



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE
İNTİHAR RİSKİNİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK
DÜZEYLERİ, DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ,
SOSYAL DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLAR VE
EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Tuba SÜRÜCÜ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Haziran 2024
İSTANBUL**



**T. C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE
İNTİHAR RİSKİNİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK
DÜZEYLERİ, DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ,
SOSYAL DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLAR VE
EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Tuba SÜRÜCÜ

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Alperen BIKMAZER**

**TEZ EŞ DANIŞMANI
Prof. Dr. Vahdettin GÖRMEZ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Haziran 2024
İSTANBUL**

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Tuba Sürücü'nün hazırladığı ve jüri önünde savunduğu “ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR RİSKİNİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK DÜZEYLERİ, DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ, SOSYAL DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLAR VE EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ” tezi başarılı olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

.....
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

İMZA

.....

.....

.....

Tez Savunma Tarihi: 13 / 06 / 2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR RİSKİNİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK DÜZEYLERİ, DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ, SOSYAL DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLAR VE EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ” başlıklı uzmanlık tezimin tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazıldığını ve bu tezde;

- Farklı yazarların araştırmaları ile ilgili bilgiler verildiğinde uygun yerlerde doğru biçimde yazarlara atıfta bulunulduğunu,
- Bu tez ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması olmadığını,
- Tez içerisinde başka yayınlar ve araştırmalardan yapılan alıntılar için tırnak içine alınarak sunulduğu ve gerekli atıfların belirtildiğini,
- Tezin önceden herhangi bir yerde yayınlanmadığını beyan ederim.

Haziran, 2024

Dr. Tuba SÜRÜCÜ

İmza:

BİLGİLENDİRME

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Doç. Dr. Alperen BIKMAZER ve tez eş danışmanım Prof. Dr. Vahdettin GÖRMEZ katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Tuba Sürücü



TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanını sevmemde büyük bir etkisi olan, uzmanlık eğitimim boyunca bilgisi, tecrübesi, verdiği rehberberlik sayesinde bana çok büyük değerler katan, bu dört yıl içinde yaşadığım zorlu süreçlerde her zaman yanımda olan ve ihtiyacım olan her zaman benden desteğini esirgemeyen, ekibinde yer almış olabildiğim için meslek hayatım boyunca gurur duyacağım çok kıymetli hocam Prof. Dr. Vahdettin Görmez'e,

Asistanlığım boyunca bilgi ve deneyimlerini her zaman özveriyle bizimle paylaşan ve bana çok şey katan, gerek akademik anlamda gerek diğer alanlarda desteğini her zaman hissettiğim, çok değerli hocam Doç. Dr. Alperen Bıkmazer'e,

Erişkin psikiyatri rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Aynur Görmez'e, Doç. Dr. Rümeysa Yeni Elbay'a, Doç. Dr. Hasan Turan Karatepe'ye, Doç. Dr. Emrah Karadere'ye,

Asistanlık eğitimim boyunca beraber çalışmaktan mutlu olduğum, hem akademik anlamda hem de hastalarla ilgili deneyimlerinden çokça faydalandığım Doç. Dr. Nuran Gözpınar'a,

Aramıza kısa bir süre önce katılmış olmasına rağmen bilgi ve birikimlerini bizimle cömertçe paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Yavuz Meral'e,

Çocuk psikiyatri ihtisasım sürecinde beraber çalışma fırsatı yakaladığım için şanslı hissettiğim kendilerinden çok şey öğrendiğim, Doç. Dr. Süleyman Çakıroğlu'na, Uzm. Dr. Burcu Yıldırım Budak'a, Uzm. Dr. Meltem İnci Kefal'e, ve Uzm. Dr. Sebile Aslı Eke'ye,

Asistanlığımız süresince her alanda birlikte çalıştığımız, bu sürecin neredeyse her gününü birlikte geçirdiğim, ihtiyacım olan her zaman bana destek olan değerli arkadaşım eşkıdemim Dr. Burak Demirci'ye,

Asistanlığımın zorlu süreçlerinde ve en keyifli anlarında bana eşlik eden, beraber geçirdiğimiz bu süreci huzurlu ve neşeli kılan, tanıştığımız için hayatım boyunca şanslı hissedeceğim, dostluklarının bir ömür boyu süreceğine inandığım çok kıymetli dostlarım Dr. Aybala Nur Balık'a, Dr. Ecren Parlak Kuvvet'e, Dr. Fulya Bakır'a, Dr. Eslem Öztürk Gül'e ve Dr. Sümeyye Bayrak Yüksel'e,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım çalışma ortamımızın güzel ve huzurlu bir yer olmasını sağlayan tüm kıymetli asistan arkadaşlarıma, psikologlarımıza, hemşirelerimize ve personel ekibimize,

Bana sevmeyi ve seilmeyi, insana kıymet vermeyi ve hayattan keyif almayı öğreten her zaman sonsuz desteklerini arkamda hissettiğim bu hayattaki en büyük şansım olan kıymetli ailem; her zaman bana yol gösteren, dualarını hep arkamda hissettiğim canım annem Sevinç Sürücü'ye ve canım babam Mustafa Sürücü'ye, bu hayatta birlikte çokça eğlendiğim canım ablam Elif Ecem Genç'e ve canım kardeşim Gül Sürücü'ye,

Hayatımda var oldukları için sonsuz teşekkürler.

Dr. Tuba SÜRÜCÜ

İÇİNDEKİLER

ONAY.....	i
YAZAR BİLDİRİMİ	ii
BİLGİLENDİRME	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İNTİHARIN TANIMI.....	3
2.2. İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.3. İNTİHAR İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ	4
2.4. İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMA SÜRECİNDE ROL OYNAYAN FAKTÖRLER	6
2.4.1. Kendine zarar verme davranışı (KZVD).....	10
2.4.2. Belirsizliğe tahammülsüzlük.....	11
2.4.2.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar	11
2.4.3. Duygu düzenleme ve duygu düzenleme stratejileri	13
2.4.3.1. Duygu düzenleme ve intihar.....	15
2.4.4. Ebeveyn tutumları	16
2.4.4.1. Ebeveyn tutumları ve intihar	16
2.7. ÇALIŞMANIN AMAÇ ve ÖNEMİ.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ ve DESENİ	20
3.1.1. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri	21
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	22
3.2.1. Çocuk ve ebeveyn için bilgilendirilmiş onam formu.....	22
3.2.2. Sosyodemografik veri formu	22
3.2.3. İntihar tarama soruları	23

3.2.4. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi– şimdi ve yaşam boyu şekli–DSM–5–Türkçe (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)	23
3.2.5. Columbia intihar şiddetini derecelendirme ölçeği (C-İŞDÖ)	23
3.2.6. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri (KZVDDE)	24
3.2.7. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 12 (BTÖ-12)	24
3.2.8. Çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A	25
3.2.9. Ergenler için duygu düzenleme ölçeği (EİDDÖ).....	25
3.2.10. Anne baba tutum ölçeği (ABTÖ).....	26
3.2.11. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ)	26
3.2.12. 6-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği (CBCL)	26
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. ÖRNEKLEM GRUBUNUN DEMOGRAFİK VE MEDİKAL ÖZELLİKLERİ....	28
4.1.1. Çocukla ilgili sosyodemografik veriler ve aile öyküsü.....	28
4.1.2. Aile/Akraba ve arkadaşla ait demografik bilgiler	30
4.2. C-İŞDÖ VE ÇDŞG-ŞY-DSM-5 PUANLARININ İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI.....	36
4.2.1. ÇDŞG-ŞY-DSM-5 karşılaştırılması.....	36
4.2.2. C-İŞDÖ puanlarının karşılaştırılması.....	38
4.2.3. KZVDDE puanlarının karşılaştırılması	42
4.2.4. BTÖ-12 puanlarının karşılaştırılması.....	45
4.2.5. Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	47
4.2.6. EİDDÖ puanlarının karşılaştırılması	49
4.2.7. ABTÖ puanlarının karşılaştırılması	51
4.2.8. CBCL puanlarının karşılaştırılması	53
4.2.9. HADÖ alt boyutlarının karşılaştırılması	53
4.3. MODELLER.....	60
5. TARTIŞMA.....	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
KAYNAKLAR	76

EKLER	82
EK 1. ETİK KURUL ONAYI	82
EK 2. ÇOCUK VE EBEVEYN İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	84
EK 3. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	88
EK 4. İNTİHAR TARAMA SORULARI	90
EK 5. COLUMBİA İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (C-İŞDÖ).....	91
EK 6. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (KZVDDE).....	94
EK 7. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ 12 (BTÖ-12)	98
EK 8. ÇOCUKLAR İÇİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK İNDEKSİ-A	99
EK 9. ERGENLER İÇİN DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ (EİDDÖ)	101
EK 10. ANNE BABA TUTUM ÖLÇEĞİ (ABTÖ)	102
EK 11. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)	105
EK 12. 6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (CBCL)	106
EK 13. OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ-ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ- DSM-5.....	108
EK 14. BENZERLİK RAPORU	116

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
ÇDŞG-ŞY-DSM-5 ...	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5
C-İŞDÖ	Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği
KZVDDE	Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
BTÖ-12	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12
EİDDÖ	Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği
ABTÖ.....	Anne Baba Tutum Ölçeği
HADÖ.....	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Çocuğa dair sosyodemografik ve medikal bilgiler	29
Tablo 4.2.	Aile/Akraba ve Arkadağa ait demografik bilgiler.....	31
Tablo 4.3.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların sosyodemografik ve medikal özelliklerinin karşılaştırılması	33
Tablo 4.4.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların aile/akraba ve arkadaşğa ait demografik bilgilerinin karşılaştırılması	34
Tablo 4.5.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastalarda ÇDŞG-ŞY-DSM-5 karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.6.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların C-İŞDÖ puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.7.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların C-İŞDÖ puanlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.8.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların KZVDDE puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.9.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların KZVDDE puanlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.10.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların BTÖ-12 puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.11.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A puanlarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.12.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların EİDDÖ puanlarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.13.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ABTÖ puanlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.14.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların CBCL puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.15.	İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ebeveynlerinin HADÖ Puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 4.16.	BTÖ-12, EİDDÖ, ABTÖ, Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A ve sosyodemografik sürekli değışkenler arasındaki korelasyon katsayıları	56

Tablo 4.17. İntihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, EİDDÖ, BTÖ-12, ABTÖ ve Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A arasındaki korelasyon katsayıları	59
---	----



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1	Araştırmanın Akış Şeması	22
Şekil 4.1.	Toplam kaygının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü	60
Şekil 4.2.	İleriye yönelik kaygının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü	61
Şekil 4.3.	Toplam kaygının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü	62
Şekil 4.4.	Belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutunun son bir aydaki düşüncelerin düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü	62
Şekil 4.5.	İçsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü	63

ÖZET

ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR RİSKİNİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK DÜZEYLERİ, DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ, SOSYAL DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLAR VE EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ

İntihar davranışı ergenler arasında küresel bir halk sağlığı sorunudur ve ergenlerdeki intihar davranışının yapısı karmaşıktır. İntihar davranışının altında yatan süreçleri inceleyen birçok önemli teori öne sürülmüştür ancak bu teorilerin çoğu intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki farkı ele alamadıkları için sınırlıdır. Kişilerinin intihar girişiminde bulunmasına neden olan pek çok faktör bulunmaktadır ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin yüksek olmasının da bu faktörler arasında yer alabileceği düşünülmektedir. Uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine sahip olmak da ergenlerde intihar düşünceleri ve intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiş ve aynı zamanda bu durumun öngörücülerinden biri olarak gösterilmiştir. Ayrıca yetkin olmayan ebeveyn tutumlarının intihar davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya konulmuştur. Bu araştırmada, intihar girişimi olan ergenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri, duygu düzenleme stratejileri ve ebeveyn tutumları açısından intihar düşüncesi olan ergenlerle karşılaştırılması ve intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar girişiminde bulunma sürecinde bu fenomenlerin aracı rollerinin olup olmadığının aydınlatılması amaçlanmıştır.

Araştırma örneklemi, 15.10.2023 - 15.03.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'ne başvuran ergenler ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Veri toplama araçları yarı yapılandırılmış tanısal klinik görüşme, sosyodemografik veri formu, İntihar Tarama Soruları ölçeği, Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12, Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A, Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği, Anne Baba Tutum Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya yaş aralığı 12.33 ile 17.91 (yıl) arasında değişen (Ort=15.71, SS.=1.39) toplam 140 hasta dahil

edilmiştir. Araştırmanın örneklemini iki gruptan oluşmaktadır. Birinci grupta intihar girişiminde bulunmuş 98 kişi, ikinci grupta ise intihar düşüncesi olan 42 kişi bulunmaktadır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunma ile Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A toplam puanının ($p<.001$), BTÖ-12 toplam puanının ($p=.001$), uyumsuz içsel ($p<.001$) ve dışsal ($p=.002$) duygu düzenleme stratejileri puanlarının yüksek olması; ebeveyn tutumlarındaki kabul / ilgi puanının ise düşük olması ($p=.044$) arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. İlişkili bulunan bu fenomenlerin intihar düşüncesinden intihar girişimine geçiş sürecinde aracı model analizleri ayrı ayrı yapıldığında yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin ve uyumsuz içsel duygu düzenleme stratejilerinin intihar düşüncesinden intihar girişimine geçişte aracı etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda elde edilen bu sonuçlar ile intihar düşüncesi olan yüksek risk altındaki ergenlerde intihar girişimini tahmin etmeye yönelik teorik modeller oluşturulmuştur. Bu modellerin ileride yapılacak araştırmalarda yeni örneklemelerle yeniden değerlendirilip geliştirilmelerinin, ergenler arasındaki intihar riskini azaltma konusunda literatüre önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Duygu Düzenleme, Ebeveyn Tutumu. İntihar düşüncesi, İntihar Girişimi.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-HARM BEHAVIOR AND SUICIDE RISK IN ADOLESCENTS WITH INTOLERANCE OF UNCERTAINTY, EMOTION REGULATION STRATEGIES, SOCIAL-EMOTIONAL BEHAVIORAL PROBLEMS, AND PARENTAL ATTITUDES

Suicidal behavior among adolescents is a global public health issue, and its nature is complex. Many significant theories have been proposed to examine the underlying processes of suicidal behavior, but most of these theories are limited as they do not address the difference between suicidal thoughts and suicide attempts. There are many factors that cause individuals to attempt suicide, and high levels of intolerance to uncertainty are thought to be among these factors. Maladaptive emotion regulation strategies have also been associated with suicidal thoughts and attempts in adolescents and have been shown to be predictors of this condition. Additionally, incompetent parental attitudes have been found to be related to suicidal behaviors. This study aims to compare the levels of intolerance to uncertainty, emotion regulation strategies, and parental attitudes between adolescents who have attempted suicide and those who have suicidal thoughts, and to elucidate whether these phenomena have mediating roles in the process of attempting suicide among adolescents who have attempted suicide.

The research sample consists of adolescents and their parents who applied to Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital between October 15, 2023, and March 15, 2024. Data collection tools include a semi-structured diagnostic clinical interview, sociodemographic data form, Suicide Screening Questions scale, Columbia Suicide Severity Rating Scale, Self-Harm Behavior Assessment Inventory, Intolerance of Uncertainty Scale 12, Intolerance of Uncertainty Index for Children-A, Emotion Regulation Scale for Adolescents, Parental Attitude Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, and Child and Adolescent Behavior Assessment Scale. A total of 140 patients aged between 12.33 and 17.91 years (Mean=15.71, SD=1.39) were included in the study. The research sample consists of two groups: 98 individuals who have attempted suicide and 42 individuals who

have suicidal thoughts. Our study found a significant relationship between attempting suicide and high scores on the Intolerance of Uncertainty Index for Children-A ($p < .001$), the IU-12 total score ($p = .001$), maladaptive internal ($p < .001$) and external ($p = .002$) emotion regulation strategies scores, and low acceptance/interest scores in parental attitudes ($p = .044$). When mediation model analyses were separately conducted for these related phenomena in the process of transitioning from suicidal thoughts to suicide attempts, it was found that high levels of intolerance to uncertainty and maladaptive internal emotion regulation strategies had a mediating effect on the transition from suicidal thoughts to suicide attempts.

With the results obtained in our study, theoretical models have been developed to predict suicide attempts in high-risk adolescents with suicidal thoughts. We believe that reevaluating and developing these models with new samples in future studies will make significant contributions to the literature on reducing suicide risk among adolescents.

Keywords: Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, Parental Attitude, Suicidal Thoughts, Suicide Attempt.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenler arasında intihar, küresel bir halk sağlığı sorunu olup geliştirilmiş tanı, önleme ve tedavi stratejileri büyük önem taşımaktadır. Ergenlerdeki intihar sorununun yapısı karmaşıktır ve intihar dünya genelinde halen ergenler için büyük bir ölüm nedenidir. Bu nedenle daha etkili intihar önleme çabalarının ortaya çıkması için birçok çalışma yapılmaya devam edilmektedir. Yapılan bu çalışmalarla risk faktörleri ve koruyucu faktörleri daha iyi anlayarak yüksek risk altındaki ergenlerdeki birden fazla sosyal kimliğin beraberliğini anlama konusunda anlamlı ilerlemeler kaydedilmektedir (1).

İntihar zihnini anlamaya yönelik psikolojik yaklaşımlar, yirminci yüzyılın başından bu yana önemli ölçüde önem kazanmıştır ve gelişmiştir. İntihara yönelik erken dönem psikolojik araştırmalar, Freud ile başlamıştır ancak sistematik psikolojik araştırmalar elli yılı biraz aşkın bir geçmişe sahiptir. Özellikle son yıllarda intihar davranışının etiyolojisi ve seyri hakkındaki anlayışımızda önemli gelişmelere yol açan çok sayıda model ortaya konmaya başlanmıştır ve intihar davranışının nedenlerini daha iyi anlamak için klasik psikiyatrik tanı kategorilerinin ötesine geçmemiz gerektiğine dair artan bir farkındalık vardır (2).

İntihar davranışının altında yatan süreçleri inceleyen birçok önemli teori öne sürülmüştür ancak, birçok teori intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki farkı ele alamadığı için sınırlıdır. İntihar girişimini tahmin etmeye odaklanan teoriler, intiharla ölme riski en yüksek olan bireyleri belirleyebilme yeteneğimizi artırabilir. (3). Bir bireyin intihar girişiminde bulunabilmesi için intihar etme isteği taşımanın yanında ayrıca ölümcül kendine zarar verme durumunu da geliştirmiş olmalıdır. Doğuştan gelen kendini koruma içgüdülerinin aşılması son derece zordur ve bu içgüdülere karşı koyan davranışlarda bulunma yeteneğinin nelere bağlı olduğu araştırılmalıdır (4).

Kişilerinin intihar girişiminde bulunmasına neden olan pek çok neden bulunmaktadır ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin yüksek olmasının da bu nedenler arasında yer alabileceği araştırılan bir konudur. Yapılan bir çalışmada belirsizliğin intihar düşüncesini etkilediği sonucuna varılmıştır (5). Yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada ise intihar girişimi sonrası hastaneye yatırılan erişkin hastalarda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (6).

Duygu düzensizliği, ergenlikten yetişkinliğe kadar hem geçmişe yönelik, hem eş zamanlı, hem de ileriye dönük olarak intihar düşünceleri ve intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiş ve aynı zamanda bu durumun öngörücülerinden biri olarak gösterilmiştir (7). Uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin de intihar riskinde öngörücü bir faktör olduğu düşünülmektedir (8). Ayrıca işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin intihar davranışı riskini azalttığı ve uyumsuz stratejilerin de intihar davranışı riskini arttırdığı gösterilmiştir (9). Ergenlerde yapılan bir çalışmada duygu düzenleme güçlükleriyle intihar riski arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (10). Klinik çalışmalarda da tutarlı olarak intihar girişimleri ve duygu düzenleme güçlükleri arasında pozitif ilişki bildirilmiştir (11).

Ebeveyn davranışları, ergenlerin ruh sağlığı durumunu etkiler. Bu nedenle, ebeveyn tutumlarının ergenlerin intihara yönelik davranışlarını ve intihara yönelik tutumlarını etkilemesi beklenmektedir. Ergenler üzerinde yapılan bir araştırmada yetkin olmayan ebeveynlik tutumlarının intihar davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya konulmuştur (12).

Bu çalışmada, intihar girişimi olan ergenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri, duygu düzenleme stratejileri ve ebeveyn tutumları açısından intihar düşüncesi olan ancak intihar girişiminde bulunmamış ergenlerle karşılaştırılması ve bu fenomenlerin intihar girişiminde bulunma sürecinde nasıl bir ilişkisi olduğunun gösterilmesi, intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar girişiminde bulunma sürecinde bu ilişkilerin aracı rollerinin olup olmadığının aydınlatılması amaçlanmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarının intihar girişimi sürecinde bu fenomenlerin ilişkilerinin daha iyi anlaşılması, bu süreçteki etkilerinin azaltılması ve intihar girişimini engelleyici şekilde nasıl kullanılabileceklerinin aydınlatılması yoluyla intihar düşüncesi olan ergenlerin takip ve tedavi süreçlerine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNTİHARIN TANIMI

İntihar davranışı; kişinin kendini öldürmeye niyetlenerek ölüm ya da yaralanma ile sonuçlanabilecek eylemleri yapması ya da yapmayı düşünmesidir. İntihar davranışı tamamlanmış intiharların yanı sıra intihar girişimi ve intihar düşüncelerini de içeren genel bir tanımlama olarak kullanılmaktadır (13).

İntihar düşüncesi; eyleme geçmeden intiharı düşünme, isteme veya planlama olarak tanımlanır ve aktif ya da pasif olabilir. Pasif intihar düşünceleri varsa kişi ölüm hakkında düşünür, ölmeyi ister ancak kendini öldürmeyi düşünmez ve planlamaz. Aktif intihar düşüncesinde ise kişi hayatına son vermeyi düşünür, kendini öldürmek için belli bir yöntem düşünmüş ya da plan yapmış veya yapmamıştır (14).

İntihar girişimi; kişinin ölme niyetiyle potansiyel olarak kendine zarar vermesi veya yaralamasıyla sonuçlanabilen ölümcül olmayan davranışlardır (15). Ergenlerde intihar girişimi için kullanılan en yaygın yöntemler sırasıyla; aşırı doz ilaç içmek, ası, kesici alet kullanımıdır (16).

Tamamlanmış intihar; kişinin kendi isteği ile yaşamına son vermesidir (14). Ergenlerde tamamlanmış intiharlar için en sık kullanılan yöntemler sırasıyla; ası, aşırı doz ilaç içmek, ateşli silahların kullanımıdır (17).

2.2. İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada 2019 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yaklaşık 703.000 kişi intihar nedeniyle ölmüştür ve intihar 15 - 29 yaş grubundaki kişilerde ölüm sebepleri içinde trafik kazaları, tüberküloz ve şiddetten sonra gelerek dördüncü sıradadır. Dünya intihar hızları araştırmalara göre düşme eğilimindedir. 2000 - 2019 yılları arasındaki süreçte 20 yılda intihar hızı dünyada %36 azalmıştır (18). Diğer yaş grupları arasında intihar oranları azalsa da ergenler arasında artmaktadır ve bu nedenle uygun müdahalelere ihtiyaç vardır (19).

İntihar girişimlerinin tamamlanmış intihardan yaklaşık 20 kat fazla olduğu düşünülmektedir. Yaklaşık 100.000 kişinin yirmi bir ülkeden katıldığı DSÖ'nün Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nda intihar girişimleri, planları ve düşüncesi için tahmini yıllık prevalans gelişmekte olan ülkelerde sırasıyla %0.4, %0.4 ve %2.1, gelişmiş ülkeler için ise sırasıyla %0.3, %0.6 ve %2 olarak bildirilmiştir (14).

1962 yılından itibaren Türkiye'de tamamlanmış intiharla ilgili veriler T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından, 2005 yılından sonra ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından düzenli olarak toplanmaktadır (20). DİE ve TÜİK'den elde edilen verilere göre yaşa standardize edilmemiş kaba intihar hızı ülkemizde 1977 yılında yüz binde 1.75 iken, 2022 yılında ise yüz binde 4.88 olarak hesaplanmıştır (kadın:2.4, erkek:7.31) (21).

Türkiye için hesaplanan intihar hızı dünya ortalama intihar hızının altındadır. Ülkemizde hesaplanan kaba intihar hızında, 2019 yılında başlayan COVID-19 pandemisi ve aynı zamanda da 2020 Mart ayından sonraki süreçlerdeki kapanmanın da etkisiyle artış olduğu bulunmuştur (20).

Dünyadaki intihar hızları azalma eğiliminde olmasına rağmen Türkiye'de hesaplanan intihar hızları son 50 yıldır artış göstermektedir ve son 50 yılda yaklaşık olarak 2 kat artmıştır (21).

2.3. İNTİHAR İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

İntihar düşüncelerinin oluşumunu ve intihar girişimini arttıran çeşitli risk faktörleri tanımlanmıştır ancak bu faktörlerin birleşerek nasıl etki ettiği ve intihar davranışının gelişimine ne şekilde katkıda bulunduğu halen belirsizdir (22).

İntihar davranışının biyolojik, psikolojik ve sosyal belirleyicilerini inceleyen bir çalışmada intiharın çok boyutlu bir durum olduğu ve genetik yatkınlık, nörobiyolojik faktörler, psikolojik durumlar ve çevresel etkenler gibi çeşitli faktörlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıktığı belirtilmektedir (23).

Yaşlılık, genç erişkinlik ve ergenlik dönemleri, yaşa bağlı olarak intihar riski açısından en yüksek riskli zaman dilimleridir (23). İntihar davranışının 10 yaşından önce görülmesi nadirdir ve ergenlik dönemi boyunca intihar davranışı oranları yaşla birlikte artar. Ergenlerde erkeklerin intihar sonucu ölüm oranlarının kızlardan kabaca üç kat daha yüksek olduğu ancak intihar düşüncesi, intihar planları ve ölümcül olmayan intihar girişimlerinin oranlarının da kızlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. 2000 – 2019 yıllarında yapılan

araştırmalardaki verilere göre de cinsiyetler arasındaki ölümle sonuçlanan intihar oranlarındaki farkın daraldığı ve 10-14 yaş arası kızlarda bu oranların iki katından fazla arttığını gösterilmektedir (15). Türkiye’de 2019 yılında intihar nedeniyle hayatını kaybedenlerden 15-19 yaşları arasında 193 erkek, 123 kız; 15 yaşın altında ise 38 erkek, 25 kız bulunmaktadır (21).

DSÖ, Dünya Ruh Sağlığı Anketleri kapsamında intihar girişimlerinin on iki aylık yaygınlığını ve bu girişimlerin risk faktörlerini incelediği 21 ülkede yapılan bir araştırmada intihar girişimi yaygınlığının ülkeler arasında büyük farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, intihar girişimleri için önemli risk faktörleri arasında düşük eğitim düzeyi, işsizlik, psikiyatrik bozukluklar ve önceki intihar girişimleri yer almaktadır (14). İntihar davranışı ile ilişkili en sık psikiyatrik hastalık, duygudurum bozukluklarıdır. Alkol ve madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, şizofreni ve kaygı bozuklukları durumları da intihar riskini artıran faktörlerdir (24). İntihar davranışı tanı konmuş bir psikiyatrik bozukluk olmadığı zaman da meydana gelebilmektedir. Psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu zaman da, intihar sebebiyle ölen kişilerde psikiyatrik bozukluklar diğer risk faktörleriyle beraber ortaya çıkmaktadır (25).

Finlandiya’da yapılan bir çalışmaya göre 14 ila 31 yaşları arasında düzenli olarak sigara kullanımı olan kadınların, sigara kullanımı olmayan veya seyrek içenlere kıyasla daha genç yaşta ilk intihar girişiminde bulundukları gösterilmiştir (26). Kore’de 70,486 orta okul ve lise ğrencisi ile yapıulan sigara içme ve ağır alkol tüketimi ile intihar düşünceleri ve intihar girişimleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlayan bir araştırmaya göre demografik özellikler, algılanan stres/üzüntü/umutsuzluk ve kronik hastalıklar gibi değişkenler de kontrol edildiğinde sigara içme ve ağır alkol tüketiminin hem erkek hem de kızlarda intihar düşünceleri ve intihar girişimleri için önemli faktörler olduğu bulunmuştur (27).

Ergenlerde erkeklerin intihar oranlarının kızların intihar oranlarından kabaca üç kat daha yüksek olduğu ancak intihar düşüncesi, intihar planları ve ölümcül olmayan intihar girişimlerinin oranlarının da kızlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (15).

İntihar girişimi yaygınlığı ekonomik, kültürel ve sosyal faktörlere bağlı olarak bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Sosyal destek eksikliği ve yüksek düzeyde yaşanan stresli yaşam olayları, intihar girişimi riskini artıran diğer önemli faktörler arasındadır özellikle aile içi sorunlar ve ekonomik zorluklar, intihar girişimi olasılığını artırmaktadır (14).

Ailede intihar öyküsünün olması intihar risk faktörlerindendir. Bu risk, ebeveynlerde de olan kalıtsal duygudurum bozukluğu, ebeveyn agresyon ve impulsivite özellikleri veya nörobilişsel bozuklukları ile kısmen açıklanmaktadır. İkiz çalışmalarında intihar riskinde tahminlerde genetik faktörlerin %30 ila %50 arası bir katkısı olduğunu göstermektedir. İntihar davranışının belirgin bir şekilde kalıtsal olduğu bilirse de risk genleri henüz tanımlanmamıştır (25).

Yapılan bir çalışmada intihar davranışlarına sahip akraba veya arkadaşlara sahip olmanın intihar riskini nasıl etkilediği ve bu durumun yaygın intihar risk faktörlerinin gücünü nasıl etkilediği incelenmiştir. Bu çalışmaya göre de sosyal veya biyolojik olarak intihar davranışlarına maruz kalan bireylerde, intihar riskinin artmış olduğu ancak yaygın intihar risk faktörlerinin tahmin edici gücünün de daha az belirgin olduğu bulunmuştur (28).

Daha önce intihar girişiminde bulunan bireylerin yeniden intihar girişiminde bulunma riski, geçmişte intihar girişiminde bulunmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (14). Tekrarlayan intihar davranışı, intihar riskini öngören en güçlü faktörlerden biri olarak kabul edilir. Son yıllarda yapılan çalışmalarla intihar risk faktörleri hakkındaki bilginiz önemli düzeyde artmış olmasına rağmen bazı faktörlerin halen nasıl ve neden bir araya gelerek intihar riskini artırdığı belirsizdir (29).

2.4. İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMA SÜRECİNDE ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

İntihar davranışının çok bileşenli, sosyal etkileri olan; karmaşık bir yapıya sahip olduğu bilinmektedir. Böyle bir yapıya sahip olmasından dolayı, intiharı açıklamayı sağlayacak tanımları yapmak da güçleşmektedir (30). Ancak intiharı anlamak ve açıklamak adına, intihar ile ilişkili faktörler hakkındaki bilgiler son yıllarda önemli ölçüde artmıştır (31, 32) ve genel olarak bakıldığında intihar davranışının biyolojik, psikolojik ve sosyal kökenli olan etiyolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşiminin sonucunda olduğu kabul edilmektedir (33).

İntihar zihnini anlamaya yönelik psikolojik yaklaşımlar, yirminci yüzyılın başından bu yana önemli ölçüde önem kazanmıştır ve gelişmiştir. İntihara yönelik erken dönem psikolojik araştırmalar, Freud ile başlamıştır ancak sistematik psikolojik araştırmalar elli yılı biraz aşkın bir geçmişe sahiptir. Özellikle son yıllarda intihar davranışının etiyolojisi ve seyri hakkındaki anlayışımızda önemli gelişmelere yol açan çok sayıda model ortaya konmaya başlanmıştır (2).

İntihar girişimi sonucu ölümleri önleme büyük ölçüde intihar girişiminde bulunmadan önce tahmin edilmesinin doğruluğuna bağlıdır. Ne yazık ki, intiharla ölüm tahmin edilmesi son derece zor bir olgudur. Bu şaşırtıcı bir sonuç değildir çünkü intihar girişimi sonrası ölüm nispeten nadirdir ve intihar düşünceleri olan veya hatta intihar girişimi geçmişi olan çoğu birey intihar sonucu ölmemektedir (3).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2009 yılında yapılan ulusal bir çalışmaya göre, bir yıllık bir dönemde yaklaşık 8.3 milyon (%3.7) kişinin ciddi intihar düşünceleri yaşadığını, 2.3 milyon (%2.3) kişinin bir intihar planı geliştirdiğini ve 1.1 milyon kişinin de intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir. Ancak daha az sayıdaki kişi ise gerçekten intihar sonucu hayatını kaybetmiştir (34). Geçmiş çalışmalara da bakıldığında her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 33,000 kişinin (%0.01) intihar sonucu öldüğü tahmin edilmektedir (35). Sonuç olarak birçok bireyin intihar düşünceleri olmasına rağmen, çoğu birey bu düşünceleri hayata geçirmez (3).

İntihar davranışının altında yatan süreçleri inceleyen birçok önemli teori öne sürülmüştür ancak, birçok teori intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki farkı ele alamadığı için sınırlıdır. İntihar girişimini tahmin etmeye odaklanan teoriler, intiharla ölme riski en yüksek olan bireyleri belirleyebilme yeteneğimizi artırabilir (3). Bir bireyin intihar girişiminde bulunabilmesi için intihar etme isteği taşımanın yanında ayrıca ölümcül kendine zarar verme durumunu da geliştirmiş olmalıdır. Doğuştan gelen kendini koruma içgüdülerinin aşılması son derece zordur ve bu içgüdülere karşı koyan davranışlarda bulunma yeteneğinin nelere bağlı olduğu araştırılmalıdır (4).

İntihar davranışının etiyolojisi ve seyri hakkında önemli gelişmelere yol açan birçok model öne sürülmüştür. Son zamanlardaki bu gelişmeler sonucunda, intihar davranışının nedenlerini daha iyi anlamak için klasik psikiyatrik tanı kategorilerinin ötesine geçmemiz gerektiğine dair artan bir farkındalık vardır (2).

Bu teorik modellerin ortaya çıkması sonucunda, çeşitli kişilik faktörleri (dürtüsellik gibi) ve bilişsel faktörler (sosyal problem çözme gibi) tanımlanmış. Bu faktörlerin de tekrar eden kendine zarar verme davranışlarını (KZVD) ve intihar riskini artırdığı gösterilmiştir (36-38). Bu bölümün geri kalanında bu modellerden bazılarından bahsedilecektir.

Schotte ve Clum'un 1987'de geliştirdiği Diyatez Stres Umutsuzluk Modeli (Diathesis Stress Hopelessness Model of Suicidal Behaviour) intihar davranışını açıklamak için bilişsel kırılganlık, stres ve umutsuzluk unsurlarını birleştirir. Bu modele göre bilişsel kırılganlık bireyin stresle başa çıkma yeteneklerini ve intihar riskine olan duyarlılığını belirler. Bilişsel

kırılganlık, kişinin stresli durumlarla başa çıkmada yaşadığı zorlukları ifade eder ve bu da intihar düşüncelerinin ortaya çıkma olasılığını artırabilir. Stres de kişinin mevcut bilişsel kırılganlıkları ile etkileşime girerek intihar riskini artırır. Umutsuzluk ise kişinin geleceğe yönelik olumsuz beklentiler geliştirmesi ve bu nedenle intihar düşüncelerine kapılma olasılığını artıran bir faktördür. Bu model, intihar davranışını anlamak ve önlemek için önemli bir çerçeve sunmaktadır (39).

Edwin Shneidman, 1993'te yayımladığı İntihar ve Psikolojik/Duygusal Sıkıntılar (Suicide as Psychache) başlıklı çalışmasında intiharın nedenini dayanılmaz psikolojik/duygusal sıkıntılar (psychache) olarak tanımlamaktadır. Shneidman'a göre, intihar, kişinin bu dayanılmaz zihinsel acıdan kaçma girişimidir. Ayrıca, bu acının kişisel ve öznel doğasına da dikkat çeker; yani her bireyin acıya dayanma eşiği farklı olduğunu ve bu eşiğin de intihar girişiminde bulunmada önemli olduğunu belirtmektedir. Shneidman'a göre, intiharın önlenmesinde, bireylerin psikolojik acılarını anlamak ve yönetmek büyük önem taşımaktadır (40). Yapılan başka bir çalışmada da tekrarlayan intihar davranışının güçlü olumsuz duyguları düzenlemek için bir strateji olarak hareket ettiği öne sürülmüştür. Yani olumsuz duygulardan kaçış veya kaçınma motivasyonu intihar girişimini tetikleyebilir ve bazı kişiler için intihar girişimi duygusal rahatlamaya bir aracı olarak kullanılmaktadır (41). Bir başka çalışma, ilk intihar girişiminden sonra "daha iyi hissetme" deneyimi bildiren intihar girişimcilerinin ikinci bir intihar girişiminde bulunma olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bulmuştur (42). Daha önce intihar girişiminde bulunmamış akut intihar düşüncesine sahip bireyler arasında, intiharın duygusal sıkıntıyı azaltacağını düşünmenin, önümüzdeki 6 ay içinde intihar girişiminde bulunma olasılığını önemli ölçüde artırdığı da gösterilmiştir (43).

Mann ve arkadaşlarının 1999 yılında geliştirdiği İntihar Davranışının Klinik Model'i (Clinical Model of Suicidal Behaviour), intihar riskinin sadece psikiyatrik bozukluklar (stresör) tarafından değil, aynı zamanda bilişsel (intihar düşüncelerini daha fazla deneyimleme eğilimi) ve kişilik özellikleri (impulsivite ve saldırganlık) gibi diyatez faktörleri tarafından da belirlendiğini öne sürer. Mann ve meslektaşlarının çalışmaları, intihar riskinin belirlenmesinde stres ve diyatez faktörlerinin etkileşimini vurgulamaktadır. Bu model, intihar davranışını anlamak ve önlemek için önemli bir çerçeve sunmaktadır (44).

Williams'ın 2001'de geliştirdiği model ile intihar riskinin yenilgi ve kapana kısılmışlık hissi yüksek olduğunda ve kurtulma hissi potansiyeli (sosyal destek gibi) düşük olduğunda arttığını öne sürmektedir. Bu model, intihar düşünceleri ve davranışlarının gelişimini anlamak için yenilgi, kapana kısılmışlık ve kurtulma hissi faktörlerini temel

almaktadır ve yenilgi ve kapana kısılmışlık hissinin intihar düşünceleri ve planlarının başlangıcında kritik rol oynadığı belirtilmektedir (45).

Thomas Joiner'ın Kişilerarası-Psikolojik İntihar Teorisi (Interpersonal Psychological Model), intihar davranışını anlamak ve açıklamak için geliştirilmiş kapsamlı bir modeldir. Bu teori, intihar riskini artıran üç ana bileşenden oluşur. Bunlar algılanan yük olma, engellenmiş aidiyet ve edinilmiş intihar kapasitesidir. Algılanan yük olmaya bileşenine göre bireyin ailesine, arkadaşlarına veya topluma zarar verdiğini veya onlara yük olduğunu hissettiğinde, intihar riski artar. Bu durum, kişinin yaşamının diğerleri için daha kötü olduğunu düşünmesine yol açar. Engellenmiş aidiyet bileşeni, kişinin sosyal bağlardan kopukluk hissetmesiyle ilgilidir. Kişi, sevdikleriyle ve toplumsal gruplarla bağlantı kuramadığında veya sosyal olarak izole hissettiğinde, intihar riski artar. Edinilmiş intihar kapasitesi bileşeni de bireyin intihar edebilme yeteneği kazanmasıyla ilgilidir. Fiziksel acıya karşı duyarsızlık ve ölüm korkusunun azalması, kişinin intihar davranışını gerçekleştirebilme kapasitesini artırır ve bu kapasite, tehlikeli veya travmatik deneyimlerin birikimiyle gelişir. Joiner'ın teorisi, bu üç bileşenin etkileşiminin, intihar riskini önemli ölçüde artırdığını öne sürmektedir yani algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet hisseden, aynı zamanda yüksek bir intihar kapasitesine sahip bir birey, intihar davranışı sergileme riski en yüksek olan kişidir (46).

Rory C. O'Connor'ın 2011'de geliştirdiği Entegre Motivasyonel İrade Modeli (The Integrated Motivational Volitional Model of Suicidal Behavior), intihar davranışının nedenlerini anlamak için çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri birleştirir. Bu model, intihar düşüncelerinin ve davranışlarının gelişimini açıklamak için diyatez stres hipotezine dayanır ve süreci ön motivasyonel, motivasyonel ve iradi aşamalar olmak üzere üç aşamada incelemektedir. Ön motivasyonel aşama, intihar düşüncelerinin oluşumundan önce gelen altta yatan faktörleri ve tetikleyici olayları kapsar. Motivasyonel aşama, intihar düşünceleri ve niyetlerinin oluşumuna odaklanır. Motivasyonel moderatörler (sosyal destek, pozitif gelecek düşünceleri gibi), bu geçişin olasılığını artırır veya azaltır. İradi aşama ise intihar düşüncesinin/niyetinin intihar girişimine dönüşme sürecini ele alır. İradi moderatörler (intihar araçlarına erişim, başkalarının intihar davranışları gibi) bu geçişi etkiler. İntihar düşüncesinin/niyetinin intihar girişimine dönüştürme süreci, bireyin çevresel ve kişisel özellikleri ile de şekillenmektedir (2). Entegre Motivasyonel İrade Modeli intihar riskini yönetmede koruyucu faktörlerin tanımlanmasını ve teşvik edilmesini de dikkat çekmektedir. Bu modelin, intihar düşüncesi/niyeti ile intihar davranışı arasındaki geçişe dair bilgiler sunması, intihar önleme çalışmalarına da katkıda bulunabilir (47).

2.4.1. Kendine zarar verme davranışı (KZVD)

Ergenlerde kendine zarar verme, büyük bir halk sağlığı sorunudur (32). İntihar amacı olmayan KZVD'nı tanımlama girişimi ilk olarak 1938 yılında Menninger tarafından yazılan "Man Against Himself" isimli kitapta olmuştur. Bu kitapta kendini yaralayıcı davranış, "kısmi intihar" şeklinde tanımlanmıştır (48). Yıllar içinde terminolojide bir fikir birliğine varılamamış ve pek çok farklı terim kullanılmıştır. Kasıtlı kendini yaralama, güvenli kendini kesme ve "parasuicide" gibi çeşitli terimler yıllar içinde kullanılmıştır (49, 50). Avrupa'da 11 ülkede 12,068 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada, KZVD'nın yaşam boyu yaygınlığı %27.6 olarak bulunmuştur (51). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise lise öğrencileri arasında KZVD yaygınlığı %31 olarak bulunmuştur. Bu öğrencilerin %40'ı özellikle yüksek risk altında olup, sürekli sıkıntı, gelecekte kasıtlı kendine zarar verme eylemleri ve intihar davranışları için risk altındadır (52). Görülme sıklığı, geç ergenlikte çocukluk dönemi ve erken ergenliğe göre daha fazladır. Kendini yaralama davranışı, ortalama olarak 12-14 yaşları arasında erken ergenlikte başlamaktadır (53).

KZVD'nın başlıca nedeni, bireylerin öfke, üzüntü gibi yoğun olumsuz duyguları hafifletme çabasıdır. Bu davranış, kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede sorunları daha da kötüleştirebilir (54). Bireylerde geçmişte KZVD ve intihar girişimlerinin olması gelecekteki intihar riskinin güçlü öngörücüleridir (7).

Yapılan bir çalışma ergenlik döneminde intihar amaçlı olmayan KZVD ile intihar davranışlarının özelliklerini ve birlikte görülme durumlarını incelemektedir. Bu çalışma, intihar girişiminde bulunmamış ancak KZVD sergileyen ergenlerin, intihar girişiminde bulunanlarla benzer psikolojik ve sosyal risk faktörlerine sahip olduğunu ve KZVD'nın sıklıkla intihar düşünceleri ve girişimleri ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Bu bulgular intihar riski açısından da KZVD'nın erken dönemde tespit edilmesi ve müdahale edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (16).

Oxford'da 1990 ila 2000 yılları arasında yapılan kasıtlı olarak kendine zarar veren ergenlerin özelliklerini inceleyen bir çalışmada bu durumun genellikle depresyon, aile içi sorunlar ve arkadaş ilişkilerindeki zorluklar gibi psikososyal faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, kızlar ergenlerin erkeklere oranla daha fazla KZVD sergilediği belirlenmiştir (55). Belçika, İngiltere, Macaristan, İrlanda, Hollanda, Norveç ve Avustralya'dan toplam 30.000'den fazla, 15-16 yaş aralığındaki ergenin katıldığı bir çalışmada kendine zarar veren ergenlerde depresyon, anksiyete, dürtüsellik ve düşük benlik saygısı gibi psikolojik sorunlar yaygın olduğu bulunmuştur (56).

KZVD olan ergenlerle destekleyici ve güven verici bir ilişkiler kurulmalı, risk değerlendirme araçları ve ölçekleri kullanılarak kapsamlı bir psikososyal değerlendirme yapılmalı ve tedavide de önce ilk yardım sonrası bakım, destek ve sonrasında da gerekli durumlarda akılcı ilaç kullanımı sağlanmalıdır (57).

2.4.2. Belirsizliğe tahammülsüzlük

Belirsizliğe tahammülsüzlük, 1990'lı yılların ortalarından beri gündemde olan ve kişilerin belirsizlik yaşadığı durumlardaki sıkıntı yaşama hali olarak ifade edilen bir kavramdır ve ilk olarak 1949 yılında kullanılmıştır (58). Belirsizliğe tahammülsüzlüğü düşük olan kişiler ortamda net tehdit uyarıları yokken yeterince emin hissederler ancak belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri yüksek olan kişiler, ortamda net tehdit uyarıları yokken bile tehdit algısı hissedebilirler (59).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar ile belirsizliğe tahammülsüzlüğün iki alt boyuttan oluştuğu düşünülmektedir. Bu boyutlardan birincisi, ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük; ikincisi de engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlüktür. İleriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük, kişinin gelecekte olacak olanla ilgili netlik aramasıdır. Engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük ise belirsiz bir durum ortaya çıktığında, ketlenmeyle ya da belirsizliği ortaya çıkaran durumdan kaçınmakla ilişkili olarak gözükmemektedir. Bu anlamda ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük daha çok bilişsel bir bileşen gibi gözükürken, engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük, davranışsal bir bileşen olarak gözükmemektedir (60, 61). Başka bir ifadeyle ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük, geleceğin ne getireceğini bilme arzusunu gösterir; yeni bilgi arayarak ve davranışsal eylemlerde bulunarak öngörülebilirliği artırma girişimlerine motivasyon oluşturur. Engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlük ise, belirsiz durumla karşı karşıya kalındığı zaman takılıp kalma ve etkili bir şekilde tepki verememe durumunu açıklamaktadır. Bu da hem biliş hem de eylemde donakalmayla sonuçlanır (62).

2.4.2.1. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve intihar

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında zaman, belirsizliğin özellikle kaygıyla ilişkili patolojilerin merkezinde yer aldığı ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün de birçok klinik tablo ile önemli ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (59). Kaygı bozuklukları tanısı, intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunan bireylerde yaygındır. Moitra ve meslektaşlarının yakın tarihli meta analizinde kaygı bozukluğu olan kişilerde kaygı bozukluğu olmayan kişilere göre intihar girişiminde bulunma olasılığının neredeyse beş kat daha fazla olduğunu gösterilmiştir (63). Özellikle, kaygı ile ilişkili bozukluklar ve intihar riski arasındaki

bağlantı, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu dahil olmak üzere çeşitli tanılar arasında gözlemlenmektedir (64). Belirsizliğe tahammülsüzlük, birçok rahatsızlığın oluşmasına ve devam etmesine sebep olan transdiagnostik bir faktördür (65). Ayrıca güncel değerlendirmeler, belirsizliğe tahammülsüzlüğü belirsizlik ve etkileri hakkında olumsuz inançları yansıtan, bilişsel bir yanlılık ve kişilik özelliği olarak da tanımlamaya başlamıştır (21).

Yapılan başka bir çalışmada da belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygı bozukluklarının gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığını, kaygı semptomlarını arttırdığı ve intihar riskini yükselttiğini gösterilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük gibi transdiagnostik risk faktörlerinin kaygı ve intihar riskini azaltmada hedef alınarak bu faktöre yönelik tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi kaygı bozukluklarının tedavisinde ve intihar riskinin azaltılmasında büyük önem taşımaktadır (41). Bireylerin belirsizlik karşısında hissettikleri yoğun kaygı ve stres, kendine zarar verme gibi olumsuz başa çıkma stratejilerini de tetikleyebilmektedir (66). İnsanların kendilerine neden zarar verdiklerini ve KZVD' doğası ile işlevlerini inceleyen bir çalışmada stresli koşullarda ya da stresle baş etmekte zorluk çeken kişilerde KZVD'nın bir tepki olarak ortaya çıkabileceği gösterilmektedir (67).

Yüksek intihar riski taşıyan kişilerin stresli ve belirsiz bir kişilerarası duruma maruz kaldıktan sonra, düşük intihar riski olan kişilere göre olumsuz duygularda daha büyük artışlar yaşadıkları ve bu olumsuz duygusal durumlardan kurtulmalarının daha uzun sürdüğü gösterilmiştir (68). Üniversite öğrencileri arasında intihar riskinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada depresyon, umutsuzluk ve stres düzeylerinin intihar riski üzerinde önemli bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (69). Belirsizlik ve stresin sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırmada da belirsizliğin önemli bir stres etkeni olarak kabul edildiği ve belirsizlikle başa çıkma yeteneği düşük olan bireylerin daha yüksek stres seviyelerine sahip oldukları bulunmuştur (70).

2014 yılında yapılan intihar girişiminde bulunup hastaneye başvuran kişiler ve sağlıklı kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan kişilerin belirsizliğe tahammülsüzlük, aşırı düşünme ve kaygı düzeylerinin sağlıklı bireylerden daha yüksek olduğunu gösterilmiştir (71).

Sonuç olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin özellikle diğer intihar için risk faktörleri de eklendiğinde yaşamdaki belirsiz stresörlerden kaçış olarak intiharı düşündükleri bulunmuştur. Ciarrochi ve meslektaşları, belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan üniversite öğrencilerinin aynı zamanda intihar düşüncesi ve umutsuzluk

duygularının da yüksek olduğunu bulmuşlardır (65). Üniversite öğrencileriyle yapılan bu çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesini hem kadınlarda hem de erkeklerde öngördüğü bulunmuştur (65). Ergenlerde belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi ve girişimi arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkilerdeki cinsiyet farklılıklarını araştıran başka bir çalışmada ise ergen kızlarda belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesini öngörebileceğini gösterilmiştir (23).

Literatürdeki az sayıda da olsa Allan ve meslektaşlarının yaptığı çalışma örneğinde olduğu gibi belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar riski arasında bir ilişki bulamamış çalışmaları vardır. Bu çalışmada anksiyete duyarlılığı ve yalnızlık faktörleri kontrol edildiğinde, alınan iki örnekleme belirsizliğe tahammülsüzlük ile intihar düşüncesi arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır (72). Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin yüksek olmasının yukarıda da bahsi geçen literatürdeki diğer diğer çalışmalarda görüldüğü gibi intihar davranışı ile önemli pozitif yönlü ilişkileri olduğu göz önüne alındığında, bu negatif etkinin sahte bir bulgu olma olasılığı yüksektir (41).

Sonuç olarak belirsizliğe tahammülsüzlük karşılaşılan duygusal sıkıntılı durumların deneyimini kötüleştirmekte ve intihar düşüncesi, intihar davranışına katkıda bulunmaktadır ancak belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesinden intihar davranışına geçişte bir risk faktörü olup olmadığının belirlenmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu unutulmamalıdır (41). Bizim çalışmamızın amaçlarından biri de bu ilişkiyi belirleyebilmektir.

2.4.3. Duygu düzenleme ve duygu düzenleme stratejileri

Duygular, insanların zihinsel işlevleri, hafıza ve genel sağlığı üzerinde etkili olan, günlük yaşantının önemli bir parçasıdır. Duygular hem bireysel hem de kişilerarası süreçleri etkiler ve günlük yaşamda kişilerin ortaya koydukları tepkilerin şekillenmesinde önemli bir role sahiptir (73, 74). Duyguların olumlu ve hayati özelliklerinin yanında bazen zarar verici tarafları da olabilmektedir. Duygular özellikle istenmeyen durumlarda ve yanlış yoğunlukta ortaya çıktıklarında bu zarar verici tarafları ortaya çıkmaktadır. Böyle zamanlarda da duygu düzenleme kavramı devreye girer (75).

Duygu düzenleme duyguların işlevselliğini ifade eder ve Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında kavramsallaştırılmıştır. Bu tanımlamaya göre duygu düzenleme; duyguların fark edilmesini, duyguların kabulünü, olumsuz duyguları ve dürtüsel davranışları kontrol edebilme yeteneğini ve duygu düzenleme stratejilerini duruma, amaca uygun, esnek olarak kullanabilme yeteneğini ifade etmektedir (76). Duyguların içinde bulunan bağlama uygun

şekilde düzenlenebilmesi günlük yaşamdaki işlevselliğin sürdürülebilmesinde önemlidir ve hayatımızda edindiğimiz en önemli yetkinliklerden biri de duygu düzenleme stratejilerinin etkili bir şekilde kullanabilmektir (77).

Çevresel etmenler, özellikle bebeklik ve erken çocukluk döneminde duygu düzenleme yeteneklerinin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Altı ay kadar süren bir dönemde, bebeklerin duygusal düzenlemesi büyük ölçüde bakım verenlerle olan etkileşimlerine bağlıdır. Ancak çocuklar büyüdükçe, ebeveynlerin duygusal düzenleme stilleri, çocuklarının duygusal ifadelerine verdikleri tepkiler, sosyal ve duygusal sinyalleri algılama yeteneği ve akranların etkisi gibi çeşitli faktörler daha belirgin hale gelmektedir. Ayrıca kültürel faktörler farklı bağlamlarda hangi davranışların uygun olduğu, kabul ya da değer gördüğünü belirleyerek duygu düzenlemeyi şekillendirir (73). Çocuklar duygularını düzenlerken genellikle yetişkinlerden destek alırlar ya da davranışsal yöntemler kullanırlar. Çocukluktan ergenliğe geçildiği zamansa özellikle stresli yaşam olayları karşısında ergenler kendileri planlama yaparak problem çözmeye ve bilişsel stratejileri kullanmaya başlarlar (73).

Eisenberg ve Spinrad'e göre, duygu düzenleme stratejileri içsel ve dışsal stratejiler olarak ikiye ayrılmaktadır ve bu stratejiler, bireylerin duygusal tepkilerini kontrol etmelerine ve yönetmelerine yardımcı olmaktadır. İçsel duygu düzenleme stratejileri, bireyin kendi iç süreçlerini kullanarak bireysel çabasıyla çeşitli bilişsel ve davranışsal stratejileri kullanarak duygularını yönetmesini içerir. Dışsal duygu düzenleme stratejileri ise bireyin ebeveyn, öğretmen ve akranlar gibi dış kaynaklardan destek alarak duygularını yönetmesini içerir. Bu strateji stili özellikle erken çocukluk döneminde öne çıkmaktadır (78). Duygu düzenleme stratejilerinin bir diğer sınıflandırması ise işlevselliğe göre yapılmıştır. Bu sınıflandırmaya göre duyguların önemli bir işlevinin durumlarla ilgili yararlı bilgiler sağlamak ve kişinin bu durumlarla baş etme kapasitesini artırmak olduğunu savunmaktadır. Duyguyu tutarak işlemeyi sağlayıp iyilik durumuna katkıda bulunan, hedefe yönelik davranışları kolaylaştıran duygu düzenleme stratejileri adaptif veya işlevsel olarak adlandırılmaktadır (79). Diğer taraftan duyguyu faydalı bir şekilde kullanamayan veya işleyemeyen, duyguları reddeden stratejiler maladaptif veya uyumsuz duygu düzenleme stratejileri olarak adlandırılmaktadır (80). Bu stratejiler duygulara tolerans gelişimini engeller ve duygusal sıkıntının artmasına neden olabilir (81).

İçsel uyumsuz duygu düzenleme stratejileri; ruminasyon, bastırma, kendine zarar verici davranış, derealizasyon, olumsuz sosyal kıyaslamayı içerir. İçsel işlevsel duygu

düzenleme stratejileri ise hedef değiştirme, planlama, odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, perspektife uydurma şeklinde (81).

Dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejileri egzersiz yapma, fiziksel ilişki kurma, duyguları dile dökme ve yardım arama gibi tekniklerdir. Sözel saldırganlık, fiziksel saldırı, zorbalık, başkalarını kötü hissettirme ve eşyalara zarar verme ise dışsal uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine örnek gösterilebilmektedir (81).

2.4.3.1. Duygu düzenleme ve intihar

Duygu düzensizliği, ergenlikten yetişkinliğe kadar hem geçmişe yönelik, hem eş zamanlı, hem de ileriye dönük olarak intihar düşünceleri ve intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiş ve aynı zamanda bu durumun öngörücülerinden biri olarak gösterilmiştir (7).

152 ergenin katılımıyla yürütölmüş bir çalışma, ergenlerde duygu düzenleme ile depresif belirtiler ve problemli davranışlar arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre yoğun ve değişken duyguları olan ve bu duyguları etkili bir şekilde düzenleyemeyen ergenlerin daha fazla depresif belirti ve problemli davranış bildirdiğini gösterilmiştir (82).

Yapılan başka bir çalışmada da içselleştirme sorunları olan çocukların sosyal geri çekilme, kaygı, depresyon ve psikosomatik şikayetler, üzüntü, öfke ve dürtüsellik sorunlarına yatkın oldukları ve duygularını düzenlemede başarısız oldukları bulunmuştur. Ayrıca, duygu düzenleme zorluklarının ruhsal hastalıkların nispeten erken belirtilerini yansıttığı iddia edilmektedir (83).

1046 psikiyatrik tanısı olan hastayla yapılan bir çalışmada uyumsuz duygu düzenleme stratejileri ile yaşam boyu intihar girişimleri arasındaki ilişkileri belirlemek için yapılmıştır ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin intihar girişimlerini bağımsız olarak öngörmediği ancak borderline kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi teşhislerin intihar girişimiyle daha güçlü bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (84).

Çok az çalışmada Joiner'ın Kişilerarası-Psikolojik İntihar Teorisi ile duygu düzensizliği arasındaki ilişki incelemiştir (7). Anestis ve Joiner'ın 2011 yılında yaptığı bir çalışmada duygu düzensizliğinin algılanan yük olma ve engellenmiş aidiyet hissi ile pozitif korelasyon gösterdiği belirtmiş ve kişinin mevcut duygu düzensizliğini geçmiş intihar girişimleriyle ilişkilendirerek duygu düzensizliğinin intihar davranışlarındaki rolüne dair ön kanıtlar sunmuştur (85). Bizim çalışmamızın amaçlarından biri de intihar düşüncesi olan

ergenlerde intihar girişiminde bulunma sürecindeki duygu düzenleme stratejilerinin ilişkisini incelemektir.

2.4.4. Ebeveyn tutumları

Ebeveynlerin çocuklarını yetiştirmedeki inançları, davranışları ve beklentileri ebeveyn tutumu şeklinde tanımlanmaktadır. Ebeveyn tutumları çocukların sosyalleşme sürecindeki temel dinamiklerdendir (86). Çocukların sosyal becerileri, özsaygıları ve genel psikolojik sağlıkları üzerinde ebeveyn tutumlarının etkisi büyüktür. Yetkin ebeveynlik tutumları çocukların kendine güvenen, sosyal olarak yetkin ve duygusal olarak da dengeli bireyler olarak gelişmelerine yardımcı olur (87).

Diana Baumrind, çocuk yetiştirme stillerini ve bu stillerin çocukların davranışları üzerindeki etkilerini incelemiştir ve ebeveyn tutumlarını otoriter, izin verici ve yetkin (dengeli) olmak üzere üç kategoride incelemiştir. Baumrind'in çalışması, yetkili ebeveynlik stiline çocukların olumlu davranış ve psikolojik gelişiminde en etkili yöntem olduğunu göstermiştir. Yetkili ebeveynler, çocuklarına sevgi ve destek sağlarken aynı zamanda uygun sınırlar koyarak, onların bağımsız ve sorumlu bireyler olarak gelişmelerine katkıda bulunurlar (88). Baumrind'in yaklaşımını temel alan diğer araştırmacılar ebeveyn tutumlarını kabul (sıcak ilgi) ve kontrol (disiplin) olarak isimlendirilen iki temel boyutta ele alarak dört kategoriye ayırmıştır. Bu ebeveyn tutumları, yüksek kabul ve yüksek kontrolden oluşan dengeli tutum; düşük kabul ve yüksek kontrolden oluşan otoriter tutum; yüksek kabul ve düşük kontrolden oluşan izin verici tutum ve son olarak düşük kabul ve düşük kontrolden oluşan ihmalkar tutumdur (89).

Yapılan bir çalışmada ebeveynlerin dengeli tutumu arttıkça ergenlerin içsel ve dışsal işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin arttığı, içsel ve dışsal uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin de azaldığı gösterilmiştir. Ebeveynlerin otoriter ebeveyn tutumları arttıkça ise içsel işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin azaldığı, içsel ve dışsal uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin arttığı saptanmıştır (90).

2.4.4.1. Ebeveyn tutumları ve intihar

Ergenlik döneminde bireyler karmaşık durumları değerlendirme ve anlama yetenekleri bakımından büyük dönüşümler geçirir ve özerk bireyler olma arzusu içerisinde olmaktadır. Ebeveynler ile çocuklar arasındaki ilişki ergenlerin sosyal etkileşimleri, bağlanma, ahlaki muhakeme, eğitim ve problemleri davranışları üzerinde en belirgin etkenlerden biridir (91).

Ebeveyn davranışları, ergenlerin ruh sağlığı durumunu etkiler. Bu nedenle, ebeveyn tutumlarının ergenlerin intihara yönelik davranışlarını ve intihara yönelik tutumlarını etkilemesi beklenmektedir. Hong Kong’da ergenler üzerinde yapılan bir araştırmada yetkin olmayan ebeveyn tutumlarının intihar davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya konulmuştur (12). Ebeveyn tutumunu otoriter olarak değerlendiren Hong Konglu ergenlerin, ebeveyn tutumunu dengeli olarak değerlendiren ergenlere göre daha fazla intihar düşüncesi ve girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmaya bakıldığında ise ergenler ebeveynlerini gerekli özen ve sevgiyi gösteriyor olarak tanımladıklarında intihar riskinin azaldığını, ancak ebeveynlerinin dikkatli veya otoriter olarak algılandıklarında da intihar riskinin önemli ölçüde arttığını belirlenmiştir (12, 92).

2.7. ÇALIŞMANIN AMAÇ ve ÖNEMİ

İntihar davranışı heterojen bir tablodur ve intihar girişiminde bulunan her ergende farklı düzeylerde ve niteliklerde problemler görülebilmektedir. Ergenlerde intihar riskini inceleyen çalışmalarda genellikle intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki farklara odaklanılmamıştır ancak intihara bağlı ölümlerin engellenmesi açısından bu farklılıklar önemlidir. Ayrıca intihar düşüncesi olan ergenlerin kategorik değerlendirmelerin yanında boyutsal anlamda da değerlendirilmeleri intihar girişim olasılıklarını anlamamız ve buna yönelik destekleyici müdahalelerin sağlanması açısından önemlidir.

Bu çalışma intihar düşüncesi ve intihar girişimi olan ergenleri farklı iki grup olarak ele almıştır ve intihar girişimi süreçlerinde etkili olabilecek fenomenleri belirlemeyi amaçlamıştır. Literatürü incelediğimiz zaman intihar düşüncesi olan ergenlerde belirsizliğe tahammülsüz, duygu düzenleme ve ebeveyn tutumları fenomenlerinin intihar girişiminde bulunma süreçlerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu çalışmada ilişkili bulunan fenomenler arasından da intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı rol oynayanların tespit edilmesi de amaçlanmıştır. Literatürde intihar davranışının altında yatan süreçleri inceleyen birçok önemli teori öne sürülmüştür ancak, bu teorilerin çoğu intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki farkı ele alamadığı için sınırlıdır.

Biz bu çalışmamızda intihar düşüncesi olan ergenlerde intihar girişimini tahmin etmeye odaklanan teoriler geliştirerek intiharla ölme riski en yüksek olan ergenleri belirleyebilmeyi ve bu ergenlerin intihar girişim olasılıklarını azaltabilmeyi amaçladık. İngilizce ve Türkçe literatür incelememiz neticesinde çalışmamızın, intihar düşüncesi olan ergenlerle intihar girişimi olan ergenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme ve ebeveyn tutumu açısından birlikte karşılaştıran ilk çalışma olacağı için literatüre önemli bir

katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızın sonuçları ve yapılacak ileri çalışmalar ile ergenlerde intihar girişimi ve intihar girişimi nedeniyle ölüm oranlarında azalma sağlanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın amaçlarına bakıldığında;

1. İntihar davranışı olan ergenlerde kendine zarar verme davranışlarını araştırmak
2. İntihar davranışı olan ergenlerde belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini araştırmak
3. İntihar davranışı olan ergenlerde duygu düzenleme stratejilerini araştırmak
4. İntihar davranışı olan ergenlerde ebeveyn tutumlarını araştırmak
5. İntihar davranışı olan ergenlerde içe yönelim, dışa yönelim sorunları başta olmak üzere davranış profilini araştırmak
6. İntihar düşüncesi olan ergenler ile intihar girişimi olan ergenleri belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri, duygu düzenleme stratejileri, ebeveyn tutumları ve davranış profilleri açısından karşılaştırmak
7. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin aracı etkisinin varlığını incelemek
8. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki ilişkide duygu düzenleme stratejilerinin aracı etkisinin varlığını incelemek
9. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki ebeveyn tutumlarının aracı etkisinin varlığını incelemek

Çalışmanın hipotezleri sırasıyla;

1. İntihar girişimi olan ergenlerde intihar düşüncesi olan ergenlere göre kendine zarar verme davranışı daha fazla görülür.
2. İntihar girişimi olan ergenlerin intihar düşüncesi olan ergenlere göre belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri daha yüksektir.
3. İntihar girişimi olan ergenlerin ebeveynlerinde intihar düşüncesi olan ergenlerin ebeveynlerine göre belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri daha yüksektir.
4. İntihar girişimi olan ergenlerin intihar düşüncesi olan ergenlere göre daha fazla uyumsuz içsel duygu düzenleme stratejisine sahiptir.

5. İntihar girişimi olan ergenlerin intihar düşüncesi olan ergenlere göre daha fazla uyumsuz dışsal duygu düzenleme stratejisine sahiptir.
6. İntihar girişimi olan ergenlerde intihar düşüncesi olan ergenlere göre daha fazla yetkin olmayan ebeveyn tutumu vardır.
7. İntihar girişimi olan ergenlerde intihar düşüncesi olan ergenlere göre içe yönelim problemleri daha fazladır.
8. İntihar girişimi olan ergenlerde intihar düşüncesi olan ergenlere göre dışa yönelim problemleri daha fazladır.
9. İntihar girişimi olan ergenlerin ebeveynlerinde intihar düşüncesi olan ergenlerin ebeveynlerine göre depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı daha fazladır.
10. İntihar düşüncesine sahip olma ile intihar girişiminde bulunma arasındaki ilişkide yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri aracı etkiye sahiptir.
11. İntihar düşüncesine sahip olma ile intihar girişiminde bulunma arasındaki ilişkide uyumsuz içsel duygu düzenleme stratejileri aracı etkiye sahiptir.
12. İntihar düşüncesine sahip olma ile intihar girişiminde bulunma arasındaki ilişkide uyumsuz dışsal duygu düzenleme stratejileri aracı etkiye sahiptir.
13. İntihar düşüncesine sahip olma ile intihar girişiminde bulunma arasındaki ilişkide yetkin olmayan ebeveyn tutumları aracı etkiye sahiptir.
14. İntihar düşüncesine sahip olma ile intihar girişiminde bulunma arasındaki ilişkide içe yönelim problemlerine sahip olma aracı etkiye sahiptir.
15. İntihar düşüncesine sahip olma ile intihar girişiminde bulunma arasındaki ilişkide dışa yönelim problemlerine sahip olma aracı etkiye sahiptir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ ve DESENİ

Araştırma örneklemi, 15.10.2023 - 15.03.2024 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'ne başvuran ergenler ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Araştırma örnekleminde yer alan iki grup bulunmaktadır. Birinci grupta Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ya da yatan hasta servisine başvuran ve intihar girişimi öyküsü olan veya intihar girişimi sonrası hastanedeki diğer bölümlerden herhangi birine başvuran ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünden konsültasyon istenilen 12-18 yaş arası ergenlerden dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olan ergenler ve bu ergenlerin ebeveynleri araştırmaya davet edilmiştir. İkinci grupta da Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran çalışmaya katılmayı ebeveyni ve kendisi kabul eden 12-18 yaş arası ergenlerden İntihar Tarama Soruları ölçeği (93) uygulanan bu sorulardan birinci, ikinci, üçüncü ve beşinci sorudan herhangi birine evet dördüncü soruya hayır cevabı veren yani intihar düşüncesi olan ancak intihar girişim öyküsü olmayan dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun olan ergenler ve bu ergenlerin ebeveynleri araştırmaya davet edilmiştir. Çalışmaya yalnızca çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynler ve ergenler alınmış ve katılan tüm ergenler ve aileleri bilgilendirilmiş yazılı onam formu okutulup imzalandıktan sonra görüşmeye alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilen her iki gruptaki tüm ergenlere “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5” (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T) ve “Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği” klinisyen tarafından uygulanmıştır. Daha sonra ergenlerin “Sosyodemografik Veri Formu’nu, “Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri”, “Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12”, “Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A”, “Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği” ve “Anne Baba Tutum Ölçeği” gerekli yerlerde araştırmacıdan yardım alarak doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya dahil edilen bu iki gruptaki tüm ergenlerin ebeveynlerinden de kendilerini düşünerek “Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12”ve “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği”; çocuklarını

düşünerek de “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği” gerekli yerlerde araştırmacıdan yardım alarak doldurmaları istenmiştir.

Yapılan bu araştırmanın onayı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 11.10.2023 tarihinde 2023/0681 karar numarası ile alınmıştır.

3.1.1. Dahil edilme ve dışlanma ölçütleri

İntihar girişimi olan grup için araştırmaya dahil edilme ölçütleri;

- 12-18 yaş arasında olmak,
- Hayatı boyunca en az bir kez intihar girişiminin olması ve
- En az okur-yazar düzeyinde eğitimi olması.

İntihar düşüncesi olan grup için araştırmaya dahil edilme ölçütleri;

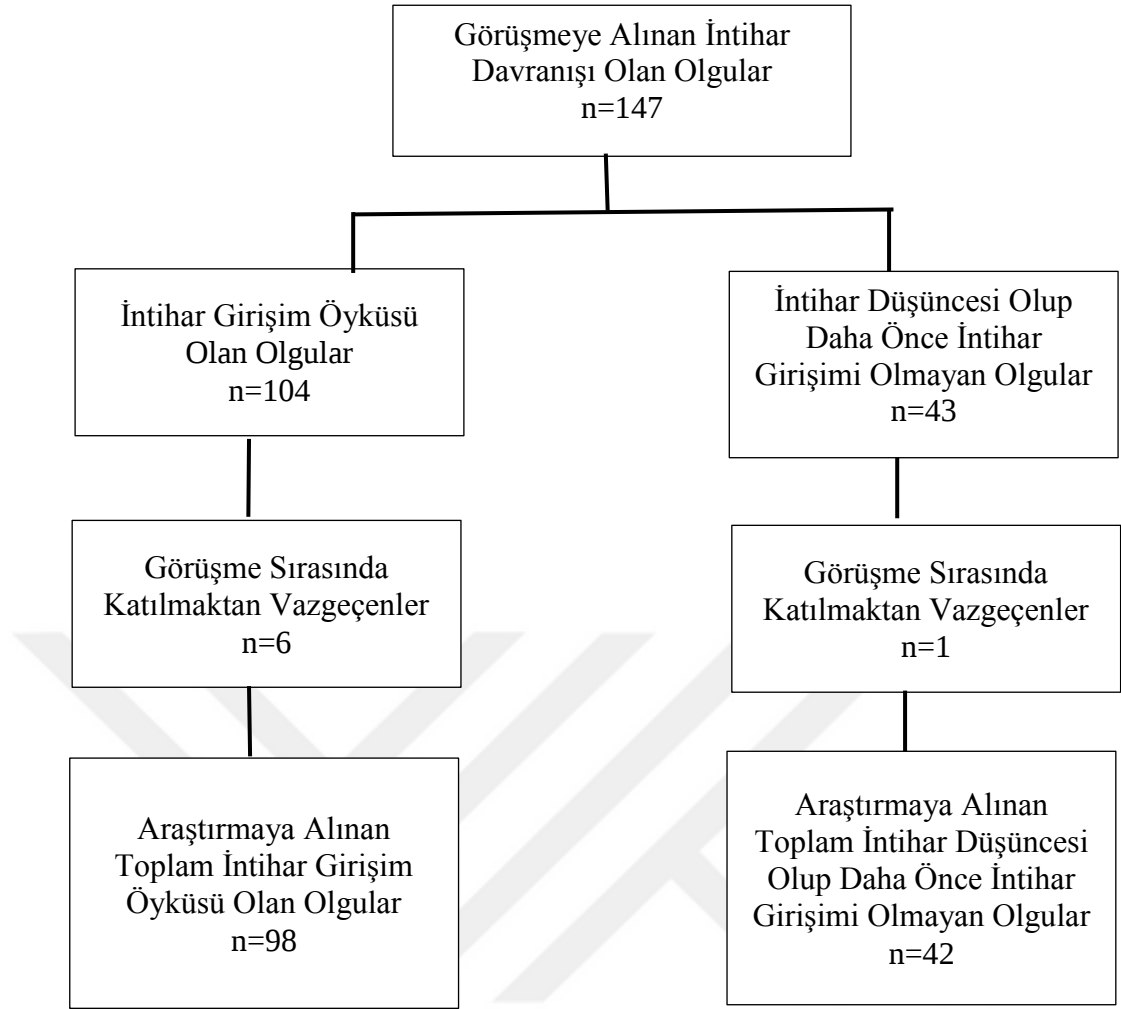
- 12-18 yaş arasında olmak,
- İntihar düşüncesinin olması ancak hayatı boyunca hiç intihar girişiminin olmaması ve
- En az okur-yazar düzeyinde eğitimi olması.

Her iki grup için araştırmadan dışlanma ölçütleri;

- Klinik olarak tespit edilmiş zihinsel yetersizliğinin olması,
- Aktif psikotik bulgularının olması,
- Çalışmayı tamamlamasına engel olacak nörolojik veya kronik bir hastalığın olması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi.

Her iki grubun ebeveynleri için dışlama kriterleri;

- Okur yazar olmaması,
- Zihinsel yetersizlik tanısının bulunması,
- Aktif psikotik bulgularının olması,
- Çalışmayı tamamlamasına engel olacak nörolojik veya kronik bir hastalığın olması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi.



Şekil 3.1 Araştırmanın Akış Şeması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Çocuk ve ebeveyn için bilgilendirilmiş onam formu

Araştırma ve araştırmacılarla ilgili bilgileri kapsayan, hasta ve ebeveynlerinin araştırmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair onamlarının alındığı formdur.

3.2.2. Sosyodemografik veri formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, sınıf, kronik hastalık, günlük sigara kullanım miktarı, aylık alkol kullanım sıklığı, travmatik olay geçmişi bilgilerinin ve katılımcıların ebeveynlerinin eğitim, çalışma durumu, sosyoekonomik bilgilerinin ve aile/akraba/arkadaş intihar girişim öyküsü olup olmadığı bilgisinin toplandığı araştırmacılar tarafından hazırlanan formdur.

3.2.3. İntihar tarama soruları

Dr. Horowitz ve meslektaşları tarafından geliştirilen İntihar Tarama Soruları ölçeği, sağlık çalışanları tarafından 10-24 yaş arası ergenlerde uygulanması yaklaşık 20 saniye süren beş tarama sorusundan oluşur. Ölçek çocuk acil servisine ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ergenlerden intihar riski olanları tanımlamada kullanılan geçerli bir tarama aracıdır. Ölçeğin hastaya, ebeveynlerden müsaade istenerek mümkünse ayrı uygulanması önerilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2022 yılında Uygun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (93). Bu ölçek çalışmamızda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ergenlerden intihar düşüncesi olanların tespit edilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.4. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi–şimdi ve yaşam boyu şekli–DSM–5-Türkçe (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini belirlemek amacıyla Kaufman ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış yarı yapılandırılmış tanı görüşme formudur (94). Hem çocuğun kendisi ile hem de ebeveyni ile görüşme yapılır, sonuç olarak elde edilen tüm bilgilerle değerlendirme yapılır. Görüşmenin ilk kısmında yapılandırılmamış bir görüşmeyle çocuğa ve ailesine ait sosyodemografik özellikler, şikayetleri, gelişim öyküsü, tıbbi özgeçmişi, okulda ve evdeki işlevselliğiyle ilgili bilgiler değerlendirilir. İkinci bölümde ise hem geçmiş hem de şu andaki 200’den fazla belirtiyi inceleyen tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm de ise DSM-5 tanıların doğrulaması amacıyla yapılan değerlendirme ve gözlemlerin sonuçlarından oluşur. Alınan tüm bilgiler klinisyenin kendi gözlemiyle puanlanır ve elde edilen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyenin kendi klinik görüşünü önceliklidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95). Çalışmamızda bu görüşme formu 12-18 yaş arası ergenlerin mevcut psikopatolojilerinin belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.5. Columbia intihar şiddetini derecelendirme ölçeği (C-İŞDÖ)

Kelly Posner tarafından geliştirilen Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ); intihar düşüncesini, bu düşüncelerin yoğunluğunu, intihar davranışını ve gerçekleşmiş intihar girişimlerinin ciddiyetini sorgulayan dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekle intihar riski hızlı bir şekilde yarı yapılandırılmış görüşme formatında değerlendirilmektedir (96). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 12-18 yaş aralığında Güneş ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır (97). Ölçeğin ilk

bölümünde intihar düşüncesi sorgulanır. Bu bölümde ölme isteğinden, belirli bir plan ve niyet içeren intihar düşüncelerine kadar artan şiddette intihar düşünceleriyle ilgili beş soru vardır ve intihar düşüncesi beşli likert tipi olarak 1-5 arasında puanlanır. İlk bölümde intihar düşüncesi tespit edilmişse ikinci bölüme geçilir ve bu bölümde de intihar düşüncelerinin yoğunluğu değerlendirilir. Bu bölüm intihar riskinin klinik değerlendirmesine yardımcı olmaktadır. Ölçeğin üçüncü bölümünde de intihar davranışları sorgulanmaktadır. Bu ölçeğin ergen hasta popülasyonlarında intihar düşüncesi, davranışı ve riskinin değerlendirmesinde geçerli ve güvenilir bir yöntem olduğu gösterilmiştir (96). Çalışmamızda bu ölçek intihar riskinin değerlendirilmesinde ve intihar düşüncesi bölümünde yer alan geçen ay şeklinde sorgulanan kısım kullanılarak son bir ay içindeki intihar düşüncesi olan ergenlerin tespit edilmesi için kullanılmıştır.

3.2.6. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri (KZVDDE)

2009 yılında intihar amacı taşımayan kasıtlı olarak yapılan KZVD'lerini tanımlamak için Klonsky ve Glenn tarafından geliştirilen bu ölçek iki kısımdan oluşur (98). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bildik ve Somer tarafından 2013 yılında yapılmıştır (99). İlk kısımda, kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan on iki farklı KZVD'nin yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Bu davranışları tanımlamak ve bu davranışların özelliklerini belirlemek için beş tane ek soru sorulur. Daha sonra bir veya daha fazla KZVD olan kişiler ikinci bölümü doldurur. Bu bölüm otuz dokuz sorudan oluşmaktadır ve otonom ve sosyal işlevler olmak üzere iki alt birimi içermektedir. Otonom işlevler de beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; affekt regülasyonu, kendini cezalandırma, çözülme önleme, intihar önleme ve sıkıntıyı etiketleme olarak sınıflanır. Sosyal işlevler, sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; kişilerarası sınır koyma, kendiyle ilgilenme, akranlarla bağ kurma, heyecan arama, kişiler arası etkileşim kurma, dayanıklılık, intikam alma ve özerklik olarak sınıflanır. Her soru üçlü likert sistemi ile değerlendirilmektedir.

3.2.7. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 12 (BTÖ-12)

Türkçe'ye Sarıçam ve arkadaşları tarafından uyarlanan sadeleştirilmiş bu form, insanların belirsizliğe dayanma kabiliyetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (100). Bu on iki maddeden oluşan ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar ileriye dönük kaygı ve engelleyici kaygı şeklindedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde artan puanlar, yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü ifade eder. Çalışmamızda bu ölçeği 12-18 yaş arası ergenlerde kullandık ve yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12'nin güvenilirliğini test etmek için cronbach alpha katsayıları hesaplandı ve 12-18

yaş grubunda ileriye yönelik kaygı için .820, engelleyici kaygı için .881 toplam puan için .905 olarak bulundu. Ergenlerin ebeveynlerine verdiğimiz formlarda da cronbach alpha katsayıları ileriye yönelik kaygı için .762, engelleyici kaygı için .856 toplam puan için .863 olarak bulunmuştur.

3.2.8. Çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A

Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi A, çocuk ve ergenlerin belirsizliği kabul edilemez ve tahammül edilemez olarak görme eğilimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (101). Ölçeğin 12-18 yaş arası ergenlerde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bizim çalışmamız içinde toplanan veriler ile bizim tarafımızdan yapılmıştır. Ölçek on beş maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin uyarladığımız orjinal çalışmasında tek boyut vardır (101) ancak bizim yaptığımız geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının istatistiksel analizleri sonucunda ölçeğin maddelerinin iki alt boyuta ayrıldığı bulunmuştur. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı birinci alt boyut için .891, ikinci alt boyut için .898 ve toplam ölçek için ise .933 olarak bulunmuştur. Ölçek maddeleri ile toplam ölçek puanı arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde bütün ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı ve önerilen korelasyon katsayısı değerinin ($>.30$) üzerinde bulunmuş ($r = .44$ ile $r = .82$ arasında) ve herhangi bir madde analizlerden çıkarılmamıştır (Nunnally ve Bernstein, 1994). Bahsedilen alt boyutlardan ilki belirsiz durumlarla baş etme güclüğü ikincisi ise gelecek belirsizliğine yönelik kaygı şeklindedir. Bu ölçek 15 maddeden oluşmakta olup beş dereceli likert değerlendirme ile puanlanmaktadır ve ölçeğin değerlendirilmesinde artan puanlar, yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü ifade eder. Çalışmamızda bu ölçeği ergenlerdeki belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini ölçmek amacıyla kullandık.

3.2.9. Ergenler için duygu düzenleme ölçeği (EİDDÖ)

EİDDÖ, 2007 yılında Phillips ve Power tarafından, ergenlerin duygu düzenleme yöntemlerini tespit etmek için geliştirilmiştir. Bu ölçek, ergenlerin duygu düzenlemelerini; içsel işlevsel duygu düzenleme, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, dışsal işlevsel duygu düzenleme ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme olarak sınıflar (102). Bu ölçek ergenlerin yalnızca duygu düzenleme güçlüklerini ve bilişsel duygu düzenlemelerini değil; aynı zamanda ergenlerin duygu düzenleme stratejilerinin bilişsel, duygusal ve davranışsal açıdan işlevsel olup olmadığını hem içsel hem dışsal kaynaklı etmenler beraber ele almaktadır (103).

Ölçek, likert tipi beşli derecelendirmeye sahiptir ve toplam on sekiz maddeden oluşmaktadır. Dört maddesi içsel işlevsel duygu düzenleme, beş maddesi içsel işlevsel

olmayan duygu düzenleme, dört maddesi dışsal işlevsel duygu düzenleme, dört maddesi dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutlarını temsil etmektedir. Her bir alt boyut için verilen yanıtların toplanması ile dört ayrı puan hesaplanır ve en yüksek puan alınan alt boyut, ergenin en sık başvurduğu duygu düzenleme yöntemidir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 2014 yılında Duy ve Yıldız tarafından yapılmıştır (103).

3.2.10. Anne baba tutum ölçeği (ABTÖ)

Ölçek Lamborn ve arkadaşları tarafından 1991 yılında, çocukların anne-babalarının tutumlarını algılamaları arasındaki farklılıkları değerlendirmek için geliştirilmiştir (104). Ölçek toplam 26 maddeden oluşmaktadır ve 10 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenlerde uygulanabilmektedir. Ölçekte üç alt grup vardır ve bu gruplar kabul/ilgi, kontrol/ denetleme ve psikolojik özerklik şeklindedir. Ölçekteki ilk iki kısımdaki puanlar 4 dereceli Likert-tipi, üçüncü kısımdaki maddelerin ilk ikisi 7 dereceli Likert-tipi, diğer maddeler de 3 dereceli Likert-tipi üzerinden değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Yılmaz (2000) tarafından ilköğretim ve lise öğrencilerinde yapılmıştır (105).

3.2.11. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ)

HADÖ, 1983 yılında Zigmond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (106). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (107). HADÖ anksiyete ve depresyon olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır ve 4 dereceli Likert-tipi ölçekte her madde 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen yüksek puanlar, yüksek anksiyete ya da depresyonu göstermektedir (108).

3.2.12. 6-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği (CBCL)

Achenbach ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek çocuğun duygusal ve davranış sorunlarını değerlendirmektedir. 113 maddeden oluşan bu ölçek çocuğun ebeveyni tarafından her problemin son 6 ay içindeki sıklığını değerlendiren 3 dereceli Likert-tipi bir ölçektir. Ölçekteki ampirik temelli alt testler içe yönelim, dışa yönelim olmak üzere duygu ve davranış belirti grubunu değerlendirmektedir. İçe yönelim boyutu anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon, somatik yakınmalar alt testlerini; dışa yönelim boyutu da kurallara karşı gelme, saldırgan davranışlar alt testlerini içermektedir. Ayrı olarak toplam problem boyutu da sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları alt testlerini içermektedir. Erol ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (109).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veri toplama aşamasından önce araştırma için gerekli örneklem sayısı G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) programı kullanılarak belirlenmiştir. Etki büyüklüğü (Effect size) 0.5, alfa düzeyi 0.05 ve güç (power) %80 olarak alındığında örneklem sayısı her bir grup için 64 olmak üzere toplam 128 olarak bulunmuştur (110).

Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Değişkenlerin normallik varsayımları Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir.

Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi, normallik varsayımının karşılandığı durumlarda ise Bağımsız Örneklemelerde t test (Independent samples t test) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki kare/Fisher exact analizi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman ya da Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Aracılık analizi Hayes'in (2022) yaklaşımı temelinde Bootstrap yöntemi ile (10.000) PROCESS Macro v4.0 kullanılarak (Model 4) yapılmıştır. Bütün analizlerde IBM SPSS.25 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEM GRUBUNUN DEMOGRAFİK VE MEDİKAL ÖZELLİKLERİ

4.1.1. Çocukla ilgili sosyodemografik veriler ve aile öyküsü

Araştırmaya yaş aralığı 12.33 ile 17.91 (yıl) arasında değişen (Ort=15.71, SS.=1.39) toplam 140 hasta dahil edildi. Bütün hastaların 118'i (%84.3) kızdı, 71'i (%50.7) 16.00 ve üzeri yaş grubundaydı, 121'inin (%86.4) eğitimi lisede devam etmekteydi. 135 (%96.4) hasta ailesi ile birlikte yaşadığını, 108'i (%77.1) anne-baba birlikteliğinin olduğunu, 64'ü (%45.7) 2 kardeş olduğunu belirtmişti.

107 (%76.4) hasta kronik bir hastalığının olmadığını, kronik hastalığı olduğunu belirten hastalardan 15'i (%45.5) 'astım'ı olduğunu belirtmişti. 50 (%35.7) hasta sigara kullandığını belirtmişti ve günlük sigara kullanımı ortalama 22.80 ± 16.13 olarak bulundu. Sadece 1(%0.7) hasta madde kullandığını belirtti. 19 (%13.6) hasta alkol kullandığını belirtmişti ve aylık alkol kullanımı ortalama 2.58 ± 1.83 olarak bulundu.

78 (%55.7) hasta travmatik bir olay deneyimlemişti, 98 (%70) hastada intihar girişimi olmuştu ve en sık intihar girişimi 50 (%51) hasta ile 'aşırı doz ilaç içme'ydi. Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik ve medikal bilgileri daha detaylı olarak Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Çocuğa dair sosyodemografik ve medikal bilgiler

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Ort. ± SS.</i>	<i>Medyan (Min. - Maks.)</i>
Cinsiyet				
Kız	118	84.3		
Erkek	22	15.7		
Yaş			15.71 ± 1.39	16.00 (12.33 -17.91)
Eğitim				
Ortaokul	19	13.6		
Lise	121	86.4		
Aileyle mi yaşıyor?				
Evet	135	96.4		
Hayır	5	3.6		
Anne-baba birlikteliği				
Evet	108	77.1		
Boşanmış	22	15.7		
Anne/baba vefat	10	7.1		
Kardeş sayısı				
1	17	12.1		
2	64	45.7		
3	42	30.0		
4 ve üzeri	17	12.1		
Kronik hastalık				
Evet	33	23.6		
Hayır	107	76.4		
Sigara kullanımı				
Evet	50	35.7		
Hayır	90	64.3		
Günlük sigara kullanımı			17.94 ±11.31	
Madde kullanımı				
Evet	1	.7		
Hayır	139	99.3		20.00 (2.00 - 60.00)
Alkol kullanımı				
Evet	19	13.6		
Hayır	121	86.4		1.00 (1.00 - 1.00)
Aylık alkol kullanım sıklığı			2.58 ± 1.83	
Travmatik olay				
Evet	78	55.7		
Hayır	62	44.3		2.00 (.50 - 8.00)
İntihar girişimi				
Evet	98	70.0		
Hayır	42	30.0		
İntihar girişiminin kaç defa olduğu			2.93 ± 2.55	
İntihar girişimi şekli				
Aşırı doz ilaç içme	50	51.0		
Kesici alet kullanımı	12	12.2		2.00 (1.00 - 18.00)
Arabanın önüne atlama, camdan atlama veya yüksekten atlama	4	4.1		
Aşırı doz ilaç içme ve kesici alet kullanımı	12	12.2		
Aşırı doz ilaç içme ve atlama davranışı	3	3.1		
Kesici alet kullanımı ve atlama davranışı	3	3.1		
Diğer	14	14.3		

4.1.2. Aile/Akraba ve arkadaşla ait demografik bilgiler

Tablo 4.2.'de ise çalışmaya dahil edilen hastaların aile/akraba ve arkadaşlarına ait bilgiler detaylı bir şekilde gösterilmiştir. 51 (%36.4) hastanın anne eğitim düzeyi 'Hiç okula gitmemiş ya da ilkokul mezunu'ydu, 72 (%51.4) hastanın annesi 'ev hanımı'ydi. 52 (%37.1) hastanın babası 'lise mezunu'ydu ve 107'si (%76.4) düzenli bir işte çalışıyordu.

103 (%73.6) ailenin gelir düzeyi 'Asgari ücretten çok'tu, 79 (%56.4) ailede/akrabada kronik bir hastalık vardı ve ailesinde/akrabasında kronik hastalık olan ailelerde en fazla 39 (%49.4) 'anne'deydi. 61 (%43.6) ailede/akrabada psikiyatrik hastalık vardı ve ailesinde/akrabasında psikiyatrik hastalık olan ailelerde en fazla 28 (%45.9) 'anne'deydi ve türü 40 (%65.6) hasta ile 'major depresif bozukluk'tu.

Sadece 5 (%3.6) ailede/akrabalarda tamamlanmış intihar vardı ve tamamı 5 (%100.0) akrabalardaydı. 16 (%11.4) ailede/akrabalarda intihar girişimi vardı ve en fazla 8 (%50) 'anne'deydi ve şekli 8 (%50.0) 'aşırı doz ilaç içme'ydi. 8 (%5.7) hastanın arkadaşında tamamlanmış intihar vardı, 3'ünün (%37.5) intihar girişimi şekli 'kendini asma'ydi. 30 (%21.4) hastanın arkadaşında intihar girişimi vardı, 29'ununki (96.7) 1 defa olmuştu, 22'sinin (%72.6) şekli 'Aşırı doz ilaç içme'ydi.

Tablo 4.2. Aile/Akraba ve Arkadaşa ait demografik bilgiler

	<i>n</i>	%
Anne eğitim		
Hiç okula gitmemiş ya da ilkokul mezunu	51	36.4
Ortaokul mezunu	17	12.1
Lise mezunu	45	32.1
Üniversite mezunu	27	19.3
Anne iş durumu		
Ev hanımı	72	51.4
Düzenli işte çalışıyor	55	39.3
Emekli	5	3.6
Diğer	8	5.7
Baba eğitim		
Hiç okula gitmemiş ya da ilkokul mezunu	36	25.7
Ortaokul mezunu	26	18.6
Lise mezunu	52	37.1
Üniversite mezunu	26	18.6
Baba iş durumu		
Çalışmıyor	7	5.0
Düzenli işte çalışıyor	107	76.4
Emekli	8	5.7
Diğer	18	12.9
Aile gelir durumu		
Asgari ücretten çok	103	73.6
Asgari ücret	31	22.1
Asgari ücretten az	6	4.3
Ailede/Akrabada kronik hastalık		
Evet	79	56.4
Hayır	61	43.6
Aile/Akrabada kronik hastalığın kimde olduğu		
Anne	39	49.4
Baba	26	32.9
Kardeş	10	12.7
Diğer	4	5.1
Aile/Akrabada psikiyatrik hastalık		
Evet	61	43.6
Hayır	79	56.4
Ailede/Akrabada psikiyatrik hastalığın kimde olduğu		
Anne	28	45.9
Baba	11	18.0
Kardeş	11	18.0
Diğer	11	18.0
Ailede/Akrabada psikiyatrik hastalığın ne olduğu		
Şizofreni	3	4.9
Bipolar bozukluk	4	6.6
Major Depresif Bozukluk	40	65.6
Kaygı bozukluğu	10	16.4
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	3	4.9
Diğer	1	1.6
Ailede/Akrabada tamamlanmış intihar		
Evet	5	3.6
Hayır	135	96.4

Tablo 4.2 (devam). Aile/Akraba ve Arkadaşa ait demografik bilgiler

	<i>n</i>	%
Ailede/Akrabada tamamlanmış intiharın kimde olduğu		
Anne	-	-
Baba	-	-
Kardeş	-	-
Diğer	5	100.0
Ailede/Akrabalarda intihar girişimi		
Evet	16	11.4
Hayır	124	88.6
Ailede/Akrabada intihar girişiminin kimde olduğu		
Anne	8	50.0
Baba	1	6.3
Kardeş	2	12.5
Diğer	5	31.3
Ailede/Akrabada intihar girişimi şekli		
Kesici alet kullanımı	1	6.25
Gaz soluma	1	6.25
Aşırı doz ilaç içme	8	50
Aşırı doz ilaç içme, kesici alet kullanımı	2	12.50
Aşırı doz ilaç içme, kendini asma	1	6.25
Kafasına silah dayama	2	12.50
Yüksekten atlama	1	6.25
Arkadaşta tamamlanmış intihar		
Evet	8	5.7
Hayır	132	94.3
Arkadaşta tamamlanmış intihar şekli		
Kesici alet kullanımı	1	12.5
Aşırı doz ilaç içme	2	25.0
Kendini asma	3	37.5
Silahla kafasına ateş etme	1	12.5
Yüksekten atlama	1	12.50
Arkadaşta intihar girişimi		
Evet	30	21.4
Hayır	110	78.6
Arkadaşta intihar girişimi şekli		
Araba önüne atlama	1	3.3
Kesici alet kullanımı	5	16.66
Aşırı doz ilaç içme	22	72.6
Yüksekten atlama	2	6.6

Tablo 4.3.'de intihar girişimi ile sosyodemografik ve medikal özelliklerinin karşılaştırılması gösterilmiştir. Sigara kullanımı olan hastalarda intihar girişimi (%92.0), olmayan hastalara göre (%57.8) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<.001$). Buna karşın diğer sosyodemografik ve medikal özellikler ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.3. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların sosyodemografik ve medikal özelliklerinin karşılaştırılması

İntihar girişimi									
	Evet		Hayır		Toplam		χ ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Cinsiyet*							1.479	1	.224
Kız	85	72.0	33	28.0	118	100.0			
Erkek	13	59.1	9	40.9	22	100.0			
Yaş grubu*							.393	1	.531
12-15.99	50	72.5	19	27.5	69	100.0			
16.00 ve üzeri	48	67.6	23	32.4	71	100.0			
Eğitim*							.026	1	.872
Ortaokul	13	68.4	6	31.6	19	100.0			
Lise	85	70.2	36	29.8	121	100.0			
Aileyle mi yaşıyor?*							-	-	.322
Evet	93	68.9	42	31.1	135	100.0			
Hayır	5	100.0	0	0.0	5	100.0			
Anne-baba birlikteliği							-	-	-
Evet	73	67.6	35	32.4	108	100.0			
Boşanmış	20	90.9	2	9.1	22	100.0			
Anne/baba vefat	5	50.0	5	50.0	10	100.0			
Kardeş sayısı							-	-	-
1	14	82.4	3	17.6	17	100.0			
2	45	70.3	19	29.7	64	100.0			
3	28	66.7	14	33.3	42	100.0			
4 ve üzeri	11	64.7	6	35.3	17	100.0			
Kronik hastalık*							.153	1	.696
Evet	24	72.7	9	27.3	33	100.0			
Hayır	74	69.2	33	30.8	107	100.0			
Sigara kullanımı*							17.926	1	<.001
Evet	46	92.0	4	8.0	50	100.0			
Hayır	52	57.8	38	42.2	90	100.0			
Madde kullanımı**							-	-	1.000
Evet	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Hayır	97	69.8	42	30.2	139	100.0			
Alkol kullanımı*							2.114	1	.146
Evet	16	84.2	3	15.8	19	100.0			
Hayır	82	67.8	39	32.2	121	100.0			
Travmatik olay*							.794	1	.373
Evet	57	73.1	21	26.9	78	100.0			
Hayır	41	66.1	21	33.9	62	100.0			

*Ki kare testi;

**Fisher's Exact test

Tablo 4.4.'de intihar girişimi ile hastaların aile/akraba ve arkadaş'a ait demografik bilgilerinin karşılaştırılması gösterilmiştir ve arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.4. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların aile/akraba ve arkadaşa ait demografik bilgilerinin karşılaştırılması

İntihar girişimi									
	Evet		Hayır		Toplam		χ ²	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Anne eğitim*							2.753	1	.431
Hiç okula gitmemiş ya da									
ilkokul mezunu	32	62.7	19	37.3	51	100.0			
Ortaokul mezunu	14	82.4	3	17.6	17	100.0			
Lise mezunu	33	73.3	12	26.7	45	100.0			
Üniversite mezunu	19	70.4	8	29.6	27	100.0			
Anne iş durumu							-	-	-
Ev hanımı	49	68.1	23	31.9	72	100.0			
Düzenli işte çalışıyor	40	72.7	15	27.3	55	100.0			
Emekli	2	40.0	3	60.0	5	100.0			
Diğer	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Baba eğitim*							4.377	1	.224
Hiç okula gitmemiş ya da									
ilkokul mezunu	21	58.3	15	41.7	36	100.0			
Ortaokul mezunu	20	76.9	6	23.1	26	100.0			
Lise mezunu	36	69.2	16	30.8	52	100.0			
Üniversite mezunu	21	80.8	5	19.2	26	100.0			
Baba iş durumu							-	-	-
Çalışmıyor	3	42.9	4	57.1	7	100.0			
Düzenli işte çalışıyor	78	72.9	29	27.1	107	100.0			
Emekli	5	62.5	3	37.5	8	100.0			
Diğer	12	66.7	6	33.3	18	100.0			
Aile gelir durumu							-	-	-
Asgari ücretten çok	72	69.9	31	30.1	103	100.0			
Asgari ücret	24	77.4	7	22.6	31	100.0			
Asgari ücretten az	2	33.3	4	66.7	6	100.0			
Ailede/Akrabada kronik hastalık*							.068	1	.795
Evet	56	70.9	23	29.1	79	100.0			
Hayır	42	68.9	19	31.1	61	100.0			
Aile/Akrabada kronik hastalığın kimde olduğu							-	-	-
Anne	28	71.8	11	28.2	39	100.0			
Baba	15	57.7	11	42.3	26	100.0			
Kardeş	9	90.0	1	10.0	10	100.0			
Diğer	4	100.0	0	0.0	4	100.0			
Aile/Akrabada psikiyatrik hastalık*							.400	1	.527
Evet	41	67.2	20	32.8	61	100.0			
Hayır	57	72.2	22	27.8	79	100.0			
Ailede/Akrabada psikiyatrik hastalığın kimde olduğu							-	-	-
Anne	20	71.4	8	28.6	28	100.0			
Baba	7	63.6	4	36.4	11	100.0			
Kardeş	6	54.5	5	45.5	11	100.0			
Diğer	8	72.7	3	27.3	11	100.0			
Ailede/Akrabada psikiyatrik hastalığın ne olduğu							-	-	-
şizofreni	2	66.7	1	33.3	3	100.0			
Bipolar bozukluk	3	75.0	1	25.0	4	100.0			
Major Depresif Bozukluk	28	70.0	12	30.0	40	100.0			
Kaygı bozukluğu	5	50.0	5	50.0	10	100.0			
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	2	66.7	1	33.3	3	100.0			
Diğer	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Ailede/Akrabada tamamlanmış intihar**							-	-	1.00
Evet	4	80.0	1	20.0	5	100.0			
Hayır	94	69.6	41	30.4	135	100.0			

Tablo 4.4 (devam). İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların aile/akraba ve arkadaşa ait demografik bilgilerinin karşılaştırılması

İntihar girişimi							χ^2	df	p
Evet		Hayır		Toplam					
n	%	n	%	n	%				
Ailede/Akrabada tamamlanmış intiharın kimde olduğu							-	-	-
Anne	-	-	-	-	-	-			
Baba	-	-	-	-	-	-			
Kardeş	-	-	-	-	-	-			
Diğer	4	80.0	1	20.0	5	100.0			
Ailede/Akrabada intihar girişimi**							-	-	.477
Evet	12	75.0	4	25.0	16	100.0			
Hayır	86	69.4	38	30.6	124	100.0			
Ailede intihar girişiminin kimde olduğu							-	-	-
Anne	8	100.0	0	0.0	8	100.0			
Baba	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Kardeş	0	0.0	2	100.0	2	100.0			
Diğer	3	60.0	2	40.0	5	100.0			
Ailede/Akrabada intihar girişimi şekli							-	-	-
Kesici alet kullanımı	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Gaz soluma	0	0.0	1	100.0	1	100.0			
Aşırı doz ilaç içme	6	75.0	2	25.0	8	100.0			
Aşırı doz ilaç içme, kesici alet kullanımı	2	100.0	0	0.0	2	100.0			
Aşırı doz ilaç içme, kendini asma	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Kafasına silah dayama	1	50.0	1	50.0	2	100.0			
Yüksekten atlama	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Arkadaşta tamamlanmış intihar**							-	-	.435
Evet	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Hayır	91	68.9	41	31.1	132	100.0			
Arkadaşta tamamlanmış intihar şekli							-	-	-
Kesici alet kullanımı	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Aşırı doz ilaç içme	2	100.0	0	0.0	2	100.0			
Kendini asma	2	66.7	1	33.3	3	100.0			
Silahla kafasına ateş etme	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Yüksekten atlama	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Arkadaşta intihar girişimi*							1.818	1	.178
Evet	24	80.0	6	20.0	30	100.0			
Hayır	74	67.3	36	32.7	110	100.0			
Arkadaşta intihar şekli							-	-	-
Araba önüne atlama	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Kesici alet kullanımı	3	60.0	2	40.0	5	100.0			
Aşırı doz ilaç içme	20	90.9	2	9.1	22	100.0			
Yüksekten atlama	0	0.0	2	100.0	2	100.0			

*Ki kare testi; **Fisher's Exact test

4.2. C-İŞDÖ VE ÇDŞG-ŞY-DSM-5 PUANLARININ İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

4.2.1. ÇDŞG-ŞY-DSM-5 karşılaştırılması

Tablo 4.5.'te intihar girişimi olan ve olmayan hastalarda ÇDŞG-ŞY-DSM-5 karşılaştırılması gösterilmiştir. Panik bozukluk olmayan hastalarda intihar girişimi (%74.1) panik bozukluk olan hastalara göre (%50.0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=.019$).

Agorafobi ve özgöl fobi olmayan hastalarda intihar girişimi (%76.2) agorafobi ve özgöl fobi olan hastalara göre (%51.4) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=.006$).

Sigara/tütün kullanımı olan hastalarda intihar girişimi (%92.5) sigara ve tütün kullanımı olmayan hastalara göre (%61.0) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.001$). Bu bulgulara karşın, intihar girişimi ile diğerk Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.5. İntihar girişimi olan ve olmayan hastalarda ÇDŞG-ŞY-DSM-5 karşılaştırılması

	İntihar girişimi						χ^2	df	p
	Evet		Hayır		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
Depresif bozukluk*							3.735	1	.053
Var	80	74.1	28	25.9	108	100.0			
Yok	18	56.3	14	43.8	32	100.0			
Mani**							-	-	.351
Var	2	100.0	0	0.0	2	100.0			
Yok	96	69.6	42	30.4	138	100.0			
Psikoz**							-	-	.300
Var	0	0.0	1	100.0	1	100.0			
Yok	98	70.5	41	29.5	139	100.0			
Panik Bzk*							5.517	1	.019
Var	12	50.0	12	50.0	24	100.0			
Yok	86	74.1	30	25.9	116	100.0			
Ayrılık anksiyetesi bzk**							-	-	1.00
Var	2	100.0	0	0.0	2	100.0			
Yok	96	69.6	42	30.4	138	100.0			
Kaçınma bzk/ sosyal fobi*							1.450	1	.228
Var	21	61.8	13	38.2	34	100.0			
Yok	77	72.6	29	27.4	106	100.0			
Agorafobi ve özgül fobiler*							7.664	1	.006
Var	18	51.4	17	48.6	35	100.0			
Yok	80	76.2	25	23.8	105	100.0			
Yaygın anksiyete bzk**							-	-	.392
Var	13	81.3	3	18.8	16	100.0			
Yok	85	68.5	39	31.5	124	100.0			
Obsesif kompulsif bzk**							-	-	.428
Var	4	57.1	3	42.9	7	100.0			
Yok	94	70.7	39	29.3	133	100.0			
Enürezis							-	-	-
Var	-	-	-	-	-	-			
Yok	98	70.0	42	30.0	140	100.0			
Enkoprezis							-	-	-
Var	-	-	-	-	-	-			
Yok	98	70.0	42	30.0	140	100.0			
Anoreksiya nervosa**							-	-	.668
Var	5	83.3	1	16.7	6	100.0			
Yok	93	69.4	41	30.6	134	100.0			
Bulimiya nervosa**							-	-	.229
Var	12	85.7	2	14.3	14	100.0			
Yok	86	68.3	40	31.7	126	100.0			
DEHB*							.682	1	.409
Var	25	75.8	8	24.2	33	100.0			
Yok	73	68.2	34	31.8	107	100.0			
Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu**							-	-	.487
Var	6	60.0	4	40.0	10	100.0			
Yok	92	70.8	38	29.2	130	100.0			
Davranım bozukluğu							-	-	-
Var	-	-	-	-	-	-			
Yok	98	70.0	42	30.0	140	100.0			
Tik bozukluğu**							-	-	1.00
Var	1	100.0	0	0.0	1	100.0			
Yok	97	69.8	42	30.2	139	100.0			

Tablo 4.5 (devam). İntihar girişimi olan ve olmayan hastalarda ÇDŞG-ŞY-DSM-5 karşılaştırılması

İntihar girişimi							χ^2	df	p
Evet		Hayır		Toplam					
n	%	n	%	n	%				
Sigara/tütün kullanımı*							13.50	1	<.001
Var	37	92.5	3	7.5	40	100.0			
Yok	61	61.0	39	39.0	100	100.0			
Alkol kötüye kullanımı**							-	-	.435
Var	7	87.5	1	12.5	8	100.0			
Yok	91	68.9	41	31.1	132	100.0			
Madde kötüye kullanımı (ilaç kullanımı)**							-	-	.554
Var	3	100.0	0	0.0	3	100.0			
Yok	95	69.3	42	30.7	137	100.0			
Madde kötüye kullanımı (sıklık)									
Var	13	81.3	3	18.8	16	100.0			
Yok	85	68.5	39	31.5	124	100.0			
Travma sonrası stres bozukluğu**							-	-	.392
Var	13	81.3	3	18.8	16	100.0			
Yok	85	68.5	39	31.5	124	100.0			

*Ki kare testi; **Fisher's Exact test

4.2.2. C-İŞDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.6.'te intihar girişimi ile C-İŞDÖ alt boyutlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

Ömür boyu gerçek girişimde bulunan hastalarda intihar girişimi (%100.0), bulunmayan hastalara göre (%2.3) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<.001$).

Son 3 ayda gerçek girişimde bulunan hastalarda intihar girişimi (%100.0), bulunmayan hastalara göre (%31.1) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<.001$).

Ömür boyu kendi yaralama eğiliminde bulunan hastalarda intihar girişimi (%74.3), bulunmayan hastalara göre (%51.9) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=.022$).

Ömür boyu yarıda kesilen girişimde bulunan hastalarda intihar girişimi (%93.3), bulunmayan hastalara göre (%63.3) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=.002$).

Son 3 ayda yarıda kesilen girişimde bulunan hastalarda intihar girişimi (%100.0), bulunmayan hastalara göre (%66.4) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=.007$).

Ömür boyu durdurulan girişimde bulunan hastalarda intihar girişimi (%83.3), bulunmayan hastalara göre (%60.0) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=.003$).

Ömür boyu hazırlayıcı eylem veya davranışta bulunan hastalarda intihar girişimi (%90.2), bulunmayan hastalara göre (%58.4) anlamlı olarak daha yüksekti ($p<.001$).

Son 3 ayda hazırlayıcı eylem veya davranışta bulunan hastalarda intihar girişimi (%86.5), bulunmayan hastalara göre (%64.1) anlamlı olarak daha yüksekti (p=.011).

Bu bulgulara karşın, intihar girişimi ile diğer Columbia İntihar riskini derecelendirme Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>.05).

Tablo 4.6. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların C-İSDÖ puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi							χ^2	df	p
Evet		Hayır		Toplam					
n	%	n	%	n	%				
Gerçek girişim (ömür boyu)*							140.000	1	<.001
Hayır	0	0.0	42	100	43	100.0			
Evet	98	100.0	0	0.0	97	100.0			
Gerçek girişim (son 3 ay)*							77.705	1	<.001
Hayır	19	31.1	42	68.9	61	100.0			
Evet	79	100.0	0	0.0	79	100.0			
Kendini yaralama eğilimi (ömür boyu)*							5.246	1	.022
Hayır	14	51.9	13	48.1	27	100.0			
Evet	84	74.3	29	25.7	113	100.0			
Yarıda kesilen girişim (ömür boyu)*							10.062	1	.002
Hayır	69	63.3	40	36.7	109	100.0			
Evet	28	93.3	2	6.7	30	100.0			
Yarıda kesilen girişim (son 3 ay)*							7.200	1	.007
Hayır	83	66.4	42	33.6	125	100.0			
Evet	15	100.0	0	0.0	15	100.0			
Durdurulan girişim (ömür boyu)*							8.889	1	.003
Hayır	48	60.0	32	40.0	80	100.0			
Evet	50	83.3	10	16.7	60	100.0			
Durdurulan girişim (son 3 ay)*							1.588	1	.208
Hayır	72	67.3	35	32.7	107	100.0			
Evet	26	78.8	7	21.2	33	100.0			
Hazırlayıcı eylem veya davranış (ömür boyu)*							15.582	1	<.001
Hayır	52	58.4	37	41.6	89	100.0			
Evet	46	90.2	5	9.8	51	100.0			
Hazırlayıcı eylem veya davranış (son 3 ay)*							6.509	1	.011
Hayır	66	64.1	37	35.9	103	100.0			
Evet	32	86.5	5	13.5	37	100.0			

*Ki kare testi

Tablo 4.7.'da intihar girişimi olan ve olmayan hastaların Columbia İntihar riskini derecelendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

İntihar girişimi olan hastalarda ömür boyu intihar düşüncesi puanı (Medyan=4.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=3.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastalarda son bir ay intihar düşüncesi puanı (Medyan=3.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=1.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastalarda ömür boyu düşüncelerin yoğunluğu puanı (Medyan=18.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=13.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastalarda son bir ay düşüncelerin yoğunluğu puanı (Medyan=15.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=12.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastalarda ömür boyu gerçek girişim sayısı (Medyan=2.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=0.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastalarda son 3 ay gerçek girişim sayısı (Medyan=1.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=0.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastalarda ömür boyu yarıda kesilen girişim sayısı (Medyan=0.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=0.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.001$).

İntihar girişimi olan hastalarda son 3 ay yarıda kesilen girişim sayısı (Medyan=0.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=0.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.008$).

İntihar girişimi olan hastalarda ömür boyu durdurulan girişim sayısı (Medyan=1.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=0.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.010$).

İntihar girişimi olan ve olmayan hastalarda son 3 ay durdurulan girişim sayıları arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.7. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların C-İŞDÖ puanlarının karşılaştırılması

	İntihar girişimi						U	z	p
	Evet		Hayır		Toplam				
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
İntihar düşüncesi (ömür boyu)*	4.07 ± 1.00	4.00 (.00 - 5.00)	2.57 ± 1.11	3.00 (1.00 - 5.00)	3.62 ± 1.24	4.00 (.00 - 5.00)	654.00	-6.617	<.001
İntihar düşüncesi (son bir ay)*	3.12 ± 1.48	3.00 (.00 - 5.00)	1.52 ± 1.25	1.00 (.00 - 5.00)	2.64 ± 1.59	3.00 (.00 - 5.00)	882.50	-5.442	<.001
Düşüncelerin yoğunluğu (ömür boyu)*	17.21 ± 3.54	18.00 (6.00 - 23.00)	13.29 ± 3.29	13.00 (7.00 - 20.00)	16.01 ± 3.90	16.00 (6.00 - 23.00)	825.00	-5.529	<.001
Düşüncelerin yoğunluğu (son bir ay)*	15.37 ± 3.78	15.00 (4.00 - 23.00)	12.05 ± 3.73	12.00 (5.00 - 19.00)	14.37 ± 4.05	15.00 (4.00 - 23.00)	1082.00	-4.393	<.001
Gerçek girişim sayısı (ömür boyu)*	2.97 ± 2.55	2.00 (1.00 - 18.00)	.00 ± .00	.00 (.00 - .00)	2.08 ± 2.53	1.00 (.00 - 18.00)	.00	-9.575	<.001
Gerçek girişim sayısı (son 3 ay)*	1.18 ± .93	1.00 (.00 - 4.00)	.00 ± .00	.00 (.00 - .00)	.83 ± .95	1.00 (.00 - 4.00)	399.00	-8.156	<.001
Yarıda kesilen (ömür boyu)*	.66 ± 1.39	.00 (.00 - 7.00)	.05 ± .22	.00 (.00 - 1.00)	.48 ± 1.20	.00 (.00 - 7.00)	1554.00	-3.198	.001
Yarıda kesilen (son 3 ay)*	.19 ± .49	.00 (.00 - 2.00)	.00 ± .00	.00 (.00 - .00)	.14 ± .42	.00 (.00 - 2.00)	1743.00	-2.670	.008
Durdurulan (ömür boyu)*	1.86 ± 3.09	1.00 (.00 - 20.00)	1.31 ± 3.61	.00 (.00 - 20.00)	1.69 ± 3.25	.00 (.00 - 20.00)	1550.00	-2.567	.010
Durdurulan (son 3 ay)*	.56 ± 1.18	.00 (.00 - 5.00)	.45 ± 1.25	.00 (.00 - 5.00)	.53 ± 1.20	.00 (.00 - 5.00)	1867.50	-1.166	.244

*Mann Whitney test.

4.2.3. KZVDDE puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.8.'de intihar girişimi ile KZVDDE alt boyutlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Kendini çarpma / yere vurma davranışı daha yoğun olan hastalarda intihar girişimi (%84.2), düşük düzeyde olan hastalara göre (%64.7) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=.025$). Buna karşın KZVDDE diğer alt boyutları ile intihar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.8. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların KZVDDE puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi									
	Evet		Hayır		Toplam		χ^2	df	p
	n	%	n	%	n	%			
Kesme*							.577	1	.448
Düşük düzeyde	71	68.3	33	31.7	104	100.0			
Daha yoğun	27	75.0	9	25.0	36	100.0			
Isırma*							.034	1	.854
Düşük düzeyde	78	69.6	34	30.4	112	100.0			
Daha yoğun	20	71.4	8	28.6	28	100.0			
Yakma**							-	-	.278
Düşük düzeyde	90	68.7	41	31.3	131	100.0			
Daha yoğun	8	88.9	1	11.1	9	100.0			
Cilde harf/yazı/şekil kazma**							-	-	.452
Düşük düzeyde	93	71.0	38	29.0	131	100.0			
Daha yoğun	5	55.6	4	44.4	9	100.0			
Çimdikleme*							.167	1	.683
Düşük düzeyde	71	71.0	29	29.0	100	100.0			
Daha yoğun	27	67.5	13	32.5	40	100.0			
Saç koparma*							.838	1	.360
Düşük düzeyde	83	68.6	38	31.4	121	100.0			
Daha yoğun	15	78.9	4	21.1	19	100.0			
Tırnaklama*							.045	1	.831
Düşük düzeyde	73	69.5	32	30.5	105	100.0			
Daha yoğun	25	71.4	10	28.6	35	100.0			
Kendini çarpma / yere vurma*							5.015	1	.025
Düşük düzeyde	66	64.7	36	35.3	102	100.0			
Daha yoğun	32	84.2	6	15.8	38	100.0			
Yaranın iyileşmesine engel olma*							1.888	1	.169
Düşük düzeyde	58	65.9	30	34.1	88	100.0			
Daha yoğun	40	76.9	12	23.1	52	100.0			
Cildi sürme**							-	-	1.00
Düşük düzeyde	87	70.2	37	29.8	124	100.0			
Daha yoğun	11	68.8	5	31.3	16	100.0			
Kendine iğne batırma**							-	-	.696
Düşük düzeyde	93	70.5	39	29.5	132	100.0			
Daha yoğun	5	62.5	3	37.5	8	100.0			
Tehlikeli zararlı madde içme / yutma**							-	-	1.00
Düşük düzeyde	97	69.8	42	30.2	139	100.0			
Daha yoğun	1	100.0	0	0.0	1	100.0			

*Ki kare testi; **Fisher's Exact test

Tablo 4.9.'de intihar girişimi olan ve olmayan hastaların KZVDDE puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

İntihar girişimi olan hastaların kendini cezalandırma alt boyutu puanı (Medyan=1.33), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=.67) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.002$).

İntihar girişimi olan hastaların czlmeyi nleme alt boyutu puanı (Medyan=1.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=1.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.012$).

İntihar girişimi olan hastaların toplam otonom işlevler alt boyutu puanı (Medyan=6.67), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=5.33) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.006$).

İntihar girişimi olan hastaların kişiler arası sınırlar alt boyutu puanı (Medyan=.33), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.013$).

İntihar girişimi olan hastaların kişiler arası etkileşim alt boyutu puanı (Medyan=.33), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.004$).

İntihar girişimi olan hastaların intikam alma alt boyutu puanı (Medyan=.67), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=.33) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.010$).

İntihar girişimi olan hastaların toplam sosyal işlevler alt boyutu puanı (Medyan=3.33), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=2.33) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.007$).

İntihar girişimi olan hastaların işlev toplam puanı (Medyan=9.67), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=7.33) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.004$).

Buna karşın intihar girişimi olan ve olmayan hastaların KZVDDE diğerk alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.9. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların KZVDDE puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi									
Evet			Hayır		Toplam		t/U	z/df	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Otonom işlevler									
Afekt regülasyonu*	1.55 ± .49	1.67 (.00 - 2.00)	1.41 ± .57	1.67 (.33 - 2.00)	1.52 ± .52	1.67 (.00 - 2.00)	1087.50	-.977	.329
Özkıymı önleme*	1.05 ± .57	1.00 (.00 - 2.00)	.78 ± .58	1.00 (.00 - 1.67)	.98 ± .58	1.00 (.00 - 2.00)	949.50	-1.869	.062
Sıkıntıyı etiketleme*	1.05 ± .70	1.00 (.00 - 2.00)	.87 ± .69	.67 (.00 - 2.00)	1.01 ± .70	1.00 (.00 - 2.00)	1053.00	-1.184	.237
Kendini cezalandırma*	1.24 ± .68	1.33 (.00 - 2.00)	.77 ± .62	.67 (.00 - 2.00)	1.12 ± .69	1.00 (.00 - 2.00)	751.00	-3.173	.002
Çözölmeyi önleme*	1.13 ± .61	1.00 (.00 - 2.00)	.79 ± .58	1.00 (.00 - 2.00)	1.05 ± .62	1.00 (.00 - 2.00)	851.00	-2.513	.012
Toplam otonom işlevler*	6.02 ± 2.13	6.67 (.33 - 10.00)	4.63 ± 2.31	5.33 (1.00 - 8.00)	5.67 ± 2.25	6.00 (.33 - 10.00)	809.50	-2.756	.006
Sosyal işlevler									
Kişiler arası sınırlar*	.51 ± .52	.33 (.00 - 2.00)	.28 ± .44	.00 (.00 - 1.33)	.45 ± .51	.33 (.00 - 2.00)	856.50	-2.486	.013
Kişiler arası etkileşim*	.48 ± .53	.33 (.00 - 2.00)	.23 ± .47	.00 (.00 - 2.00)	.42 ± .52	.33 (.00 - 2.00)	813.50	-2.884	.004
İntikam alma*	.64 ± .46	.67 (.00 - 2.00)	.41 ± .45	.33 (.00 - 2.00)	.58 ± .46	.67 (.00 - 2.00)	848.50	-2.575	.010
Heyecan arama*	.43 ± .44	.33 (.00 - 1.67)	.28 ± .42	.00 (.00 - 1.67)	.39 ± .43	.33 (.00 - 1.67)	950.00	-1.934	.053
Akranlarla bağ kurma*	.08 ± .21	.00 (.00 - 1.00)	.03 ± .10	.00 (.00 - .33)	.07 ± .19	.00 (.00 - 1.00)	1148.00	-.888	.374
Dayanıklılık*	.72 ± .66	.67 (.00 - 2.00)	.56 ± .57	.67 (.00 - 2.00)	.68 ± .64	.67 (.00 - 2.00)	1072.50	-1.065	.287
Özerklik*	.42 ± .49	.33 (.00 - 2.00)	.28 ± .49	.00 (.00 - 2.00)	.39 ± .49	.17 (.00 - 2.00)	959.00	-1.912	.056
Kendiyle ilgilenme*	.77 ± .53	.67 (.00 - 2.00)	.74 ± .51	.67 (.00 - 2.00)	.76 ± .52	.67 (.00 - 2.00)	1173.00	-.304	.761
Toplam sosyal işlevler*	4.08 ± 2.50	3.33 (.00 - 10.67)	2.80 ± 2.16	2.33 (.33 - 9.00)	3.75 ± 2.47	3.33 (.00 - 10.67)	798.50	-2.694	.007
İşlev toplam puan**	10.08 ± 4.19	9.67 (.33 - 19.33)	7.44 ± 3.97	7.33 (2.00 - 16.33)	9.40 ± 4.28	9.17 (.33 - 19.33)	2.968	110	.004

*Mann Whitney test; **Bağımsız Örneklemelerde t test

4.2.4. BTÖ-12 puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.10.'da intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ve ebeveynlerinin BTÖ-12 puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

İntihar girişimi olan hastaların ileriye yönelik kaygı alt boyutu puanı (Medyan=27.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=23.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastaların engelleyici kaygı alt boyutu puanı (Medyan=18.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=16.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.015$).

İntihar girişimi olan hastaların BTÖ-12 toplam puanı (Medyan=46.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=39.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.001$).

Buna karşın intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ebeveynlerinin BTÖ-12 alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.10. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların BTÖ-12 puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi									
	Evet		Hayır		Toplam		t/U	z/df	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Çocuk									
İleriye yönelik							1282.50	-3.531	<.001
kaygı*	26.65 ± 5.96	27.00 (13.00 - 35.00)	21.93 ± 7.21	23.00 (7.00 - 32.00)	25.24 ± 6.70	26.00 (7.00 - 35.00)			
Engelleyici							1522.00	-2.442	.015
kaygı*	17.65 ± 5.70	18.00 (5.00 - 25.00)	15.02 ± 5.94	16.00 (5.00 - 25.00)	16.86 ± 5.88	18.00 (5.00 - 25.00)			
Toplam puan*	44.31 ± 11.02	46.00 (18.00 - 60.00)	36.95 ± 11.92	39.00 (12.00 - 56.00)	42.10 ± 11.75	44.50 (12.00 - 60.00)	1339.00	-3.272	.001
Ebeveyn									
İleriye yönelik							-.254	138	.800
kaygı**	19.94 ± 5.91	19.50 (8.00 - 35.00)	20.21 ± 5.79	20.50 (10.00 - 35.00)	20.02 ± 5.86	20.00 (8.00 - 35.00)			
Engelleyici							1896.00	-.738	.460
kaygı*	12.99 ± 5.37	13.00 (5.00 - 25.00)	12.21 ± 5.10	12.50 (5.00 - 23.00)	12.76 ± 5.29	13.00 (5.00 - 25.00)			
Toplam							.271	138	.786
puan**	32.93 ± 10.03	32.50 (14.00 - 60.00)	32.43 ± 9.88	32.50 (16.00 - 51.00)	32.78 ± 9.95	32.50 (14.00 - 60.00)			

*Mann Whitney test; **Bağımsız Örneklemelerde t test

4.2.5. Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.11.'de gösterildiği gibi, intihar girişimi olan hastaların belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu puanı (Medyan=35.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=28.50) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.001$).

İntihar girişimi olan hastaların gelecek belirsizliğine yönelik kaygı alt boyutu puanı (Medyan=24.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=19.50) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.003$).

İntihar girişimi olan hastaların toplam puanı (Medyan=59.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=49.50) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).



Tablo 4.11. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A puanlarının karşılaştırılması

	İntihar girişimi						U	z	p
	Evet		Hayır		Toplam				
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü	33.39 ± 8.83	35.00 (9.00 - 45.00)	27.17 ± 9.90	28.50 (10.00 - 45.00)	31.52 ± 9.57	33.00 (9.00 - 45.00)	1301.00	-3.446	.001
Gelecek belirsizliğine yönelik kaygı	22.24 ± 6.74	24.00 (7.00 - 30.00)	18.36 ± 7.13	19.50 (6.00 - 30.00)	21.08 ± 7.06	22.50 (6.00 - 30.00)	1397.00	-3.013	.003
Toplam puan	55.63 ± 14.48	59.00 (19.00 - 75.00)	45.52 ± 16.12	49.50 (17.00 - 75.00)	52.60 ± 15.64	56.00 (17.00 - 75.00)	1286.50	-3.509	<.001

Mann Whitney test

4.2.6. EİDDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.12.'da intihar girişimi olan ve olmayan hastaların EİDDÖ puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

İntihar girişimi olan hastaların içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu puanı (Medyan=21.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=19.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<.001$).

İntihar girişimi olan hastaların dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme alt boyutu puanı (Medyan=13.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=11.00) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=.002$).

Buna karşın intihar girişimi olan ve olmayan hastaların içsel ve dışsal işlevsel duygu düzenleme alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.12. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların EİDDÖ puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi									
	Evet		Hayır		Toplam		U	z	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
İçsel işlevsel duygu düzenleme*	13.36 ± 3.62	13.00 (4.00 - 20.00)	14.33 ± 3.73	14.00 (7.00 - 20.00)	13.65 ± 3.67	14.00 (4.00 - 20.00)	1751.00	-1.401	.161
İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme*	20.53 ± 3.58	21.00 (9.00 - 25.00)	18.00 ± 4.13	19.00 (5.00 - 25.00)	19.77 ± 3.92	20.00 (5.00 - 25.00)	1262.00	-3.636	<.001
Dışsal işlevsel duygu düzenleme*	10.39 ± 3.77	10.00 (4.00 - 19.00)	9.83 ± 3.64	9.00 (4.00 - 18.00)	10.22 ± 3.73	10.00 (4.00 - 19.00)	1892.00	-.758	.448
Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme*	13.67 ± 4.39	13.00 (5.00 - 25.00)	11.29 ± 4.06	11.00 (5.00 - 23.00)	12.96 ± 4.42	12.00 (5.00 - 25.00)	1383.00	-3.078	.002

*Mann Whitney test

4.2.7. ABTÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.13.'de intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ABTÖ puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.

İntihar girişimi olan hastaların kabul / ilgi alt boyutu puanı (Medyan=22.00), intihar girişimi olmayan hastalara göre (Medyan=24.00) anlamlı olarak daha düşüktür ($p=.044$).

İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların psikolojik özerklik ve denetleme / kontrol alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).



Tablo 4.13. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ABTÖ puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi									
	Evet		Hayır		Toplam		t/U	z/df	p
	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)	Ort.±SS.	Medyan (Min. - Mak.)			
Kabul /ilgi*	21.93 ± 5.05	22.00 (9.00 - 32.00)	23.81 ± 4.93	24.00 (13.00 - 33.00)	22.49 ± 5.07	22.00 (9.00 - 33.00)	-2.032	138	.044
Psikolojik özerklik**	20.14 ± 5.67	19.00 (9.00 - 34.00)	21.02 ± 5.59	21.00 (12.00 - 33.00)	20.41 ± 5.64	20.00 (9.00 - 34.00)	1873.50	-.841	.400
Denetleme/kontrol**	25.62 ± 4.78	27.00 (13.00 - 32.00)	24.07 ± 4.64	24.00 (14.00 - 32.00)	25.16 ± 4.77	26.00 (13.00 - 32.00)	1649.00	-1.866	.062

*Bağımsız örneklemelerde t test; **Mann Whitney U test

4.2.8. CBCL puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.14.'de gösterildiği gibi CBCL puanlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Bütün analizlerde Ki kare testinin varsayımları (assumptions) karşılanmadığı için p değeri verilmemiş, sadece sıklık ve yüzde değerler gösterilmiştir.

Tablo 4.14. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların CBCL puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi							χ^2	df	p
Evet		Hayır		Toplam					
n	%	n	%	n	%				
Ampirik temelli alt testler							-	-	-
İçe yönelim							-	-	-
Normal örneklem	85	69.1	38	30.9	123	100.0			
Sınır	5	71.4	2	28.6	7	100.0			
Klinik düzey	8	80.0	2	20.0	10	100.0			
Dışa yönelim							-	-	-
Normal örneklem	77	65.8	40	34.2	117	100.0			
Sınır	7	77.8	2	22.2	9	100.0			
Klinik düzey	14	100.0	0	0.0	14	100.0			
Toplam problem							-	-	-
Normal örneklem	83	67.5	40	32.5	123	100.0			
Sınır	6	85.7	1	14.3	7	100.0			
Klinik düzey	9	90.0	1	10.0	10	100.0			

Bütün analizlerde Ki kare testinin varsayımları (assumptions) karşılanmadığı için p değeri verilmemiş, sadece sıklık ve yüzde değerler gösterilmiştir.

4.2.9. HADÖ alt boyutlarının karşılaştırılması

Tablo 4.15.'te gösterildiği gibi intihar girişimi ile HADÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 4.15. İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların ebeveynlerinin HADÖ Puanlarının karşılaştırılması

İntihar girişimi									
Evet			Hayır		Toplam		χ^2	df	p
n	%		n	%	n	%			
Anksiyete							1.988	1	.159
Yok	68	66.7	34	33.3	102	100.0			
Var	30	78.9	8	21.1	38	100.0			
Depresyon							.349	1	.555
Yok	46	67.6	22	32.4	68	100.0			
Var	52	72.2	20	27.8	72	100.0			

Tablo 4.16.'da gösterildiği gibi ileriye yönelik kaygı ile engelleyici kaygı ($p<.001$), toplam puan ($p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), denetleme/kontrol ($p<.05$), intihar girişiminin kaç defa olduğu ($p<.05$), çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde, psikolojik özerklik ($p<.05$) ile ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Engelleyici kaygı ile toplam puan ($p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), denetleme/kontrol ($p<.01$) ve intihar girişiminin kaç defa olduğu ($p<.05$), çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde psikolojik özerklik ($p<.05$) ile ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Toplam puan ile içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), denetleme/kontrol ($p<.05$) ve intihar girişiminin kaç defa olduğu ($p<.05$), çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde psikolojik özerklik ($p<.05$) ile ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçsel işlevsel duygu düzenleme ile dışsal işlevsel duygu düzenleme ($p<.01$), arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ile dışsal işlevsel duygu düzenleme ($p<.001$), kabul/ilgi ($p<.01$), psikolojik özerklik ($p<.05$) arasında negatif yönde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Dışsal işlevsel duygu düzenleme ile kabul/ilgi ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ile psikolojik özerklik ($p<.001$) arasında negatif yönde, denetleme/kontrol ($p<.05$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Kabul/ilgi ile psikolojik özerklik ($p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Psikolojik özerklik ile çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme gücü (p<.05), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı (p<.05) ve toplam puan (p<.01) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İntihar girişiminin kaç defa olduğu ile çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A toplam puan (p<.05) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme gücü ile gelecek belirsizliğine yönelik kaygı (p<.001) ve toplam puan (p<.001) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Belirsizliğine yönelik kaygı ile toplam puan (p<.001) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.16. BTÖ-12, EİDDÖ, ABTÖ, Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A ve sosyodemografik sürekli değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.İleriye yönelik kaygı	-																
2.Engelleyici kaygı	.734***	-															
3.Toplam puan	.936***	.920***	-														
4. İçsel işlevsel duygu düzenleme	.156	.054	.097	-													
5. İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme	.321***	.369***	.370***	-.088	-												
6. Dışsal işlevsel duygu düzenleme	.109	-.004	.053	.271**	-.297***	-											
7. Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme	.345***	.367***	.395***	-.043	.301***	-.081	-										
8. Kabul /ilgi	-.011	.039	.004	.055	-.242**	.311***	-.065	-									
9. Psikolojik özerklik	-.181*	-.217*	-.211*	.022	-.211*	.078	-.292***	.218*	-								
10. Denetleme/kontrol	.173*	.245**	.214*	.027	.131	.069	.189*	.149	-.131	-							
11. İntihar girişiminin kaç defa olduğu	.212*	.204*	.214*	-.004	.171	.005	.081	.004	-.145	.094	-						
12.Yaş	.094	.011	.055	.092	-.041	.064	-.087	-.106	.101	-.109	-.057	-					
13. Günlük sigara kullanımı	.003	-.195	-.077	-.164	-.068	-.051	.096	-.089	-.239	-.240	.131	.191	-				
14. Aylık alkol kullanım sıklığı	.014	-.093	-.032	-.024	.025	-.446	.056	-.166	-.169	.010	.101	-.363	.485	-			
15. Belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü	.767***	.757***	.818***	.124	.408***	.122	.305***	-.024	-.194*	.148	.192	.000	-.058	-.176	-		
16. Gelecek belirsizliğine yönelik kaygı	.825***	.727***	.840***	.079	.323***	.066	.317***	-.051	-.217*	.153	.173	.063	-.070	.237	.736***	-	
17. Toplam puan	.845***	.795***	.884***	.109	.390***	.109	.328***	-.040	-.225**	.166	.213*	.030	-.081	-.049	.948***	.906***	-

Not: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Tablo 4.17.'da gösterildiği gibi, ömür boyu intihar düşüncesi ile son bir ay intihar düşüncesi ($p<.001$), ömür boyu düşüncelerin yoğunluğu ($p<.001$), son bir ay düşüncelerin yoğunluğu ($p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), ileriye yönelik kaygı ($p<.001$), engelleyici kaygı ($p<.01$) toplam puan ($p<.001$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Son bir ay intihar düşüncesi ile ömür boyu düşüncelerin yoğunluğu ($p<.001$), son bir ay düşüncelerin yoğunluğu ($p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), ileriye yönelik kaygı ($p<.01$), engelleyici kaygı ($p<.01$) toplam puan ($p<.001$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.01$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.01$) ve toplam puan ($p<.01$) arasında pozitif yönde kabul/ilgi ile ($p<.05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ömür boyu düşüncelerin yoğunluğu ile son bir ay düşüncelerin yoğunluğu ($p<.001$), içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.05$), ileriye yönelik kaygı ($p<.01$), engelleyici kaygı ($p<.01$), toplam puan ($p<.01$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.01$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde kabul/ilgi ile ($p<.01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Son bir ay düşüncelerin yoğunluğu ile içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), ileriye yönelik kaygı ($p<.05$), engelleyici kaygı ($p<.01$) toplam puan ($p<.05$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu ($p<.01$) ve toplam puan ($p<.01$) arasında pozitif yönde kabul/ilgi ile ($p<.01$) negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçsel işlevsel duygu düzenleme ile dışsal işlevsel duygu düzenleme ($p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme ile dışsal işlevsel duygu düzenleme ($p<.001$), kabul/ilgi ($p<.01$) ve psikolojik özerklik ($p<.05$) arasında negatif yönde, dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ($p<.001$), ileriye yönelik kaygı ($p<.001$), engelleyici kaygı ($p<.001$), toplam puan ($p<.001$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Dışsal işlevsel duygu düzenleme ile kabul/ilgi ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme ile ileriye yönelik kaygı ($p<.001$), engelleyici kaygı ($p<.001$), toplam puan ($p<.001$), denetleme/kontrol ($p<.05$) Çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu ($p<.01$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde, psikolojik özerklik ($p<.001$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

İleriye yönelik kaygı ile engelleyici kaygı ($p<.001$), toplam puan ($p<.001$), denetleme/kontrol ($p<.01$) çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde, psikolojik özerklik ($p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Engelleyici kaygı ile toplam puan ($p<.001$), denetleme/kontrol ($p<.01$), çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde, psikolojik özerklik ($p<.05$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Toplam puan ile Denetleme/kontrol ($p<.01$), çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu ($p<.001$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde psikolojik özerklik ($p<.05$) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Kabul/ilgi ile psikolojik özerklik ($p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Psikolojik özerklik ile çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu ($p<.05$), gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.05$) ve toplam puan ($p<.01$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutu ile gelecek belirsizliğine yönelik kaygı ($p<.001$) ve toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocuklar için belirsizliğe tahammülsüzlük indeksi-A gelecek belirsizliğine yönelik kaygı alt boyutu ile toplam puan ($p<.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.17. İntihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, EİDDÖ, BTÖ-12, ABTÖ ve Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A arasındaki korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. İntihar düşüncesi (ÖB)	-																
2. İntihar düşüncesi (GA)	.632***	-															
3. Düşüncelerin yoğunluğu (ÖB)	.504***	.513***	-														
4. Düşüncelerin yoğunluğu (GA)	.435***	.651***	.857***	-													
5. İçsel işlevsel duygu düzenleme	.042	-.096	-.116	-.105	-												
6. İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme	.349***	.326***	.360***	.387***	-.088	-											
7. Dışsal işlevsel duygu düzenleme	-.036	-.048	-.063	-.143	.271**	-.297***	-										
8. Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme	.308***	.165	.177*	.096	-.043	.301***	-.081	-									
9.Çocuk ileriye yönelik kaygı	.368***	.223**	.219*	.168*	.156	.321***	.109	.345***	-								
10.Çocuk engelleyici kaygı	.236**	.178*	.237**	.224**	.054	.369***	-.004	.367***	.734***	-							
11.Çocuk toplam puan	.326***	.214*	.247**	.206*	.097	.370***	.053	.395***	.936***	.920***	-						
12. Kabul /ilgi	-.161	-.183*	-.291**	-.234**	.055	-.242**	.311***	-.065	-.011	.039	.004	-					
13. Psikolojik özerklik	-.144	-.081	-.132	-.125	.022	-.211*	.078	-.292***	-.181*	-.217*	-.211*	.218*	-				
14. Denetleme/kontrol	.158	.097	.002	.026	.027	.131	.069	.189*	.173*	.245**	.214*	.149	-.131	-			
15. Belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü	.338***	.248**	.297***	.268**	.124	.408***	.122	.305**	.767***	.757***	.818***	-.024	-.194*	.148	-		
16. Gelecek belirsizliğine yönelik kaygı	.343***	.240**	.248**	.163	.079	.323***	.066	.317***	.825***	.727***	.840***	-.051	-.217*	.153	.736***	-	
17. Toplam puan	.357***	.251**	.296***	.235**	.109	.390***	.109	.328***	.845***	.795***	.884***	-.040	-.225**	.166	.948	.906***	-

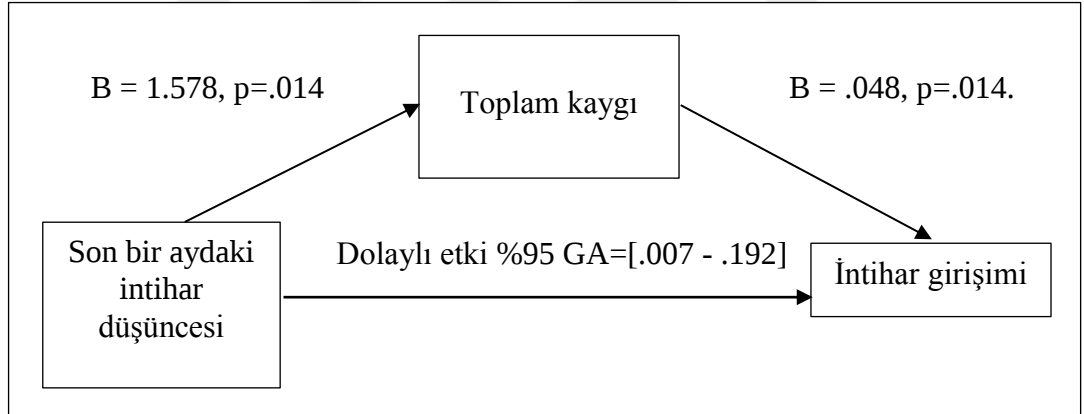
Not: ÖB=Ömür boyu, GA=Son bir ay, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

4.3. MODELLER

Aracılık analizi Hayes'in (2022) yaklaşımı temelinde Bootstrap yöntemi ile (10.000) PROCESS Macro v4.0 kullanılarak (Model 4) yapılmıştır. Bütün analizlerde IBM SPSS.25 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

1. Son bir aydaki intihar düşüncesi > Toplam kaygı puanının > İntihar girişimi

Şekil 4.1.'de gösterildiği gibi BTÖ-12 toplam kaygı puanının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olup olmadığı aracılık modeli ile test edilmiştir. Modele sigara kullanımı kontrol değişkeni olarak eklenmiştir. Son bir aydaki intihar düşüncesinin toplam kaygı puanının anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = 1.578$, $SE = .634$, $p = .014$. Toplam kaygı puanının ise intihar girişimini anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = .048$, $SE = .020$, $p = .014$. Test edilen modelde son bir aydaki intihar düşüncesinin intihar girişimi üzerindeki dolaylı etkisinin güven aralığının '0'ı içermediği (%95 GA=[.007 - .192]) ve dolayısıyla toplam kaygı puanının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olduğu bulunmuştur.

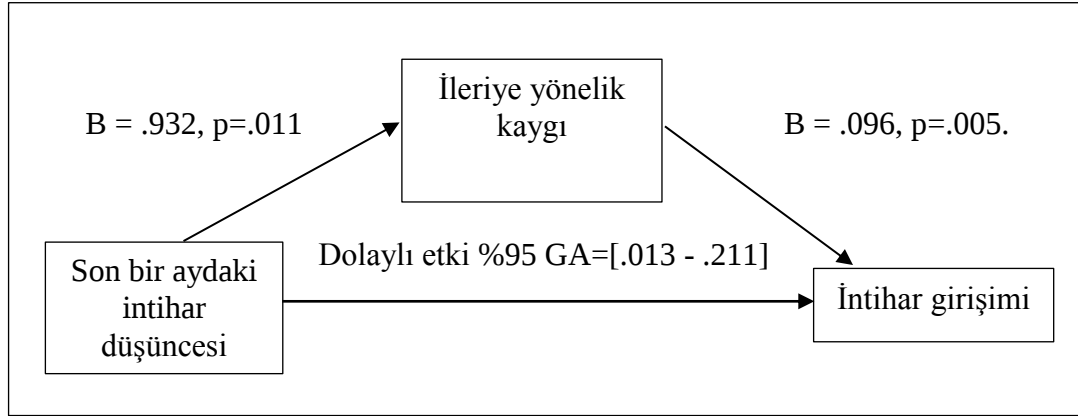


Şekil 4.1. Toplam kaygının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü

2. Son bir aydaki intihar düşüncesi > İleriye yönelik kaygı > İntihar girişimi

Şekil 4.2.'de gösterildiği gibi BTÖ-12 ileriye yönelik kaygı puanının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olup olmadığı aracılık modeli ile test edilmiştir. Modele sigara kullanımı kontrol değişkeni olarak eklenmiştir. Son bir aydaki intihar düşüncesinin ileriye yönelik kaygıyı anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = .932$, $SE = .361$, $p = .011$. İleriye yönelik kaygının ise intihar girişimini anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = .096$, $SE = .034$, $p = .005$. Test edilen modelde son bir aydaki intihar düşüncesinin intihar girişimi üzerindeki dolaylı etkisinin güven aralığının '0'ı

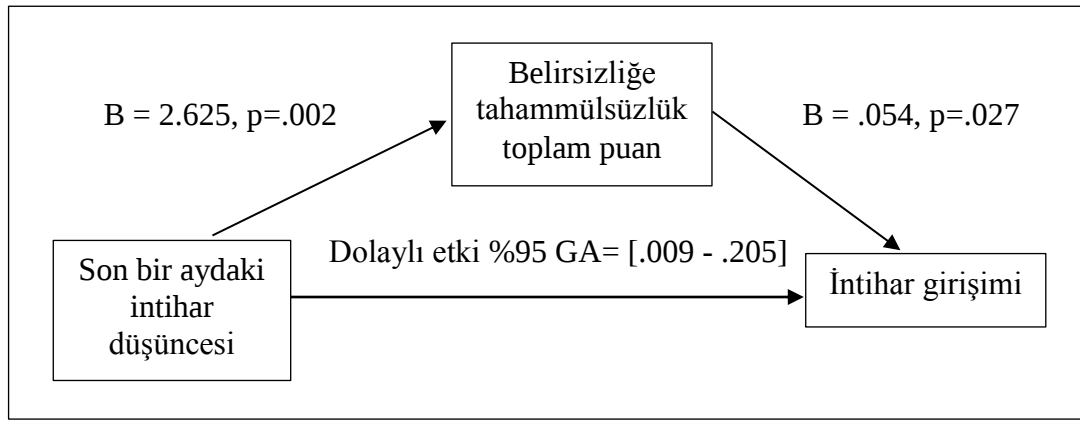
içermediği (%95 GA=[.013 - .211]) ve dolayısıyla ileriye yönelik kaygının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olduğu bulunmuştur.



Şekil 4.2. İleriye yönelik kaygının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü

3. Son bir aydaki intihar düşüncesi > Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A toplam puan > İntihar girişimi

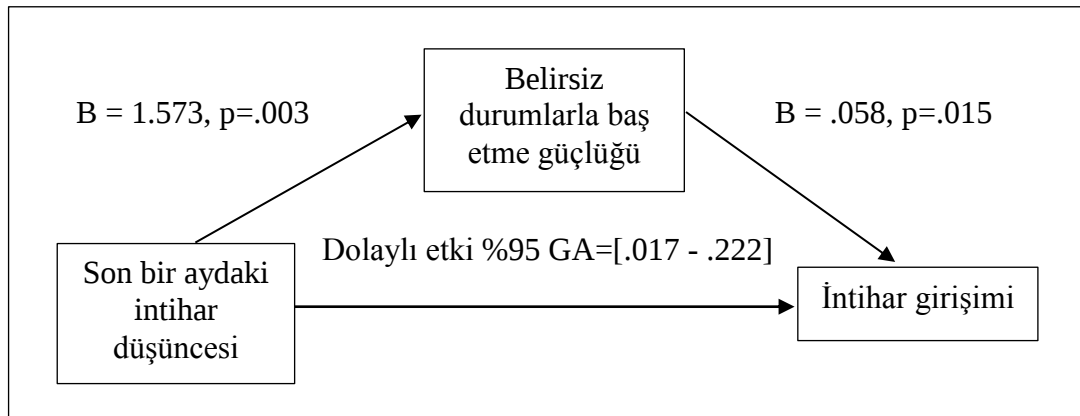
Oluşturduğumuz bu modelde bu çalışmanın verileri ile bizim tarafımızdan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A kullanılmıştır. Şekil 4.3.'da gösterildiği gibi Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A toplam puanının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olup olmadığı aracılık modeli ile test edilmiştir. Modele sigara kullanımı kontrol değişkeni olarak eklenmiştir. Son bir aydaki intihar düşüncesi belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = 2.625, SE = .832, p = .002$. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanı ise intihar girişimini anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = .032, SE = .014, p = .027$. Test edilen modelde belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği toplam puanının intihar girişimi üzerindeki dolaylı etkisinin güven aralığının '0'ı içermediği (%95 GA=[.009 - .205]) ve dolayısıyla toplam kaygı puanının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olduğu bulunmuştur.



Şekil 4.3. Toplam kaygının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü

4. Son bir aydaki intihar düşüncesi > Belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü > İntihar girişimi

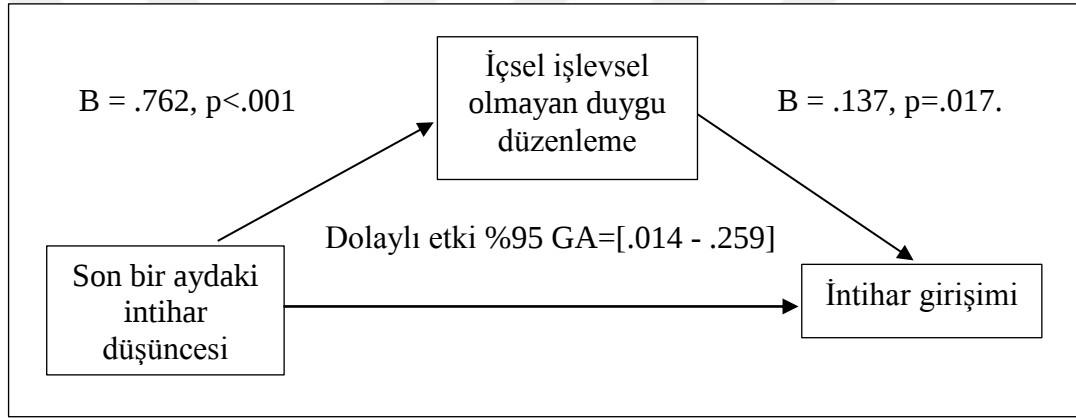
Oluşturduğumuz bu modelde bu çalışmanın verileri ile bizim tarafımızdan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A kullanılmıştır. Şekil 4.4.'de gösterildiğı gibi Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü puanının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değışken olup olmadığı aracılık modeli ile test edilmiştir. Modele sigara kullanımı kontrol değışkeni olarak eklenmiştir. Son bir aydaki intihar düşüncesi belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü puanını anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = 1.573$, $SE = .510$, $p = .003$. Belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyut puanı ise intihar girişimini anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = .058$, $SE = .024$, $p = .015$. Test edilen modelde belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü puanının intihar girişimi üzerindeki dolaylı etkisinin güven aralığının '0'ı içermediğı (%95 $GA=[.017 - .222]$) ve dolayısıyla belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü puanının son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değışken olduğı bulunmuştur.



Şekil 4.4. Belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü alt boyutunun son bir aydaki düşüncelerin düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü

5. Son bir aydaki intihar düşüncesi > İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme > İntihar girişimi

Şekil 4.5.'de gösterildiği gibi içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olup olmadığı aracılık modeli ile test edilmiştir. Modele sigara kullanımı kontrol değişkeni olarak eklenmiştir. Son bir aydaki intihar düşüncesinin içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme puanını anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = .762$, $SE = .206$, $p < .001$. İçsel olmayan duygu düzenleme puanının ise intihar girişimini anlamlı olarak ön gördüğü bulunmuştur $B = .137$, $SE = .057$, $p = .017$. Test edilen modelde son bir aydaki intihar düşüncesinin intihar girişimi üzerindeki dolaylı etkisinin güven aralığının '0'ı içermediği (%95 GA=[.014 - .259]) ve dolayısıyla içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olduğu bulunmuştur.



Şekil 4.5. İçsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasındaki aracı rolü

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada intihar düşüncesi olan ergenlerin intihar girişiminde bulunma süreçlerine neden olabilecek faktörlerden bazılarını tanımlamayı amaçladık.

Ülkemizde çocuk ve ergen yaş grubunda yapılmış ve intihar davranışı oranını gösteren geniş örnekleme sahip güncel bir epidemiyolojik çalışmaya rastlanılmamıştır (111). Ocak 2000 ile Mart 2022 tarihleri arasında yayınlanan meta analizleri, sistematik derlemeleri ve büyük örneklemlili çalışmaları kapsamlı bir şekilde inceleyen bir araştırmanın verilerine göre ergenlerde erkeklerin intihar sonucu ölüm oranlarının kızlardan kabaca üç kat daha yüksek olduğu ancak intihar düşüncesi, intihar planları ve ölümcül olmayan intihar girişimi oranlarının da kızlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (15). Araştırmamıza yaş aralığı 12.33 ile 17.91 (yıl) arasında değişen (Ort=15.71, SS.=1.39) toplam 140 intihar davranışı olan ergen alınmıştır. Bu ergenlerin 118 tanesi (%84.3) kız, 22 tanesi (%17.7) de erkektir. Araştırmamızdaki kız sayısının erkek sayısından yüksek olması literatürle de uyumludur.

Ülkemizde intihar girişimi olan çocuk ve ergenler üzerine yapılmış çalışmalara göre 15-16 yaş kız grubunda olmanın intihar girişimi için risk faktörü oluşturduğu görülmüştür (111). Yerli literatüre baktığımızda 2017 yılında Erciyes Üniversitesinde yapılan bir çalışmada intihar girişimi ile başvuran 50 ergen değerlendirilmiş ve bu ergenlerin yaş ortalamasının 14,4 yıl (10-17 yıl) olduğu, 42 tanesinin kız 8 tanesinin erkek olduğu yani kız/erkek oranının 5,25/1 olduğu bulunmuştur (112). Çalışmamızda intihar girişimi olan 12-18 yaş arası 98 ergen vardır ve bu olguların 85 tanesi kız, 13 tanesi erkektir yani kız/erkek oranı 6,53/1 şeklindedir. Ayrıca çalışmamızdaki ergenlerin yaş ortalaması 15.71'dir. Bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir ancak intihar girişiminde bulunan kız hasta oranının bizim çalışmamızda oran olarak daha yüksek saptanmasının olası nedenlerinden birinin hastanemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yatan hasta servisimizin sadece kız hasta servisi olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Literatüre bakıldığında çocuk ve ergenlerin intihar girişimi şekillerinin hayli farklılaşabileceği bilinmektedir. En yaygın görülen intihar yöntemi aşırı dozda ilaç alma olsa da ateşli silah yaralanmaları, ası ve trafikteki araçların önüne atlama gibi birçok farklı yöntemin de kullanıldığı görülmektedir. Pamukkale Üniversitesi'nde yapılan intihar girişimi

olan 61 ergenin değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişimi yöntemleri değerlendirildiğinde, en sık kullanılan yöntemin aşırı dozda ilaç alımı olduğu, bunu koroziv ve insektisid-pestisid maddelerin alımı, yüksekte atlama ve kesici alet kullanmanın izlediği görülmüştür (113). Çalışmamızdaki intihar girişimi olan 98 hastada intihar girişim yöntemleri sorgulandığında literatürle uyumlu olarak en sık görülen yöntem aşırı doz ilaç içmeydi. Daha ayrıntılı olarak baktığımızda en sık görülen en az görülene doğru intihar girişim yöntemleri 50 hasta (%51) aşırı doz ilaç içme, 12 hasta (%12.2) kesici alet kullanımı, 12 hasta (%12.2) hem aşırı doz ilaç içme ve hem de kesici alet kullanımı, 4 hasta (%4.1) atlama davranışında bulunma, 3 hasta (%3.1) hem aşırı doz ilaç içme hem atlama davranışında bulunma, 3 hasta (%3.1) hem kesici alet kullanma hem atlama davranışında bulunma ve 14 hasta (%14.3) da diğer yöntemler şeklindeydi.

İntihar girişimleri söz konusu olduğunda ergenlerde kızların sayısının erkeklere oranla daha fazla olduğu ve kızların erkeklere oranla ölümcül yöntemlere daha nadir başvurdukları gözlenmektedir (114). Yani ergen yaş grubunda kızlar daha çok intihar girişiminde bulunmaktadır ama erkeklerin intihar girişiminde kullandığı yöntemler ateşli silahlar ya da ası gibi daha ölümcül olduğu için intihar girişimleri daha sık olarak ölümle sonuçlanmaktadır (115). Bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunan hastalarımızın %86,7'si kız olduğu için en sık tercih edilen intihar yönteminin literatürle uyumlu şekilde daha az ölümcül olma riski taşıyan yüksek doz ilaç içme olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda intihar girişimi olan toplam 13 erkek (%13,3) hasta vardır ve bu hastaların %46,1'i aşırı doz ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuştur. Literatürle uyumsuz bir şekilde erkek hastalarda da aşırı doz ilaç içme oranının daha fazla çıkmasının nedeninin örneklemimizdeki erkek hasta sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi ile ergenlerin sosyodemografik ve medikal özellikleri karşılaştırıldığında sigara kullanımı olan hastalarda intihar girişimi (%92.0), olmayan hastalara göre (%57.8) anlamlı olarak daha yüksekti. Buna karşın ergenlerin diğer sosyodemografik ve medikal özellikleri ile intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İntihar girişimi olan ve intihar düşüncesi olan hastaların aile ve arkadaşlara ait sosyodemografik bilgilerinin karşılaştırılmasına baktığımızda da iki grup arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İntihar riskinin değerlendirildiği çalışmalarda toplum örnekleminde risk faktörleri incelenmektedir ancak bizim çalışmamıza katılan bütün olgular klinik örneklemden seçilmiştir ve hepsinin intihar düşüncesi veya intihar girişim öyküsü vardır. Sosyodemografik veriler arasında iki grubumuz arasında anlamlı fark olmamasının bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda değerlendirdiğimiz iki

grup arasında hem ergenlerin hem de ailelerinin sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı böylece bu özelliklerin intihar girişiminde bulunma sürecindeki olası etkisinin önlenildiği ve grupların bu özellikler açısından homojen dağıldığı düşünülmektedir.

Son yıllarda yapılan bir meta analizde sigara içimi ile intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi ve intihar sonucu ölümler arasındaki ilişkiyi inceleyen 63 adet çalışmanın sonuçları bir araya getirilmiştir. Bu meta analizdeki bulgulara göre sigara içenlerin, içmeyenlere kıyasla intihar düşüncesi geliştirme olasılığı daha yüksek olduğu; sigara içenlerin, intihar planı yapma olasılığının içmeyenlere göre daha yüksek olduğu; sigara içenlerin intihar girişiminde bulunma olasılığının içmeyenlere kıyasla daha yüksek olduğu ve sigara içenlerin intihar sonucu ölme olasılığı içmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (116). Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu bulunmamaktadır ancak intihar düşüncesi olup intihar girişimi olmayan ergenler ile intihar girişimi olan ergenler karşılaştırıldığında sigara kullanımı olan hastalarda intihar girişiminin (%92.0), olmayan hastalara göre (%57.8) anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Bu durum intihar düşüncesinden intihar girişimine geçiş arasındaki ilişkide düzenli sigara içmenin bir bağlantı olabileceğini ortaya koymaktadır. Sigara kullanımı, çeşitli mekanizmalar aracılığıyla intihar düşüncelerinin intihar girişimlerine dönüşmesini tetikleyebilir. Literatüre baktığımız zaman sigara içmenin, psikiyatrik tanılardan bağımsız olarak intiharla ilişkili olduğu ve günlük sigara sayısı ile orantılı olarak intihar riskini artırdığı bulunmuştur. Sigara içmenin dürtüsellik ve olumsuz duyguları artırarak intihara yatkınlığı artırabileceği belirtilmiştir (117). Ayrıca sigara içmek, kısa vadede stres ve kaygıyı azaltabilir gibi görünse de, uzun vadede stres seviyelerini artırabileceği ve artan stres de intihar düşüncelerinin girişimlere dönüşmesine katkıda bulunabileceği düşünülmüştür. Bu bağlantının daha net ortaya konması için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan ergenlerin tanısız değerlendirilmesi klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış tanısız görüşme formuyla yapılmıştır. Bulduğumuz sonuçlara göre intihar düşüncesi olan hastalardaki panik bozukluk, agorafobi ve özgül fobi tanıları intihar girişimi olan hastalara oranla anlamlı düzeyde daha fazlaydı. Literatürü inceldiğimizde panik bozukluk tanısına sahip olmak intihar davranışını artıran önemli faktörlerdendir (118). Panik atak geçiren 13-14 yaşlarındaki ergenlerle yapılan bir çalışmada bu grubun intihar düşünceleri ve intihar girişimleri açısından daha yüksek risk altında olduğu gösterilmiştir. Literatürdeki bu çalışmaya göre panik atak yaşayan ergenlerde intihar düşüncelerine sahip olma olasılığı üç kat, intihar girişiminde bulunma olasılığı ise iki

kat artmaktadır (119). Çalışmamızın bulgularına baktığımızda intihar girişiminde bulunma ile panik bozukluk, agorafobi ve özgül fobi tanıları arasında ters yönlü bir ilişki var gibi gözükse de bu durumun nedeninin örneklemimizdeki iki grubun da intihar düşüncesi olan ergenler veya intihar girişimi olan ergenlerden oluşmuş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Panik bozukluk, agorafobi ve özgül fobi gibi kaygı bozukluğu tanılarının sağlıklı popülasyonda intihar davranışı bulunan kişilere göre daha az görüldüğü bilinmektedir. Ancak bizim çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu bulunmamaktadır ve örneklemimiz klinik örnekleminden oluşmaktadır. Sonuç olarak panik bozukluk, agorafobi ve özgül fobi tanıları olan ergenlerin de intihar düşüncelerine sahip olma ve intihar girişiminde bulunma riski altında olduğu unutulmamalıdır. Özellikle bu bozuklukların yanında depresyon ve diğer kaygı bozuklukları gibi komorbid tanılar da varsa, bu ergenlerin intihar riski açısından dikkatle değerlendirilmesi ve gereken önlemlerin alınması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki ergenlerin tanısal değerlendirilmesinde intihar girişimi olan hastalarda intihar düşüncesi olan hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek tespit edilen bir psikopatoloji olmamasının nedeni örneklemimizin klinik örnekleminden oluşup sağlıklı kontrol grubumuzun olmaması olduğu düşünülmektedir.

Literatürü incelediğimizde belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve intihar riski arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar arasında çelişkili sonuçlar vardır.

Daha önce hiç intihar girişiminde bulunmamış ancak akut intihar düşüncesine sahip bireyler arasında, intihar girişiminde bulunmanın yaşanan duygusal sıkıntıyı azaltacağını düşünenlerde intihar girişiminde bulunma olasılıkları önemli ölçüde artmıştır (43). İntihar girişiminde bulunma bazen içinde bulunulan yoğun duygusal sıkıntıdan kurtulmak için kullanılan olumsuz bir başa çıkma davranışı olabilir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek kişiler, belirsizlik karşısında yoğun kaygı ve stres yaşayabilirler ve belirsiz durumlarla baş ederken yoğun sıkıntı yaşarlar. Ergenlik dönemi bireylerin psikolojik ve duygusal olarak önemli değişimler yaşadığı bir dönemdir ve özellikle bu dönemde yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ergenlerin belirsiz durumlarla başa çıkma yeteneklerini etkileyebilir ve ergenler yaşamdaki belirsiz stresörlerden kaçış olarak intiharı girişiminde bulunmayı düşünebilirler. Bizim çalışmamızdaki ana hipotezlerimizden biri intihar girişimi olan ergenlerdeki belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin, intihar girişimi olmayan ergenlere göre daha yüksek olduğudur. Bulgularımıza baktığımızda BTÖ-12 puanları için intihar girişimi olan hastalarda ileriye yönelik kaygı puanını, engelleyici kaygı puanını ve toplam puan intihar girişimi olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Benzer şekilde bizim tarafımızdan bu çalışmanın verileri ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını

yaptığımız Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A puanlarına bakacak olursak intihar girişimi olan hastalarda belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü puanı, gelecek belirsizliğine yönelik kaygı puanı ve toplam puan intihar girişimi olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Ayrıca çalışmamızda yapılan korelasyon analizinde intihar girişimde bulunma sayısı ile BTÖ-12 ve bizim tarafımızdan bu çalışmanın verileri ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Literatüre baktığımız zaman Şen ve arkadaşları, yüz elli remisyondaki bipolar bozukluk hastası ile yaptıkları bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin intihar riskini ve intihar girişimi sayısını arttırdığını bulmuştur. Özellikle iki veya daha fazla intihar girişimi olan hastalardaki belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini daha yüksek saptamışlardır (120). Çalışmamızdan elde ettiğimiz tüm bu bulgular literatürle uyumlu gözükmemektedir ancak yerli literatürde intihar davranışını bizim çalışmamızda olduğu gibi intihar düşüncesi ve intihar girişimi olarak farklı grup olarak ele alan ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızdaki bir diğer ana hipotezimiz de intihar girişimi olan ergenlerdeki uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin, intihar girişimi olmayan ergenlere göre daha yüksek olduğudur. Duygularını düzenlemekte zorluk çeken bireylerin yaşam boyu intihar girişiminde bulunma olasılıkları daha yüksektir (84). Literatüre baktığımızda da 2022 yılında yayınlanan ve 76 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede duygu düzenlemede yaşanan zorlukların, hem yetişkinlerde hem de ergenlerde daha yüksek intihar düşüncesi ve girişimleriyle ilişkili olduğu görülmüştür (11). Literatürü incelediğimiz zaman özellikle psikiyatrik tanıya sahip bireylerdeki duygu düzenleme stratejilerinde yetersizlerin bu bireyleri riskli davranışlara daha yatkın hale getirdiği bilinmektedir (84). Yaşanılan durumlara karşı duygusal tepkilerin net olmaması ve dürtüsel davranışlar, intihar girişimlerini artırabilmektedir (121). Literatüre baktığımız zaman intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunan ergenler arasında bilişsel kontrol ve duygu düzenleme açısından farklılıklar bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunan ergenler, intihar düşüncesi olanlara göre daha fazla duygusal stres ve izolasyon bildirmektedir. 13-18 aralığındaki yakın zamanda intihar düşüncesi olan 60 ergen ve intihar girişiminde bulunan 39 ergenle yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunan ergenler arasında bilişsel kontrol ve duygu düzenleme açısından farklılıklar olduğu ve intihar girişiminde bulunan ergenlerin intihar düşüncesi olanlara göre daha fazla duygusal stres ve izolasyon bildirdiği

bulunmuştur (122). Ancak literatürdeki 1046 ayaktan psikiyatri hastası ile yapılan başka bir çalışmada ise duygu düzenleme zorluklarının, intihar girişimde bulunma için bağımsız bir belirleyici olmadığı ve duygu düzenleme sorunlarının intihar riskini arttırmasında psikiyatrik tanının bu risk üzerindeki etkisinin daha belirgin olduğu sonucuna varılmıştır (84). Literatürde intihar düşüncesi ve intihar girişimini farklı gruplar olarak ele alan çalışma sayısı az olduğu için duygu düzenlemenin intihar girişiminde bulunma üzerine etkisiyle ilgili bilgilerde genel bir kabul oluşmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamız klinik örneklemden seçtiğimiz intihar düşüncesi olan ergenleri bir grup intihar girişimi olan ergenleri ise farklı bir grup olarak ele aldı ve çalışmamızda intihar girişimi ile içsel ve dışsal duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgularımıza göre intihar girişimi olan grubun içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme puanı ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme puanı intihar girişimi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. Buna karşın intihar girişimi olan ve olmayan grup arasında içsel ve dışsal işlevsel duygu düzenleme puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ergenlerin tanısız değerlendirilmesinde intihar düşüncesi olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilen psikopatoloji tanısı bulunmamıştır. Yani çalışmamızın örneklemindeki iki grubun özellikle duygudurum bozukları, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozukluğu gibi intihar riskini önemli olarak öngören tanıları açısından homojen dağıldığı düşünülmektedir. Literatürdeki bir çalışmanın (84) aksine psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak da uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin intihar girişimi olasılığını arttırdığı düşünülmektedir. Bulgularımızın özellikle intihar düşüncesine sahip ergenlerdeki duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesiyle bu ergenlerin intihar girişimi riskini azaltabileceğini göstermesi açısından önemli veriler sunduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan hastaların ebeveyn tutumlarıyla intihar girişimi arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek için ABTÖ verildi ve bu ölçek puanlarının değerlendirmesinde intihar girişimi olan hastaların kabul / ilgi alt boyutu puanı, intihar girişimi olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktü. İntihar girişimi olan ve olmayan hastalardaki psikolojik özerklik alt boyut ve denetleme / kontrol alt boyut puanları arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatüre baktığımızda ebeveyn davranışlarının ergenlerin ruh sağlığı durumunu etkidiği bilinmektedir. Ebeveyn tutumlarının da ergenlerin intihara yönelik davranışlarını ve intihara yönelik tutumlarını etkilemesi beklenmektedir. Hong Kong’da ergenler üzerinde yapılan bir araştırmada yetkin olmayan ebeveyn tutumlarının intihar davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya konulmuştur

(12). Çalışmamızın bulgularında intihar girişimi olan hastaların ebeveynlerinin tutumlarındaki kabul / ilgi puanlarının düşük olması yetkin olmayan ebeveyn tutumlarını göstermesi açısından literatür ile uyumludur. Ancak çalışmamızda yaptığımız ileri analizlerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında ebeveyn tutumlarının aracı rolü olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda ebeveynlerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve ebeveynlerin HADÖ alt boyutları ile ergenlerin intihar girişiminde bulunması arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Literatüre baktığımız zaman ebeveynlerin sahip olduğu psikopatolojilerin ve ebeveyn davranışlarının, çocukları için intihar risk faktörleri arasında olduğu bilinmektedir (123). Ancak bizim örneklemimiz klinik örneklemdir ve çalışmamızda intihar davranışı olan 140 ergen değerlendirilmiştir. Bulgularımızdaki ebeveynler ile ilgili fenomenlerin anlamsız çıkmasının çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırma yapmamamızdan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

İntihar davranışının altında yatan süreçleri inceleyen birçok önemli teori öne sürülmüştür ancak, intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki farkı ele alan teoriler sınırlıdır. İntihar girişimini tahmin etmeye odaklanan teoriler, intiharla ölme riski en yüksek olan bireyleri belirleyebilme yeteneğimizi artırabilir (3). Son zamanlardaki literatüre baktığımız zaman intihar davranışının nedenlerini daha iyi anlamak için klasik psikiyatrik tanı kategorilerinin ötesine geçmemiz gerektiğine dair artan bir farkındalık vardır (2). Bizim çalışmamızdaki ana amaçlarımızdan biri de literatürü tarayarak seçtiğimiz ve ergenlerin intihar girişimi sürecinde aracı rolü olduğunu düşündüğümüz transdiagnostik faktörleri inceleyerek intihar girişimini tahmin etmeye odaklanan modeller oluşturmaktır. Sonuç olarak bizim çalışmamızda oluşturduğumuz modeller ergenlerin intihar düşüncesinden intihar girişimine geçme süreçlerini ele almaktadır.

Çalışmamızda şekil 4.1.'de, şekil 4.2.'de, şekil 4.3.'de ve şekil 4.4.'de belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerindeki yüksekliğin son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olup olmadığı aracılık modeli ile test eden modeller gösterilmiştir.

BTÖ-12'den elde edilen toplam puan ile çizilen şekil 4.1.'de ve bizim tarafımızdan bu çalışmanın verileri ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A'dan elde edilen toplam puan ile çizilen şekil 4.3.'de gösterildiği gibi belirsizliğe tahammülsüzlük son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olarak bulunmuştur. Bulgularımıza baktığımızda intihar girişimi olan hastalarda BTÖ-12 ve Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A

kullanılarak hesaplanan tüm puanlar intihar girişimi olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti ancak ileri analizlerle değerlendirmeler yaptığımız zaman BTÖ-12 için engelleyici kaygı puanının aracı rol almadığı ileriye yönelik kaygı puanının ise aracı değişken olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmamızda şekil 4.2.'deki modelde gösterilmiştir. Literatüre baktığımız zaman ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlüğün doğrudan kaygıyı artırdığını ve engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlüğün de daha çok kaçınma davranışlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir (124). Elde ettiğimiz bulgulara baktığımızda ergenlerde intihar girişiminde bulunma sürecinde etkili olan belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlük alt grubunun özellikle gelecekle ilgili belirsiz durumlarda yaşanan kaygıyı doğrudan arttırarak bir stres oluşturduğunu ve olumsuz bir baş etme davranışı olarak intihar girişimini yordadığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlüğü ölçmek için kullanılan bir diğer ölçek bu çalışmanın verileri ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A'dır. Bu ölçeğin alt boyutlarını ileri analizlerle modelde aracı değişken olarak eklediğimiz zaman ise belirsiz durumlarla baş etme güçlüğü puanlarının şekil 4.4.'de gösterildiği gibi son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olduğu bulunmuştur. Daha önce de bahsettiğimiz gibi ergenlerin intihar girişiminde bulunma davranışını bir baş etme güçlüğü olarak düşünmekteyiz ve bu alt grup puanının yüksek olması da beklenen bir bulgudur.

Bulgularımıza baktığımız zaman BTÖ-12 ve Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A ölçekleri ile yaptığımız aracılık modeli analizlerinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt grupları olan; ileriye yönelik belirsizliğe tahammülsüzlüğü ve engelleyici belirsizliğe tahammülsüzlüğü gösteren puanların son bir ay intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı çıkma sonuçları arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu durumun nedenleri arasında BTÖ-12'nin erişkinler için tasarlanmış belirsizliğe tahammülsüzlüğü ölçen bir ölçek olması ancak bizim bu çalışmanın verileri ile geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A'nın çocuk ve ergen yaş grubu için tasarlanmış bir ölçek olması olabileceği düşünülmüştür. Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı literatürde görece yeni incelenen bir kavram olduğu için özellikle alt gruplarla ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bizim bulgularımızda elde ettiğimiz çelişkili sonuçlar nedeniyle özellikle çocuk ve ergen yaş grubu için ileriye yönelik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar

girişimini yordadığını öngörmekteyiz ancak hangi mekanizma ile bu etkiyi oluşturduğunu anlamak için ileriye yönelik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda şekil 4.5.'de gösterildiği gibi içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olup olmadığı aracılık modeli ile test edilmiş ve test edilen modelde içsel işlevsel olmayan duygu düzenlemenin son bir aydaki intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olduğu bulunmuştur. Bulgularımıza göre intihar girişimi olan grubun içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme puanı ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme puanı intihar girişimi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti ancak dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olmadığı görülmüştür. Literatüre baktığımız zaman Eisenberg ve Spinrad'e göre, içsel duygu düzenleme stratejileri, bireyin kendi iç süreçlerini kullanarak bireysel çabasıyla duygularını yönetmesini, dışsal duygu düzenleme stratejileri ise bireyin ebeveyn, öğretmen ve akranlar gibi dış kaynaklardan destek alarak duygularını yönetmesini içerir ve dışsal duygu düzenleme stratejileri özellikle erken çocukluk dönemi için öne çıkmaktadır (78). Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme puanının intihar düşüncesi ve intihar girişimi arasında aracı bir değişken olarak bulunmamasının nedeninin örneklemimizin 12-18 yaş arası ergenlerden oluşmuş olması olduğu düşünülmüştür.

İntihar girişiminin gerçekleşebilmesi için kişide ölüm isteğinin olmasıyla beraber bu kişinin intihar girişimini gerçekleştirmesine neden olabilecek özelliklerinin olması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda kategorik tanılama sistemleri yerine boyutsal yaklaşım şekli ve transdiagnostik fenomenlerin öneminin arttığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da özellikle üstünde durduğumuz iki ana fenomen olan belirsizliğe tahammülsüzlük ve uyumsuz duygu düzenlemenin kategorik tanılama sisteminden bağımsız olarak intihar girişimini tahmin etmede önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle intihar düşüncesine sahip olanlar arasında intiharla ölme riski en yüksek olan bireyleri belirleyebilme yeteneğimizi arttırmak için bu iki fenomenin hastalarda çeşitli ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi ve belirlendikten sonra da tedavide bu fenomenlere yönelik yaklaşımların tedaviye eklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza baktığımız zaman bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmamız kesitsel yapıda bir çalışma olduğu için bu durum nedensellik ilişkisi kurmamız açısından kısıtlılık oluşturmaktadır. Çalışmamız klinik örneklemden oluşmaktadır ancak çalışmamıza katılan hastaların hastanemize başvurma yollarındaki farklılıklar nedeniyle hastaların bir kısmı poliklinikte, bir kısmı yatan hasta servisinde, bir kısmı ise acil serviste değerlendirilmiştir.

Hastaların değerlendirildiği ortamların şartlarında farklılıklar olması ve ayrıca hastaların intihar girişiminde bulunduğu gün ile çalışmaya alındığı gün arasında geçen zamanda farklılıklar olması da çalışmamızdaki kısıtlılıklardandır ve bu durum sonuçlarımızda genelleme yapılması için bir kısıtlılık olabilir. İleride yapılacak çalışmalarda hastaların değerlendirildiği şartlardaki farklılıkların en aza indirilerek hastaların benzer şartlarda ve zamanlarda değerlendirilmesi ile daha sağlıklı sonuçlar elde edilebileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamız için G*Power analizi kullanılarak hesaplanan örneklem sayısı 64 intihar girişimi olan hasta ve 64 intihar düşüncesi olan hasta şeklindedir ancak bizim çalışmamızda 48 tane intihar düşüncesi olan hasta yer almaktadır ve bu da çalışmamızdaki kısıtlılıklardan biridir. Çalışmamızda intihar düşüncesi olup intihar girişimde bulunan hastaların bu intihar girişiminde bulunma sürecindeki; belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin, duygu düzenleme stratejilerinin ve ebeveyn tutumlarının ilişkisini incelemeyi amaçlandığı için çalışmaya yalnızca intihar davranışı olan hastalar dahil edilmiş olup sağlıklı kontrol grubu dahil edilmemiştir. İntihar davranışı olmayan sağlıklı kontrol grubunun da çalışmaya dahil edildiği sağlıklı kontrol grubu, intihar düşüncesi olan ama intihar girişiminde bulunmamış grup ve intihar girişiminde bulunan grup olarak üç grubun karşılaştırıldığı ileri çalışmalar yapmak intihar düşüncesinin oluşma sürecinde de çalışmamızdaki fenomenlerin etkili olup olmadığını hakkında daha fazla bilgi edinmek açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğu kız hastadır. İleride yapılacak çalışmalarda erkek hasta sayısının daha fazla olması bu çalışmada değerlendirdiğimiz fenomenlerdeki cinsiyetin etkisini daha iyi anlamamıza yardımcı olabilir.

Çalışmamızın güçlü yanlarından biri katılımcıların tanılarının yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler ile değerlendirilmiş olmasıdır. Klinisyen tarafından yapılan bu tanısal görüşme ile intihar girişimi olan grupta intihar düşüncesi olan gruba kıyasla anlamlı olarak daha fazla görülen bir psikopatoloji tanısı olmadığı gösterilmiştir. Böylece çalışmamızda değerlendirilen intihar düşüncesinden intihar girişimine geçme sürecinde etkili olan faktörler arasında duygudurum bozuklukları gibi intihar riskiyle yüksek düzeyde ilişkili olduğu bilinen psikopatolojilerin neden olabileceği olası etkinin önlenildiği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda değerlendirdiğimiz iki grup arasında hem ergenlerin hem de ailelerinin sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür böylece sosyodemografik özelliklerin de intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki süreçteki olası etkileri açısından iki grubun homojen dağıldığı görülmektedir. Çalışmamızın bir diğer güçlü yanına bakacak olursak çalışmamızın örneklemi 140 intihar davranışı olan ergenden oluşmaktadır. Bu örneklem sayısı alanda yapılan diğer çalışmalarla kıyaslandığında görece olarak daha yüksek sayıda hastaya ulaştığımızı göstermektedir.

Çalışmamızda belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini değerlendirirken bu çalışmanın verilerini kullanarak bizim Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Çocuklar İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeks-A ölçeğini kullandık. Bu ölçeğin, ülkemizdeki çocuk ergen yaş aralığına uygun olacak bir dilde geliştirilmiş belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini değerlendiren tek ölçek olduğu bilinmektedir ve bu da çalışmamızın güçlü yanlarından. Literatürde intihar davranışının altında yatan süreçleri inceleyen birçok çalışma vardır ancak bu çalışmalardan çoğu çalışma intihar davranışını bir bütün olarak değerlendirmiş ve intihar düşüncesi ile intihar girişimi arasındaki farkı ele almamıştır. Sonuç olarak literatürdeki intihar düşüncesi olan hastalardaki intihar girişiminde bulunma sürecini etkileyen faktörleri inceleyen çalışma sayısı azdır. Bizim çalışmamızda intihar düşüncesi olan ama intihar girişimde bulunmamış ergenler ve intihar girişimi olan ergenlerin iki farklı grup olarak ele alınması ve bu gruplar arasındaki farklılıkların incelenmiş olması çalışmamızın önemli bir güçlü yönüdür. Ayrıca çalışmamızda intihar davranışı olan ergenlerdeki intihar düşüncesine sahip olma durumundan intihar girişimine geçme sürecini olabildiğince iyi aydınlatabilmek amacıyla teorik zeminde birbiri ile bağlantılı olduğunu düşündüğümüz; ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi, duygu düzenleme stratejileri, ebeveyn tutumları, davranış profilleri ve bu ergenlerin ebeveynlerindeki anksiyete/depresyon, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri dahil olmak üzere çok sayıda parametre değerlendirmeye alınmıştır. Böylece intihar girişiminde bulunma sürecinde etkili olabilecek birçok değişken değerlendirilerek bunlar arasından aracı etkisi olan fenomenler belirlenmiştir. Bu durumun çalışmamızın literatüre verdiği katkı nedeniyle güçlü bir yanı olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ergenler arasında intihar davranışı halen ölümlerin önemli bir nedenidir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur. Ergenlerdeki intihar davranışının yapısı karmaşıktır ve bu nedenle halen etkili intihar girişimi önleme yöntemlerinin bulunması için birçok çalışma yapılmaya devam edilmektedir. Yapılan bu çalışmalarla risk faktörleri ve koruyucu faktörler daha iyi aydınlatılmakta ve yüksek risk altındaki ergenlerde intihar girişiminde bulunma tahminlerinde birden fazla faktörün beraber etkisini anlama konusunda da anlamlı ilerlemeler kaydedilmektedir.

Çalışmamızda intihar düşüncesi olan ergenlerde kategorik tanı sistemleriyle konulan tanılarından bağımsız olarak da intihar girişiminde bulunma süreçlerinde etkili olabileceğini düşündüğümüz fenomenler olan belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme ve ebeveyn tutumlarının intihar girişimi ile ilişkili olduğu ve bu fenomenlerden belirsizliğe tahammülsüzlüğün ve duygu düzenlemenin intihar düşüncesinden intihar girişimine geçiş sürecinde aracı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlar sayesinde intihar düşüncesi olan yüksek risk altındaki ergenlerde intihar girişimini tahmin etmeye yönelik teorik modeller oluşturulmuştur. Bu modellerin ileride yapılacak araştırmalarda yeni örneklerle yeniden değerlendirilip geliştirilmelerinin, ergenler arasındaki intihar sonucu ölümleri azalma konusunda literatüre önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonucuna göre intihar düşüncesi ile gelen ergenlerde intihar girişiminde bulunma süreçlerinde etkili olabileceğini bulduğumuz yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin öncelikle değerlendirilmesi ve bu özelliklerin tespit edildiği intihar düşüncesi olan ergenlerde sahip oldukları psikopatolojilerin geleneksel tedavi yöntemlerine ek olarak bu fenomenlere yönelik destekleyici müdahalelerin de tedaviye eklenmesiyle ilerde intihar girişiminde bulunma olasılıklarının azalacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, Adrian MC, Campo JV, Bridge JA. Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. *bmj*. 2023;381.
2. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. 2011;1:181-98.
3. Ribeiro JD, Joiner TE. Present status and future prospects take up the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. 2011:169-79.
4. Ribeiro JD, Joiner TE. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of clinical psychology*. 2009;65(12):1291-9.
5. Gümüş K. Multiple skleroz hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlüğün intihar düşüncesine etkisi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
6. Ginley MK, Bagge CL. Psychiatric heterogeneity of recent suicide attempters: A latent class analysis. *Psychiatry research*. 2017;251:1-7.
7. Rogers ML, Joiner Jr TE. Borderline personality disorder diagnostic criteria as risk factors for suicidal behavior through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(4):591-604.
8. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36:833-9.
9. Ong E, Thompson C. The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological reports*. 2019;122(4):1192-210.
10. Eaddy M, Zullo L, Horton SE, Hughes JL, Kennard B, Diederich A, et al. A theory-driven investigation of the association between emotion dysregulation and suicide risk in a clinical adolescent sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019;49(4):928-40.
11. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of suicide research*. 2022;26(4):1702-35.
12. Lai KW, McBride-Chang C. Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *International Journal of Psychology*. 2001;36(2):81-7.
13. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2006;47(3-4):372-94.
14. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010;71(12):2177.
15. Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, Adrian MC, Campo JV, Bridge JA. Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. *Bmj*. 2023;381:e070630.
16. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010;39:259-69.
17. Li X, Phillips MR, Zhang Y, Xu D, Yang G. Risk factors for suicide in China's youth: a case-control study. *Psychological Medicine*. 2008;38(3):397-406.
18. Suicide Worldwide in 2019, Global Health Estimates 2021.
19. Jeon HJ, Bae J, Woo J-M. Recent statistics and risk factors of suicide in children and adolescents. *Journal of the Korean Medical Association/Taehan Uisa Hyophoe Chi*. 2013;56(2).

20. İntihar Davranışına Müdahale Kılavuzu. Devrimci Özgüven H, Özdamar Ünal G, editors: TPD Yayınları; 2023.
21. TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu, İntihar istatistikleri veri tabanı 2024 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>].
22. Li X, Ren Y, Zhang X, Zhou J, Su B, Liu S, et al. Testing the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior in Chinese adolescents. *Archives of suicide research*. 2021;25(3):373-89.
23. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 2016;387(10024):1227-39.
24. Sher L, Oquendo MA. Suicide: an overview for clinicians. *Medical Clinics*. 2023;107(1):119-30.
25. Ropper AH. Seena Fazel, MD, and Bo Runeson, MD, Ph. D. *N Engl J Med*. 2020;382:266-74.
26. Riala K, Taanila A, Hakko H, Räsänen P. Longitudinal smoking habits as risk factors for early-onset and repetitive suicide attempts: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Annals of epidemiology*. 2009;19(5):329-35.
27. Han MA, Kim KS, Ryu SY, Kang MG, Park J. Associations between smoking and alcohol drinking and suicidal behavior in Korean adolescents: Korea Youth Behavioral Risk Factor Surveillance, 2006. *Preventive medicine*. 2009;49(2-3):248-52.
28. Tong Y, Phillips MR, Duberstein P, Zhan W. Suicidal behavior in relatives or associates moderates the strength of common risk factors for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015;45(4):505-17.
29. Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry Research*. 2016;239:169-78.
30. PALABIYIKOĞLU R, ŞENDAĞ MA. İntihar Davranışını Değerlendirmede Kullanılan Psikolojik Testler. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*. 2008;1(3):58-66.
31. Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A, et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of adolescence*. 2009;32(4):875-91.
32. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The lancet*. 2012;379(9834):2373-82.
33. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 2003;4(10):819-28.
34. Abuse S. Mental health services administration. Results from the. 2013;2(013):55-68.
35. McIntosh J. USA suicide statistics for the year 1999: Overheads and a presentation guide. Washington, DC: American Association of Suicidology. 2002.
36. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2006;113(3):180-206.
37. Ellis TE, Rutherford B. Cognition and suicide: Two decades of progress. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008;1(1):47-68.
38. O'Connor RC. Psychological perspectives on suicidal behaviour. 2010.
39. Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1987;55(1):49.
40. Shneidman ES. Commentary: Suicide as psychache. *The Journal of nervous and mental disease*. 1993;181(3):145-7.
41. Allan NP, Gorka SM, Saulnier KG, Bryan CJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: transdiagnostic risk factors for anxiety as targets to reduce risk of suicide. *Current psychiatry reports*. 2023;25(4):139-47.
42. Bryan CJ, Rudd MD, Wertenberger E. Individual and environmental contingencies associated with multiple suicide attempts among US military personnel. *Psychiatry research*. 2016;242:88-93.
43. Bryan CJ, May AM, Harris J. Examining emotion relief motives as a facilitator of the transition from suicidal thought to first suicide attempt among active duty soldiers. *Psychological services*. 2019;16(2):293.
44. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American journal of Psychiatry*. 1999;156(2):181-9.

45. Williams J, Crane C, Barnhofer T, Dugger D. Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model—Oxford Medicine. Oxford University Press; 2005.
46. Joiner T. Why people die by suicide: Harvard University Press; 2005.
47. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. Hogrefe Publishing; 2011.
48. Menninger KA. Man against himself. 1938.
49. Ogundipe L. Suicide attempts v. deliberate self-harm. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;175(1):90-.
50. Pao PN. The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*. 1969.
51. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Resch F, Carli V, et al. 3038—Characteristics of non-suicidal self-injury and suicide attempts among adolescents in europe: results from the european research consortium seyle. *European Psychiatry*. 2013;28(S1):1-.
52. Somer O, Bildik T, Kabukçu-Başay B, Güngör D, Başay Ö, Farmer RF. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50:1163-71.
53. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of suicide research*. 2007;11(2):129-47.
54. Lee WK. Psychological characteristics of self-harming behavior in Korean adolescents. *Asian journal of psychiatry*. 2016;23:119-24.
55. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: A study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(8):1191-8.
56. Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D, De Wilde EJ, et al. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*. 2011;20(10):499-508.
57. guideline number NG225 N. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. *Methods*. 2022.
58. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of personality*. 1949;18(1).
59. Yığman F, Fidan S. Transdiagnostik faktör olarak belirsizliğe tahammülsüzlük. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2021;13(3):573-87.
60. Einstein DA. Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2014;21(3):280.
61. Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour research and therapy*. 2007;45(10):2307-16.
62. Birrell J, Meares K, Wilkinson A, Freeston M. Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical psychology review*. 2011;31(7):1198-208.
63. Moitra M, Santomauro D, Degenhardt L, Collins PY, Whiteford H, Vos T, et al. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of psychiatric research*. 2021;137:242-9.
64. De La Vega D, Giner L, Courtet P. Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders: recent advances. *Current Psychiatry Reports*. 2018;20:1-10.
65. Loynd C, Cooper M, Hough M. Scottish secondary school teachers' attitudes towards, and conceptualisations of, counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2005;33(2):199-211.
66. Ladouceur R, Talbot F, Dugas MJ. Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: Experimental findings. *Behavior modification*. 1997;21(3):355-71.
67. Nock MK. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*. 2009;18(2):78-83.

68. Grove JL, Smith TW, Carlson SE, Bryan CJ, Crowell SE, Czajkowski L, et al. Prospective association between suicide cognitions and emotional responses to a laboratory stressor: The mediating role of nightly subjective sleep quality. *Journal of affective disorders*. 2020;265:77-84.
69. Gutierrez PM, Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Bagge CL. Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*. 2000;47(4):403.
70. Greco V, Roger D. Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual differences*. 2003;34(6):1057-68.
71. Mostafaie M, Mirzaian B, Zakariaiei Z. Comparison Intolerance Uncertainty, Worry and Rumination in Suicide Attempts and Normal. *European Psychiatry*. 2015;30:960.
72. Allan NP, Volarov M, Koscinski B, Pizzonia KL, Potter K, Accorso C, et al. Lonely, anxious, and uncertain: critical risk factors for suicidal desire during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2021;304:114144.
73. Essau CA, LeBlanc SS, Ollendick TH. *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*: Oxford University Press; 2017.
74. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on psychological science*. 2013;8(6):591-612.
75. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*: Guilford publications; 2013.
76. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26:41-54.
77. Akbulut CA. Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2018;21(2):184-92.
78. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*. 2004;75(2):334-9.
79. Power M, Dalgleish T. *Cognition and emotion: From order to disorder*: Psychology press; 2015.
80. Chapman AL, Specht MW, Cellucci T. Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(4):388-99.
81. Yıldız MA. Multiple Mediation of Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Loneliness and Positivity in Adolescents. *Education & Science/Eğitim ve Bilim*. 2016;41(186).
82. Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child development*. 2003;74(6):1869-80.
83. Yıldız MA, Duy B. The predictive role of emotion regulation strategies on depressive and psychosomatic symptoms in adolescents. *Current Psychology*. 2019;38:387-96.
84. Harris L, Chelminski I, Dalrymple K, Morgan T, Zimmerman M. Suicide attempts and emotion regulation in psychiatric outpatients. *Journal of affective disorders*. 2018;232:300-4.
85. Anestis MD, Bagge CL, Tull MT, Joiner TE. Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of psychiatric research*. 2011;45(5):603-11.
86. Choudhary GB. *Adolescence education*: PHI Learning Pvt. Ltd.; 2014.
87. McCoby E. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*. 1983;4:1-101.
88. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*. 1966;887-907.
89. Sümer N, Gündoğdu Aktürk E, Helvacı E. Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye'de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2010;13(25):42-59.
90. ATALAY D, ÖZYÜREK A. ERGENLERDE DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ VE EBEVEYN TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ. *Milli Eğitim Dergisi*. 2021;50(230):815-34.
91. Choi S-H, Lee S-E, Lee CW, Maeng S, Son J, Kim W-H, et al. Association between perceived parenting style and adolescents' attitudes toward suicide. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2020;31(4):193.

92. Donath C, Graessel E, Baier D, Bleich S, Hillemacher T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? BMC pediatrics. 2014;14:1-13.
93. UYGUN SD, UYTUN MÇ, ÜNLÜ HK, AYIDAĞA EA, BÜYÜKCERAN ÖÇ, VATANSEVER G, et al. İntihar Tarama Soruları'nın Ergenlerde Türkçe Uyarlama Çalışması. 2022.
94. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997;36(7):980-8.
95. ÜNAL F, ÖKTEM F, ÇETİN ÇUHADAROĞLU F, ÇENGEL KÜLTÜR SE, AKDEMİR D, FOTO ÖZDEMİR D, et al. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Dergisi. 2019;30(1).
96. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. American journal of psychiatry. 2011;168(12):1266-77.
97. GÜNEŞ DA, KILINÇASLAN DDA. COLUMBİA İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI.
98. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2009;31:215-9.
99. Bildik T, Somer O, BASAY BK, BASAY Ö, Özbaran B. The validity and reliability of the Turkish version of the inventory of statements about self-injury. Turk Psikiyatri Dergisi. 2013;24(1):49.
100. Sarıçam H, Erguvan F, Akın A, Akça M. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği BTÖ 12 Türkçe Formu Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Route Educational and Social Science Journal. 2014;1(3).
101. Rifkin LS, Kendall PC. Intolerance of uncertainty in youth: psychometrics of the intolerance of uncertainty index-a for children. Journal of anxiety disorders. 2020;71:102197.
102. Phillips K, Power M. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2007;14(2):145-56.
103. Baki D, YILDIZ MA. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Adaptation of the Regulation of Emotions Questionnaire (REQ) for Adolescents.
104. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child development. 1991;62(5):1049-65.
105. YILMAZ A. Anne-baba tutum ölçeği'nin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2000;7(3):160-72.
106. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica. 1983;67(6):361-70.
107. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. Turk Psikiyatri Derg. 1997;8:187-280.
108. Kahyaoglu Sut H, Balkanlı Kaplan P. Quality of life in women with infertility via the Ferti Q o L and the Hospital Anxiety and Depression Scales. Nursing & health sciences. 2015;17(1):84-9.
109. Dumenci L, Erol N, Achenbach TM, Simsek Z. Measurement structure of the Turkish translation of the Child Behavior Checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. Journal of abnormal child psychology. 2004;32:335-40.
110. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods. 2007;39(2):175-91.
111. Bilkay Hİ, Sarı T, Gürhan N. Türkiye'de Çocuk-Ergen Ruh Sağlığına Yönelik Kısa Bir İnceleme. Çocuk ve Gelişim Dergisi. 2023;6(12):78-92.
112. Doğan M, Öztürk S, Esen F, Demirci E, Öztürk MA. İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ÇOCUK VE ERGENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ Evaluation of Child and Adolescents who Attempted Suicide. Bozok Tıp Dergisi. 2018;8(3):30-4.

113. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi. 2014.
114. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. American journal of psychiatry. 2003;160(6):1093-9.
115. Erdoğan B, Celbiş O, Öner B. Çocuk ve ergenlerde intiharın psikolojik dinamikleri ve risk etkenleri. Öztürk E, editör Aile Psikopatolojisi. 2021;1:127-32.
116. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and suicide: a meta-analysis. PloS one. 2016;11(7):e0156348.
117. Swann AC, Graham DP, Wilkinson AV, Kosten TR. Nicotine inhalation and suicide: clinical correlates and behavioral mechanisms. The American Journal on Addictions. 2021;30(4):316-29.
118. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. New England Journal of Medicine. 1989;321(18):1209-14.
119. Pilowsky DJ, Wu L-T, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. American Journal of Psychiatry. 1999;156(10):1545-9.
120. ŞEN Ö, YILDIZHAN E. Remisyonda Bipolar Bozuklukta Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Bağlanma Biçimleri ve Klinik Özelliklerin İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2020;31(3):174-84.
121. Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. Suicide Life Threat Behav. 2018;48(1):52-74.
122. Stewart JG, Glenn CR, Esposito EC, Cha CB, Nock MK, Auerbach RP. Cognitive Control Deficits Differentiate Adolescent Suicide Ideators From Attempters. J Clin Psychiatry. 2017;78(6):e614-e21.
123. Santana GL, Coelho BM, Borges G, Viana MC, Wang YP, Andrade LH. The Influence of Parental Psychopathology on Offspring Suicidal Behavior across the Lifespan. PLoS One. 2015;10(7):e0134970.
124. Berenbaum H, Bredemeier K, Thompson RJ. Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. Journal of anxiety disorders. 2008;22(1):117-25.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64) KARAR FORMU				
SAYI:		Tarih: 11.10.2023		
KONU: Etik Kurulu Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ergenlerdeki Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Riskinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri, Duygu Düzenleme Stratejileri, Sosyal Duygusal Davranışsal Sorunlar ve Ebeveyn Tutumları ile İlişkisi		
ETİK KURULU BİLGİLERİ	VARSA ARAŞTIRMANIN PRONKSÜLÜK NO	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	TELEFON	216 570 91 90		
	FAKS	216 565 55 26		
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Alperen Bıkmazer- Doç. DR. Vahdet Görmez – Dr. Tuba Sürücü		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözetimsel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma	☒			
Retrospektif	☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			
	OLGU RAPOR FORMU			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Dili		
	SİGORTA	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	İLAN	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	YILLIK BİLDİRİM	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	SONUÇ RAPORU	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0681	Tarih: 11.10.2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

Etik Kurulu Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükri Sadık ÖNER
İmza:

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 11.10.2023

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ergenlerdeki Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Riskinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri, Duygu Düzenleme Stratejileri, Sosyal Duygusal Davranışsal Sorunlar ve Ebeveyn Tutumları ile İlişkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki			Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Saliha Şahin	İşçi		E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

Etik Kurulu Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER

İmza:

EK 2. ÇOCUK VE EBEVEYN İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İSTANBUL GÖZTEPE PROF. DR: SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Çalışmanın Adı:“Ergenlerdeki Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Riskinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri, Duygu Düzenleme Stratejileri, Sosyal Duygusal Davranışsal Sorunlar ve Ebeveyn Tutumları ile İlişkisi”

Sizi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın.

Bu formlar 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12’yi içermektedir. Bu formların doldurulması yaklaşık **45 dakika sürmektedir** ve formlarda **toplam 139 soru** bulunmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı

Bir halk sağlığı sorunu olan intihar, gençler arasında en yaygın ölüm nedenlerinden biridir. İntihar sonucu yaşamını kaybeden gençlerin %80’i ölümünden önceki son üç ay içerisinde sağlık kuruluşlarına bedensel belirtilerle başvurarak bir hekim ile görüşmekte, sorulmadığı sürece intihar düşünceleri hakkında konuşmamaktadır. Ülkemizde ergen ruh sağlığı hizmetleri dışında bu yaş grubu için intihar riskine karşı herhangi bir rutin tarama yapılmamaktadır. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinik başvuruları çoğu ergen için sağlık hizmeti sunucuları ile karşılaştıkları tek yer olup bu sırada intihar taraması risk altındaki ergenleri tanımlamak için önemli bir fırsattır. Sonuç olarak, bu çalışma ile Türkiye’de ergenlerden oluşan bir klinik örneklemede intihar düşüncesi veya kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin intihar riskiyle belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri, duygu düzenleme stratejileri, sosyal duygusal davranışsal sorunlar ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda aynı zamanda Çocuk ve Ergenler İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın İçeriği

Bu çalışmada 12-18 yaş arasında intihar düşüncesi veya kendine zarar verme davranışı olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri, duygu düzenleme stratejileri, sosyal duygusal davranışsal sorunlar ve ebeveyn tutumları ile ilgili bilgi edinmek için bu ölçeklerin doldurulması istenmektedir.

2. Çalışmaya Katılım 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 aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı 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.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Araştırmayla ilgili herhangi bir durum ile karşılaştığınızda Dr. Tuba Sürücü'ye

..... numaralı telefonda dahili hattından ve cep numarasından ulaşabilirsiniz.

**İSTANBUL GÖZTEPE PROF. DR: SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Çalışmanın Adı:“Ergenlerdeki Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar Riskinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri, Duygu Düzenleme Stratejileri, Sosyal Duygusal Davranışsal Sorunlar ve Ebeveyn Tutumları ile İlişkisi”

Sizi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın.

Bu formlar Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, İntihar Olasılığı Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği 12, Çocuk ve Ergenler için Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi A, Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği, Anne Baba Tutum Ölçeği, Anlık ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi içermektedir. Bu formların doldurulması 60 dakika sürmektedir ve bu formlarda toplam 211 soru bulunmaktadır. Ayrıca klinisyen tarafından size K-SADS-PL ve Colombia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği uygulanacaktır. Bu formların uygulanması da 15 dakika sürmektedir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı

Bir halk sağlığı sorunu olan intihar, gençler arasında en yaygın ölüm nedenlerinden biridir. İntihar sonucu yaşamını kaybeden gençlerin %80'i ölümünden önceki son üç ay içerisinde sağlık kuruluşlarına bedensel belirtilerle başvurarak bir hekim ile görüşmekte, sorulmadığı sürece intihar düşünceleri hakkında konuşmamaktadır. Ülkemizde ergen ruh sağlığı hizmetleri dışında bu yaş grubu için intihar riskine karşı herhangi bir rutin tarama yapılmamaktadır. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinik başvuruları çoğu ergen için sağlık hizmeti sunucuları ile karşılaştıkları tek yer olup bu sırada intihar taraması risk altındaki ergenleri tanımlamak için önemli bir fırsattır. Sonuç olarak, bu çalışma ile Türkiye’de ergenlerden oluşan bir klinik örneklemde intihar düşüncesi veya kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin intihar riskiyle belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri, duygu düzenleme stratejileri, sosyal duygusal davranışsal sorunlar ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızda aynı zamanda Çocuk ve Ergenler İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi-A için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

Araştırmanın İçeriği

Bu çalışmada 12-18 yaş arasında intihar düşüncesi veya kendine zarar verme davranışı olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri, duygu düzenleme stratejileri, sosyal duygusal davranışsal sorunlar ve ebeveyn tutumları ile ilgili bilgi edinmek için bu ölçeklerin doldurulması istenmektedir.

2. Çalışmaya Katılım 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 aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı 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.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Katılımcının Ebeveyninin (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

Araştırmayla ilgili herhangi bir durum ile karşılaştığınızda Dr. Tuba Sürücü'ye

..... numaralı telefondan dahili hattından ve cep numarasından ulaşabilirsiniz.

EK 3. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad Soyad: Telefon no:

1. Cinsiyetiniz Telefon no:

☐ Kız ☐ Erkek

2. Yaş:

3. Eğitim durumu

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

4. Aileniz ile birlikte mi yaşıyorsunuz?

☐ Evet

☐ Hayır → ☐ Yurt ☐ Kurum ☐ Akraba yanı ☐ Diğer (belirtiniz):

.....

5. Anne ve babanız birlikte mi?

☐ Evet ☐ Boşanmış ☐ Annem vefat etti ☐ Babam vefat etti

6. Annenizin eğitimi:

☐ Hiç okula gitmemiş ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu

7. Babanızın eğitimi:

☐ Hiç okula gitmemiş ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu

8. Annenizin şu andaki iş durumu:

☐ Ev hanımı ☐ Düzenli bir işte çalışıyor ☐ Emekli ☐ Diğer

9. Babanızın şu andaki iş durumu:

☐ Çalışmıyor ☐ Düzenli bir işte çalışıyor ☐ Emekli ☐ Diğer

10. Ailenizin gelir düzeyi

☐ Asgari ücretten çok

☐ Asgari ücret

☐ Asgari ücretten az

11. Kaç kardeşsiniz? İşaretleyiniz.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ve üzeri

12. Siz ailenizin kaçmı çocuğusunuz?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ve üzeri

13. Ailenizde kronik bir fiziksel hastalığı(örn: şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, astım, kansızlık) ya da fiziksel özürlü(örn: görme, işitme, konuşma engelli ya da tekerlekli sandalye kullanan) olan var mı? Açıklayınız

☐ Evet, var: () Annem..... () Babam..... (

) Kardeşim.....

() Diğer.....

☐ Hayır yok.

14. Ailenizde bir psikiyatristten(ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığını bildiğiniz ruhsal hastalığı(örn: şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, zeka geriliği, otizm) olan var mı? Açıklayınız.

☐ Evet, var: () Annem..... () Babam..... (

) Kardeşim.....

() Diğer.....

☐ Hayır yok.

15. Sizin kronik bir fiziksel hastalığınız(astım, alerji, şeker hastalığı v.b) var mı?

Açıklayınız

☐ Evet, var:.....

☐ Hayır yok.

16. Sigara Kullanımı(varsa ne kadar): ☐ Evet, var: ☐ Hayır yok

17. Madde Kullanımı(varsa ne kadar): ☐ Evet, var: ☐ Hayır yok

18. Alkol Kullanımı(varsa ne kadar): ☐ Evet, var: ☐ Hayır yok

19. Önceden intihar girişimi: ☐ Evet var. Kaç kere?: ☐ Hayır yok

20. İntihar şekli:.....

21. Ailede tamamlanmış intihar: ☐ Evet, var: ☐ Hayır yok

22. Ailede intihar girişimi: ☐ Evet, var: ☐ Hayır yok

23. Ailede intihar şekli :

.....

24. Arkadaşında tamamlanmış intihar: ☐ Evet, var: ☐ Hayır yok

25. Arkadaşında intihar girişimi: ☐ Evet, var: ☐ Hayır yok

26. Arkadaşında intihar şekli :

.....

27. Yaşadığınız travmatik bir olay var mı?

☐ Evet, var: ☐

Hayır yok

EK 4. İNTİHAR TARAMA SORULARI

İntihar Tarama Soruları

	EVET	HAYIR
1.Son birkaç hafta içinde ölmüş olmayı dilediniz mi?		
2. Son birkaç hafta içinde, ölmüş olmanızın kendiniz veya aileniz için daha iyi olacağını hissettiniz mi?		
3. Geçen hafta kendinizi öldürmekle ilgili düşünceleriniz oldu mu		
4. Hiç kendinizi öldürmeyi denediniz mi?		
5. Şu anda kendinizi öldürmekle ilgili düşünceleriniz var mı?		

EK 5. COLUMBIA İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (C-İŞDÖ)

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ		
<i>1 ve 2. soruları sorun. Eğer her ikisi de olumsuz ise, "İntihar Davranışı" bölümüne geçin. 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, 3, 4 ve 5. soruları sorun. Eğer 1. ve/veya 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, aşağıda yer alan "Düşüncelerin Yoğunluğu" bölümünü doldurun.</i>	Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman	Geçen Ay
1. Ölme İsteği Kişi ölmüş ya da artık yaşamıyor olmak veya uykuya dalar bir daha uyanmamak biçiminde istekleri olduğunu bildiriyor. <i>Hıç ölmüş olmayı ya da uykuya dalar bir daha uyanmamayı istediniz mi?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
2. Spesifik Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri Belirli bir yöntem, niyet veya plan olmaksızın kişinin yaşamını sonlandırma/ıntihar etme (örneğin: "Kendimi öldürmeyi düşündüm") düşünceleri <i>Gerçekten hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?</i> Eğer yanıt evetse, tanımlayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
3. Eyleme Dökme Niyeti Olmayan Herhangi Bir Yöntem İçeren (Plansız) Aktif İntihar Düşünceleri Kişi intihar düşüncelerini kabul eder ve değerlendirme süresinde en az bir yöntem düşünmüştür. Bu düşünce, zaman, yer ya da ayrıntıları düşünülmüş belirli bir plandan farklıdır (örneğin, hangi yöntemle kendini öldüreceğini düşünmüştür, ancak plan yapmamıştır). Kişi "Yüksek dozda ilaç almayı düşündüm ancak bunu ne zaman, nerede ya da gerçekte nasıl yapacağuma ilişkin belirli bir plan yapmadım... ve bunu asla uygulamazdım" gibi ifadeler kullanılabilir. <i>Bunu nasıl yapabileceğinizi üzerinde düşünüyor muydunuz?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
4. Belirli Plan Olmaksızın bir Miktar Eyleme Dökme Niyeti İçeren Aktif İntihar Düşünceleri Kişi "İntihar düşüncelerim var fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım" sözünün aksine biraz eyleme dökme niyeti içeren kendini öldürme düşünceleri bildirir. <i>Kendinizi öldürme düşünceleriniz oldu mu ve bu düşüncelerinizi gerçekleştirilmeye hiç niyetlendiniz mi?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
5. Belirli Bir Plan ve Niyet İçeren İntihar Düşünceleri Kişinin tam olarak ya da kısmen ayrıntıları üzerinde düşünülmüş bir plan içeren kendini öldürme düşünceleri ve bu planı gerçekleştirilmeye ilgili belli bir düzeyde niyeti vardır. <i>Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntılar üzerinde düşünmeye başladınız mı ya da bir plan yaptınız mı? Bu planınızı gerçekleştirme niyetiniz var mı?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU		
<i>Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce biçimine göre değerlendirilmelidir (yani, yukarıdaki ifadeler için 1-5 arası, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun.</i>	En Şiddetli	En Şiddetli
Ömür Boyu - <i>En Şiddetli Düşünce:</i> _____ Tip No (1-5) Düşüncelerin Tanımı		
Geçen Ay - <i>En Şiddetli Düşünce:</i> _____ Tip No (1-5) Düşüncelerin Tanımı		
Sıklığı <i>Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?</i> (1) Haftada bir defadan az (2) Haftada bir (3) Haftada 2-5 defa (4) Her gün ya da hemen hemen her gün (5) Her gün birçok defa	_____	_____
Süresi <i>Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süre aklınızda kalıyor?</i> (1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (2) 1 saatten az / bazen (3) 1-4 saat / çoğu zaman (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında (5) 8 saatten fazla / kalıcı bir şekilde veya sürekli	_____	_____
Kontrol Edilebilirlik <i>Kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşüncelerinizi istediğinizde durdurabilir misiniz / durdurabildiniz mi?</i> (1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir (2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir (3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir (4) Düşünceleri çok zorlanarak kontrol edebilir (5) Düşünceleri kontrol edemez (6) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz	_____	_____

Durdurulan Girişim: Kişinin intihar etme girişimine yönelik adımlar atmaya başlayıp gerçekten kendine zarar verecek herhangi davranışta bulunmadan kendini durdurması. Örnekler engellenen girişimdekine benzer ancak eylem başka şey/kişiler tarafından değil kişinin kendisi tarafından durdurulur. <i>Hayatınıza son vermeyi denemek için bir şey yapmaya başladığınız ancak gerçekten herhangi bir şey yapmadan önce kendinizi durdurduğunuz bir zaman oldu mu?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____	Evet Hayır ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı _____
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışlar: Bir intihar girişimini gerçekleştirmek için yapılan eylemler ya da hazırlık. Bu bir düşünce ya da söylemin ötesinde belirli bir yöntem için gerekenleri toplamak (örneğin haplar satın almak, bir tabanca satın almak) ya da intihar sonucu kendi ölümü için hazırlanmak (örneğin eşyalarını dağıtmak, bir intihar notu yazmak) gibi herhangi bir şeyi kapsayabilir. <i>Bir intihar girişiminde bulunmak ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hap biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yazmak gibi)?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
İntihar davranışı: Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcut muydu?		Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın	En Son Girişim Tarihi:	En Ölümcül Girişim Tarihi:	İlk / Birinci Girişim Tarihi:
Gerçek Ölümcüllük / Tıbbi Hasar 0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (örneğin, yüzeysel hafif çizikler). 1. Küçük fiziksel hasar (örneğin, letarjik konuşma, birinci derece yanıklar, hafif kanama, burkulmalar). 2. Tıbbi bakım gerektiren orta derecede fiziksel hasar (örneğin bilinç kaybı olmadan uykululuk hali, uyarana kısmen yanıt vardır; ikinci derece yanıklar; ana damarın kanaması). 3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; <i>tıbbi</i> nedenlerle hastaneye yatırılma ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (örneğin reflekslerin korunduğu koma hali, vücudun %20'sinden azında üçüncü derece yanık, düzeltilebilen aşırı kan kaybı, büyük kırıklar). 4. Şiddetli fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren <i>tıbbi</i> hastaneye yatırılma gerekli (örneğin reflekslerin olmadığı koma hali, vücudun %20'sinden fazlasında üçüncü derece yanık, stabil olmayan yaşamsal bulgular ile birlikte aşırı kan kaybı, hayati bir bölgede büyük hasar). 5. Ölüm	Kod Girin _____	Kod Girin _____	Kod Girin _____
Potansiyel Ölümcüllük: Yalnızca Gerçek Ölümcüllük = 0 ise Yanıtlayın Eğer tıbbi hasar yoksa gerçek girişimin ölümcül olma olasılığı (aşağıdaki örnekler gerçek tıbbi hasar yokken, çok şiddetli ölümcüllük potansiyeli içerir: tabancayı ağzına soktu ve tetiği çekti fakat tabanca ateş almadı ve tıbbi hasar oluşmadı; tren yaklaşırken tren raylarına uzandı fakat tren üzerinden geçmeden geri çekildi). 0 = Davranışın yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur 1 = Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur 2 = Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölüme sonuçlanma olasılığı vardır	Kod Girin _____	Kod Girin _____	Kod Girin _____

EK 6. KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (KZVDDE)

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

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

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

Kesme	.....	Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	.....
Isırma	.....	Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	.....
Yakma	.....	Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	.....
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	.....	Cildi sert bir yüzeye sürme	.....
Çimdikleme	.....	Kendine iğne batırma	.....
Saç kopartma (kökünden)	.....	Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	.....
		Diğer	.....

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

Lütfen arka sayfaya geçiniz

2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa birinci sayfadaki bu tür davranış(lar)ı daire içine alınız.

3.Hangi yaşta?

İlk kez kendinize zarar verdiniz?

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

4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

6.Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluşuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

Lütfen daire içine alınız

<1 saat 1-3 saat 3-6 saat

6-12 saat 12-24 saat >1 gün

7.Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

Lütfen daire içine alınız EVET HAYIR

Lütfen arka sayfaya geçiniz

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

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

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** “0” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** “1” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** “2” işaretleyiniz

“Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

1...kendimi sakinleşmiş hissedirim	0 1 2
2...kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum	0 1 2
3...kendimi cezalandırmış olurum	0 1 2
4...kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)	0 1 2
5... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum	0 1 2
6...intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum	0 1 2
7...heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum	0 1 2
8...akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur	0 1 2
9...başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum	0 1 2
10...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum	0 1 2
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum	0 1 2
12...birisinden hıncımı çıkartmış olurum	0 1 2
13...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum	0 1 2
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum	0 1 2
15...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum	0 1 2
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum	0 1 2
17...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum	0 1 2
18...fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)	0 1 2
19...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum	0 1 2
20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0 1 2
21...başkalarına uyum sağlamış olurum	0 1 2
22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum	0 1 2

23...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum	0 1 2
24...duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum	0 1 2
25...başkalarından intikam almış olurum	0 1 2
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0 1 2

“Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

27...kaygı, hüsrân, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur	0 1 2
28...kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum	0 1 2
29...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum	0 1 2
30...kendimi yaramın iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir	0 1 2
31...kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum	0 1 2
32...intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum	0 1 2
33...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi)	0 1 2
34...arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum	0 1 2
35...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum	0 1 2
36...fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum	0 1 2
37...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum	0 1 2
38...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum	0 1 2
39... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum	0 1 2

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

EK 7. BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK ÖLÇEĞİ 12 (BTÖ-12)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12)-maddeler

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. (1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana çok az uygun, (3) Bana biraz uygun, (4) Bana çok uygun ve (5) Bana tamamen uygun anlamına gelmektedir.					
1. Beklenmedik olaylar canımı çok sıkar.	1	2	3	4	5
2. Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sinirlerim bozulur.	1	2	3	4	5
3. İnsan beklenmedik olaylardan (sürprizlerden) kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4. En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5. Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6. Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7. Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8. Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.					
9. Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10. Belirsizlik yaşadığımda pekiyi çalışmam.					
11. En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12. Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

EK 8. ÇOCUKLAR İÇİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK İNDEKSİ-A

Çocuk İçin Belirsizliğe Tahammülsüzlük İndeksi A

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdikleri tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz.

1	2	3	4	5
Beni kesinlikle Tanımlamıyor	Beni Tanımlamıyor	Beni Kısmen Tanımlıyor	Beni Tanımlıyor	Beni Tam Olarak Tanımlıyor

1.Gelecekte ne olacağını bilmemek benim için zor bir durumdur.

1 2 3 4 5

2.Hayatta ne olacağını bilmemeye katlanamıyorum.

1 2 3 4 5

3.Diğer çocuklar gelecekte ne olacağını bilmeme durumuyla başa çıkmakta benden daha iyiler.

1 2 3 4 5

4.Hayatta önceden bilemeyeceğim bazı şeylerin olmasına katlanamıyorum.

1 2 3 4 5

5.Başıma kötü bir şey gelme ihtimaliyle başa çıkmakta zorlanıyorum.

1 2 3 4 5

6.Önemli bir haber beklerken, sonucunu bilmemeyi kabullenmekte zorlanıyorum.

1 2 3 4 5

7.Emin olmadığım veya tahmin edilemez durumlarla uğraşmaya dayanamıyorum.

1 2 3 4 5

8.Ne olacağını bilmediğim bir durumda kalmaya dayanamıyorum.

1 2 3 4 5

9.Gelecekte ne olacağını bilmemekten nefret ediyorum.

1 2 3 4 5

10.İlerde ne olacağını bilmediğim zaman beklemeye dayanamam.

1 2 3 4 5

11.Hayatta bilinmeyen veya kesin olmayan her şeye başa çıkmakta zorlanıyorum.

1 2 3 4 5

12.Kötü bir şey olabileceğini düşündüğümde, bunun gerçekleşip gerçekleşmeyeceği konusunda kararsız kalmakta zorlanıyorum.

1 2 3 4 5

13.Belirsizliktense her şeyi hemen bilmeyi tercih ederim.

1 2 3 4 5

14.Beklemediğim bir şeyin olabileceği düşüncesiyle baş etmekte zorlanırım.

1 2 3 4 5

15.Bir şeyi yapmayı kabul etmeden önce ondan emin olmam gerekir.

1 2 3 4 5



EK 9. ERGENLER İÇİN DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ (EİDDÖ)

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ)

Yaşamda zaman zaman insanların başlarına olumsuz, hoş olmayan olaylar gelir ve bu olaylara bazı tepkiler verilir. Bu tepkilerin bazıları düşüncelerle ilgili iken bazıları ise davranışlarla ilgilidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, sıkıntı verici, olumsuz bir olay yaşadığınızda cümlede verilen durum veya davranışı ne sıklıkla yaptığınızı size en uygun olan seçeneğe çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
“Başıma olumsuz bir olay geldiğinde;						
1	Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	()	()	()	()	()
2	Duruma ilişkin amaçlarımı veya planlarımı yeniden gözden geçiririm, düşünürüm.	()	()	()	()	()
3	Durum üzerinde düşünüp anlamaya çalışırım.	()	()	()	()	()
4	Bir dahaki sefere neyi daha iyi yapabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
5	Öfkemi/üzüntümü sözel olarak (örn. bağırarak, tartışmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
6	Öfkemi/üzüntümü fiziksel olarak (örn. kavga etmek, vurmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
7	Başkalarını kötü hissettirmeye çalışırım (örn. kaba davranarak, onları görmezden gelerek).	()	()	()	()	()
8	Başkalarına zorbalık yaparım (örn. alay etmek, itmek, dedi kodu yapmak gibi).	()	()	()	()	()
9	Öfkemi/üzüntümü etrafımdaki eşyalardan çıkarırım.	()	()	()	()	()
10	Kendime zarar verecek veya kendimi cezalandıracak bir şey yaparım.	()	()	()	()	()
11	Bazı düşünceler ve duygular sürekli kafamı meşgul eder (örn. aynı şeyi düşünür dururum).	()	()	()	()	()
12	Başkalarının benden iyi durumda olduğunu düşünerek kendimi daha kötü hissederim.	()	()	()	()	()
13	Duygularımı içime atarım, saklarım.	()	()	()	()	()
14	Sanki ben ben değilmişim gibi gelir (ör., kendimi bir tuhaf hissederim, etrafımdaki şeyler tuhaf gelir).	()	()	()	()	()
15	Bu olaya ilişkin neler hissettiğimi birisiyle konuşurum.	()	()	()	()	()
16	Arkadaşlarımdan veya ailemden sarılmak, elimi tutmak gibi bedensel yakınlık ararım.	()	()	()	()	()
17	Hareketli bir şeyler yaparım.	()	()	()	()	()
18	Başkalarından tavsiye isterim.	()	()	()	()	()

EK 10. ANNE BABA TUTUM ÖLÇEĞİ (ABTÖ)

ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki sorulara kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz. Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün.

Eğer aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine

TAMAMEN BENZİYORSA 4;

BİRAZ BENZİYORSA 3;

BENZEMİYORSA 2;

HİÇ BENZEMİYORSA 1; yazınız.

	1.	Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.
	2.	Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler.
	3.	Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.
	4.	Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.
	5.	Annem ve babam bazı konularda “ sen kendin karar ver ” derler.
	6.	Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.
	7.	Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.
	8.	Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler.
	9.	Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.
	10.	Annem ve babamla her tartıştığım da bana “ büyüdüğün zaman anlarsın ” derler.
	11.	Derslerimden düşük not aldığım da, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.
	12.	Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.
	13.	Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar.
	14.	Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığım da, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.
	15.	Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.
	16.	Derslerimden düşük notlar aldığım da, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım.
	17.	Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.
	18.	Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığım da, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.

Aşağıdaki her ifadenin yanında bulunan kutulardan sadece size uygun olanın içine çarpı(X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

☐

Hayır

☐

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir (Pazartesi-Cuma arası)?

8:00'den önce

☐
☐
☐

8:00 – 8:59 arası

9:00 – 9:59 arası

10:00 – 10:59 arası

11:00 ya da daha geç

İstediğim saate kadar

☐
☐
☐

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

☐

Hayır

☐

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir .

8:00'den önce

☐
☐
☐

8:00 – 8:59 arası

9:00 – 9:59 arası

10:00 – 10:59 arası

11:00 ya da daha geç

İstediğim saate kadar

☐
☐
☐

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

Hiç çaba
göstermez

Çok az
çaba
gösterir

Çok çaba
Gösterir

21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,

22. Boş zamanlarınızda ne yaptığını,

23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığını,

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

	Bilgileri yoktur	Çok az bilgileri vardır	Çok bilgileri vardır
24. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin,			
25. Boş zamanlarınızda ne yaptığın,			
26. Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin,			



EK 11. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- | | |
|---|---|
| ☐ 3 Çoğu zaman | ☐ 1 Zaman zaman, bazen |
| ☐ 2 Birçok zaman | ☐ 0 Hiçbir zaman |

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Aynı eskisi kadar | ☐ 2 Yalnızca biraz eskisi kadar |
| ☐ 1 Pek eskisi kadar değil | ☐ 3 Hiçbir zaman |

3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- | |
|---|
| ☐ 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli |
| ☐ 2 Evet, ama çok da şiddetli değil |
| ☐ 1 Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor |
| ☐ 0 Hayır, hiç de öyle değil |

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 0 Her zaman olduğu kadar | ☐ 2 Kesinlikle o kadar değil |
| ☐ 1 Şimdi pek o kadar değil | ☐ 3 Artık hiç değil |

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- | | |
|---|---|
| ☐ 3 Çoğu zaman | ☐ 1 Zaman zaman, çok sık değil |
| ☐ 2 Birçok zaman | ☐ 0 Yalnızca bazen |

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ 3 Hiçbir zaman | ☐ 1 Bazen |
| ☐ 2 Sık değil | ☐ 0 Çoğu zaman |

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ 0 Kesinlikle | ☐ 2 Sık değil |
| ☐ 1 Genellikle | ☐ 3 Hiçbir zaman |

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- | | |
|--|---|
| ☐ 3 Hemen hemen her zaman | ☐ 1 Bazen |
| ☐ 2 Çok sık | ☐ 0 Hiçbir zaman |

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 0 Hiçbir zaman | ☐ 2 Oldukça sık |
| ☐ 1 Bazen | ☐ 3 Çok sık |

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- | |
|--|
| ☐ 3 Kesinlikle |
| ☐ 2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum |
| ☐ 1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim |
| ☐ 0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum |

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 3 Gerçekten de çok fazla | ☐ 1 Çok fazla değil |
| ☐ 2 Oldukça fazla | ☐ 0 Hiç değil |

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- | |
|---|
| ☐ 0 Her zaman olduğu kadar |
| ☐ 1 Her zamankinden biraz daha az |
| ☐ 2 Her zamankinden kesinlikle daha az |
| ☐ 3 Hemen hemen hiç |

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- | | |
|---|--|
| ☐ 3 Gerçekten de çok sık | ☐ 1 Çok sık değil |
| ☐ 2 Oldukça sık | ☐ 0 Hiçbir zaman |

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ 0 Sıklıkla | ☐ 2 Pek sık değil |
| ☐ 1 Bazen | ☐ 3 Çok seyrek |

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırda ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

EK 12. 6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (CBCL)

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla ise (2), bazen ya da biraz doğru ise (1), hiç doğru değilse (0) sayılarını yuvarlak içine alarak tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru değil	1: Bazen ya da biraz doğru	2: Çok ya da sıklıkla doğru	
0 1 2	1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır	0 1 2	33. Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır
0 1 2	2. Alerjisi vardır (Yeme, koklama ile, tozlu bir yerde bulunmakla kaşıntı, döküntü, göz yaşarması v.s olması : _____)	0 1 2	34. Başkalarının ona zarar vereceğini, kötülük yapacağını düşünür
0 1 2	3. Çok tartışır	0 1 2	35. Kendini değersiz hisseder
0 1 2	4. Astımı (nefes darlığı) vardır	0 1 2	36. Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz
0 1 2	5. Karşı cinsten biri gibi davranır	0 1 2	37. Çok kavga, dövüş eder
0 1 2	6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar	0 1 2	38. Onunla çok alay edilir (Arkadaşları onunla çok alay eder)
0 1 2	7. Övünür, yüksekte atar, hava yapar	0 1 2	39. Baş belada olan kişilerle dolaşır
0 1 2	8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz	0 1 2	40. Olmayan sesler işitir (açıklayınız) : _____
0 1 2	9. Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız) _____	0 1 2	41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder (aklına eseni yapar)
0 1 2	10. Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir	0 1 2	42. Başkalarıyla beraber olmaksızın yalnız kalmayı tercih eder
0 1 2	11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağımlıdır.	0 1 2	43. Yalan söyler ve hile yapar
0 1 2	12. Yalnızlıktan yakınır	0 1 2	44. Tırnaklarını yer
0 1 2	13. Kafası karışıktır, şaşkın görünür	0 1 2	45. Sinirli ve gergindir
0 1 2	14. Çok ağlar	0 1 2	46. Kas seğirmeleri, tikleri vardır: _____
0 1 2	15. Hayvanlara eziyet eder	0 1 2	47. Gece kabusları korkulu rüyaları vardır
0 1 2	16. Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır	0 1 2	48. Diğer çocuklar tarafından sevilmez
0 1 2	17. Hayale dalıp gider, kendini unuttur	0 1 2	49. Kabızlık çeker
0 1 2	18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişimde bulunur	0 1 2	50. Çok korkar ve kaygılıdır
0 1 2	19. Hep dikkat çekmek ister	0 1 2	51. Baş dönmesi vardır
0 1 2	20. Eşyalarına zarar verir	0 1 2	52. Kendini çok suçlu hisseder
0 1 2	21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir	0 1 2	53. Aşırı yemek yer
0 1 2	22. Evde söz dinlemez	0 1 2	54. Aşırı yorgundur
0 1 2	23. Okulda söz dinlemez	0 1 2	55. Çok kiloludur
0 1 2	24. İştahsızdır, az yemek yer	0 1 2	56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır
0 1 2	25. Diğer çocuklarla geçinemez	0 1 2	a) Ağrılar, sızılar
0 1 2	26. Yanlış davranışlarından dolayı suçlanmış gibi görünmez	0 1 2	b) Baş ağrıları
0 1 2	27. Genellikle kıskançtır	0 1 2	c) Bulantı, kusma hissi
0 1 2	28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer, ya da içer (kum-kil, kalem, silgi gibi)(açıklayınız) : _____	0 1 2	d) Gözle ilgili şikayetleri (açıklayınız); _____
0 1 2	29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız) : _____	0 1 2	e)Döküntüler ve başka cilt sorunları
0 1 2	30. Okula gitmekten korkar	0 1 2	f) Mide-Karın ağrısı ve kramplar
0 1 2	31. Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar	0 1 2	g) Kusma
0 1 2	32. Mükemmel olması gerektiğine inanır.	0 1 2	h) Diğer (açıklayınız) : _____

0: Doğru değil	1: Bazen ya da biraz doğru	2: Çok ya da sıklıkla doğru
0 1 2	57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur	0 1 2 85. Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (açıklayınız):
0 1 2	58. Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız) : _____	0 1 2 86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.
0 1 2	59. Herkesin ortasında cinsel organlarıyla oynar	0 1 2 87. Duygu durumunda ani değişiklikler olur
0 1 2	60. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar	0 1 2 88. Çok sık küser
0 1 2	61. Okul başarısı düşüktür	0 1 2 89. Şüphesizdir
0 1 2	62. Dengesiz ve sakardır	0 1 2 90. Küfürlü ve açık saçık konuşur
0 1 2	63. Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder	0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder
0 1 2	64. Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder	0 1 2 92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız): _____
0 1 2	65. Konuşmayı reddeder	0 1 2 93. Çok fazla konuşur
0 1 2	66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız): _____	0 1 2 94. Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder
0 1 2	67. Evden kaçır	0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir
0 1 2	68. Çok bağırır, çağırır	0 1 2 96. Cinsel konuları fazla düşünür
0 1 2	69. Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar	0 1 2 97. İnsanları tehdit eder
0 1 2	70. Olmayan şeyler görür (açıklayınız): _____	0 1 2 98. Parmak emer
0 1 2	71. Sıkılgan ve utangaçtır	0 1 2 99. Temizliğe ve titizliğe fazla düşkündür
0 1 2	72. Yangın çıkartır	0 1 2 100. Uykusu sorunu vardır: _____
0 1 2	73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız): _____	0 1 2 101. Okuldan kaçır, dersi asar
0 1 2	74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar	0 1 2 102. Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir
0 1 2	75. Çekingen ve ürkektir	0 1 2 103. Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir
0 1 2	76. Çocukların çoğundan daha az uyur	0 1 2 104. Çok gürlütücüdür
0 1 2	77. Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur (açıklayınız): _____	0 1 2 105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır (açıklayınız) : _____
0 1 2	78. Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır	0 1 2 106. Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır.
0 1 2	79. Konuşma güçlüğü vardır	0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır
0 1 2	80. Boş gözlerle uzun uzun bakar	0 1 2 108. Yatağını ıslatır
0 1 2	81. Evden çalmaları vardır	0 1 2 109. Sızlanır, mızırdanır
0 1 2	82. Evin dışında çalmaları vardır	0 1 2 110. Karşı cinsten olmak ister
0 1 2	83. İhtiyacı olmayan nesneleri toplar biriktirir (tanımlayınız) : _____	0 1 2 111. İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez
0 1 2	84. Acayip tuhaf davranışları vardır (açıklayınız) : _____	0 1 2 112. Evhamlıdır, her şeyi dert edinir
		0 1 2 113. Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız: _____

EK 13. OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARI İÇİN DUYGULANIM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ GÖRÜŞME ÇİZELGESİ-ŞİMDİ VE YAŞAM BOYU ŞEKLİ-DSM-5

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 1

DEPRESİF BOZUKLUK				
1	Çökkün duygudurum	0	1	2 3
2	Huzursuzluk ve öfke	0	1	2 3
3	Keyif alamama			
a	Tekrarlayan ölüm düş.	0	1	2 3
b	İntihar düş.	0	1	2 3
c	İntihar girişimi-ciddiyeti	0	1	2 3
d	İntihar eylemi-ölüm riski	0	1	2 3
e	İntihar olmayan kendine zarar verme	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-1 DEPRESİF BZK doldur.				
MANİ				
1	Kabarmış-taşkın duygudurum	0	1	2 3
2	Uyku gereksiniminin azalması	0	1	2 3
3	Amaca yönelik etkinliklerde artış	0	1	2 3
4	Fikir uçuşması	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-1 MANİ doldur.				
PSİKOZ				
1	Varsanılar	0	1	2 3
2	Sannılar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-2 PSİKOTİK BZK doldur.				
PANİK BZK				
1	Panik ataklar	0	1	2 3
Soruda 3 aldysa EK-3 PANİK BZK doldur.				
AYRILIK ANKSİYETESİ BZK				
1	Felaket korkusu	0	1	2 3
2	Bağlanılan kişiye zarar korkusu	0	1	2 3
3	Okul reddi	0	1	2 3
4	Yalnız uyumaktan korkma	0	1	2 3
5	Evde yalnız kalmaktan korkma	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 AYRILIK ANKSİYETESİ BZK doldur.				
KAÇINMA BZK/ SOSYAL FOBİ				
1	İlişkinin kısıtlanması	0	1	2 3
2	Toplumsal durumlardan korkma	0	1	2 3
3	Tanındık kişilerle toplumsal ilişki	0	1	2 3
4	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
5	İşlevsellikte azalma			
a	Sosyal ilişkilerde	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
d	Ciddi anksiyete/tuturma	0	1	2
e	Kaçınma	0	1	2
6	Tetikleyici varlığı	0	1	2
7	Çocukluk Dönemi Kaçınma Bzk (DSM_3R)	0	1	2
8	Sosyal fobi(DSM_4)	0	1	2
AGORAFOBİ ve ÖZGÜL FOBİLER				
1	Sıkıntı	0	1	2 3
2	Kaçınma	0	1	2 3
En yoğun fobi:.....				
Diğer fobiler:.....				
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 AGORAFOBİ doldur.				

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
1	Geleceğe ilişkin gerçek dışı endişe	0	1	2 3
2	Somatik yakınmalar	0	1	2 3
3	Aşırı duyarlılık	0	1	2 3
4	Belirgin gerginlik/rahatlayamama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 YAB doldur.				
OBSESİF KOMPULSİF BZK				
1	Kompulsiyonlar	0	1	2 3
2	Obsesyonlar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 OKB doldur.				
ENÜREZİS				
1	Tekrarlayan işeme			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam - toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevsellik:.....				
Süre :				
ENKOPREZİS				
1	Tekrarlayan kaka kaçırma			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam - toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevsellik:.....				
Süre :				
ANOREKSİYA NERVOSA				
1	Aşırı şişman olma korkusu	0	1	2 3
2	Aşırı zayıflama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-5 ANOREKSİYA NERVOSA doldur.				
BULİMİYA NERVOSA				
1	Kilo verme yöntemleri			
a	Diyet ilaçları	0	1	2 3
b	Laksatif	0	1	2 3
c	İdrar söktürücü	0	1	2 3
d	Kusmak	0	1	2 3
e	Aşırı egzersiz	0	1	2 3
f	> 1 hafta kalorisiz sıvı	0	1	2 3
g	Kombine yöntemler	0	1	2 3
2	Tıkanırçasına yeme/ yeme atakları	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-5 BULİMİYA NERVOSA doldur.				
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU				
1	Dikkatini sürdürmekte güçlük	0	1	2 3
2	İlgisinin kolayca dağılabilmesi	0	1	2 3
3	Yerinde oturmakta güçlük	0	1	2 3
4	Dürtüsellik	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-4 DEHB doldur.				

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 2

KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU					
1	Kendini kaybeder	0	1	2	3
2	Yetişkinlerle çok tartışır	0	1	2	3
3	Kurallara karşı gelir	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-4 KOKG doldur.

DAVRANIM BOZUKLUĞU					
1	Yalan söyleme	0	1	2	3
2	Okuldan kaçma	0	1	2	3
3	Fiziksel kavga başlatma	0	1	2	3
4	Tehdit etme, zorbalık	0	1	2	3
5	Saldırgan olmayan hastalık	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-4 DAVRANIM BZK. doldur.

TİK BOZUKLUĞU					
1	Motor tikler	0	1	2	3
2	Ses tikleri	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-5 TİK BZK. doldur.

SİGARA/TÜTÜN KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Hiç sigara?	0	1	2	
b	Hiç tütün?	0	1	2	
2	Sigara kullanım miktarı				
a	Şimdiki sigara miktarı /gün				
b	Maks. Sigara miktarı/gün ve kaç yaşında				
3	Düzenli kullanıma başladığı yaş				
4	Bırakma girişimi	0	1	2	
5	Hiç bırakmış mı?	0	1	2	
6	En uzun kaç ay bırakmış				

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Düzenli alkol kullanma yaşı				
b	En az 4 kez haftada 2 kadeh	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa aşağıdaki formu doldur.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Miktarı	0	1	2	
2	Sıklık	0	1	2	
3	İçmesi ile ilgili başkasının düş.	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa EK-5 ALKOL KK doldur.

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	İlaç kullanımı	0	1	2	
a	Kannabis	0	1	2	
b	Uyarıcılar	0	1	2	
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	
d	Kokain	0	1	2	
e	Opioidler	0	1	2	
f	PCP	0	1	2	
g	Halüsinojenler	0	1	2	
h	Uçucular	0	1	2	
i	Diğer	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa aşağıdaki formu doldur.

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioidler	0	1	2	3

f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Uçucular	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa EK-5 MADDE KK doldur.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
1	Travmatik olaylar				
a	Araba kazası	0	1	2	
b	Başka kazalar	0	1	2	
c	Yangın	0	1	2	
d	Doğal afetlere tanıklık	0	1	2	
e	Şiddet içeren olaya tanıklık	0	1	2	
f	Şiddet içeren olayın kurbanı	0	1	2	
g	Travmatik haber almak	0	1	2	
h	Ev içi şiddete tanık	0	1	2	
i	Fiziksel kötüye kullanım	0	1	2	
j	Cinsel kötüye kullanım	0	1	2	

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
Tarama Maddeleri					
1	Yineleyici düş/ görüntüler	0	1	2	
2	Kaçınma çabası	0	1	2	
3	Kabuslar	0	1	2	
4	Uykusuzluk	0	1	2	
5	Huzursuzluk/ öfke atakları	0	1	2	

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU_EK SORULAR					
1	Tekrarlayan oyun/ yeniden canlandırma	0	1	2	
2	Dissosiatif ataklar-yanılsama-varsanı				
a	Dissosiatif ataklar	0	1	2	
b	Yanılsamalar	0	1	2	
c	Varsanılar	0	1	2	
3	Olaya benzer uyarılarla sıkıntı	0	1	2	
4	Kaçınma çabası	0	1	2	
5	Hatırlayamama	0	1	2	
6	İlgide azalma	0	1	2	
7	Yabancılaşma duygusu	0	1	2	
8	Kısıtlı duygulanım	0	1	2	
9	Geleceğe olumsuz bakış	0	1	2	
10	Dikkati toplamada güçlük	0	1	2	
11	Hipervijilans	0	1	2	
12	Abartılmış irkilme	0	1	2	
13	Fizyolojik tepkiler	0	1	2	
14	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
15	Süre (hafta olarak)				
16	Travma sonrası stres bozukluğu				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
17	Akut stres bozukluğu	0	1	2	

ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANI

ŞİMDİKİ DURUM-SON 2 HAFTA

GEÇMİŞ- EN KÖTÜ İŞLEVSELLİK

GEÇMİŞ- EN İYİ İŞLEVSELLİK

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 3

EK-1 DUYGULANIM BOZUKLUKLARI EKİ				
DEPRESYON EKİ				
1	Çökkün duygudurumun değişmemesi	0	1	2 3
2	Disforik duygudurumun yastan farklılığı	0	1	2 3
3	Gün içinde duygudurum değişikliği	0	1	2 3
4	Uyku bzk			
a	Uykuya dalmakta güçlük	0	1	2 3
b	Uykuda bölünme	0	1	2 3
c	Erken uyanma	0	1	2 3
d	Uyku düzeninde bozulma	0	1	2 3
e	Dinlendirmeyen uyku	0	1	2 3
f	Fazla uyuma	0	1	2 3
5	Halsizlik- enerji azlığı	0	1	2 3
6	Bilişsel bozukluklar			
a	Konsantrasyon bozukluğu	0	1	2 3
b	Kararsızlık	0	1	2 3
7	İştah - kilo	0	1	2 3
a	İştahta azalma	0	1	2 3
b	Kilo kaybı	0	1	2 3
c	İştahta artış	0	1	2 3
d	Kilo alma	0	1	2 3
8	Psikomotor bzk.	0	1	2 3
a	Ajiteasyon	0	1	2 3
b	Psikomotor yavaşlama	0	1	2 3
9	Kendilik algısı	0	1	2 3
a	Değersiz hissetme	0	1	2 3
b	Aşırı suçluluk	0	1	2 3
10	Ümitsizlik, çaresizlik	0	1	2 3
11	Reddedilmeye duyarlılık	0	1	2 3
Diğer ölçütler				
1	Tetikleyici varlığı.....	0	1	2
2	Menstruasyon ile belirti ilişkisi	0	1	2
3	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
4	Major depresif bozukluk (DSM_3R/4)	0	1	2
5	Melankolik depresyon			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
6	Mevsimsel bir örüntü	0	1	2
7	Atipik depresyon	0	1	2
8	Psikotik özellikte Major Depresif Bzk.	0	1	2
9	Şizoaffektif Bzk.- depresyon tipi	0	1	2
10	Distimi	0	1	2
11	Distimi- primer tip	0	1	2
12	Distimi- sekonder tip	0	1	2
13	Depresif bzk-NOS	0	1	2
14	Çökkün duygudurumlu uyum Bzk.	0	1	2
MANİ EKİ				
1	Kendini büyük görme	0	1	2 3
2	Basıncı konuşma	0	1	2 3

3	Yargılama zayıflığı	0	1	2 3
4	Dikkat dağınıklığı	0	1	2 3
5	Fiziksel huzursuzluk	0	1	2 3
6	Madde / alkol etkisi	0	1	2 3
7	Taşkın duygudurum süresi.....	0	1	2 3
8	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
d	Hastanede yatma	0	1	2
e	Diğer	0	1	2
9	Mani			
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2
10	Alt tipler			
a	Bipolar bzk. Manik	0	1	2
b	Bipolar bzk. Depresif	0	1	2
c	Bipolar bzk. Karışık	0	1	2
d	Hızlı döngülü	0	1	2
11	Hipomani			
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2
12	Siklotimi	0	1	2
13	Bipolar Bzk.-BTA	0	1	2
14	Şizoaffektif Bzk.-manik tip	0	1	2
EK-2 PSİKOTİK BOZUKLUKLAR EKİ				
PSİKOZ EKİ				
I-VARSANILAR				
1	İşitsel varsanılar			
a	Sözel olmayan sesler	0	1	2 3
b	Komut veren sesler	0	1	2 3
c	Yorum yapan sesler	0	1	2 3
d	Birbiriyle konuşan sesler	0	1	2 3
e	Sesli düşünceler	0	1	2 3
f	Diğer sözel varsanılar	0	1	2 3
2	Seslerin yeri			
a	Yalnızca kafanın içinden	0	1	2 3
b	Yalnızca dışarıdan	0	1	2 3
c	Her ikisi birlikte	0	1	2 3
3	Görsel varsanılar	0	1	2 3
4	Dokunma varsanıları	0	1	2 3
5	Koku varsanıları	0	1	2 3
6	Yanılsamalar	0	1	2 3
7	Kültürel olarak kabul gören	0	1	2
8	Varsanıların süresi	0	1	2
9	Duygulanım bzk. ile birliktelik	0	1	2

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 4

10	Travma ile birliktelik	0	1	2
11	Madde kullanımı ile birliktelik	0	1	2
12	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
13	Süre >1 hafta	0	1	2
II- SANRILAR				
1	Büyüklik sanrıları	0	1	2
2	Suçluluk/ günah	0	1	2
3	Kontrol edilme sanrıları	0	1	2
4	Bedensel sanrılar	0	1	2
5	Nihilizm	0	1	2
6	Düşünce yayınlanması	0	1	2
7	Düşünce sokulması	0	1	2
8	Düşünce çalınması	0	1	2
9	TV/ radyodan mesaj alma	0	1	2
10	Zarar görme sanrıları	0	1	2
11	Düşünce okunması	0	1	2
12	Referans sanrıları	0	1	2
13	Diğer tuhaf sanrılar	0	1	2
14	Alt kültüre özgü sanrılar	0	1	2
15	Birden fazla sanrılar	0	1	2
16	Sanrılar duygudurum bzk den 2 hafta sonra	0	1	2
17	Sanrılar madde kullanımından sonra	0	1	2
18	Sanrılar duygudurumu ile ilişkili	0	1	2
19	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
20	Süre >1 hafta	0	1	2
III-DİĞER PSİKOTİK BELİRTİLER				
1				
a	Künt duygulanım	0	1	2
b	Uyumsuz duygulanım	0	1	2
2				
a	Enkoherans	0	1	2
b	Çağrışımların çözülmesi	0	1	2
3	Katatonik davranış	0	1	2
İŞLEVSELLİK (HASTALIĞIN AKTİF EVRESİNDE)				
a	Okulda	0	1	2
b	Akran ilişkilerinde	0	1	2
c	Aile ilişkilerinde	0	1	2
d	Öz bakımında	0	1	2
EK-3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EKİ				
PANİK BOZUKLUĞU EKİ				
1	Nefes darlığı (dispne)	0	1	2
2	Baş dönmesi	0	1	2
3	Çarpıntı	0	1	2
4	Titreme/sarsılma	0	1	2
5	Terleme	0	1	2
6	Boğuluyor gibi olma	0	1	2
7	Bulantı	0	1	2
8	Depersonalizasyon	0	1	2
9	Uyuşma/ karıncalanma	0	1	2

10	Ateş basması	0	1	2	3
11	Göğüs ağrısı	0	1	2	3
12	Ölüm korkusu	0	1	2	3
13	Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
14	Eşlik eden belirli uyaran	0	1	2	
15	Beklenmeyen atak	0	1	2	
16	En az belirti ölçütleri	0	1	2	
17	Atakların sıklığı	0	1	2	
18	Başka atak geçirme korkusu	0	1	2	
19	Atakların başlangıcı	0	1	2	
20	Agorafobi	0	1	2	
21	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Aile	0	1	2	
c	Okul	0	1	2	
22	Agorafobisiz panik bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
23	Sınırlı belirtilerle giden ataklar	0	1	2	
AYRILIK ANKSİYETESİ EKİ					
1	Kabuslar	0	1	2	3
2	Ayrılık gününde fiziksel belirtiler	0	1	2	3
3	Ayrılık beklentisi ile sıkıntı	0	1	2	3
4	Ayrılık durumunda aşırı sıkıntı	0	1	2	3
5	Süre (en az 2 hafta).....	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
7	Tetikleyici etkenler.....	0	1	2	
8	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
FOBİK BOZUKLUKLAR EKİ					
1	Fobik durumlar				
a	Yükseklik	0	1	2	3
b	Karanlık	0	1	2	3
c	Kan	0	1	2	3
d	Köpekler	0	1	2	3
e	Diğer hayvanlar	0	1	2	3
f	Böcekler	0	1	2	3
g	Evin dışında yalnız kalma	0	1	2	3
h	Kalabalık	0	1	2	3
i	Açık alan	0	1	2	3
j	Yolculuk	0	1	2	3
k	Asansör	0	1	2	3
l	Diğer kapalı alanlar	0	1	2	3
m	Köprü ve tünel	0	1	2	3
n	Diğer	0	1	2	3
2	Korkunun aşırılığını fark etme	0	1	2	

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 5

3	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
4	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
5	Tetikleyici faktörlerin varlığı	0	1	2
6	Fobi			
a	Basit fobi: DSM_3-R	0	1	2
b	Özgül Fobi: DSM_4	0	1	2
7	Alt tipleri			
a	Hayvan tipi	0	1	2
b	Doğal çevre tipi	0	1	2
c	Kan, enjeksiyon,yara tipi	0	1	2
d	Durumsal tip	0	1	2
e	Diğer tip	0	1	2
8	Agorafobi	0	1	2
9	Agorafobili panik bozukluğu	0	1	2
AŞIRI / YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU EKİ				
1	Geçmiş davranış ile aşırı uğraş	0	1	2
2	Yeterlilik üzerine aşırı yoğunlaşma	0	1	2
3	Rahatlatılma ihtiyacı	0	1	2
4	Endişelerini kontrol yeteneği	0	1	2
5	YAB'nin diğer belirtileri			
a	Kas gerginliği,ağrı ya da acı duyma	0	1	2
b	Huzursuzluk	0	1	2
c	Kolay yorulma	0	1	2
d	Huzursuzluk , gerilme ya da sınırdaki hissetme	0	1	2
e	Dikkat toplamada güçlük	0	1	2
f	Uykuya dalma /sürdürmede zorluk	0	1	2
g	Tedirginlik	0	1	2
6	Süre >6 ay	0	1	2
7	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
8	Tetikleyici varlığı	0	1	2
9	Aşırı anksiyete bozukluğu (DSM_3R)	0	1	2
10	YAB (DSM_4)	0	1	2
OKB EKİ				
KOMPULSİYONLAR				
1	Kompulsiyonların tipleri			
a	Dokunma	0	1	2
b	Sayma	0	1	2
c	Temizleme/ yıkama	0	1	2
d	Kontrol etme	0	1	2
e	Biriktirme	0	1	2
f	Sıralama / düzenleme	0	1	2
h	Yineleme /yeniden yapma	0	1	2
g	Planlama	0	1	2

i	Diğer	0	1	2	3
2	Kompulsiyonların amacı	0	1	2	
3	Kompulsiyonların algılanması	0	1	2	
4	Zaman harcama	0	1	2	
5	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
OBSESYONLAR					
1	Obsesyonların içeriği				
a	Bulaşma, somatik	0	1	2	3
b	Saldırgan düşünceler	0	1	2	3
c	Nihilistik düşünceler	0	1	2	3
d	Simetri gereksinimi	0	1	2	3
e	Anlamsız sözcükler	0	1	2	3
f	Cinsel obsesyonlar	0	1	2	3
g	Biriktirme/ saklama	0	1	2	3
h	Dinsel	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
2	Girici/anlamsız düşünceler	0	1	2	
3	Baskılama	0	1	2	
4	Düşüncelerin kaynağı	0	1	2	
5	Zaman harcama	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
7	OKB-DSM_3R				
a	Obsesyonların varlığı	0	1	2	
b	Kompulsiyonların varlığı	0	1	2	
8	OKB-DSM_4	0	1	2	
EK-4 DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI EKİ					
DEHB EKİ					
1	Çok sayıda hata	0	1	2	3
2	Söylenenleri dinlemez	0	1	2	3
3	Yönergeleri izleyemez	0	1	2	3
4	İşlerini düzenlemekte zorlanır	0	1	2	3
5	Dikkat gerektiren işlerden kaçır	0	1	2	3
6	Eşyalarını kaybeder	0	1	2	3
7	Günlük etkinliklerde unutkan	0	1	2	3
8	Yerinde duramaz	0	1	2	3
9	Çok fazla koşar	0	1	2	3
10	Sürekli hareket halindedir	0	1	2	3
11	Sessizce oynamakta zorlanır	0	1	2	3
12	Soruları söz almadan yanıtlar	0	1	2	3
13	Sıra beklemekte zorlanır	0	1	2	3
14	Söz keser	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 6

15	Bir etkinlikten diğerine geçer	0	1	2	3
16	Fazla konuşur	0	1	2	3
17	Tehlikeli işlere girer	0	1	2	3
18	Süre > 6 ay	0	1	2	
19	Başlangıç yaşı.....	0	1	2	
20	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
21	DEHB (DSM_3R)	0	1	2	
22	DEHB (DSM_4)	0	1	2	
23	Dikkatsizlik baskın olduğu tip	0	1	2	
24	Aşırı hareketlik baskın olduğu tip	0	1	2	
25	Bileşik tip	0	1	2	
26	DEHB-NOS	0	1	2	
KOKGB EKİ					
1	Kolay sinirlenir	0	1	2	3
2	Öfkeli küskün	0	1	2	3
3	Kinci	0	1	2	3
4	Küfür eder	0	1	2	3
5	Başkasını bilerek kızdırır	0	1	2	3
6	Hataları için başkasını suçlar	0	1	2	3
7	Süre > 6 ay	0	1	2	
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
9	Tetikleyici uyaran.....	0	1	2	
10	KOKG BZK				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
DAVRANIM BOZUKLUĞU EKİ					
1	Vandalizm	0	1	2	3
2	Bir yere zorla girmek	0	1	2	3
3	Saldırganlık olan hırsızlık	0	1	2	3
4	Yangın çıkarma	0	1	2	3
5	Geceyi dışarıda geçirme	0	1	2	3
6	Evden kaçma	0	1	2	3
7	Silah kullanma	0	1	2	3
8	Fiziksel eziyet etme	0	1	2	3
9	Cinsel etkinliğe zorlama	0	1	2	3
10	Hayvanlara eziyet etme	0	1	2	3
11	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
12	Süre > 6 ay	0	1	2	
13	Grup tipi	0	1	2	

14	Tek başına saldırgan tip	0	1	2	
15	Ayrışmamış tip	0	1	2	
16	Çocukluk başlangıçlı tip	0	1	2	
17	Ergenlik başlangıçlı tip	0	1	2	
18	Davranım bzk.				
	• DSM_3R	0	1	2	
	• DSM_4	0	1	2	
	• Çocukluk başlangıçlı	0	1	2	
	• Ergenlik başlangıçlı	0	1	2	
	• Hafif	0	1	2	
	• Orta	0	1	2	
	• Ağır	0	1	2	
EK-5 MADDE KÖTÜYE KULLANIM VE DİĞER BZK LER EKİ					
ALKOL KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık	0	1	2	3
2	Miktar	0	1	2	3
3	Planladığından çok içme	0	1	2	3
4	Fiziksel olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
5	Tehlikeli davranışlar	0	1	2	3
6	Psikolojik olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
7	Mesleki olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
8	Sosyal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
9	Yasal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
10	Sorumluluk zamanında sarhoş olma	0	1	2	3
11	Etkinliklerin bırakılması	0	1	2	3
12	Zaman harcama	0	1	2	3
13	Tolerans	0	1	2	3
14	Bırakma girişimi	0	1	2	3
15	Çekilme belirtileri	0	1	2	
16	Çekilme için alkol kullanımı	0	1	2	
17	Süre > 1 ay	0	1	2	
18	Alkol kötüye kullanımı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
19	Alkol bağımlılığı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
MADDE KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 7

2	Planlanandan fazla kullanım				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
3	Fiziksel olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
4	Tehlikeli davranışlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
5	Psikolojik olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
6	Mesleki olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3

d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
7	Sosyal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
8	Yasal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
9	Sorumluluk zamanında sarhoş olma				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
10	Etkinliklerin bırakılması				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3

h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
11	Zaman harcama				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
12	Tolerans				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
13	Bırakma girişimi				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
TİK BOZUKLUKLARI EKİ					
1	Göz kırpma	0	1	2	
2	Diğer yüz tikleri	0	1	2	
3	Kafa hareketleri	0	1	2	
4	Omuz hareketleri	0	1	2	
5	Kol hareketleri	0	1	2	
6	Karın seyirmeleri	0	1	2	
7	Bacak hareketleri	0	1	2	
8	Diğer	0	1	2	
KARMAŞIK MOTOR TİKLER					
1	Dokunma / Vurma hareketleri	0	1	2	
2	Zıplama / dönme hareketleri	0	1	2	

3	Ekokinezis	0	1	2
4	Kendine zarar verme	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
BASİT SES TİKLERİ				
1	Burun çekme / Öksürme	0	1	2
2	Horlama / Hırlama	0	1	2
3	Diğer	0	1	2
KARMAŞIK SES TİKLERİ				
1	Kendi sözlerini yineleme	0	1	2
2	Başkasının sözlerini tekrarlama	0	1	2
3	Kaprolali	0	1	2
4	Hakaret / Irk ayrımı	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
6	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
7	Tourette Send.Ölçütleri			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
8	Kronik Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
9	Geçici Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2

EK 14. BENZERLİK RAPORU

ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE İNTİHAR RİSKİNİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK DÜZEYLERİ, DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ, SOSYAL DUYGUSAL DAVRANIŞSAL SORUNLAR VE EBEVEYN TUTUMLARI İLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 11	% 9	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Keleş, Merve. "İntihar Düşüncesi İle İntihar Girişimini Ayırt Edici Etmenler Olarak Psikolojik Belirleyici öğEler", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2023 Yayın	<% 1

cankayaram.meb.k12.tr