki yönünden literatürle benzerlik gösteriyor iken; kaza, afet, saldırı vb. bir durum yaşama, anne ile ilişki durumu ve uyuşturucu kullanma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki yönünden literatürden farklıdır. Çalışmamızda madde kullanma öyküsü olan, kaza, afet, saldırı vb. bir travma yaşayan ergen sayısı azdır. İlişki bulunmamış olması bu durumdan kaynaklanmış olabilir.

Ergenlerin tümünde (n=200) ailelerin bazı özellikleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Aile tipi, anne baba birliktelik durumu, aile gelir durumu, toplam çocuk sayısı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.4). Buna karşın ergenin ailede kaçınıcı çocuk olduğu ile depresyon düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.4). Yapılan çalışmaların bazılarında çocuk sayısı ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamaz iken (Yalaki vd., 2012), çalışmaların bazılarında aile tipi ile (Parker & Roy, 2001), anne baba birliktelik durumu ile (Bağ, 1998; Evans, Hawton, Rodham & Deeks, 2005; Parker & Roy 2001), aile gelir durumu ile (Bozkurt, 2004; Christiansen & Larsen, 2012), çocuk sayısı ile (Özmen, Erbay Dünder, Çetinkaya, Taşkın & Özmen, 2008; Parker & Roy, 2001), ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile (Yalaki vd., 2012) depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda çocuk sayısı ile ergenlerin depresyon düzeyleri literatürle benzerlik gösteriyor iken, aile tipi, anne baba birliktelik durumu, aile gelir durumu, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ile ergenlerin depresyon düzeyleri arasındaki ilişki yönünden literatürle farklılık vardır. Bu sonuç araştırmaların farklı kültürlerdeki ergenler ile yapılmış olmasından ve/veya bazı kategorilerde az sayıda ergenin bulunmasından (örneğin 170 ergen çekirdek aile yapısında iken, sadece 30 ergen geniş aile yapısında) kaynaklanmış olabilir.

Ergenlerin tümünde (n=200) annelerin bazı özellikleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Anne yaşı, anne eğitim durumu, anne çalışma durumu, annede kronik hastalık bulunma durumu, annede psikolojik hastalık bulunma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.5). Yapılan çalışmaların bazılarında anne eğitim durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamaz iken (Özmen vd, 2008; Yalaki vd., 2012), çalışmaların bazılarında anne eğitim durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008), anne çalışma durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008), annede psikolojik hastalık bulunma durumu ile (Feldman, 2000; Parker & Roy, 2001; Spence, Najman, Bor, O'Callaghan & Williams, 2002; Steinberg & Morris, 2001; Yalaki vd., 2012) depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız anne eğitim durumu, anne çalışma durumu, annede kronik hastalık bulunma durumu ve annede psikiyatrik hastalık bulunma durumu ile depresyon düzeyleri yönünden literatürle farklılık görülmektedir. Bu farklılığın nedeni, çalışma grubuna alınan ergen grubun özelliklerinin büyük ölçüde birbiri ile aynı olmasından ve buna bağlı olarak bazı kategorilerdeki ergen sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Örneğin; çalışma grubumuzu oluşturan 200 ergenin annesinin büyük çoğunluğu (n=91) ilköğretim mezunudur. Yalnızca 44'ü gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Sadece 14'ünde kronik bir hastalık, sadece 6'sında psikolojik bir rahatsızlık mevcuttur.

Ergenlerin tümünde (n=200) babaların bazı özellikleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Baba yaşı, baba eğitim durumu, babada kronik hastalık bulunma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.6). Yapılan çalışmalarda baba eğitim düzeyi ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008; Eskin vd., 2008), babada psikolojik hastalık bulunma ile (Spence vd., 2002; Steinberg & Morris, 2001; Yalaki vd., 2012) depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu yönündedir. Çalışmamız baba eğitim durumu ile ergenlerin depresyon düzeyleri yönünden literatürle farklılık göstermektedir. Bu sonuç çalışma grubuna alınan ergen grubun babalarına ait özelliklerinin büyük ölçüde birbiri ile aynı olmasından ve buna bağlı olarak bazı kategorilerdeki ergen sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Ergenlerin tümünde (n=200) ebeveyn tutumları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki saptanmıştır. Annenin çocuğa karşı tutumu ile, ailede kararları veren kişi ile, ailede çocuğun fikrinin alınma durumu ile ergenlerin depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.7). Buna karşın babanın çocuğa karşı tutumu ile depresyon düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.7). Yapılan çalışmalarda ebeveyn tutumu ile (Bozkurt, 2004) ergenlerin depresyon düzeyleri arasında ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamız baba tutumları ile depresyon düzeyleri yönünden literatürle benzerlik göstermektedir. Buna karşın anne tutumları, ailede kararları veren kişi, ailede çocuğun fikrinin alınma durumu ile ilişki bulunmamış olması literatürden farklıdır. Bu farklılığın nedeni çalışmayı yaptığımız hastanenin daha çok düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireyler tarafından kullanılıyor olması ve bu kültürde baba egemen özelliklerin görülmesine bağlı olabilir.

#### **5.4 – Ergenlerin Bazı Özellikleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki**

İntihar ve intihar girişimi kişinin içinde bulunduğu durum ve yaşadığı umutsuzluk için bir çözüm yolu olarak görülmektedir. Bu bölümde ergenlerin umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülen özellikler gruplara ayrılmadan (intihar girişimi ve kontrol grubu birlikte) tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan ergenlerde intihar girişimi grubunda (n=100) BUÖ ortalama puanı 11.00 iken, kontrol grubunun (n=100) ortalama puanı 10.00'dir. BUÖ ortalama puanları her iki grup için benzerdir ( $p=0.349$ ) (Tablo 4.4.1). Özmen ve arkadaşları (2008)'nin yaşları 14-19 arasında değişen 1185 lise 1. sınıf öğrencisi ile yaptığı çalışma sonucunda öğrencilerin BUÖ'nden aldığı ortalama puan  $6.18\pm 4.08$  olarak bulunmuştur. Güleç (2004)'in çalışmasında ise intihar girişimi grubu ve kontrol grubuna uygulanan BUÖ ortalama puanları intihar girişimi grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Soylu (2009)'nun

araştırmasında ise, intihar girişiminde bulunan grubun BUÖ ortalama puanı  $12,40 \pm 5,22$  olarak bulunmuş iken, kontrol grubunun ortalama puanı  $10,84 \pm 4,87$  olarak bulunmuştur ve iki grup birbirine benzerdir. Bu farklılığın nedeni, umutsuzluk yaşayan her bireyin intihar girişiminde bulunmadığı, var olan risk faktörlerinin bu durumu tetikliyor olabileceği ile ilişkili olabilir.

Ergenlerin tümünde (kontrol grubu ve intihar girişim grubu) ( $n=200$ ) bazı özellikler ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, okul durumu, başarı durumu, çalışma durumu, kronik hastalık bulunma durumu, psikiyatrik hastalık bulunma durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4.2). Buna karşın ergenin okuduğu okul ile umutsuzluk düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.2). Yapılan çalışmaların bazılarında cinsiyet ile ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında ilişki bulunmaz iken (Durak & Palabıyıköğlü, 1994; Güverdar, 2001), bazı diğer çalışmalarda cinsiyet ile (Arsel, 2010; Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008; Eevli, 2012; ; Hugh, Judith & Priscilla, 2006; Özmen vd., 2008; Tümkaya, Aybek & Çelik, 2005), okula devam etme durumu ile (Ceyhun & Ceyhun, 2003), okul başarı durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008) , çalışma durumu ile (Aybek & Çelik, 2005), kronik hastalık bulunma durumu ile (Beck, 1963; Yerlikaya, 2014), psikolojik hastalık bulunma durumu ile (Beck, 1967; Beck, 1975; Çam Çelikel & Erkorkorkmaz, 2008; Dyer & Kreitman, 1984; Özmen vd., 2008; Ranieri vd., 1987; Sayar vd., 2000; Seber vd., 1993; Turhan, 2007) ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde medeni durum ve çalışma durumu ile umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşılamamıştır. Çalışma sonuçlarımız okula devam etme, okul başarı durumu, çalışma durumu, kronik hastalık bulunma durumu, psikolojik hastalık bulunma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki yönünden literatürden farklıdır.

Ergenlerin tümünde ( $n=200$ ) diğer bazı özellikler ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ailede göç yaşama öyküsünün olması, çocukken kaza-afet, saldırı vb. bir durum yaşamış olması, sigara kullanması, alkol kullanması, uyuşturucu kullanması, arkadaşlık ilişkileri, anne ilişkileri, baba ilişkileri, kardeş ilişkileri ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4.3). Buna karşın ergenin aileden ayrı kalma durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.3). Yapılan bir çalışmada aileden ayrı kalma durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008) ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki bulunmaz iken, bazı çalışmalarda sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanma durumu ile (Beck, 1975; Yerlikaya, 2014), aile ilişkileri ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008) ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki saptanmıştır. Literatürde göç, kaza-afet-saldırı vb. bir durum yaşama öyküsü ile

umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Çalışmamızda aileden ayrı kalma durumu, sigara, alkol, madde kullanımı ve aile ilişkileri ile ergenlerin umutsuzluk düzeyleri yönünden literatürle farklılık vardır.

Ergenlerin tümünde (n=200) ailelerin bazı özellikleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Aile tipi, anne baba birliktelik durumu, aile gelir durumu, çocuk sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.4.4). Yapılan bazı çalışmalarda sosyo-ekonomik durum ile (Deveci, Ulutaşdemir & Açık, 2011) ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaz iken, bazı çalışmalarda sosyoekonomik durum ile (Bolland, 2003; Kaya, Güneş, Kaya & Pehlivan, 2004; Özmen vd., 2008; Tümkaya vd., 2010; Yerlikaya, 2014), ailedeki birey sayısının artması ile (Tezcan, 1996; Tümkaya vd., 2010) ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Literatürde aile tipi ve anne-baba birliktelik durumu ile umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Çalışmamızda sosyo-ekonomik durum bazı araştırmalarla benzerlik gösterir iken, bazı araştırmalarla farklılık göstermektedir. Bunun nedeni, çalışmamızda sosyo-ekonomik durum değerlendirilirken sayısal değer verilmemiş olması ve ergenlerin gelir durumunu algılama şekillerine göre belirlenmesi ile ilgili olabilir.

Ergenlerin tümünde (n=200) annelerin bazı özellikleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Anne yaşı, anne eğitim durumu, annede psikolojik hastalık bulunma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.4.5). Buna karşın anne çalışma durumu, annede kronik hastalık bulunma durumu ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.4.5). Yapılan çalışmaların bazılarında anne eğitim durumu ile (Deveci vd., 2011; Tümkaya vd., 2010; Şahin, 2009), anne çalışma durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz 2008) ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmaz iken, bazı çalışmalarda anne eğitim durumu ile (Özmen vd., 2008., Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008), annede psikolojik hastalık bulunma durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008; Özmen vd., 2008) ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde annede kronik hastalık bulunma durumu ile umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Çalışmamızda anne eğitim durumu bazı çalışmalarla benzerlik gösterir iken, bazı çalışmalarla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni, anne çocuk ilişkisinde çocuğa ayrılan süre kadar, kaliteli zaman geçirmenin de önemli olmasına bağlanabilir. Çalışma sonucumuz anne yaşı ve anne eğitiminin ergende umutsuzluğu artıracak risk faktörleri arasında yer almadığını göstermektedir. Ancak çalışmanın benzer popülasyonda yapılmış olması

nedeniyle bazı kategorilere düşen ergen sayımızın az olması da bu sonucu etkilemiş olabilir.

Ergenlerin tümünde (n=200) babaların bazı özellikleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Baba yaşı, baba eğitim durumu, babada kronik hastalık bulunma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4.6). Yapılan çalışmalarda baba eğitim düzeyi ile (Deveci vd., 2011; Tümkaya vd, 2010; Şahin, 2009) ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmaz iken, bazı çalışmalarda baba eğitim durumu ile (Çam Çelikel & Erkorkmaz, 2008; Özmen vd., 2008) ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında ilişki saptanmıştır. Çalışma sonucumuz ilişki bulunmayan çalışma sonuçları ile benzerdir.

Ergenlerin tümünde (n=200) ebeveyn tutumları ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Annenin çocuğa karşı tutumu, babanın çocuğa karşı tutumu, ailede kararları kimin verdiği, çocuğun fikrinin alınma durumu ile ergenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4.7). Yapılan çalışmalarda ebeveyn tutumu ile (Eryüksel & Akün, 2003) ergenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki tespit edilmiştir. Literatürde kararları kimin verdiği ve ergenin fikrinin alınma durumu ile umutsuzluk düzeylerini karşılaştıran, ergenlik döneminde yapılmış bir çalışma sonucuna ulaşamamıştır. Bizim araştırmamızda ilişki bulunmamış olmasının nedeni; çalışmayı yaptığımız hastanenin daha çok düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireyler tarafından kullanılıyor olması ve bu kültürde babanın daha fazla söz sahibi olması ve çocukların söz hakkının daha az olması ve kültürel olarak bu durumun ergenler tarafından da kabul görmesine bağlı olabilir.

## 6- SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 - Sonuçlar

Çalışma sonucumuzda ergenler arasında; kadın cinsiyette, okula devam etmeyenlerde, okul başarı durumu kötü olanlarda, psikolojik hastalığı olanlarda, sigara ve alkol kullananlarda, arkadaş/arkadaşlarıyla ilişki durumu kötü olanlarda intihar girişimi riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ergenin ebeveynleri ile olan iyi ilişkisi, anne-babanın aynı evde yaşıyor olması, ailede çocuğun fikrinin alınıyor olması, annenin çalışmıyor olması ergenlerde intihar girişimi riskini azaltan faktörler olarak belirlenmiştir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin çoğunluğu (%86) girişimi planlamadan, ilk aklına geldiği anda (%72.0) gerçekleştirmiştir.

İntihar girişimi grubunda (n=100) yalnızca 1 ergen intihar girişimini gerçekleştirmeden önce birisinden yardım almış, 2 ergen intihar girişimini gerçekleştirmeden önce mektup bırakmış, 6 ergen ise intihar edeceğinden daha önce birilerine bahsetmiştir.

Ergenlerin çoğunluğu intihar girişimini gerçekleştirdikten sonra annesi (%41.0) tarafından bulunmuştur.

İntihar girişimini gerçekleştiren grubun yarısından fazlasının (%57.0) acil servise getirilme süresi ilk yarım saat ile ilk 59 dakika içerisinde gerçekleşmiştir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin (n=100) %20.0'ında daha önce intihar girişiminde bulunma öyküsü mevcuttur.

İntihar girişimini gerçekleştiren 100 ergenin 9'unun ailesinde daha önce intihar girişiminde bulunan bir birey vardır.

İntihar girişimini ergenler sıklıkla evde (%91.0) gerçekleştirmiştir.

Ergenlerin en sık kullandığı intihar girişimi yönteminin ilaç alımı olduğu belirlenmiştir.

İntihar girişimlerinin çoğunlukla ailevi etkenler nedeniyle oluştuğu görülmektedir.

Ergenlerin yarısından çoğunun (%66.0) intihar etmeye kalkıştığı için pişmanlık duyduğu belirlenmiştir.

İntihar girişiminde bulunan grubun büyük çoğunluğu (%78.0) psikolojik destek almayı istemektedir.

Çalışma sonucumuzda medeni durumun, okumakta olunan okul türünün, okul başarısızlığının, ergenin gelir getirici bir işte çalışıyor olmasının, ergende kronik ve/veya psikolojik hastalık varlığının, çocukken aileden uzun süreli ayrı kalmanın, sigara ve/veya alkol kullanmanın, arkadaş/arkadaşlar ile ilişki durumunun kötü olmasının, baba ile ilişki durumunun kötü olmasının, kardeş/kardeşler ile iletişimin kötü olmasının ve olumsuz baba tutumunun depresyon riskini; okumakta olunan okulun, aileden uzun süre ayrı kalma durumunun, annenin çalışıyor olmasının ve annede kronik hastalık mevcut olmasının ise umutsuzluk riskini artırdığı belirlenmiştir.

## **6.2 - Öneriler**

Önerimiz; intiharları önlemek için kapsamlı projeler hazırlanması ve eğitimler planlanmasıdır. Bu projeler ve eğitimler öncelikle okullara, ailelere ve öğretmenlere yönelik olmalıdır.

İnternet ve sosyal medya olmak üzere çeşitli iletişim ve haberleşme kanallarından yararlanması da intihar girişimlerinin önüne geçilmesi açısından yarar sağlayabilir.

Ergenler ile birçok yerde karşılaşma durumu olan özellikle pediatri, halk sağlığı, psikiyatri ve acil hemşirelerinin yüksek risk taşıyan birey ve grupların tanınması, tedaviye yönlendirilmesi, düzenli takip edilmesi ve rehabilitasyonun sağlanmasında aktif rol almaları gerekmektedir. Ergenlerin yoğun olarak bulunduğu okullar, kurslar, ergen poliklinikleri ve servislerinde ergenlere yönelik intihar risk taramaları düzenli olarak yapılmalı, riskli grupta yer alan ergenler erken dönemde profesyonel desteğe yönlendirilmelidir.



## KAYNAKLAR DİZİNİ

- Afifi, M., Al Riyami, A., Morsi, M. & Al Kharusii, H. (2006) Depressive symptoms among high school adolescents in Oman. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(2): 126-137.
- Ak, M., Gülsün, M. & Özmenler, K. N. (2009). Özkıyım ve Kişilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(1): 45-54.
- Akın, E. & Berkem, M. (2012). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4): 228-232.
- Akköse, Ş., Fedakar, R., Bulut, M., Armağan, E. & Cebeci, H. (2005). Acute poisoning in adults in the years 1996-2001 treated in the Uludag University Hospital, Marmara Region, Turkey. *Clin Toxicol*, 43(2): 105-109.
- Aktepe, E., Kandil, S. & Topbaş, M. (2005). Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(2): 88-97.
- Aktepe, E., Kandil, S., Göker, Z., Sarp, K., Topbaş, M. & Özkorumak, E. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Sosyo-demografik ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6): 444-454.
- Alptekin, K., Duyan, V. & Demirel, S. (2006). Adıyaman'da İntihar Girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7: 150-156.
- Alsancak, B., Ziyalar, N. & Kayaalp, L. (2010). İntihar Girişiminde Bulunmuş Ergenlerde Depresyon ve Anksiyete: İstanbul Pilot Çalışması. *Adli Tıp Dergisi*, 24(1): 14-21.
- Anda, R. F., Williamson, D.F., Escobedo L. G. & Mast E. E. (1990). Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *JAMA*, 264(12): 1541-1545.
- Arslan, M. M., Duru, M., Kuvandik, G., Bozkurt, S. & Kaya, E. (2008). Hatay'da İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Analizi. *Adli Tıp Dergisi*, 22(3): 9-14.
- Arsel, C. O. (2010). İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, cinsiyet rolleri, sosyal destek ve umutsuzluk açısından bir değerlendirme, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Atasoy, N., Saraçlı, Ö. & Sankır, H. (2014). Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyodemografik, Klinik ve Ailesel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları, No:2, 1.Baskı.
- Atay, İ. M. & Gündoğar, D. (2004). İntihar Davranışında Risk Faktörleri: Bir Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*, 12(3): 39-52.
- Aybek, B. & Çelik, M. (2005). Adana İlinde Sokakta Çalışan Çocukların Bazı Demografik Özellikleri Açısından İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 16(1): 95-116.
- Aydemir, Ç., Vedin Temiz, H. & Göka, E. (2002). Major Depresyon ve Özkıyıda Kognitif ve Emosyonel Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1): 33-39.
- Aysev, A. (1992). İntihar Girişimi Olan Çocuklarda Yaşam Olayları. *Kriz Dergisi*, 1(1), 17-20.
- Bağ, B. (1998). Atatürk Üniversitesi'nde hemşirelik ve ebelik eğitimi alan yüksekokullardaki öğrencilerin depresyona yatkınlığının araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Batıgün, A. D. (2005). İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 29-39.
- Bauer, M., Bosch, G. & Freyberger, H. (1985). Psikiyatri, Psikosomatik-Psikoterapi, Çev.:Prof. Dr. Günsel Koptagel-İlal, 3.Baskı, Kırklareli: Sermet Matbaası.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1): 90-113.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R. & Mulder, R. T. (1998). Youth suicide attempts: A social and demographic profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(3): 349-357.
- Beck, A. T., Ward, C. H. & Mendelson, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6): 561-571.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression I. *Archives of General Psychiatry*, 9(4): 324-333.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and the theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division, Harper and Row.
- Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*; 42(6):861-865.
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *The Journal of The American Medical Association*, 234(11): 1146-1149.
- Berman, A. L. & Schwartz, R. H. (1990). Suicide attempts among adolescent drugs users. *American Journal of Diseases of Child*, 144(3): 310-314.
- Björkenstam, C., Weitoft, G. R., Hjern, A., Nordström, P., Hallqvist, J. & Ljung, R. (2011). School grades, parental education and suicide-a national register-based cohort study. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 65(11): 993-998.
- Bolland, J. M. (2003). Hopelessness and risk behavior among adolescents living in high-poverty inner-city neighborhoods. *Journal of Adolescence*, 26(2): 145-158.
- Bowlby, J. (1991). *Attachment*. Vol: 1, USA: Penguin Books.
- Bozkurt, N. (2004). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. *Eğilim ve Bilim*, 29 (133): 32-39.
- Brent, D. (2009). The treatment of adolescent suicide attempters study (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10): 987-996.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4): 372-394.
- Bukstein, O. G., Brent, D. A. & Kammerer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 146(9): 1131-1141.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Bulut, E. R., Bulut, N. S. & Küçüker H. (2012). İntiharın Kısa Tarihçesinden Sebep ve Yöntemlerine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34(1): 128-137.
- Can, S. S. & Sayıl I. (2004). Yineleyici İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi*, 12(3): 53-62.
- Canat, S. (1991). Stressful life events among suicidal adolescents, ESCAP Congress, Londra.
- Carey, S. (1985). *Conceptual Change in Childhood*. Cambridge Mass: MIT Pres.
- Cash, S. J. & Bridge, J. A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 21: 613-619.
- Ceyhun, A. G. & Ceyhun B. (2003). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6(4): 217-224.
- Christiansen, E. & Larsen K. J. (2012). Young people's risk of suicide attempts after contact with a psychiatric department – A nested casecontrol design using Danish register data. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1): 16-25.
- Cicirelli, V. G. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies*, 22(8): 713-733.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25(8): 663-683.
- Cirhinlioğlu, Z. (2004). *Terör ve Tolum*. İstanbul: Gündoğan Yayıncılık.
- Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezzich, J., Cornelius, M. D., Fabrega, H. J., Ehler, J. G., Ulrich, R. F., Thase, M. E. & Mann J. J. (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3): 358-364.
- Çam Çelikel, F. & Erkorkmaz, Ü. (2008) . Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45(4): 122-129.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Çetinkaya, H. & Gözen, D. (2016). Ergenlerde Özkıyım, Risk Faktörleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *The Journal of Pediatric Research*, 3(3): 133-138.
- Davis, J. M. & Brock, S. E. (2002). *Suicide. In J Sandoval (Ed.), Handbook Of In Crisis Counseling, Intervention, Prevention in the Schools (2nd ed., pp. 273-301)*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London.
- Demir, N. (2004). *Temel Birey, Toplum, Bilim: Sosyoloji Kavramlar*. Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları.
- Demirkol, M. (2013). İntihar olasılığı: Kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Deveci, A., Taşkın, E. O., Erbay Dünder, P., Demet, M. M., Kaya, E., Özmen, E. & Din, G., (2005). Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3): 170-178.
- Deveci, S. E., Ulutaşdemir, N. & Açık Y. (2011). Bir Mesleki Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(3): 312-317.
- Dilbaz, N. & Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3): 134-138.
- Dilsiz, A. & Dilsiz, F. (2010). İntihar Girişimlerinde Belirtilen Nedenler. *Kriz Dergisi*, 1(3): 124-128.
- Dixon, W. A. & Reid, J. K. (2000) Positive life events as a moderator of stress-related depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*, 78(3): 343-348.
- Dolgun, G., İnal, S. & Uğurlu, F. (2011). Ergen Sağlığının Sürdürülme ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. *Türk Pediatri Arşivi*, 46(1): 4-8.
- Duman, Y. & İnci, A. (2014). Ergenleri İntihara İten Risk Faktörleri: Erken Müdahale ve Önlemenin Önemi. *Uluslararası Hakemli Beşeri Akademik Bilimler Dergisi*, 3(10): 54-72.
- Duman, M., Özdemir, D., Demir, K. & Akman N. (2004). Çocuk Acil Servisine Özkıyım Girişimi ile Başvuran Olguların Özellikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18: 236-240.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Durak, A. & Palabıyıkolu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2): 311-319.
- Durkheim, E. (2013). İntihar. Ö. Ozankaya (Çev.). İstanbul: Cem Yayıncılık.
- Duru, G. & Özdemir, L. (2009). Yaşlı İntiharları, Nedenleri ve Önleyici Uygulamalar. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(2): 34-41.
- Dyer, J. A. & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 144(1): 127-33.
- Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children A Handbook for Adults*. USA: Jessica Kingley Publishers.
- Eker, E. (2006). 2005 yılında İstanbul ortaöğretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar vermeye intihar davranışları bakımından karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Ekici, G., Savaş, A. H. & Çıtak S. (2001). Tamamlanmamış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(3): 168-173.
- Ekşi, A. (1985). *Gençlik Döneminde Uyum ve Davranış Sorunları*. İstanbul: Hilâl Matbaası.
- Elevli, S. (2012). Ergenlerde intihar olasılığının yordayıcıları: Yalnızlık, öfke, ifade biçimleri, suçluluk ve utanç duyguları, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Muğla.
- Ercan, E. S. (1998). İntihar Girişiminde Bulunana Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Ercan, E. S., Varan, A. & Aydın, C. (2000). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3): 132-145.
- Erşan, E. E. & Kılıç, Ç. (2013). Sivas Numune Hastanesi Acil Servisine Başvuran İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 16: 98-109.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Eryüksel, G. N. & Akün, E. (2003). Depresyonu Olan Ergenler ile Ana-Babalarının Aile İlişkilerinin ve Bilişsel Çarpıtmalarının İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51): 59-73.
- Eskin, M., Akoğlu, A. & Uygur, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 266-275.
- Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H. & Dereboy, Ç. (2008). Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4): 382-389.
- Eskin, M. (2012). *İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomenon in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3): 239-250.
- Feldman, E. (2000). Risks, resilience, prevention. The epidemiology of adolescent health. *Clinics in Family Practice*, 2(7): 230-235.
- Fidan, F., Pala, E., Ünlü, M., Sezer, M. & Kara, Z. (2005). Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Uygulanan Tedavilerin Başarı Oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6(3): 27-34.
- Fidan, G. (2012). İntihar girişimi nedeniyle 1 Haziran 2006-31 Mayıs 2011 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Devlet Hastanesi Acil Servis'ine başvuran olguların incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Fombonne, E. (1998). Suicidal behaviours in vulnerable adolescents. Time trends and their correlates. *The British Journal of Psychiatry*, 173(2): 154-159.
- Fried L. E., Williams, S., Cabral, H. & Hacker, K. (2013). Differences in risk factors for suicide attempts among 9th and 11th grade youth: a longitudinal perspective. *J Sch Nurs*, 29: 113-22.
- Gencer, Ö. (2013). Ergenlerde Problem Davranışlar: Risk Alma ya da Riskli Davranışlardan, Kasıtlı Kendine Zarar verme ve Özkıyım Girişimine Uzanan Yelpazede. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 4(1): 45-53.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Glass, R. M. (1990). Blue mood, blackened lungs: depression and smokking, *The Journal of the American Medical Association*, 264(12): 1583-1584.
- Glassman, A. H., Helzer, J. E., Alexander, H., John, E., Lirio, S. & Covey, L. S. et. al. (1990). Smoking, smoking cessation and major depression. *The Journal of the American Medical Association*, 264(12): 1546-1549.
- Gould, M. S. & Kramer, A. (2000). Youth suicide prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(1): 6-31.
- Gökçen, C. & Köylü, R. (2011). Acil Servisten İntihar Girişimi Nedeniyle Psikososyal Destek Birimine Yönlendirilen 18 Yaş Altı Olguların Değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 10(1): 18-21.
- Gönener, H. D., Güner, İ. & Hayta, S. (2006). Ergenlerde İntihar Eğilimi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3): 34-40.
- Gözden, Ş. (2010). Ergenlerdeki intihar davranışının dürtüsellik, öfke ifadesi ve aile özellikleri açısından değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Güleç, G. (2004). İntihar girişiminde bulunan gençlerde psikolojik risk etkenlerinin değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
- Güleç, G. & Aksaray, G. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik, Sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*, 44: 141-150.
- Güler, N., Güler, G., Ulusoy, H. & Bekar, M. (2009). Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Kullanımı ve İntihar Düşüncesi Sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31(1): 340-345.
- Güverdar, D. (2001). Yetiştirme yurdunda yetişen çocuklar ile ana-baba yanında yetişen çocukların umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Güzel, C. (2002). *Korkunun Korkusu: Terörizm, Silinen Yüzler Karşısında Terör. (Der. Cemal Güzel)*. Ankara: Ayrac Yayınevi.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Harmancı, P. (2015). Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 2(1): 1-15.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A. & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379: 2373-2382.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6: 118-126.
- Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7: 3-13.
- Hugh, S., Judith, P. S. & Priscilla, Q. (2006). Predictors of college student suicidal ideation gender differens. *College Student Journal*, 40(1): 109-117.
- Johnson, L. A. & Parsons, M. E. (2012). *Adolescent suicide prevention in a school setting use of a gatekeeper program*. <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>. 2012.
- Kaplan H. İ. & Sadock B. J. (2004). Klinik Psikiyatri. E. Abay (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Karaca, F. (2000). *Ölüm Psikolojisi*. İstanbul: Beyan Yayınları.
- Kaya, M., Güneş, G., Kaya, B. & Pehlivan, E. (2004). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Boyun Eğici Davranışlar ve Şiddetle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5: 5-10.
- Kekeç, Z., Sözüer, E. M., Duymaz, H. & Ökkan, S. (2005). Acil Servise Başvuran Çoklu İlaç Zehirlenmelerinin Yedi Yıllık Analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(2): 69-72.
- Kesebir, S., Gülpek, D. & Noyan, M. A. (2002). Özkıyım Girişimlerinin Doğası. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 88-96.
- Kılıç, F. (2006). Dissosyatif bozukluklu ergenlerde polisemptomatik klinik özellikler ve dissosiyasyonun intihar ve self mutilasyon oluşumundaki rolü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep.
- Kıvılcım, M. & Doğan, D. G. (2014). Çocuk ve Ölüm. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21(1): 80-84.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Kienhorst, C. W., Wilde, E. J., Van den Bout, J., Diekstra, R. F. & Wolters, W. H. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 156(2): 243-248.
- Linehan, M. M. & Nielsen, S. L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5): 773-775.
- Lightsey, O.R. (1997) Stress buffers and dysphoria: A prospective study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11(4): 263-277.
- Maurizi, L. K., Kaylor, A. G., Granillo, M. T. & Delva, J. (2013). The role of social relationships in the association between adolescents' depressive symptoms and academic achievement. *Children and Youth Services Review*, 35(4): 618-625.
- Meadows, S. (1993). *Child as a Thinker*. London and New York: Witwell Ltd.
- Meydan, F. (2010). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin anne ve/veya babalarında psikopatoloji ve aile işlevselliğinin bozulması, Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas.
- Miller, A. L. & Glinski, J. (2000). Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9): 1131-1152.
- Miller, E., McCullough, C. & Johnson, J.G. (2012). The association of family risk factors with suicidality among adolescent primary care patients. *J Fam Viol*, 27: 523-529.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T. & Renshow, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2): 146-172.
- Milne, L. C. & Lancaster, S. (2001). Predictors of depression in female adolescents. *Adolescence*, 36(142): 207-223.
- Murray, B.L. & Wright. (2006). Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: The perspective of youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13:157-164.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Neehall, J. & Beharry, N. (1994). Demographic and clinical features of adolescent parasuicides. *The West Indian Medical Journal*, 1994: 43(4): 123-126
- Nezu, A. & Ronan, G. F. (1988). Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counsel Psychology*, 35: 134-138.
- Odağ, C. (1985). *İntihar (Özkıyım) Tanım, Kuram, Sağaltım*. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, s. 5-95.
- Odağ, C. (2002). *İntihar (Özkıyım): Tanım-Kuram-Sağaltım 2*. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları.
- Okanlı, A (2006). Suicid riski olan hasta ile çalışma, 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitapçığı, s. 113-114, İstanbul.
- Okucu, R. (1988). Ergenlik çağı intihar girişimlerinde psiko-sosyal etmenler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul.
- Olmuş, G. Ö. (2001). Ergenlerin, aile içi psikolojik örüntülere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Or, P. (2003). Possible risk factors for suicide: depression, anxiety, possitive and negative affect, academic achievement, problem-solving skills, and family relations, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Öncü, B. & Sakarya, A. (2013). Ergen Özkıyımlarında Bilişsel Etmenler ve Çarpıtmaların Rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2): 232-245.
- Öz, F. & Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3): 82-89.
- Özalp, E. (2009). İntihar Davranışının Genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1): 85-93.
- Özdel, O., Varma, G., Atesci, F.C., Oğuzhanoğlu, K., Karadağ, F. & Amuk, T. (2009). Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*, 30(2): 90-93.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Özgülven, H. D., Soykan, Ç. & Haran, S. (2003). İntihar Girişimlerinde Sorun Alanları ve Tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*, 11(1): 13-24.
- Özfırat, Ö., Pehlivan, E. & Özdemir, F. Ç. (2009). Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Depresyon Prevalansı ve İlişkili Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(1): 247-255.
- Özmen, D., Erbay Dünder, P., Çetinkaya, A. Ç, Taşkın, O. & Özmen, O. (2008). Lise Öğrencilerinde Umutsuzluk ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 8-15.
- Öztop, B. C., Özdemir, Ç., Ünalın, D., Akgül, H. & Şahin, N. (2009). İntihar Girişiminde Bulunan 6-16 Yaş Grubuna Ait 2002- 2006 Yılları Başvuru Kayıtlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4: 159-173.
- Özver, İ. (2010). Genç erişkinlerde intihar davranışı ile problem çözme, dürtüsellik ve atılganlık arasındaki ilişkinin incelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Pape, R. A. (2003). The strategic of suicide terrorism. *American Political Science Review*, 97(3): 343-361.
- Park, H. S., Schepp, K. G., Jang, E. H. & Koo, H. Y. (2006). Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *Journal of School Health*, 76(5): 181-188.
- Parker, G. & Roy, K. (2001). Adolescent depression: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5): 572-580.
- Petrie, K. & Chamberlain, K. (1983). Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4): 485-487.
- Pfeffer, C. R. (2007). *Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. In: Martin A., Volkmar F.R. (eds). Lewis's child and adolescent psychiatry (4th ed., pp 529-538). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.*
- Pisani, A. R., Wyman, P. A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Golston, D. B., Xia, Y. & Gould, M. S. (2013). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships and suicide attempts among high school students in underserved communities. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(6): 807-820.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Polatöz, Ö., Kuğu, N., Doğan, O. & Akyüz, G. (2011). Sivas İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 24: 13-23.
- Pomerantz, W., Gittelman, M., Farris, S. & Frey, L. (2009). Drug ingestions in children 10-14 years old: An old problem revisited. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 39(4): 433-439.
- Prinstein, M. J., Borelli, J. L., Cheah, C. S., Simon V. A. & Aikins J. W. (2005). Adolescent girls' interpersonal vulnerability to depressive symptoms: a longitudinal examination of reassurance-seeking and peer relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4): 676-688
- Ranieri, W. F., Steer, R. A., Lawrance, T. I., Reismiller, D. J. & Piper, G. E. (1987). Relationship of depression, helplessness and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients. *Psychological Reports*, 61(3): 967-975.
- Rich, C. L., Fowler, R. C. & Young, D. (1989). Substance abuse and suicide of San Diego study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 1(2): 79-85.
- Roeser, R. W., Eccles, J. S. & Sameroff, A. J. (1998) Academic and emotional functioning in early adolescence: Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. *Development and Psychopathol*, 10(2):321-352.
- Rogers, P. G., Sillings, S. M. & Adams, L. R. (1991). Adolescent chemical dependence: A diagnosable disease. *Psychiatric Annals*, 21: 91-97.
- Roy, A., Rylander, G. & Sarchiapone, M. (1997). Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3): 595-611.
- Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M. & Segal, N. (1999). Genetics of suicide indepression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(2): 12-17.
- Saçarçelik, G. (2009). Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Sarandöl, A. (2003). İntihar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, 2(1): 32-45.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Sarchiapone, M., Carli, V., Janiri, L., Marchetti, M., Cesaro, C. & Roy, A. (2009). Family history of suicide and personality. *Archives of Suicide Research*, 13(2): 178-184.
- Sayar, K., Solmaz, M., Öztürk, M., Özer, Ö. A. & Arıkan, M. (2000). Yaygın Sosyal Fobi Hastalarında Çekingen Kişilik Bozukluğu ve Psikopatolojiye Etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3: 163-169.
- Schwartz, K. A., Pyle, S. A., Dowd, M. D. & Sheehan, K. (2010). Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. *Pediatrics*, 125(2): 221-227.
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. & Tekin, D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Kriz Dergisi*, 1: 139-142.
- Sezer, S. & Saya, P. (2009). Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13: 151-165.
- Siyez, D. M. (2006). Ergenlik Döneminde İntihar Girişimleri: Bir Gözden Geçirme. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2): 413-420.
- Slaughter, V. & Griffiths, M. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4): 525-535.
- Soykan, Ç. (2011). Öfke Ve Öfke Yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2): 19-27.
- Soylu, N. (2009). Depresyonu olan ergenlerde intihar davranışını etkileyen sosyal, emosyonel ve kognitif faktörlerin araştırılması, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- Soylu, N., Taneli, S. & Taneli, Y. (2013). Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50: 352-359.
- Spence, S. H., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. J. & Williams, G. M. (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4): 457-469.
- Statham, D. J., Heath, A. C. & Madden, P. A. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 28(4): 839-55.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52: 83-110.
- Stowel, R. J. (1991). Dual diagnosis issues. *Psychiatric Annals*, 21(2): 98-99.
- Sun, F.K., Long, A., Boore, J. et al. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6):680-690
- Şahin, N. H., Onur, A. & Basım, H. N. (2008). İntihar Olasılığının, Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik ile Yordanması. *Turkish Journal of Psychology*, 23(62): 79-88.
- Şahin, C. (2009). Eğitim Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Umutsuzluk Düzeyleri. *Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi*, 27: 271-86.
- Şenol, V., Ünalın, D., Avşaroğulları L. ve İkizceli, İ. (2005). İntihar Girişimi Nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na Başvuran Olguların İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 19-29.
- Şevik, A. E., Özcan, H. & Uysal, E. (2012). İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. *Klinik Psikiyatri*, 15: 218-225.
- Taktak, Ş., Üzün, Y. & Balcıoğlu, Y. (2008) İstanbul'da Tamamlanmış İntihar Olgularının Psikolojik Otopsisini. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13: 117-124.
- Tanaka, E., Sakamoto, S., Ono, Y., Fujihara, S. ve Kitamura, T. (1998). Hope-lessness in a Community Population: Factorial Structure and Psychosocial Correlates. *The Journal of Social Psychology*, 138 (5): 581-590.
- Tatlıoğlu, K. (2012). Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2): 135-157.
- Tegin, B. (1980). Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck Modeline göre bir inceleme, Yayınlanmamış Doktora Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tekgöl, N. (2013). Adolesanlarla Görüşme Teknikleri, Muayene ve Laboratuvar. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 4(1):20-6.
- Temel, M. (2009). İntiharın Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 78-82.
- Tezcan, M. (1996). *Eğitim Sosyolojisi*. Ankara: Feryal Matbaacılık.
- Toklucu, M. Ö., Akova, S., Aydoğdu, S., Yazar, A. S. & Kul, M. (2012). 2010-2012 Yılları Arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne Başvuran İntihar Girişimlerinin Demografik Özellikleri. *JOPP Dergisi*, 4(3): 119-123.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holi, M. & Ruuttu, T. (2006). Suicidal ideation, deliberateself-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(4): 199-206.
- Turhan, N. (2007). Bipolar bozukluk: Kesitsel bir değerlendirme, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.
- Tümekaya, S., Aybek, B. & Çelik, M. (2010). Yoksul Ailelerden Gelen Psiko-Sosyal Bir Olgu Olarak Umutsuzluk ve Boyun Eğici Davranışların İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1): 970-984.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2012). İntihar İstatistikleri, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 15853/Haziran  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15853> Erişim Tarihi: 22.04.2016.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2013). "İntihar İstatistikleri", Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 16049/Haziran  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049> Erişim Tarihi: 22.04.2016.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Türkiye İstatistik Kurumu, (2014). "İntihar İstatistikleri", Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 18626/Haziran  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626>  
Erişim Tarihi: 22.04.2016.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2015). "İntihar İstatistikleri", Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 21516/Haziran  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>  
Erişim Tarihi: 22.04.2016.
- Ulusoy, D., Demir, Ö. N. ve Baran, G. A. (2005). Ergenlik Döneminde İntihar Algısı: Lise Son Sınıf Gençlik Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 22(1): 259- 270.
- Ünlü, G., Aksoy, Z. & Ersan, E. E. (2014). İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(3): 176-183.
- Wasserman, D., Cheng, Q. & Jiang, G.X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry*, 4(2): 114-120.
- Weeks Kenney, S., Anderson, M. A., Harmon, L.S. & Michaels, T. K. (2004). Getting inside depression and suicide ideation. *Nursing Management*, 35(10):42-46.
- Wolff, S. (1986). *Problem Çocuklar ve Tedavi (Çocuk ve Stres)*. İstanbul: Say Kitap Pazarlama.
- Worden, J. W. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy*. London: Routledge.
- Worden, W. J. (2001). *Children and Grief: When a Parent Dies*. New York: Guilford Press.
- World Health Organization, (2008). <http://www.who.int/en/>. Erişim Tarihi: 22.06.2016.
- World Health Organization, (2011). <http://www.who.int/en/>. Erişim Tarihi: 22.06.2016.
- World Health Organization, (2013). <http://www.who.int/en/>. Erişim Tarihi: 22.06.2016.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- World Health Organization (2014). Preventing Suicide A Global Imperative. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/myths.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/myths.pdf?ua=1) (erişim tarihi 28.10.2016).
- World Health Organization, (2016). <http://www.who.int/en/>. Erişim Tarihi: 22.06.2016.
- Wyman, P. A., Brown, C. H. & Inman, J. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 76(1): 104-105.
- Yalaki, Z., Taşar, M. A., Yalçın, N. & Dallar, Y. (2011). Çocukluk ve Gençlik Dönemindeki Özkıyım Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 50: 125-128.
- Yalaki Z., Çakır İ., Taşar M.A., Yalçın N., Bilge Y. D. (2012). Anne ve Ergenlerdeki Depresif Belirtilerin Ergen İntiharları ile İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3):350-358.
- Yalvaç, D. (2006). İntihar girişiminde bulunan bireylerde psikiyatrik morbidite, kişilik bozukluğu ve bazı sosyodemografik ve klinik etmenlerle ilişkisi, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.
- Yazıcı, H., Çetinkaya, B., Kahveci, H. & Demirci, S. (2007). Genç Bireylerdeki Depresif Belirtiler ile Sigara İçme Tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, 8(2): 79-84.
- Yeğenoğlu, İ. (2015). İntiharın anlamı, intihar ve intihara yönelik tutumlar, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Yerlikaya, İ. (2014). Devlet Ve Özel Ortaokul Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi Ve Çeşitli Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(8): 865-888.
- Yiğit, Ö., Söyüncü, S. & Berk, Y. (2010). Kimler İntihar Girişiminde Bulunuyor? Bir Acil Servisin Deneyimleri. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 48(2): 122-128.

## **EKLER DİZİNİ**

### **EK – 1 İntihar Girişimi Grubu Veri Toplama Formu**

Bu araştırma intihara teşvik eden durumların belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması amacıyla yapılmaktadır. Daha kaliteli ve etkin hizmet sunabilmek, ihtiyaçlarınızı karşılayabilmek ve daha doğru çözümler üretmek amacı güdülmektedir. Vereceğiniz bilgiler tamamen gizli tutulacak olup, aileniz dâhil hiç kimseyle paylaşılmayacaktır. Lütfen aşağıdaki sorularda size en uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

#### **Tanımlayıcı Özellikler**

- 1.** Cinsiyet
  - a) Kız ( )
  - b) Erkek ( )
- 2.** Doğum tarihi: ... /.../...
- 3.** Medeni Durumu
  - a) Evli ( )
  - b) Bekar ( )
- 4.** Okul durumu
  - a) Okumuyor ( )
  - b) Okuyor ( )
- 5.** Şu anda okumuyor ise mezun olduğu okul .....
- 6.** Halen okuyor ise okumakta olduğu okul
  - a) Anadolu Lisesi ( )
  - b) İmam Hatip Lisesi ( )
  - c) Meslek Lisesi ( )
  - d) Diğer ( ) ise lütfen yazınız.....
- 7.** Okul başarı durumu
  - a) İyi ( )
  - b) Orta ( )
  - c) Kötü ( )
- 8.** Çalışma durumu
  - a) Çalışmıyor ( )
  - b) Çalışıyor ( )

- 9.** Aile tipi  
a) Çekirdek aile ( )  
b) Geniş aile ( )
- 10.** Anne-baba birlikteliği  
a) Anne-baba birlikte yaşıyor ( )  
b) Anne ölmüş ( )  
c) Baba ölmüş ( )  
d) Anne ve baba boşanmış ( )  
e) Anne ve baba boşanmamış ancak ayrı yaşıyorlar ( )  
f) Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 11.** Ailenin gelir durumu  
a) Gelir giderden az ( )  
b) Gelir gidere eşit ( )  
c) Gelir giderden fazla ( )
- 12.** Kronik bir hastalığınız var mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 13.** Daha önce tanı konulmuş psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 14.** Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( ) ise lütfen yazınız.....
- 15.** Ailenin toplam çocuk sayısı  
a) Tek çocuk ( )  
b) 2 çocuk ( )  
c) 3 çocuk ( )  
d) 4 çocuk ( )  
e) 5 ve üzeri çocuk ( )
- 16.** Hastamız ailenin kaçınıcı çocuğu?.....
- 17.** Annenin yaşı: .....
- 18.** Annenin eğitim durumu  
a) Okur-yazar değil ( )  
b) Okuryazar ( )  
c) İlköğretim mezunu ( )  
d) Ortaöğretim mezunu ( )  
e) Üniversite ve üzeri mezunu ( )  
f) Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....

- 19.** Annenin mesleği .....
- 20.** Annenin kronik ve/veya psikolojik bir hastalığı var mı?  
a) Hayır  
b) Evet ( ) ise lütfen ne olduğunu yazınız.....
- 21.** Babanın yaşı: .....
- 22.** Babanın eğitim durumu  
a) Okur-yazar değil ( )  
b) Okur yazar ( )  
c) İlköğretim mezunu ( )  
d) Ortaöğretim mezunu ( )  
e) Üniversite ve üzeri mezunu ( )  
f) Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 23.** Babanın mesleği.....
- 24.** Babanın kronik ve/veya psikolojik bir hastalığı var mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( ) ise lütfen ne olduğunu yazınız.....
- 25.** Annenizin genellikle size karşı tutumu (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)  
a) Aşırı koruyucu ( )  
b) Otoriter ( )  
c) Reddedici ( )  
d) Demokratik-Hoşgörülü  
e) Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 26.** Babanızın genellikle size karşı tutumu (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)  
a) Aşırı koruyucu ( )  
b) Otoriter ( )  
c) Reddedici ( )  
d) Demokratik-Hoşgörülü  
e) Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 27.** Ailede kararları genellikle kim verir?  
a) Anne ( )  
b) Baba ( )  
c) Çocuklar ( )  
d) Anne ve baba birlikte ( )  
e) Anne, baba ve çocuklar birlikte ( )  
f) Aile büyükleri (dede, babaanne, aneanne...vb.) ( )  
g) Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....

- 28.** Ailede herhangi bir konu da fikriniz alınır mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( )
- 29.** Çocukken aileden uzun süre (3 aydan daha uzun) ayrı kaldınız mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( )
- 30.** Ailede yaşanan göç  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( )
- 31.** Çocuklukta kaza, saldırı, afet.... vb. bir travma yaşadınız mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( )
- 32.** Sigara kullanıyor musunuz?  
a) Hayır ( )  
b) Bazen ( )  
c) Evet ( )
- 33.** Alkol kullanıyor musunuz?  
a) Hayır ( )  
b) Bazen ( )  
c) Evet ( )
- 34.** Uyuşturucu kullanıyor musunuz?  
a) Hayır ( )  
b) Bazen ( )  
c) Evet ( )
- 35.** Genellikle arkadaşlarınız ile ilişkiniz nasıldır?  
a) İyi ( )  
b) Orta ( )  
c) Kötü ( )  
d) Arkadaşım yok ( )
- 36.** Genellikle anneniz ile ilişkiniz nasıldır?  
a) İyi ( )  
b) Orta ( )  
c) Kötü ( )  
d) Annem vefat etmiş ( )

- 37.** Genellikle babanız ile ilişkiniz nasıldır?  
a) İyi ( )  
b) Orta ( )  
c) Kötü ( )  
d) Babam vefat etmiş ( )
- 38.** Genellikle kardeşiniz/kardeşleriniz ile ilişkiniz nasıldır?  
a) İyi ( )  
b) Orta ( )  
c) Kötü ( )  
d) Kardeşim yok ( )
- 39.** Ailenizle sıkıntılarınızı paylaşabiliyor musunuz?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( ) ise kiminle paylaşıyorsunuz.....

### **İntihar Durumunun Sorgulanması**

- 40.** İntihar girişimini planladınız mı?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( )
- 41.** İntihar girişiminden önce ne kadar düşündünüz?  
a. Hiç düşünmedim, aklıma geldi ve yaptım( )  
b. Üç saatten az düşündüm ( )  
c. Üç saatten fazla düşündüm( )  
d. Diğer ( ) ise yazınız .....
- 42.** İntihar girişimi yönteminiz (örn. Fazla miktarda ilaç alma...vb.)  
.....
- 43.** İntihar girişiminde bulunma nedeniniz/nedenleriniz .....  
.....  
.....
- 44.** İntihara karar vermeden önce herhangi birinden yardım istediniz mi?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( ) ise kimden yardım istediniz.....
- 45.** İntihar girişiminden önce mektup bıraktınız mı?  
a. Hayır  
b. Evet
- 46.** İntihar edeceğinizi daha önce birine söylediniz mi?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( ) ise kime söylediniz?.....

- 47.** İntihar girişimini nerede gerçekleştirdiniz?  
a. Ev ( )  
b. Okul ( )  
c. Diğer( ) ise lütfen yazınız.....
- 48.** Acil servise gelmeden önce  
a. Durumu çevremdekilere ben haber verdim  
b. Beni..... (annen, babam, ...vb) buldu  
c. Diğer ( ) ise lütfen yazınız.....
- 49.** İntihar girişimini gerçekleştirdikten ne kadar süre sonra acil servise geldiniz/getirildiniz?  
a. İlk yarım saat içinde ( )  
b. İlk yarım saat ile ilk 1 saat arasında ( )  
c. 1-2saat ( )  
d. 3-4 saat ( )  
e. 5-6saat ( )  
f. 7saat ve üzeri ( )
- 50.** Şu anki düşünceniz:  
a. İntihar etmeye kalkıştığım için çok pişmanım ( )  
b. Tekrar intihar girişiminde bulunabilirim ( )  
c. Diğer ( ) ise lütfen yazınız.....
- 51.** Daha önce de intihar girişiminde bulundunuz mu?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( )ise  
i. kaç kez intihar girişiminde bulundunuz?.....  
ii. intihar girişimi yöntemi yada yöntemleri nelerdi (örn. Fazla miktarda ilaç içme vb.).....
- 52.** Ailenizde geçmişte intihar girişiminde bulunan birisi var mı?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( ) ise
- 53.** Psikolojik destek almayı düşünür müsünüz?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( )



## **EK – 2 Kontrol Grubu Veri Toplama Formu**

Bu araştırma intihara teşvik eden durumların belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması amacıyla yapılmaktadır. İntihar dışı herhangi bir nedenle (astım, bronşiolit, epilepsi, bulantı-kusma, ateş, karın ağrısı vb.) hastaneye başvuran çocuklar ve bu durumu gerçekleştirmiş olan çocukların verdiği cevaplar karşılaştırılarak bu duruma neden olan risk faktörlerini belirleyerek, koruyucu önlemler almak, daha kaliteli ve etkin hizmet sunabilmek, ihtiyaçlarınızı karşılayabilmek ve daha doğru çözümler üretmek amacı güdülmektedir. Vereceğiniz bilgiler tamamen gizli tutulacak olup, aileniz dahil hiç kimseye paylaşılmayacaktır. Lütfen aşağıdaki sorularda size en uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

### **Tanımlayıcı Özellikler**

- 1.** Cinsiyet
  - a. Kız ( )
  - b. Erkek ( )
- 2.** Doğum tarihi: ... /.../...
- 3.** Medeni Durumu
  - a. Evli ( )
  - b. Bekar ( )
- 4.** Okul durumu
  - a. Okumuyor ( )
  - b. Okuyor ( )
- 5.** Şu anda okumuyor ise mezun olduğu okul.....
- 6.** Halen okuyor ise okumakta olduğu okul
  - a. Anadolu Lisesi ( )
  - b. İmam Hatip Lisesi ( )
  - c. Meslek Lisesi ( )
  - d. Diğer ( ) ise lütfen yazınız.....
- 7.** Okul başarı durumu
  - a. İyi ( )
  - b. Orta ( )
  - c. Kötü ( )
- 8.** Çalışma durumu
  - a. Çalışmıyor ( )
  - b. Çalışıyor ( )

- 9.** Aile tipi  
a. Çekirdek aile ( )  
b. Geniş aile ( )
- 10.** Anne-baba birlikteliği  
a. Anne-baba birlikte yaşıyor ( )  
b. Anne ölmüş ( )  
c. Baba ölmüş ( )  
d. Anne ve baba boşanmış ( )  
e. Anne ve baba boşanmamış ancak ayrı yaşıyorlar ( )  
f. Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 11.** Ailenin gelir durumu  
a. Gelir giderden az ( )  
b. Gelir gidere eşit ( )  
c. Gelir giderden fazla ( )
- 12.** Kronik bir hastalığınız var mı?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 13.** Daha önce tanı konulmuş psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 14.** Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( ) ise lütfen yazınız.....
- 15.** Ailenin toplam çocuk sayısı  
a. Tek çocuk ( )  
b. 2 çocuk ( )  
c. 3 çocuk ( )  
d. 4 çocuk ( )  
e. 5 ve üzeri çocuk ( )
- 16.** Hastamız ailenin kaçınıcı çocuğu? .....
- 17.** Annenin yaşı:.....
- 18.** Annenin eğitim durumu  
a. Okur-yazar değil ( )  
b. Okuryazar ( )  
d. İlköğretim mezunu ( )  
e. Ortaöğretim mezunu ( )  
f. Üniversite ve üzeri mezunu ( )  
g. Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....

- 19.** Annenin mesleği .....
- 20.** Annenin kronik ve/veya psikolojik bir hastalığı var mı?  
a. Hayır  
b. Evet ( ) ise lütfen ne olduğunu yazınız.....
- 21.** Babanın yaşı: .....
- 22.** Babanın eğitim durumu  
a. Okur-yazar değil ( )  
b. Okur yazar ( )  
c. İlköğretim mezunu ( )  
d. Ortaöğretim mezunu ( )  
e. Üniversite ve üzeri mezunu ( )  
f. Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız.....
- 23.** Babanın mesleği.....
- 24.** Babanın kronik ve/veya psikolojik bir hastalığı var mı?  
a) Hayır ( )  
b) Evet ( ) ise lütfen ne olduğunu yazınız.....
- 25.** Annenizin genellikle size karşı tutumu (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)  
a. Aşırı koruyucu ( )  
b. Otoriter ( )  
c. Reddedici ( )  
d. Demokratik-Hoşgörölü  
e. Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız .....
- 26.** Babanızın genellikle size karşı tutumu (birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)  
a. Aşırı koruyucu ( )  
b. Otoriter ( )  
c. Reddedici ( )  
d. Demokratik-Hoşgörölü  
e. Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız .....
- 27.** Ailede kararları genellikle kim verir?  
a. Anne ( )  
b. Baba ( )  
c. Çocuklar ( )  
d. Anne ve baba birlikte ( )  
e. Anne, baba ve çocuklar birlikte ( )  
f. Aile büyükleri (dede, babaanne, anneanne...vb.) ( )  
g. Diğer ( ) ise lütfen açıklayınız .....

- 28.** Ailede herhangi bir konu da fikriniz alınır mı?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( )
- 29.** Çocukken aileden uzun süre (3 aydan daha uzun) ayrı kaldınız mı?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( )
- 30.** Ailede yaşanan göç  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( )
- 31.** Çocuklukta kaza, saldırı, afet vb. bir travma yaşadınız mı?  
a. Hayır ( )  
b. Evet ( )
- 32.** Sigara kullanıyor musunuz?  
a. Hayır ( )  
b. Bazen ( )  
c. Evet ( )
- 33.** Alkol kullanıyor musunuz?  
a) Hayır ( )  
b) Bazen ( )  
c) Evet ( )
- 34.** Uyuşturucu kullanıyor musunuz?  
a. Hayır ( )  
b. Bazen ( )  
c. Evet ( )
- 35.** Genellikle arkadaşlarınız ile ilişkiniz nasıldır?  
a. İyi ( )  
b. Orta ( )  
c. Kötü ( )  
d. Arkadaşım yok ( )
- 36.** Genellikle anneniz ile ilişkiniz nasıldır?  
a. İyi ( )  
b. Orta ( )  
c. Kötü ( )  
d. Annem vefat etmiş ( )
- 37.** Genellikle babanız ile ilişkiniz nasıldır?  
a. İyi ( )  
b. Orta ( )  
c. Kötü ( )

d. Babam vefat etmiş ( )

**38.** Genellikle kardeşiniz/kardeşleriniz ile ilişkiniz nasıldır?

a. İyi ( )

b. Orta ( )

c. Kötü ( )

d. Kardeşim yok ( )

**39.** Ailenizle sıkıntılarınızı paylaşabiliyor musunuz?

a. Hayır ( )

b. Evet ( ) ise kiminle paylaşıyorsunuz .....

## **EK – 3 Beck Depresyon Ölçeği**

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

### **1**

- (0) zgn ve sıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi zntl ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep zntl ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar zgn ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

### **2**

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir Şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir Şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

### **3**

- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

### **4**

- (0) Her Őeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok Őeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir Şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her Őeyden sıkılıyorum.

### **5**

- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) oğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

### **6**

- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefret ediyorum.

**7**

- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

**8**

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**9**

- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**10**

- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

**11**

- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

**12**

- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**13**

- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**14**

- (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

### 15

(0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

### 16

(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

### 17

(0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum

### 18

(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

### 19

(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

### 20

(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum

### 21

(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılacağını düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



## EK – 4 Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için “Evet”, uygun olmayanlar için “Hayır” seçeneğini işaretleyiniz.

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını tahmin bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceği karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı düşünüyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için bir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine 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 elde edemeyeceğim.		

## **EK – 5 İntihar Girişimi Grubu Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran yaşları 13-18 yaş arasında değişen çocuklarla Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında intihar konulu bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Bu araştırmada bu duruma neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, çocuğun fiziksel ve psikolojik durumunun saptaması, neden olan etkenlerin ve girişim sonuçlarının belirlenmesi, aile bireylerinin durumun riski konusunda bilgilendirilmesi ve çocuğun ileriki yaşamı için önemli sorun olan bu duruma dikkat çekmek amaçlanmaktadır.

İntihar girişimleri gerek ölüm açısından gerekse bireyin ileriki yaşamını sağlık bir biçimde sürdürmesi açısından önemli bir risk etkeni olduğu için bu durumla ilişkili faktörlerin çok iyi bilinmesi gerekmektedir. Özellikle ergenlerde bu durumun görülmesi diğer yaş gruplarının girişimlerinden farklı özellikler içermesi bakımından ayrı olarak ele alınmalı ve değerlendirilmelidir. Ayrıca önceki girişimler, sonraki girişimlerin önemli belirleyicilerden biri olması nedeniyle, bu durum için girişiminde bulunan gençlerin değerlendirilmesi ve yakın takibi önem taşımaktadır. Bu bağlamda; girişimleri tamamen önlemek mümkün olmayabilir. Ancak girişimlerinin ölümlerle sonuçlanması azaltılabilir.

Araştırma Hemşire Burcu Çalık, Uzman Dr. Çağatay Uğur ve Yrd. Doç. Dr. Ayfer Öcal Açıkgöz ile birlikte yapılmakta olup, bu araştırmaya katıldığınız takdirde size anket şeklinde bir test uygulanacaktır. Anketler bu davranışı göstermiş olan en az 32, hastaneye bu davranış dışında tıbbi bir nedenle (ateş, bulantı, kusma, ishal, astım, epilepsi, karın ağrısı vb. bir hastalıkla acil servise başvuran ve Acil Servis Gözlem Odası'na yatırılan hastalar) başvuran en az 44 çocuk üzerinde gerçekleştirilecek olup; uygulanan anketlere hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda bazı sonuçlar çıkartılarak diğer araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılıp altta yatan risk faktörleri belirlenerek bu olumsuz durumu engellemek için gerekli önlemler alınmaya çalışılacaktır.

Araştırmanın çocuğa fiziksel olarak vereceği bir risk yoktur. Oluşabilecek psikolojik veya sosyal riskler ise çok düşük düzeydedir. Bazı nadir durumlarda, sorular nedeniyle hafif rahatsızlık yaşanabilir. Hastanenin psikiyatri Uzman Doktoru Çağatay Uğur her türlü kişisel sorunu cevaplandırmada yardımcı olacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Bu araştırmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermeden önce anne ve babanız ile konuşup onlara da danışabilirsiniz. Onlara da bu araştırmadan bahsedip

onaylarını/izinlerini alınacaktır. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, istediğiniz zaman hiçbir hakkınızı kaybetmeden ve herhangi bir cezaya maruz kalmadan araştırmayı sonlandırma hakkına sahipsiniz. Kabul etmediğiniz durumda da kimsenin size karşı davranışında bir değişiklik olmayacaktır.

Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamanız ve yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanabileceğini kabul etmeniz gerekmektedir. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli kalacaktır. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresince görsel/işitsel edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

Bu araştırmaya katıldığınız için sizden ek bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır.

Size verilen formdaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size Bilgilendirilmiş Onam Formu verilecektir. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıya lütfen adınızı ve soyadınızı yazıp imzanızı atınız. İmzaladıktan sonra size ve ailenize bu formun bir kopyası verilecektir.

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışma boyunca tüm kurallara uymam gerektiğini ve araştırmacı ile uyum içerisinde çalışmam gerektiğini, konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında veya araştırma hakkında bilgi almak istediğimde 24 saat boyunca hemen araştırmacı Burcu Çalık'ı arayacağımı biliyorum.

### **Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:**

BURCU ÇALIK: 0506 707 53 49

Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Çalışmayı yapan kişinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Ergen ve Psikiyatri Uzman Doktoru

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

## **EK – 6 Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran yaşları 13-18 yaş arasında değişen çocuklarla Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında ergenlerde görülen depresyon ve umutsuzluk sonucunda ortaya çıkabilecek olumsuz durumların saptanması doğrultusunda bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Bu araştırmada depresyon ve umutsuzluğa yol açan risk faktörlerinin belirlenmesi sonucunda; çocuğun fiziksel ve psikolojik durumunun saptanması, ortaya çıkabilecek olumsuz durumların ve bu olumsuz durumların yol açacağı sonuçların belirlenmesi, aile bireylerinin durumun riski konusunda bilgilendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır.

Bireyin ileriki yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürmesi açısından önemli bir risk etkeni olan bu durumların, durumla ilişkili faktörlerin ve sonuçlarının çok iyi bilinmesi gerekmektedir. Özellikle ergenlerde diğer yaş gruplarından farklı özellikler içermesi bakımından ayrı olarak ele alınmalı ve değerlendirilmelidir.

Araştırma Hemşire Burcu Çalık, Uzman Dr. Çağatay Uğur ve Yrd. Doç. Dr. Ayfer Öcal Açıkgöz ile birlikte yapılmakta olup, bu araştırmaya katıldığınız takdirde size Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Veri Toplama Formunu içeren anket şeklinde bir test uygulanacaktır. Anketler acil servise başvuran ve Acil Servis Gözlem Odası'na yatırılıp yapılan çocuklar üzerinde gerçekleştirilecek olup; uygulanan anketlere verilen cevaplar doğrultusunda bazı sonuçlar çıkartılarak diğer araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılıp risk faktörleri belirlenerek bu olumsuz durumu engellemek için gerekli önlemler alınmaya çalışılacaktır.

Araştırmanın çocuğa fiziksel olarak vereceği bir risk yoktur. Oluşabilecek psikolojik veya sosyal riskler ise çok düşük düzeydedir. Bazı nadir durumlarda, sorular nedeniyle hafif rahatsızlık yaşanabilir. Hastanenin psikiyatri Uzman Doktoru Çağatay Uğur her türlü kişisel sorunu cevaplandırmada yardımcı olacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Bu araştırmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermeden önce anne ve babanız ile konuşup onlara da danışabilirsiniz. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alınacaktır. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, istediğiniz zaman hiçbir hakkınızı kaybetmeden ve herhangi bir cezaya maruz kalmadan araştırmayı sonlandırma hakkına sahipsiniz. Kabul

etmediğiniz durumda da kimsenin size karşı davranışında bir değişiklik olmayacaktır.

Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamanız ve yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanabileceğini kabul etmeniz gerekmektedir. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli kalacaktır. Doldurduğunuz anketlere verdiğiniz cevaplar ve araştırma süresince görsel/işitsel edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır.

Bu araştırmaya katıldığınız için sizden ek bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır.

Size verilen formdaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size Bilgilendirilmiş Onam Formu verilecektir. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıya lütfen adınızı ve soyadınızı yazıp imzanızı atınız. İmzaladıktan sonra size ve ailenize bu formun bir kopyası verilecektir.

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışma boyunca tüm kurallara uymam gerektiğini ve araştırmacı ile uyum içerisinde çalışmam gerektiğini, konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında veya araştırma hakkında bilgi almak istediğimde 24 saat boyunca hemen araştırmacı Burcu Çalık'ı arayacağımı biliyorum.

### **Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:**

BURCU ÇALIK: 0506 707 53 49

Bu formu imzalayarak araştırmaya katılım için onay vermiş olacaksınız.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Çalışmayı yapan kişinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Ergen ve Psikiyatri Uzman Doktoru

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

# Ek - 7 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Onayı



## ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

**Prof. Dr. Nihal DOĞAN**  
(Başkan)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Ertuğrul ÇOLAK**  
(Başkan Yardımcısı)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Biyostatistik Anabilim Dalı

**Öğr. Gör. Dr. Nilüfer DEMİRSOY**  
(Raportör)  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Nilüfer ERKASAP**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Fizyoloji Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Özkan ALATAŞ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Hamdi ÇAKLI**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Coşkun YARAR**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve  
Hastalıkları Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Nurdan ACAR**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı

**Öğr. Gör. Semra YİĞİTASLAN**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Farmakoloji Anabilim Dalı

**Dr. Ecz. Gökçen YAZ GÜZEY**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Sağlık, Uyg. ve Arş Hst. Ezanesi

**Doç. Dr. Emre MUMCU**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi

**Yrd. Doç. Dr. Nazmiye ÖZENBAŞ  
BOYDAĞ**  
Anadolu Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Ahmet AKÇAY**  
Fizik Mühendisi

**Ayşe FERT DÖKMECİ**  
Avukat

**Etik Kurul Sekreterliği**  
Aysun SERTTAŞ  
Gülfidan DEMİRKAYA  
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayı: 80558721/ **268**  
Konu: Etik Kurul Kararı

04 Kasım 2015

**Sayın, Yrd. Doç. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Eskişehir Sağlık Yüksekokulu  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tarafınızdan yürütülmekte olan **“İntihar girişiminde bulunan 12-18 yaş grubu çocuklarda intihara yönelen faktörlerin belirlenmesi”** başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

**Prof. Dr. Nihal DOĞAN**  
Etik Kurul Başkanı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



## Ek - 7 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
<b>ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI KARAR FORMU</b>	
<b>Karar Tarihi:</b> 02 Kasım 2015	
<b>Karar Sayısı:</b> 04	
<p>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yrd.Doç.Dr.Ayfer AÇIKGÖZ (Tez Danışmanı) ve Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Hemşire Burcu ÇALIK (Tez Sahibi) tarafından yürütülen <b>“İntihar girişiminde bulunan 12-18 yaş grubu çocuklarda intihara yönelen faktörlerin belirlenmesi”</b> başlıklı çalışmanın görüş ve öneriler doğrultusunda yapılmasının uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Çalışmanızda başarılar dileriz.</p>	
<b>ASLI GİBİDİR</b>	
ARASTIRMANIN FAYDA/TURU	
Gözetimsiz ilaç kullanımı	
Tıbbi cihaz klinik uygulamaları	
İlaçsız veya ilaçsız cihazlarla ilgili yapılan performans değerlendirme çalışmaları	
Gözlemlenmiş araştırmalar	
Diğerler belirtiniz: Yüksek Lisans Tezi	
ARASTIRMAYA KATILAN VERGİLER	
YERLİ HİZMETLER	
ULUSAL HİZMETLER	
ULUSAL	
ULUSLARARASI	
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı Soyadı: Prof.Dr.Nihal DOĞAN İmza:	

# EK – 8 Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Genel Sekreterlik Onayı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 2. BÖLGE KHBGS  
EĞİTİM BİRİMİ  
13/11/2015 10:54 - 85346189 - E.14447  
00015193411

Sayı : 85346189  
Konu : Araştırma İzni/Burcu ÇALIK

## DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi: a) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)'nin 02.03.2015 tarihli ve 95063351-300/175 sayılı yazısı.  
b) Burcu ÇALIK'ın 10.11.2015 tarihli başvurusu.

İlgi (a) yazı ve (b) başvuru ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencisi Burcu ÇALIK tarafından "İntihar Girişiminde Bulunan 12-18 Yaş Grubu Çocuklarda İntihara Yönelten Faktörlerin Belirlenmesi" konulu çalışmanın anket uygulamasını Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında Birliğimize bağlı Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi için gerekli izin verilmesi talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Burcu ÇALIK tarafından belirtilen tarihler arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizde de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve mezkur üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Mehmet TAHİROĞLU  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: İlgi (b) Yazı Örneği (26 Sayfa)

Dağıtım:  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağ. Bil. Ens. (Ek Konulmadı)  
Çocuk Sağ. ve Hst. Hem. Onk. E.A.H.

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları E.A.H. Aşağı Eğlence Mah. Yeni Etlik Cad. Etlik-Keçiören/ANKARA  
gulden.bayraktar@saglik.gov.tr (Eğitim Birimi)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 21abb735-9aa3-4c6d-a958-91b26a57b472 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Söz konusu çalışmayı hastanelerde yapabiliriz

19.11.2015

Ankara Çocuk Sağ. ve Hast.  
Hematoloji Onkoloji E.A.H.  
N. BÜBER  
Müdür Yardımcısı

# Ek - 9 Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimlik Onayı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi


Sayı : 98206329/906.04-  
Konu : Araştırma İzni/Burcu ÇALIK

007040 -19.11.2015

ANKARA 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 13.11.2015 tarih ve 85346189/E.14447 sayılı yazınız.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Burcu ÇALIK'ın "İntihar Girişiminde Bulunan 12-18 Yaş Grubu Çocuklarda İntihara Yönelten Faktörlerin Belirlenmesi" konulu çalışmanın anket uygulamasını Kasım 2015- Mart 2016 tarihleri arasında Kurumumuzda yapması Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmektedir. Gereğini arz ederim.

  
Doç. Dr. Murat KIZILGÜN  
Hastane Yöneticisi

19.11.2015 Tıbbi Sekreter S.KILIÇ  
.../.../2015 İdari ve Mali İşl. Müd. Yard. F.ÇARIKLI  
.../.../2015 İdari ve Mali İşl. Müd. A.TÜRKEK

Adres : İrfan Baştuğ Cad. Ziraat Mah.Kurtdereli Sokak No.10 Dışkapı/Ankara  
Personel Şubesi Telefon : (0312) 596 98 62 Fax : (0312) 347 23 30  
Wep Sitesi : [www.ankaracocuk.gov.tr](http://www.ankaracocuk.gov.tr)

Ayrıntılı bilgi için S.KILIÇ

e-posta : [diskapicocuk\\_personel@hotmail.com](mailto:diskapicocuk_personel@hotmail.com)

# Ek - 10 Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Uzmanı Onayı

ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ  
EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

(Etik Kuruluna Sunulmak Üzere)

ANKARA

Acil Servis Kliniği'nde "İntihar girişimi" ile bulunan 12-18 yaş grubu çocuklarda intiharı yönlüten faktörlerin belirlenmesi" başlıklı çalışmamı yürütmek istiyorum.

Bilgilerinize arz ederim.

Tarih: 06.04.2014

Yardımcı Araştırmacı

Ad, Soyad: Burcu ÇALIK

İmza: 

Adres: Ziraat Mah. İrfan Bastuğ Cad. Kurtdere Mah. NO:10/ Dışkapı/Altındağ/ANKARA

Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis

*İlgi ettiğim çalışmanın hastanemizde  
Çocuk Acil Servisinde yapılmamasında  
tıbbi açıdan bir sakınca yoktur.*

*6.4.2015*

*Dr. Gökmen*

Ankara Çocuk Sağ ve Hast  
Hematoloji Onkoloji E.A.H  
Dr. Ramiz Coşkun GÜNDÜZ  
Çocuk Sağ ve Hast. Uzmanı  
DHP Tes No 32658

# EK – 11 Gülhana Askeri Tıp Akademisi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanlığı Görüşü

TC

ANKARA ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ  
EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULUNA

ANKARA

Yard. Doc. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ ÖCAL ve Burcu Çalık'ın 'İntihar girişiminde bulunan 12-18 yaş grubu çocuklarda intihara yönelten faktörlerin belirlenmesi' adlı tez çalışmasını Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji-Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis'inde yürütmesinde tıbbi açıdan herhangi bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederim.

Tarih: 05.05.2015

Ad, Soyad: Dursun Karaman

İmza:

GATF Eğitim Hastanesi  
Yrd. Doç. J. Tıp. Yb.  
Dursun KARAMAN (1998-7)  
Dip. Tes. Nu. 8914316647  
Çocuk ve Ergen Ruh. Sağ. ve Hist. Uzm.

Adres: General Dr. Tevfik Sağlam Cad., Etlik (İncirli)/Ankara  
GATA Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi

## ÖZGEÇMİŞ

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı :Burcu ÇALIK  
Doğum tarihi ve yeri :23.08.1988  
Uyruğu :Türkiye Cumhuriyeti  
Medeni durumu :Bekar  
İletişim adresleri :brc\_clk@outlook.com

### Eğitim Durumu

(Tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru ilköğretim, lise, üniversite, yabancı dil / diller) :

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
İlköğretim	İbni Sina İlköğretim Okulu	2002
Lise	Yahya Kemal Beyatlı Lisesi	2005
Lisans	Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2012
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Tezsiz Yüksek Lisans	2017

### Mesleki Deneyim

:

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>
Öğretim Görevlisi	Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Hemşire- Çocuk Acil, Yoğun Bakım Ünitesi	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi
KVC Yoğun Bakım Hemşiresi	Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi

### Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar:

## **Yayınlar**

:

(Makale, Sözlü Bildiri, Poster Bildiri, Kitap, Kitap Bölümü vd.)

1. Açıkgöz, A. ve Çalık, B. " Ergenlik ve İntihar", Uluslararası 2.Adli Hemşirelik ve 1. Adli Sosyal Hizmetleri Kongresi, Kırıkkale, 2016, Sözel Sunum.
2. Açıkgöz A., Çalık B., Şengül Ş., Betgü S., Çam F., Cengiz M., Yaman S. "İlköğretim Öğrencilerinde Bireysel Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi", 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Trabzon, 2014, Poster Sunumu.
3. Çakırer N., Çalık B., Güteryüz G., Özcan G. "Sosyal Paylaşım Sitelerinin Ufuk Üniversitesi Öğrencileri Üzerindeki Etkileri", 10. Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep, 2011, Poster Sunumu.

## **Bilimsel Etkinlikler**

Burslar :

Ödüller :

Projeler : Hemşirelikte Profesyonelleşme ve İş Doyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi

Sözlü Konferans veya Seminerler :

Kurslar ve Eğitim Programları :

1. Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 20-22 Ocak 2016.
2. Pedagojik Formasyon Sertifikası, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Eskişehir, 2014.
3. Biyoistatistik Kursu Sertifikası, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Haziran 2014.
4. Acil Pediatri Hemşireliği Kongresi Katılım Belgesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Haziran 2014.
5. Bilgisayar İşletmeni Sertifikası, Ankara, 2016.