T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ ERGENLERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: BATMAN İLİ ÖRNEĞİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. ZEHRA İPEK

İSTANBUL, 2022

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNMUŞ ERGENLERİN PSİKOSOSYAL DURUMLARININ ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ: BATMAN İLİ ÖRNEĞİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSK. ZEHRA İPEK

İSTANBUL, 2022

ÖZET

Ergen bireylerde intihar davranışına etki eden psikososyal faktörler ve risk etmenlerinin belirlenmesi amacıyla Batman ilinde 2019-2021 yılları arasında intihar girişiminde bulunan ve benzer demografik özelliklere sahip intihar girişiminde bulunmamış 15-25 yaş arası toplam 104 katılımcı ile bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu uygulanarak veriler istatistiki analize tabi tutulmuştur. Araştırma bulguları alt sosyoekonomik seviyenin, madde kullanım öyküsünün, bireyde veya ailesinde ruhsal bozukluk veya intihar öyküsünün, ilişkisel süreğen problemlerin intihar riskini arttırdığını saptamıştır. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu puan ortalamalarında intihar girişimli grubun intihar girişimi olmayan katılımcılardan yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği fiziksel ihmal ve cinsel istismar dışındaki boyutlarda Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri arasında; Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu ve Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda gerçekleştirilen regresyon analizinde çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ve aşırı koruma-kontrol boyutunun DASS 21 toplam puanı ve yine aşırı koruma- kontrol boyutunun KZVDDE genel toplam, Otonom İşlevler ve Sosyal İşlevler puanını yordadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntihar Davranışı, Ergen, Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Depresyon, Anksiyete

ABSTRACT

Evaluation of Psychosocial Status of Adolescents Who Have Attempted Suicide in terms of Childhood Traumas, Self-Injury Behavior, Anxiety and Depression Levels: The Case of Batman Province

This study was carried out with a total of 104 participants aged 15-25 who attempted suicide between 2019-2021 in Batman province and did not attempt suicide in order to determine the psychosocial factors and risk factors affecting suicidal behavior in adolescents. Data were analyzed statistically by applying Demographic Information Form, Inventory of Statements About Self-injury, Childhood Trauma Scale and Depression Anxiety Stress Scale - Short Form to the participants. Research findings revealed that lower socioeconomic level, history of substance use, mental disorder or suicide history in the individual or family, and relational chronic problems increase the risk of suicide. It was determined that the mean scores of the suicide attempted group on the Inventory of Statements About Self-injury, Childhood Trauma Scale, and Depression Anxiety Stress Scale - Short Form were higher than those of the participants who did not attempt suicide. A significant positive correlation was found between the Depression Anxiety Stress Scale - Short Form and the Inventory of Statements About Self-injury in the Childhood Trauma Inventory, except for physical neglect and sexual abuse. And a significant positive correlation was found between the Depression Anxiety Stress Scale - Short Form and the Inventory of Statements About Self-injury. In the regression analysis performed at the same time, emotional abuse and overprotection-control dimensions of childhood traumas were found to predict Depression Anxiety Stress Scale - Short Form total score. And it was found that the overprotection-control dimension predicted the Inventory of Statements About Self-injury grand total, Autonomous Functions and Social Functions scores.

Key Words: Suicidal Behavior, Adolescent, Childhood Trauma, Self-Injury Behavior, Depression, Anxiety

ÖNSÖZ

Beni inşa eden ve varlığıyla huzur bulduğum kadim ana Hasankeyf'e

Uzun ve yoğun bir çalışmanın ardından tamamlamış bulunduğum tez çalışmamın iftiharıyla bu çalışmayı gerçekleştirme sürecinde desteklerini sunan insanlara teşekkürü borç bilerek öncelikle tez danışmanım Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU ve ardından lisansüstü eğitim hayatım boyunca değerli bilgilerinden istifade ettiğim, olaylara yeni ve bütüncül bir bakış açısıyla bakmamı sağlayan ve mesleki kimliğimi güçlendiren değerli İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp Adli Bilimler Anabilim Dalı'nda bulunan bütün hocalarıma sonsuz şükranlarımı sunarım.

Eğitim hayatımın her alanında desteklerini her daim hissettiren, bana güç ve umut kaynağı olan annem Fatime ve babam Osman İPEK'e;

Araştırmam boyunca çalışmaya büyük katkılar sunan sevgili kardeşlerim Ece Mina, Esra, M. Tûba, Ada Nur ve Ali Sami İPEK'e;

Süreç boyunca benzer heyecan ve kaygılarda ortaklaştığım sevgili arkadaşlarım Tuğba EMEN, Esra GÜRBULAK, Sinan APA ve Halil Can GÜRBÜZ'e;

Yine tez çalışmamda desteklerini gördüğüm Meryem KOYUNCU, Aylin ÜZÜM İNSEL, Meltem YEŞİLMEN ve destek sağlayan diğer çalışma arkadaşlarıma;

Akademik duruşu ve yol göstericiliğiyle desteklerini gördüğüm Doç. Dr. Emrullah TÜRK'e;

Batman ilinde güncel intihar alanına dair öncül çalışmalar yürütmeme vesile olan Syn. Haluk KOÇ, Ümit ÇİÇEK ve Fikret Onur ELMA'ya ve Adli Tıp ve Adli Bilimler alanına yönelmeme vesile olan kıymetli arkadaşlarım Yakup IŞIK ve Fatma Betül DEMİR'e;

Vakitlerini ayırarak araştırmaya katılan değerli katılımcılara teşekkür ederim.

Zehra İPEK

İÇİNDEKİLER

ÖZET i

ÖNSÖZ iii

İÇİNDEKİLER iv

TABLOLAR LİSTESİ vii

KISALTMALAR ix

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 8

2.1 Tanımlar 8

2.2 Araştırmaya Dair Diğer Temel Tanımlamalar ve Genel Bilgiler 9

2.2.1 Kendine zarar verme davranışı 9

2.2.2 Çocukluk çağı travmaları 11

2.2.3 Anksiyete ve depresyon 17

2.3 İntihara Kuramsal Yaklaşım 17

2.3.1 İntihar davranışının tarihçesi ve adli bilimsel açıdan ele alınması 17

2.3.2 Psikolojik yaklaşım 20

2.3.3 Sosyolojik Yaklaşım 25

2.3.4 Nörobiyolojik Yaklaşım 28

2.4 Risk Faktörleri Açısından İntihar Davranışı 29

2.4.1 Demografik faktörler 31

2.4.2 Çevresel faktörler 41

2.4.3 Aile temelli faktörler 47

2.5. İntiharın Yapısal Özellikleri 50

2.5.1. İntihar eyleminin anlamı ve tetikleyici faktörler 50

2.5.2. İntihar davranışının niteliği 51

3. GEREÇ VE YÖNTEM 56

3.1. Örneklem Seçimi ... 56
3.2. Araştırma Deseni ... 57
3.3. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları ... 58
3.3.1. Demografik Bilgi Formu ... 59
3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) ... 59
3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) ... 60
3.3.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (DASS 21) ... 61
3.4. Verilerin Analizi ... 61
3.5. Sınırlılıklar ... 62
4. BULGULAR ... 64
4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular ... 64
4.2. İntihar Davranışına İlişkin Bulgular ... 71
4.3. Araştırmada Kullanılan Envanter ve Ölçekler Bağlamında İstatistiksel Bulgular ... 81
5. TARTIŞMA ... 103
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ... 129
7. KAYNAKLAR ... 133
8. EKLER ... 161
Ek-1: Etik Kurul Onayı ... 161
Ek-2: Tez Çalışmasına Başlama İzni ... 162
Ek-3: Cumhuriyet Başsavcılığı Onayı ... 163
Ek-4: Demografik Bilgi Formu ... 164
Ek-5: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri ... 169
Ek-6: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ... 173
Ek-7: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu ... 175
Ek-7: Bilgilendirilmiş Çocuk Gönüllü Onam Formu ... 176
Ek-7: Bilgilendirilmiş Vasi/Veli Gönüllü Onam Formu ... 177

Ek-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 178

9. ÖZGEÇMİŞ 179

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo I: Shapiro Wilk Normallik Testi 64
Tablo II: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Dair Analiz Bulguları 65
Tablo III: Katılımcıların Yaş ve Evlilik Bilgilerine Dair Analiz Sonuçları 66
Tablo IV: Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Öyküsüne Dair Analiz Bulguları 67
Tablo V: Katılımcılarda Ruhsal Bozukluk Verilerine Dair Analizi Bulguları 68
Tablo VI: Katılımcılarda ve Ailelerinde Ruhsal Bozukluk Verilerine Dair Analiz Bulguları 69
Tablo VII: Katılımcıların Suç Öyküsüne Dair Analiz Bulguları 70
Tablo VIII: İntihar Girişim Yöntemi Verilerine Dair Analiz Bulguları 71
Tablo IX: İntihar Yöntemi Uygulama Verilerine Dair Analiz Bulguları 72
Tablo X: İntihar Davranışının Ciddiyet ve Riskine İlişkin Analiz Bulguları 73
Tablo XI: İntihar Girişiminde Tetikleyici Özellikler Bağlamında Analiz Bulguları 74
Tablo XII: Katılımcıların Sosyal Destek Ağına İlişkin Analiz Bulguları 75
Tablo XIII: İntihar Davranışındaki Motivasyon Verilerine Dair Analiz Bulguları 76
Tablo XIV: İntihar Davranışına Şahitlik Etme Yollarına Dair Analiz Bulguları 77
Tablo XV: İntihar Davranışı Sonrası Yaşantıya Dair Analiz Bulguları 78
Tablo XVI: İntihar Düşüncesinin Devamlığı ve Ruhsal Destek Alma Durumlarına Dair Analiz Bulguları 79
Tablo XVII: İntihar Girişim Öyküsüne Dair Analiz Bulguları 80
Tablo XVIII: İntihar Girişim Öyküsünün Araştırma Değişkenleri Bağlamında Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz 81
Tablo XIX: "KZVDDE Bölüm I: Davranışlar" Davranış Türlerine Dair Frekans Analiz Bulguları 82
Tablo XX: "KZVDDE Bölüm I: Davranışlar"a İlişkin Dair Analiz Bulguları 83
Tablo XXI: "KZVDDE Bölüm II: İşlevler Otonom İşlevler"e İlişkin Analiz Bulguları 85
Tablo XXII: KZVDDE Bölüm II: İşlevler Sosyal İşlevler"e İlişkin Analiz Bulguları 85
Tablo XXIII:CTQ-33'e İlişkin Analiz Bulguları 86
Tablo XXIV: DASS 21'e İlişkin Analiz Bulguları 87
Tablo XXV: CTQ-33 ile DASS 21 Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları 88
Tablo XXVI: DASS 21'e İlişkin Çoklu Regresyon Analizi 90

Tablo XXVII: CTQ-33 ile KZVDDE- Otonom İşlevler Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları 92
Tablo XXVIII: KZVDDE- Otonom İşlevler'e İlişkin Çoklu Regresyon Analizi 94
Tablo XXIX:CTQ-33 ile KZVDDE-Sosyal İşlevler Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları 95
Tablo XXX: KZVDDE- Sosyal İşlevler'e İlişkin Çoklu Regresyon Analizi 96
Tablo XXXI: KZVDDE Genel Toplamına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi 97
Tablo XXXII:KZVDDE- Sosyal İşlevler Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları 98
Tablo XXXIII: KZVDDE- Otonom İşlevler ve DASS 21 Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları 100
Tablo XXXIV: KZVDDE- Sosyal İşlevler ve DASS 21 Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları 101

KISALTMALAR

APA: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)

AAKB: Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı

BBB: Batman Barosu Başkanlığı

BİJK: Batman İl Jandarma Komutanlığı

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

CDC: National Center for Injury Prevention and Control (Ulusal Yaralanmaları Önleme ve Kontrol Merkezi)

CİK: Ceza İnfaz Kurumu

CTQ-33: Childhood Trauma Questionnaire (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği)

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

ÇÇT: Çocukluk çağı travmaları

DASS 21: Depression Anxiety Stress Scale - Short Form (Depresyon Anskiyete Stres Ölçeği Kısa Formu)

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IASP: International Association for Suicide Prevention (Uluslararası İntiharı Önleme Derneği)

İGG: İntihar girişimli grup

İGOG: İntihar girişimi olmayan grup

KVKK: Kişisel Verilen Korunması Kanunu

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (Inventory of Statements About Self-injury)

LGBT: Lezbiyen Gay Biseksüel Transeksüel

SES: Sosyo-ekonomik seviye

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

TGC: Türkiye Gazeteciler Cemiyeti

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UN: United Nations (Birleşmiş Milletler)

YDİA: Yüksek doz ilaç alımı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, dünya çapında çocuklar ve ergenler arasında önde gelen ölüm sebebi olduğu için önemli bir halk sağlığı sorunudur (DSÖ, 2020). Bireyin kendisi tarafından gerçekleştirilen olumlu veya olumsuz eylemin doğrudan veya dolaylı sonucu olan her ölüm olayı intihar (Durkheim, 2013), bu eylemin ölümle sonuçlanmamış veya durdurulmuş her türlü intihar davranışı intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır (Alptekin & Duyan, 2014). İntihar girişimleri ciddi bedensel yaralanma, tekrarlayıcı intihar girişimleri ve intihar eylemi ile ölüm riskini bünyesinde barındırmaktadır. İntihara dair istatistiki veriler resmî olarak mevcut olsa da temel öncül risk faktörlerinden olan intihar girişimlerine dair resmi ve bütünleşik bir veri sistemi, yerel ve küresel bazda kolay ulaşılabilir değildir. Bu bağlamda intihar girişimlerinin tahmin edilebilmesi psikolojik, sosyolojik, adli vd. pek çok açıdan önem teşkil etmektedir. Zira intihar davranışını açıklayacak faktör ve tetikleyiciler bireysel, toplumsal, ilişkisel, çevresel ve sağlık temelli olmak üzere kompleks ve çokludur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her sene 800.000 birey intihar orijinli hayatını kaybetmektedir ve bu vakaların 1/3'ini genç nüfus oluşturmaktadır (DSÖ, 2017). İntihar ve intihar girişimine dair literatür çalışmaları incelendiğinde vaka sayılarının ergenlikle beraber artış gösterdiği; erken ve orta yetişkinlik dönemlerinde sabit bir seyir izlediği görülmektedir (Eskin, 2012; Yeğenoğlu, 2015; Sayım, 2019). Bazı ülkelerde, intihar oranları gençler arasında en yüksek oranla görülmekle birlikte küresel olarak intihar, 15-29 yaşındaki bireyler arasında ikinci önde gelen ölüm sebebidir (DSÖ, 2014, s. 7). Ölüm sebepleri açısından ele alındığında kadınlar arasında ikinci, 10-24 yaş arası erkekler arasında ise üçüncü önde gelen ölüm sebebidir. Genç intihar istatistikleri ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte küresel intihar yükünün çoğunu taşıyanlar düşük ve orta gelirli ülkelerdir ve tüm intiharların tahmini %75'i bu ülkelerde meydana gelmektedir (DSÖ, 2014, s. 11; McKinnon vd., 2016). İntihar

girişimlerinin oranı ele alındığında ise tamamlanmış intihar oranlarından daha yüksek olduğu ve yaklaşık 15 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Yüksel, 2016).

Ülkemizde ölüm sebeplerine dair Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine bakıldığında pek çok ülkede olduğu gibi bir ölüm çeşidi ve sebebi istatistiksel olarak kayıt altına alınsa da gençlerin intihar davranışı ve buna ilişkin intihar edimi öncesinde gerçekleşebilecek olan intihar düşüncesi, planları ve girişimleriyle ilgili veriler mevcut değildir veya sınırlı sayıdadır. Ayrıca küresel bazda önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar davranışının niteliği, anlamı ve biçiminin ergen bireylerde yetişkinlerde görülenden farklı şekillerde ortaya çıktığı; ergenlik sürecinin belli psikososyal ve gelişimsel özelliklerinin bu farklılaşmaya sebep olduğu düşünülmektedir.

Ergenlik dönemi fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişim özellikleri gibi tanımlama alanlarında ele alınsa da ergenliğe dair üzerinde kesin bir şekilde anlaşmaya varılmış, sınırları net belirlenmiş bir tanım bulunmamaktadır. Zira söz konusu dönem çocukluk çağından yetişkinliğe geçişe işaret eden bir gelişim evresidir ve bu sebeple tüm bu tanımlama alanlarında farklı ve bitiş süreçlerine değinilmektedir. Araştırmalarda ergenliği tanımlamak için kullanılan üst yaş sınırı 18-25 yaş arasında değişmekte ve genel itibariyle 10-25 yaş arası birey ergen olarak kabul edilmektedir (Hawton vd., 2012; Sawyer vd., 2018; UN, 2019). 15-24 yaş grubu popülasyon, dünya nüfusunun yaklaşık %16 (UN, 2019)'sını; ülkemiz nüfusunun ise %15,8 (TUİK, 2018)'ini oluşturması göz önünde bulundurulduğunda ergenlere dair intihar davranışı ile ilgili kapsamlı bir çalışmanın yapılması elzemdir.

Ergenlik dönemi, çocuk bedeninden erişkin bedene geçiş ve bu geçiş ile ruhsal, zihinsel, cinsel organizasyonun yeni beden yapısına uyum sağlama hali, büyümeyle birlikte bir değişim ve dönüşümü içerir (İpek, 2019). Fakat bu dönüşüm aynı zamanda kaygı, çökkünlük, gerilime de sebep olabilmektedir. Zira geçmiş dönem yaşantıların tekrar ele alındığı bir süreç olarak ergenlik, aynı zamanda çocukluk döneminde yaşantılanan, gelişimini olumsuz yönde etkileyen

ya da engelleyen eylem veya eylemsizlikler bütünü olan ihmal ve istismar (Taner & Gökler, 2004) ile travmatik deneyimlerin ruhsal düzeyde yeniden canlandığı, ele alındığı ve yapılandırıldığı bir süreçtir. Gelişimin erken dönemlerinde maruz kalınan çocukluk çağı ihmal ve istismarı gibi travmatik etkiye sebep olabilen olaylar, ergenin sıkıntı düzeyini artırmaktadır (Müjdecioğlu-Demir, 2017). DSÖ verileri dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuğun istismar veya ihmale uğramakta olduğunu belirtmektedir (DSÖ, 2020). Bilhassa cinsel istismar, istismarın meydana geldiği bağlamsal risklerden bağımsız olarak, intihar için en büyük riski taşımaktadır (Zoroğlu vd., 2003). Bu açıdan bakıldığında çocukluk dönemi travmatik deneyimlerinin ergen ruh sağlığı üzerindeki ciddi etkileri yadsınmaması gereken bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çocukluk çağı olumsuz yaşantı ve travmatik deneyimler ölme niyeti olmaksızın kendine zarar verme davranışı (KZVD) gelişiminde anahtar bir rol oynayabilmektedir (Zoroğlu vd., 2003, s.125). Travmatik olaylar ve oluşturduğu duygu düzensizliğiyle ilkel savunma düzenekleri kullanılarak öfke ve agresyonun kendine yönelmesi ile ergen, yok edici dürtüselliğini benliğe döndürebilmekte ve ölmek amacıyla intihar eylemini gerçekleştirebileceği gibi tekrarlayıcı bir biçimde yaşamını tehdit etmeyen fiziksel zararlar verebilmektedir (Favazza, 1989). İstismar edilen çocuk büyük bir bedensel sarsıntıyla kimi zaman duygusal acıdan daha çok tercih edebileceği ve kendini teskin edebileceği hedefiyle kasıtlı olarak kendine yaralama davranışını tekrarlayabilmektedir (Herman, 2017, s. 137). Bu bağlamda ölme isteğiyle gerçekleşen intihar davranışının yanı sıra KZVD de gerçekleşebilmektedir. Söz konusu davranış doku hasarının meydana geldiği, vücut dokusunun kasıtlı, doğrudan yok edilmesi veya değiştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Gratz, 2006, s. 192).

Özellikle ergenlik döneminde yaygın olan KZVD'nin toplumdaki yaşam boyu yaygınlığı %17-18; ergen bireyler arasındaki yaygınlığı ise %40'ın üzerindedir (Muehlenkamp

vd., 2012; Swannell vd., 2014; Zetterqvist, 2015). Her ne kadar intihar niyeti olmaksızın gerçekleşen eylemler KZVD olarak tanımlansa da ergenlerin bir kısmının kendilerine zarar vermelerinin temelinde bir ölçüde intihar niyeti olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Fliege vd., 2009; Moran vd., 2012; Silverman vd., 2007). Bir meta-analizde KZVD bulunan katılımcıların neredeyse yarısının (%47,8) ilerleyen bir aşamada intihar girişiminde bulunduğunu saptamıştır (Ribeiro vd., 2016). Zoroğlu ve arkadaşları (2003) tarafından 862 lise öğrencisiyle yapılan çalışmada en az bir tür istismar veya ihmal bildiren ergenlerde (probandların %34,3'ü) intihar girişimi oranı 7,6 kat, kendine zarar verme oranı 2,7 kat önemli olduğu saptanmıştır (s.124). Bu bağlamda intihara yönelik olmayan ve intihara yönelik davranışlar arasında örtüşmelerin meydana geldiği görülmektedir ve KZVD'nin intihar davranışı için ciddi bir risk faktörü olarak irdelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

KZVD bulunan ergen ve yetişkinlerle yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları olan bireylerde KZVD'nin daha sık olduğu; yaşanan ihmal ve cinsel istismar başta olmak üzere istismar durumlarında yoğunlukla kendini keserek bedenine zarar vermenin eşlik ettiği saptanmıştır (Fliege vd., 2009; Gratz, 2006; Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017; Saçaroğlu vd., 2013). KZVD'nin 10-24 yaş aralığında başladığı ve ergenlerde daha sık görüldüğü, yaşam boyu yaygınlığına bakıldığında ise erişkinlerde %5,5, ergenlerde %17,2-23,0 olarak saptanmıştır (Bakar-Kahraman & Kızılay-Çankaya, 2020; Jacobson & Gould, 2007). Yüksek riskli klinik örneklem grubunda bakıldığında ise hem intihar hem de amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışlarının yaygınlık oranlarının artmasıyla göze çarpmaktadır (Brown & Plener, 2017; Sellers vd., 2021; Tang vd., 2011; Wichstrom, 2009; Oquendo & Mann, 2008). Bu bağlamda ergenlik dönemi KZVD ile intihar davranışı da dahil olmak üzere çok çeşitli olumsuz fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarla ilişkili bir süreçle ilişkilendirilmektedir.

Ergenlik yüksek intihar riski ile ilişkilendirilebilen yetişkinlikteki birçok ruh sağlığı bozukluğunun başlangıcına da işaret etmektedir (Uytun & Öztop, 2015). İntihar davranışında

bulunan ergenlerle yapılan çalışmalarda depresyonun en sık rastlanan ruhsal bozukluk olduğu görülmekte (Öncü, 2008; Öcalan, 2020) olup anksiyete bozukluklarında intihar riskinin duygudurum bozukluklarına göre daha az olduğu bildirilse de riskin 6-10 kat artığı belirtilmektedir (Güleç, 2016). Ayrıca çocukluk çağında maruz kalınan travmatik deneyimlerin yineleyici olması erişkinliğe değin ruh sağlığını tehdit edici etkilere sebep olabilmektedir. Zira çocukluk çağı travmaları kişiliği biçimlendirmekte ve deforme edebilmektedir (Herman, 2017, s. 121)

Çocuğun gelişim süreci ve ergenlik dönemi ile ele alınan değişim ve dönüşümler neticesinde ruhsal ve bedensel uyum kavramları toplumsal bir formda ele alınacak olursa toplumsal yapıda meydana gelen değişim ile toplum, kentleşme ve kentlileşme süreci açısından entegrasyon sorunları yaşayabilmektedir (Türk, 2020). Nitekim Batman ili 1990 yılında il statüsü kazanmış ve aynı dönemlerde sosyal, kültürel, siyasi ve ekonomik alanlarda yaşanan değişim, gelişim ve çatışmalı yapı dolayısıyla bilhassa kadın intihar olayları ile Türkiye ve dünya istatistiklerinden farklılaşan bir seyir izlemiştir. Bu farklılaşma ile Batman ili hem akademik camianın hem de kamuoyu ve medyanın araştırmalarına konu olan referans merkezi haline gelmiştir (AAKB, 2000a; AAKB, 2000b; Akdaş, 2006; Aksoy, 2000; BBB, 2001; BİJK, 2006; Bağlı, 2004; Cılga, 2002; Deniz vd., 2001; Oto vd., 2001; Oto vd., 2004; Sayıl, 2004).

Güncel verilere bakıldığında Batman ili kaba intihar hızının Türkiye istatistiklerinden düşük olduğu ve Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verileri referans alındığında kaba intihar hızının ‰2,82 olduğu görülmektedir (TUİK 2019). Bununla birlikte İpek ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında 48 bireyin intihar ettiği; 395 bireyin ise intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. 25 yaş ve altı intihar davranışlı bireylerin toplam verilerinin %70,8'ini oluşturduğu tespit edilmiş. Batman iline coğrafik olarak komşu olan ve benzer intihar istatistiklerinin görüldüğü Siirt ilinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunanların %65,4'ünün 15-24 yaş

diliminde yer aldığı saptanmıştır (Teğin, 2014). İntihar girişimlerinde de etkili olan faktörlerin başında da ailevi sorunlar (%43) olduğu tespit edilmiştir. Görülmektedir ki ulusal intihar istatistiklerinde yaşanan değişimin yanı sıra genç nüfus intihar orijinli ölüm açısından risk teşkil etmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında ergen bireylerde intihar girişimi, çok boyutlu ve multidisipliner yaklaşım ve inceleme ile araştırılması gereken bir konudur. İntihar davranışına dair yapılacak çalışmalar risk etmenlerinin belirlenerek söz konusu davranışa yönelik erken müdahale, teşhis ve tedavinin yanı sıra adli boyutlu psikososyal hizmet niteliğinin güçlendirilmesi açısından da önemlidir. Gerçekleştirilen literatür taramasında ilgili alana dair yapılan çalışmaların eksik kaldığı görülmektedir. Bu çalışma ile 15-25 yaş arası ergenlerin intihar girişimleri ile ilişkili psikososyal faktörler ve risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmakta olup çalışmanın literatüre ve ergen bireylere dair yürütülecek intihar önleme politikalarının belirlenmesine katkı sağlaması açısından önem arz edeceği düşünülmektedir. Ergen gelişimi sırasında ruhsal ve bedensel değişikliklerin, ergenin sağlığı üzerindeki etkileri de göz önünde bulundurularak 2019-2021 yılları arasında Batman ilinde meydana gelen 15-25 yaş arası intihara teşebbüs olaylarında söz konusu davranış tetikleyiciler ve intihar riskini arttırdığı anlaşılan faktörler disiplinler arası bir konu olarak psikolojik, sosyolojik, biyolojik, adli bilimler gibi alanlardan faydalanılarak ele alınmıştır.

Söz konusu araştırma amacı doğrultusunda araştırma hipotezleri aşağıda verilmiştir.

H1: İntihar girişiminde bulunan ergenlerin KZVDDE'den aldıkları toplam puan ortalamaları intihar girişiminde bulunmayanlara göre daha yüksektir.

H2: İntihar girişiminde bulunan ergenlerin CTQ-33'ten aldıkları puan ortalamaları, intihar girişimi olmayan ergenlerin aynı ölçekten aldıkları puan ortalamalarından yüksektir.

H3: İntihar girişimi olan ergenlerin DASS 21'den aldıkları puan ortalamaları intihar girişimi olmayan ergenlerin puan ortalamalarından yüksektir.

H4: Ergen bireylerde kendine zarar verme türleri intihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan grup arasında farklılaşmaktadır.

H5: KZVDDE toplam puanları ile CTQ-33 toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

H6: KZVDDE toplam puanları ile DASS 21 toplam puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

H7: CTQ-33 toplam puanları ile DASS 21 toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

H8: Çocukluk çağı travmaları kendine zarar verme davranışı, depresyon ve anksiyeteyi ilişkisel açıdan anlamlı şekilde yordamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

İntihar olgusu düşünce ile başlayıp ölümle sonuçlanan karmaşık bir yapıyı içermesi ve bireysel ve toplumsal bazda etkileri olması hasebiyle psikolojik, sosyolojik, adli, biyolojik ve diğer pek çok disiplin ile ortak çalışma gerektiren bir alanı işgal etmektedir. Kompleks yapısı sebebiyle ilgili alana dair gerçekleştirilecek çalışmaların dikkat ve ihtimam ile çok yönlü bir bakış açısı gerektirdiği bilinmektedir.

2.1 Tanımlar

İntihar Latincede öz/kendi ve pes etmek, öldürmek kelimelerinin birleşimi ile "insanın kendini öldürmesi" anlamına "suicedere" den İngilizceye "suicide" şeklinde geçmiştir. Kuzey Avrupa dillerinde insanın kendine kıyması anlamına gelen "selvmord, selbstmord veya sjalvmord" terimleri ile ifade edilmektedir. İntihar kelimesi dilimize Arapçadan geçmiştir. Arapça göğüs, göğse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlağı bıçakla kesme anlamlarına gelen "nahr" kökünden türetilmiştir (Eyüboğlu, 1988). İntihar belki de bu yaygın anlamından ötürü ülkemizde en yaygın intihar yöntemi asıdır (Eskin, 2014, s. 3).

Türk Dil Kurumu (TDK) intihar kelimesi yerine özkıyım veya öze kıyım kelimelerini önermektedir. Genel bir tanım olarak bakıldığında ise intihar, eylemin düşünceyle başlayıp sonuç ile son bulduğu geniş bir yelpazeyi kapsayan tanımlar bütünüdür ve bu tanımlar bütünü intihar davranışı olarak isimlendirilmektedir.

İntihar/Tamamlanmış İntihar: Kişinin başkasının telkin, dayatma veya yönlendirmesi olmaksızın kendi yaşamına son vermesi, kendini öldürmesidir.

İntihar Girişimi/İntihara Teşebbüs: İntihar düşüncesiyle gelişen intihar eyleminin ölümle sonuçlanmama, hayatta kalma halidir.

İntihar Düşüncesi: Kişinin kendini öldürmeye dair olan düşüncelerini içermektedir.

İntihar Planı: Kişinin intihar düşüncelerini organize etmesi, planlamasıdır.

İntihar Davranışı: İntihar düşüncesi ile başlayıp ölümle son bulan süreçteki intihara dair tüm edimleri içermektedir.

Sonuç olarak intihar eylemini gerçekleştiren bireyin kendi irade ve idraki ile gerçekleştirdiği, yönlendirme, cinayet ve kaza sonucu gerçekleşmeyen bir fiiliyattan bahsedilmektedir.

2.2 Araştırmaya Dair Diğer Temel Tanımlamalar ve Genel Bilgiler

2.2.1 Kendine zarar verme davranışı

Bireyin intihar niyeti olmaksızın bedenine fiziksel zararlar vermesidir. Türkçe haliyle kendine zarar verme davranışı tanımlaması olan bu davranış türü yabancı literatürde self-injury, self-wounding (kendini yaralama), self-harm (kendine zarar), self-cutting (kendini kesme), self-mutilation (amputasyon), non-suicidal self-injury (intihar niyeti olmaksızın kendine zarar verme) gibi çeşitli ifadelerle isimlendirilmiştir. Favazza (1999)'ya göre kendine zarar verme, kendine yardımın patolojik bir şeklidir ve kendine zarar verenler kendilerini yorucu, kaygı yaratan düşünce ve duygulardan kurtarmak ve yaşamaya devam etmek istemektedir. Yoğun ve ezici duyguları hafifletmek için kullanılan işlevsel bir davranış olarak görülmektedir (Klonsky vd., 2011). Bu bağlamda kendine zarar verme, ergenler ve genç yetişkinler arasında yaygın olarak görülen tipik olarak derinin kesilmesini içeren davranış olarak hem içsel hem de kişiler arası bir işleve hizmet etmektedir (Nock, 2010). Benzer şekilde yüksek kaygı düzeyi ile seyreden KZVD içerisinde olan vakalarda eylemi genellikle yalnız kaldıkları zamanlarda gerçekleştirdikleri, aynı zamanda toplum içerisinde yara izlerini gizleme eğilimi içinde oldukları belirtilmektedir (Aksoy & Ögel, 2003).

KZVD türlerine bakıldığında kendini kesme, yakma, ısırma, cilde harf/yazı/sembol kazıma, kendine iğne batırma, ampütasyon, vücudu sert bir yere vurma veya sürtme, vücudu

kanatacak düzeyde kendini tırnaklama gibi ciddiyeti veya hasarı geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. KZVD sınıflandırmasına bakıldığında ise Menninger (1938) nevrotik, psikotik, dinsel ve organik olarak; Pattison ve Kahan (1983) ölümcül olma durumu, kullanılan yöntemler ve tekrar sıklığına göre; Feldman (1988) zarara uğrayan beden bölgesine göre; Winchel ve Stanley (1991) hastalık tiplerine göre KZVD türlerinin kullanıldığını zeka geriliğinde tekrarlayıcı zarar verme, psikotiklerde cinsel organ kesme, koparma/hadım etme, göz enükleasyonu davranışının sık görüldüğünü (Langbehn & Pfohl, 1993; Menninger, 1938; Nock, 2010; Winchel & Stanley, 1991); Favazza ve Rosenthal (1993) 3 alt başlıkta sınıflandırmışlardır. Bu alt tipler:

Hafif ya da orta derecede KZV: tırnak yeme, deri çizme, et koparma, triktilomani gibi kompulsif davranışların yanı sıra deri kesme, yakma, yaranın iyileşmesine engel olma, tırnak yeme, epizodik davranışları kapsar.

Stereotipik KZV: Bedeni sert bir yere çarpma, eklemleri yerinden çıkarma, kendini ısırma gibi davranışları kapsar.

Majör KZV: Popülasyonda daha nedir görülen kendini hadım etme, göz çıkarma ve diğer ampütasyonları kapsar.

Nock (2010) ise KZVD doğrudan ve dolaylı olarak sınıflandırmaktadır. Doğrudan KZVD'de bireyin gerçekleşmesini istediği eylem ile eyleminin sonucunda gerçekleşen durum aynıdır. Dolaylı KZVD niyet doğrudan kendine zarar vermek değildir; fakat alkol, sigara gibi dolaylı yollardan eylem gerçekleştirilmiş olur. Doğrudan KZV eylem türü de intihar amaçlı eylemler (intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi) ve ölme niyeti olmaksızın gerçekleştirilen eylemler olarak ikiye ayrılmaktadır. İntihar niyeti olmaksızın gerçekleşen KZVD:

İntihar jesti: Ölme niyeti olmaksızın başkalarının buna inanmalarını sağlayacak söylem ve jestlerde bulunma durumudur.

KZV düşüncesi: KZVD gerçekleşmeden önceki eyleme yönelik düşünceleri içermektedir.

İntihar amacı olmayan KZVD: Kasten ve doğrudan beden dokusuna zarar verecek eylemlilikte bulunma durumudur.

Kendine zarar vermenin intihar davranışı ile ilişkili kavramsallaştırmada benzerlikler olsa da iki ayrı kavramdan bahsedildiğinden ötürü yaşanan karmaşık durum ve ölme niyetinin göz ardı edilmesi, intihar girişimlerinin yaygınlığının olduğundan fazla tahmin edilmesine yol açabileceği gibi olası risklerin ve müdahalelerin da doğru tanımlanmasını engelleyebilir. Sonuç olarak KZVD tanımlamaları ölümcül olmayan ve bedene yönelik fiziksel bir zararı içeren durumlar için kullanılmaktadır.

KZVD, DSM-5'in gelecekteki DSM baskılarına dahil edilebilecek sekiz önerilen bozukluk arasında yer almaktadır. Çalışma içerisinde uygulanan ölçekler teşhis/tanı amacı gütmemektedir.

2.2.2 Çocukluk çağı travmaları

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (1989) daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar; Çocuk Koruma Kanunu (2005) Madde 3 daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış her birey "çocuk" olarak tanımlanmaktadır. Çocukların yaşama, korunma ve bakım başta olmak üzere sahip oldukları temel hak ve hürriyetler yasal düzenlemeler ile kayıt altına almaktadır. Çocuğun hakları Türk Ceza Kanunu (2004)'na göre sağ doğmak şartı ile anne rahmine düştüğü andan itibaren başlayarak devam etmektedir. Çocuğun bedensel, duygusal, zihinsel, ahlaki ve sosyal gelişimi ile güvenliğinin tehlikede olması, ihmal ve istismar edilmesi veya suç mağduru olması durumu ise korunma ihtiyacı olan çocuk olarak tanımlanmaktadır (ÇKK, 2005). Söz konusu alanlardaki sorumluluk Türk Medeni

Kanunu (2001) 185. Maddesi uyarınca anne baba çiftine verilmiş olup çocukların bakımı, eğitim ve gözetiminin beraber yürütülmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Yasal düzenlemelerin ve çocuk çalışmalarının temel amacı çocuğun yüksek yararın gözetilmesidir. Çocuk hakkında söz konusu alanlarda meydana gelen sistemli ve istemli aksamalar veya müdahaleler cezai yaptırımların konusu olmakla birlikte ilgili çocuk hakkında koruyucu ve önleyici olan eğitim, sağlık, danışmanlık ve bakım gibi tedbir kararlarının hükmolunmasına sebep olabilmektedir. Bahse konu durum psikososyal bağlamda ele alındığında ise çocukluk çağı travmaları kavramı önem kazanmaktadır. Çocukluk çağı travması (ÇÇT) bakım veren, yetişkin birey, toplum veya ülke tarafından çocuğun maruz bırakıldığı istismar veya ihmal olarak tanımlanmakta olup çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna ilişkin istemli veya bilmeyerek, doğrudan veya potansiyel zararla sonuçlanan her türlü ihmal, fiziksel ve/veya duygusal, cinsel ve diğer sömürüleri içermektedir (DSÖ, 2020). Çocuk gelişimi bu sebeple ilgili alanlarda zarar görebilmekte veya çocuğun güvenliği tehlikeye girebilmektedir (Altıparmak, 2008) Uluslararası araştırmalar, 2-4 yaş arası yaklaşık 4 çocuktan 3'ünün ebeveynleri ve bakıcıları tarafından düzenli olarak fiziksel cezaya ve/veya psikolojik şiddete maruz kaldığını bildirmektedir (DSÖ, 2020). Sofuoğlu ve arkadaşları (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada çocukların yaşam boyu travmatik deneyim oranları %70,5 duygusal, %58,3 fiziksel olumsuz deneyimler ile %42,6 ihmalin yaşandığı yönündedir. Zoroğlu ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %15,9'u duygusal, %13,5'i fiziksel ve %10,7'sinin ensest dahil cinsel istismara maruz kaldığı bulgulanmıştır.

Her birey, çocukluk çağında farklı düzeylerde stres verici olaylarla karşılaşmaktadır. Bu yaşantıları, sağlıklı aile modelleri içerisinde veya normal koşullar altında travmaya dönüşmemekteyse de söz konusu olayın şiddeti veya meydana geldiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu bu yaşantıları travmatik bir sürece dönüştürebilmektedir (Öztürk, 2016). Anne-baba-çocuk üçgeninin etkileşimi sonucunda, çocuğun kişiliğinin temelleri atılmaktadır. Sorunlu

aile işlevleri sağlıksız bir gelişimin ve uyumsuzlukların temel kaynağını oluşturmaktadır (Ünal, 2008). Çocuğun korunma ve güven alanı olan aile içerisinde çocuğa yönelik oluşan tehdit çocuğun güvenli alanında tahribata sebep olarak güvenli dünya imgesinde sarsıntıya yol açmaktadır (Pelendercioğlu & Bulut, 2009). Normal gelişim seyrindeki bir çocuk güvenilir ve gerektiğinde yaslanılabilir bakım verene ait iç temsillerin biçimlenmesiyle güvenli bir otonomi duygusuna erişen çocuk sıkıntılı, stres verici durumlarda iç temsilleri hatırlayarak uygulamaktadır. ÇÇT durumunda ise travmatik deneyim tekrarlı olarak deneyimlenerek içsel temsillerin şekillenmesini engellemekte ve şiddetle parçalanmasına yol açmaktadır (Herman, 2017, s. 135). Zira olağan bakım ilişkilerinin bozulduğu, aile içerisindeki yaygın terör ikliminde çocuk istismarı vücut bulmaktadır (Herman, 2017). Okula devam eden çocuklarla yapılan bir çalışmada çocukların %4,5'i aileleriyle birlikteyken kendilerini güvende hissetmedikleri; %8,2'sinin ise aileleriyle beraber olmaktan hoşlanmadıkları; söz konusu sonuçların ÇÇT ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Sofuoğlu vd., 2014). Bu bağlamda çocuk istismar ve ihmali yalnızca çocukla değil aile ve toplumla yapılacak multidisipliner bir yaklaşım ile analiz edilmelidir.

2.2.2.1.Fiziksel istismar

Çocuğun kaza dışı hasar görmesi ya da fiziksel olarak cezalandırılması olarak tanımlanmaktadır. Kültürel ve toplumsal farklılaşmalar her ne kadar istismar tanımında farklı yorumlamaları öngörse de fiziksel istismarın görünür sonuçları dolayısıyla diğer istismar türlerinden daha açık ve kolay tespitine ve tanımlanmasına olanak sağlamaktadır. Fiziksel istismar sadistik dışavurumun yanında kimi zaman çocuğu terbiye etme şekli kimi zaman cezalandırma veya toplumsal normların içselleştirilmesi gibi kültürel ve toplumsal kabullerin baskı unsuru olarak ortaya çıkmaktadır (Pelendercioğlu & Bulut, 2009). Fiziksel istismar çocuk bedeni üzerinde vurma, yakma, yumruklama, sarsma, çimdikleme, zehirleme, boğma gibi fiziki zararları içermektedir. Bu bağlamda dikkat çeken Sarsılmış Bebek Sendromu 15 ayın, özellikle

de altı ayın altındaki bebeğin kızgın anne-babaları ya da bakıcıları tarafından çeşitli sebeplerle kollarından tutarak sarsması sonucu ciddi tıbbi sonuçları yanı sıra ölümle sonuçlanabilen şiddet eylemini içermektedir (Acehan vd., 2013).

Bakım verenler yalnızca görünürde fiziksel şiddet uygulamamakta aynı zamanda yeterince iyi ve ilgili anneler olarak görünmekle birlikte çocuklarını istismar edebilmektedir. Munchausen By Proxy, bakım veren kişi tarafından çocuklarının sağlığı hakkında var olmayan bilgiler üreterek çocuklarını kasıtlı ve bilinçli olarak çocukta bir hastalık varmış gibi davranmaları ve hastalık üreterek hastane ve doktora sık başvuru yapmaları yoluyla gerçekleşmektedir. Bakım verenin belirttiği hastalığa dair sık tetkikler yapılmakta; tıbbi öykü, laboratuvar testleri ya da tıbbi tedavi sebebiyle çocukta yaralar oluşmakta veya başvurular çocuğun ölümü ile sonuçlanmaktadır (Acehan vd., 2013; Schreier & Libow, 1993). Bu sebeple hastane başvurularının yalnızca başvurusu alınan çocukta değil diğer aile bireylerinde bakılması aile öyküsü de araştırılması gerekmektedir (Legano vd., 2009).

2.2.2.2. Duygusal istismar

Duygusal istismar, geniş bir yelpazede tanımlanan bulguları fiziksel alanda olduğu kadar belirgin olmayan, tanı koymanın ve istismarı belirlemenin ciddi zorluklarıyla karşılaşıldığı psikolojik kötü muamele halidir. Çocuğu ruhsal anlamda örseleyici tehdit, hakaret, aşağılama, reddetme, yalnızlaştırma, tecrit etme, bağırma, ayrımcılığa maruz bırakma, yaşın gerektirdiği gibi davranmama veya fazla sorumluluklar yükleme üzerinde sorumluluklar bekleme, ebeveynleştirme, çocuğu görmezden gelme veya terörize etme, aşırı baskı kurma veya aşırı koruma gibi anlamlar taşımaktadır (Legano vd., 2009; Tıraşçı & Gören, 2007). Çocuğun kendini kusurlu, suçlu veya değersiz hissettiği tüm psikolojik unsurlar duygusal istismara dahildir. Diğer istismar türleriyle ele alındığında duygusal istismar olağan bir birleşen olup duygusal istismara maruz bırakan bireyin kendi ebeveynlerince de benzer bir muameleye maruz

kaldığını bildirdiği ve bunun kültürel ve sosyal algılardan bağımsız düşünülmemesi gerektiği bildirilmektedir (Asil & Özdemir, 2020).

2.2.2.3. Cinsel istismar

Cinsel istismar, yetişkin bireylerin cinsel çıkarları doğrultusunda çocuğu kullanması olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ve duygusal istismar türlerinden farklı olarak ele alınması gereken bir husus olarak cinsel istismar çeşitli sebeplerle sık bildirilmemektedir. Zira insan cinselliğini ve çocuklarla cinsel teması çevreleyen toplumsal tabu örtüsüyle örtülmüştür ve bu nedenle adli birimlere eksik bildirilebilmektedir (Legano vd., 2009). DSÖ, cinsel istismarı çocuğun kavrayamadığı, bilgilendirilmiş herhangi bir rıza gösteremediği veya gelişimsel olarak hazır olmadığı cinsel her türlü aktiviteye dahil olması olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2020).

Cinsel istismar ülkemizde anayasal düzenlemelerde konu edinilmiş bir olgudur. TCK Madde 103'te çocukların cinsel istismarına dair yaş, hukuki anlam ve sonuçlarını algılama kabiliyeti üzerinden cezai yaptırımlar düzenlenmiş olup 1. Fıkraya göre 15 yaşını tamamlamamış veya eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış ile çocuğa karşı cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir sebebe dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar" cinsel istismar olarak tanımlanmıştır. Aynı kanunun 226. Maddesi 1. Fıkrasında müstehcenlik suçu tanımlanmış olup bir çocuğa müstehcen görüntü, söz veya yazı içeren ürünleri vermek, göstermek, dinletmek, okutmak, söyletmek; çocukların erişimine açmak, sergilemek suç olarak kabul edilmiştir. Aynı kanun 227. Madde 1. Fıkrasında ise çocuk fuhşunu önlemeye dair hükümler yer almaktadır (TCK, 2004).

DSÖ 2020 verileri her 5 kadından 1'inin ve 13 erkekten 1'inin cinsel istismara uğradığını göstermektedir. Her ne kadar bildirim noktasında istismar mağdurları unutma, yok sayma veya hukuki boyutta gerçekleşecek başvurunun adli yıpratıcılığıyla bildirmekten imtina etseler de istismarın etkileri riskli davranışlara götürebilmektedir. Bebbington ve arkadaşlarının (2009)

yapmış olduğu çalışmada cinsel istismar, intihar girişimi ve intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuş olup kadınlarda daha yaygın olduğu gözlenmiştir.

2.2.2.4. İhmal

Çocuğun gelişimini olumsuz olarak etkileyen fiziksel, duygusal, cinsel bilgiden yoksun bırakma halidir. Yaşam için gerekli olan beslenme, bakım, barınma, korunma, tıbbi destek gibi temel ihtiyaçların yeterince karşılanmaması fiziksel; ilgi, sevgi gösterilmemesi, ebeveynlik vasıflarının yerine getirilmemesi duygusal; cinsel gelişimine uygun davranılmaması, cinsel sömürüye karşı korunmaması cinsel ihmal olarak nitelendirilmektedir (Legano vd., 2009).

Bu bilgiler ışığında edim veya edimsizlik hali olarak ihmal ve istismar olgusunun çocukluk döneminde maruz kalınan bir olgu olmasının yanı sıra ergenlik dönemi ve yetişkinlikte birey üzerindeki etkilerini görmek de mümkündür. Literatüre bakıldığında ÇÇT öyküsünün çeşitli riskli davranışlar ve ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu görülmektedir. Enns ve arkadaşlarının (2006) 7076 kişinin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada çocukluk döneminde ihmal ve istismara uğramanın intihar düşünce ve girişimiyle ilişkili olduğunu saptanmıştır. 3-17 yaş grubuyla yapılan bir başka araştırmada olguların %14'ünde istismar sonrası intihar girişimi; penetratif cinsel istismara uğrayan bireylerde ise TSSB ve depresif bozukluk tanılarının intihar davranışı riskini anlamlı düzeyde arttırdığı belirlenmiştir (İmren vd., 2013). Şizofreni tanılı hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise ÇÇT öyküsünün intihar davranışı öyküsü bulunan hastaların olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıktığı bulgulanmıştır (Kayapınar-Aylak, 2016). Yine Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastalarda ÇÇT öyküsü bulunanların bulunmayanlara göre KZVD daha yüksek olduğu görülmüştür (Tunç, 2016).

2.2.3 Anksiyete ve depresyon

Anksiyete: Bireyin somatik etkilerle seyreden nedeni olmayan tedirginlik, kaygı ve korku halidir. Çalışma içerisinde uygulanan ölçekler DSM-5'te yer alan anksiyete bozukluğuna dair teşhis/tanı amacı gütmemektedir.

Depresyon: Ruhsal ve bedensel çökkünlük, bitkinlik, durgunluk halidir. Çalışma içerisinde uygulanan ölçekler DSM-5'te yer alan depresif bozukluğa dair teşhis/tanı amacı gütmemektedir.

2.3 İntihara Kuramsal Yaklaşım

İntihar davranışı bir eylemlilik sürecini kapsayan düşünceden sonuca değin kimi zaman uzun ve derin kimi zaman kısa ve yüzeysel; sosyolojik, psikolojik, biyolojik, adli ve daha pek çok bilim dalının ortak çalışma konusunu oluşturmaktadır. İntihar davranışı farklı disiplinler ve ekollerce ele alınmış olup çeşitli anlamlandırma, sınıflandırma ve kuramsal çalışmaların öznesi olmuştur. İnsanlığın var oluşundan bu yana devam eden fenomenolojiye dair araştırmalar devam etmekte olup intihar davranışına yönelik koruyucu ve önleyici hizmetler geliştirilmektedir. Bu bağlamda söz konusu olguyu açıklayan farklı disiplin, yaklaşım ve intihar tipi modellerinden bahsetmekte fayda vardır.

2.3.1 İntihar davranışının tarihçesi ve adli bilimsel açıdan ele alınması

İntihar davranışının tarihçesine bakıldığında neredeyse her çağda duruma özgü bir formda çıktığı, sosyal ve kültürel yapıya göre farklı bir bakış ile ele alındığı, zamansal ve mekânsal değişimlere maruz kalsa da kimi toplumsal yapılarda otoriteye karşı işlenmiş bir suç, reddediş olduğu kimi toplumlarda ise kabul edilebilir ve saygı duyulması gereken bir edim olduğu görülmektedir.

Antik Yunan'da meydana gelen intiharların sebeplerinden hastalık, acılardan kurtulma ve yaşlılık ön plana çıkmaktadır (Sümer, 2014). İskandinavya'nın eski cenkçileri Ättestupa adı

verilen yaşlıların kendilerine veya ailelerine fiziksel, zihinsel veya ekonomik yükleri sebebiyle intihar etmelerini onaylamıştır (Bloomberg, 2019). Japonya kültüründe Seppuku denilen samuray sınıfı arasında geleneksel bir intihar biçimidir (Fuse, 1980). Öte yandan pek çok inanç sistemi intiharı açıkça veya örtük bir biçimde yasaklamıştır. Ayrıca kimi devlet veya inanç sistemleri ayrıca müntehir için rutin cenaze törenlerinin yapılmasını engellemiş, müntehirin bedenine işkence edilmiş, mallarının dağıtılması istenmiş ve varsa soyluluk unvanlarının iptali istenmiştir.

Yunan-Latin toplumlarına bakıldığında intihar resmi olarak izni alınması gereken, eyleminin gerekçeli kararının Senato'ya sunulduktan sonra gerekçenin Senato üyelerince kabul görmesi halinde eylemin gerçekleşebilmesine olanak tanıyan bir sistemin olduğu görülmektedir. Bu durum bir yanıyla adli merciinin bilgilendirilmesi, öte yandan izin almasını gerektirmekteydi. Aksi durumda ise bir cezai yaptırımı vardı (Marsh, 2017). Ceza kavramındaki temel unsurun ıslah edicilik, caydırıcılık ve örnek teşkil edicilik olduğu göz önünde bulundurulduğunda bireyin ilgili fiili dolayısıyla cezai bir yaptırıma tabi tutulacağını düşünmesi onu ölüme teşvik edebilecek ve söz konusu ceza normunun amaçladığı fonksiyonu yerine getirmediği görülecektir (İçer, 2020, s. 298). Bu bağlamda sistem ve yapıların intihara bakış açısının zaman içinde reforme edildiği ve söz konusu edimin cezalandırılması gereken bir suçtan, tedavi edilmesi gereken bir soruna dönüştüğü görülmektedir (Marsh, 2017). Bununla birlikte intihar davranışında bulunmak Bahamalar, Kenya, Gana, Bangladeş, Pakistan gibi bazı ülkelerde cezalandırılması gereken adli bir suç olarak kabul edilmektedir. Farklı devlet sistemlerinin intihar kavramının suç unsuru teşkil edip etmesi yönünde farklı uygulamalarının yanı sıra bilim dalları, inanç sistemleri bağlamında da ister tedavi edicilik kaygısı ister cezalandırıcı unsurların varlığı olsun intihar davranışı, istenilmeyen ve mücadele edilen bir olgudur.

Adli bilimler açısından intihar olgusu ele alındığında tüm ölüm olaylarında olduğu gibi ölüm nedenleri ve orijini incelenmektedir. Ölüm tarzı, ölüm nedenleri ile kullanılan ve özellikle hukuki açıdan önem taşımakta olan "doğal ölüm", "cinayet", "intihar" veya "kaza" şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bir ölüm olayında orijinin belirlenmesi olay yerinde adli soruşturma ile başlayan cesedin muayenesi, otopsi ve otopsi sonrası yapılacak incelemeler ile süren; hukuken kesin karar verilen bir süreci ifade etmektedir (Koç & Can, 2009; Koç, 2011). İntihar olguları için aynı zamanda psikolojik otopsi uygulanarak ruh sağlığı çalışanlarının ölen kişinin ruhsal durumunu, niyet ve motivasyonunu anlamak üzere kişiye dair bilgi kaynaklarının yanı sıra müntehir yakınları ile görüşmeler gerçekleştirilmektedir. Psikolojik otopsi literatürüne bakıldığında yöntemin sıklıkla intihara dair sebep ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla kullanıldığı görülmektedir (Kale vd., 2019). Bilhassa intihar orijinli ölümler neticesinde müntehirin intihar tetikleyicilerine dair çıkarımda bulunmak ve risk faktörlerini belirleyebilmek hem literatürün hem de sosyal politikaların, koruyucu ve önleyici hizmetlerin geliştirilmesine katkı sağlayacak hayati öneme sahip bir alandır.

İntihara dair ülkemizdeki güncel yasal düzenlemelere bakıldığında ise bireyin intihar davranışında bulunması suç unsuru teşkil etmemekte olup kişiyi bu eylemi gerçekleştirmeye azmettiren, sevk eden veya teşvik eden kişi/kişiler kasten öldürme suçu veya intihara yönlendirme suçundan sorumlu tutulur. İlgili suç Türk Ceza Kanunu 84. Maddesinde başkasını intihara azmettiren, kararı teşvik veya kuvvetlendiren veya yardım eden kişilerin eylemin ölümle sonuçlanma veya eylemin gerçekleşmesini kuvvetlendirme durumu dikkate alınarak cezalandırılma hususları düzenlenmiştir (TCK, 2004).

İntihar davranışı suç teşkil etmese de tamamlanmış intihar ve intihara teşebbüs verileri adli birimlerce kayıt altına alınmaktadır. KVKK kapsamında bilgilerin gizliliği korunmakla birlikte adli ve idari amir olan Valilik ve Cumhuriyet Başsavcılığı Makamlarından gerekli olur ve izinler alınmadan söz konusu bilgilere erişim mümkün olmamaktadır.

2.3.2 Psikolojik yaklaşım

İntihar olgusu yaşamsal bir alan içerisinde bireyin yaşamına son verme niyetini barındıran bir süreç olarak psikolojik yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda psikolojik kuramların intihar kavramını ele alışı ve ilişkilendirişi üzerine değinmekte fayda bulunmaktadır.

İntihar olgusu psikodinamik kuram çerçevesinde saldırganlık, yıkıcılık, boşluğa tahammül kapasitesi, sınır işleyiş, nesne kaybı, ayrılık, yas, haset, sadizm gibi olgularla birlikte ele alınmakta veya işlenmektedir. Eros-Thanatos düalizmi ile yaşam ve ölüm dürtüsünün işlerliği ilk dikkat çeken unsurlardandır. Çeşitli savunmalarla üzeri iyice örtülmüş ve kılık değiştirmiş şekillerde de olsa düş kırıklığına bağlı ve kendine güvenin bir parçası olarak yaptırımcı öfkeden, haset, kıskançlık, rekabet, hınç, öç alma, nefret, kendine yönelik şiddet, intihar ve öldürme arzuları gibi geniş bir alanda incelenen saldırganlık hemen tüm insanların farklı ölçü veya şekillerde sergilediği temel bir güdülenmedir (Tura, 2011, s. 8).

Freud "Haz İlkesinin Ötesinde" adlı eserinde yaşam ve ölüm dürtüsü arasındaki temel çatışmayı konu almakta ve ruhsal süreçlerin gerilim yaratan hoşnutsuzluktan kaçarak hazza yöneldiğini belirtmektedir. Bastırılmış olanın serbest kalmasıyla uyarılabilecek hoşnutsuzluğa dair bu çaba, gerçeklik ilkesini göreve çağırarak bir tahammül sağlama gereksinimi duymaktadır. Freud bir yanda yıkıcı ve öz yıkıcı diğer yanda biyolojik ihtiyaçlardan türeyen nirvana olarak adlandırdığı sakin, huzur hali olarak ölüm dürtüsünü organizmanın canlı olmadığı döneme eğilimi ile açıklamaktadır (Freud, 1920/2011). Bu iki durumun birbirine zıt görüngüler içerdiği düşünülse de sabitlik ve eylemsizlik halinin sessizlik, sakinlik ile ilişkilendirilerek öz yıkıcı eylemden farklılaştığı düşünülebilir.

Öte yandan "Yas ve Melankoli" adlı eserinde Freud, libidinal yatırımlarda geri çekiliş, öz saygıda düşüşün yaşandığı; ego fonksiyonlarında zayıflamaların ve dış dünyaya olan ilgide azalmanın yaşandığı, sadistik düşlemlerin yer aldığı melankoli durumunda özne, arkaik

yaşantıların etkisiyle ben ve ötekinin ayrışamadığı döneme regrese olmakta, ötekine duyduğu sadistik düşlemi kendine yönlendirmektedir (Freud, 1917). Saldırgan dürtüler dışsal nesnelere yönelen ve hayatta kalmaya, yaşamı devam ettirmeye ve benliği korumaya yarayan bu işlev benliği yıkıcı bir hal almaktadır.

Çağdaş Kleincı düşüncede ise ölüm dürtüsü Freud'un biyolojik kuramsallaştırmasından ziyade psikolojik temeller üzerine oturtulmakta, ölüm dürtüsünün temsili olarak varlığını belirtmekte ve hem şiddetli hem sadist bilinç durumuyla ilişkilendirilmektedir. Kleincı kuramda 3 süreç ele alınır. 1. Düşüncenin yok edilmesi 2. Düşünmeme dünyasına doğru çekilme 3. Nesneler üzerinde sadistik kontrol şeklindedir. Bebeğin ilk kaygıları düzenleyebilmek için ölüm dürtüsünü, içten doğan yıkımı dışa, ilk aşk nesnesi memeye yönlendirdiğini ifade etmektedir (Bell, 2016, s. 3-4). İyi nesnelere yönelik saldırılar devam etmekte ve kaynağını sevgi ve şükran duygusunun yanı sıra "haset"ten de aldığını belirtmektedir. Ayrıca intihar davranışını anneyle ayrışmanın olmadığı, simbiyotik ilişkinin sürdürüldüğü zamana dönmek için yapılan bir girişim olarak da ele almak mümkündür (Hekimoğlu & Cantekin, 2021, s. 46-47).

Segal (1993)'e göre doğum itibariyle ihtiyaçlar dünyasında tepkiler geliştiren birey ihtiyaçlarını gidermek için yaşamı/yaşamayı teşvik edecek, tatmin sağlayacağı nesne arayışına, sevgiye ve nesne için kaygılanmaktadır. Öte yandan ihtiyaçları, benliği ve algılanan her şeyi yok etmeye yönelik tepki vermektedir (s. 55). Yok etmeye yönelik geliştirilen tepkinin kökeni ise büyük oranda bakım veren ile yaşanan travmatik deneyimler ve bu deneyimlerin sistematik olarak tehdit ediciliğinin yaşam arzusunu hasara uğratmasıdır. Erken dönemde yaşanan travmatik deneyimlere karşı tahammül edilemez bir acı ile bilinçdışı paradoksal bir tepki vermektedir. Öfke ve yaşamın reddedilmesi her türlü hayatta kalma dürtüsünü yok etmekte ve kimi zaman ölüm kavramının yüceltilmesine sebep olabilmekte, ölüme yönelik gizli ve sessiz bir arzu beslenmektedir (De Masi, 2016).

Ölüm dürtüsünün eyleme geçme hali ile ilgilenmekte olan ve pencereden atlayarak intihar eden bireyleri analiz eden Lacan, eylemin "öteki" ile ilişkisine odaklanmakta ve dilsel süreçlere vurgu yaparak öteki tarafından dinlenmeyen bireyin sözel olarak ifade edemediği durumda ölüm yolunu seçtiğini aktarmaktadır. Melankolik konumdaki özne düşleminin çöküşüyle dürtüsel bir biçimde gerçekleştirdiği eylemi metaforik olarak kullanmıştır (Lacan, 1964/2004; Özkan & Baltacı, 2020). Lacan süreci ayna evresindeki çocuğun bütüncül bir beden ve benlik imajı için ideal-egosunu yapılandırarak imgesel yansıtma yapması sonucu aynadaki ideal görüntüsüyle bütünleşebildiğini, tutarlı bir benliğin oluşmaması halinde ise çocukta "saldırganlık, aşk, kıskançlık, nefret" gibi duyguların temelinin oluştuğunu ifade etmektedir. Saldırganlık gerilimi azaltma hedefinde gerçekleştiğinde tükenirken yıkıcılık, haz vasıtasıyla sürdürüldüğünden kendi kendini devam ettirme eğitimi içerisindedir. Yıkıcı eylemi güç, üstünlük ve tümgüçlülük kanıtı olarak besleyen bir kümeleme oluşmaktadır (De Masi, 2016, s. 32). Bilhassa yineleyici intihar girişimleri ve KZVD görüngülerinin bu açıdan ele alınmasında yarar vardır.

Sonuç olarak psikanalitik kuram intihar olgusunu yıkıcı dürtüleri, cinselliği, geçmişi, düşlemleri, fantezileri ve çocukluk anıları üzerinden şekillendirmiştir. Yüzyılın ilerleyen dönemlerinde psikolojik otopsi çalışmaları intihara eğilimin belirtilerinin gündelik yaşamda sergilenen tavırlar, tutumlar ve davranışlarda bulunabileceğini göstermektedir (Marsh, 2017).

Beck (1963)'in bilişsel kuramında intihar girişimli psikoterapi gören hastalarıyla görüşmeleri neticesinde hastaların yaşamsal problemlerine dair çözüm bulamadıkları ve hiçbir zaman bulamayacaklarına dair inançları ile intihar davranışı arasında bir bağ olduğunu bildirmektedir. Kuramında 4 temel unsur üzerine oturttuğu intihar davranışında bilişsel çarpıtmaların önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Bu dört temel unsur:

1. Çarpıtılmış veya gerçekçi olmayan kavramsallaştırmaların göstergesi olan kendine özgü düşünce içerikleri

2. Mantıksal veya gerçekçi düşünceden sapmalarda yer alan süreçler
3. Sapmalar gösteren düşüncenin biçimsel özellikleri
4. Bilişsel çarpıtmalar ile depresyonun duygulanım özellikleri şeklindedir (Beck, 1963).

Sosyal öğrenme kuramı ekseninde Tarde (1903) bireylerin davranışlarını yakın çevrelerinden öğrenme yolu ile edindikleri ve davranış biçimine dönüştürdüklerini, dolayısıyla intihar eyleminin yakın çevrenin taklit edilmesi yoluyla edinilmiş bir pratik olduğunu ve bu pratiği sürdürerek eylemin saygınlık gibi soyut bir kazanıma dönüştürüldüğünü ifade etmektedir. Bandura (1977) intihar davranışının yine sosyal bir öğrenmenin sonucu olduğunu; gözlemleme, dikkat etme, model alma, hafızaya kaydetme, taklit etme ve güdülenme yoluyla kurgusal karakterler üzerinden sosyal bilişsel davranış geliştirerek, eylemleştiğini belirtmektedir. Aynı kuram çerçevesinde intihar eylemi kısmen de olsa, stresli yaşam koşullarına karşı öğrenilmiş bir davranıştır (Eskin, 2014; Gunn & Lester, 2015).

Kaçış teorisi bağlamında Baechler (1980) intihar eylemlerini kategorik bir şekilde ele alarak 4 başlıkta incelemiştir. Bunlar:

1. Kaçış/Kaçma İntiharları: Utanç verici olay, başarısızlık, acı, kayıp gibi olumsuz yaşam koşullarından kaçmak arzusuyla gerçekleştirilir.
2. Saldırgan İntiharlar: Bireyin öfke duyduğu nesneye yönelik saldırgan tutumunu bireyin kendisine yöneltilmesi ile gerçekleştirilir.
3. Oblatif-Kurban İntiharları: Bireyin kendi değerini yüceltmek veya kendini birine/birilerine/bir yere adamak üzere gerçekleştirdiği intihar türüdür.
4. Oyun İntiharları: Bireyin riskli davranışlar sonucu veya güçlü olduğunu kanıtlamak maksadıyla gerçekleştirdiği intihar türüdür (Baechler, 1980; Eskin, 2014, s. 9).

Baechler'in intihara dair teorisinde kaçış en dikkat çeken ve üzerinde durduğu intihar türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yenilenmiş haliyle bireylerin gerçek hayat ile uyumsuz

beklentileri ve bu beklentiler sonucu gerçekleştirdikleri yorumlamalar neticesinde düş kırıklıklarına uğramaları ve kendilerini suçlama eğilimi içerisine girdikleri aktarılır. Bireyin kendisine yönelttiği bu suçlamalar sonucunda yetersizlik, değersizlik hisleri hakimdir ve öteki ile kendini kıyas yoluna gitmektedir. Bu negatif etki ile birey intihar davranışında bulunmaktadır. Bu teori Baumeister (1989)'in intihar teorisiyle ortak özellikleri barındırmaktadır. Bu teoriye göre ise gerçekçi olmayan yüksek beklentilerin karşılanmaması sonucu düş kırıklıkları yaşamakta ve bu düş kırıklığının sebebi olarak birey kendini görmekte ve suçlamaktadır. Sorgulamalar ve eleştiriler neticesinde bireyde öz farkındalık gelişmekte ve birey olumsuz bir duygulanım içerisine girebilmektedir. Bu olumsuz tepkiler depresif, kaygı veya suçlayıcı içerikli olabilmekte ve olumsuz öz farkındalık bilişsel yapıbozuma uğrayarak bireyin intihar davranışında bulunma isteğinde artışa sebep olabilmektedir (Baumeister, 1989; Gunn & Lester, 2015).

Shneidman (1985)'a göre ise birey intiharın tek seçenek olduğuna dair ifadelerde bulunuyorsa psikolojik acısının son bulması yönünde bir çaba içindedir ve bu süreçte bireyde bilişsel bir kararsızlık hali hakimdir. İntihar eylemi bu noktada ölmek maksadının ötesinde acılarının son bulmasına yönelik bir eylemlilik içindedir. Shneidman intiharların ortak özellikleri olduğunu savunmaktadır. Bunlar:

1. Amaç, çözüm bulmaktır.
2. Hedef, bilincin sonlanması, kesintiye uğramasıdır.
3. Uyaran, dayanılmaz psikolojik acıdır.
4. Stres kaynağı doyurulmamış, engellenmiş psikolojik ihtiyaçlardır.
5. Duygu çaresizlik/umutsuzluktur.
6. Bilişsel durum ambivalanstır.
7. Algısal durum, daralmadır.
8. Eylem kaçmadır.

9. Nesne ilişkilerinde eylem, niyetin iletimidir.
10. Yaygın örüntü yaşam boyu tutarlılık göstermektedir (Shneidman, 1996; Leenaars, 1999; Gunn & Lester, 2015).

2.3.3 Sosyolojik Yaklaşım

Toplumsal norm ve değer yargılarından etkilenen bireyin ve toplumun sosyolojik bağlamda intihar davranışını ele almak psikolojik dinamikler kadar önemlidir. Zira ruhsal bozukluğa veya herhangi bir patolojiye sahip olmayan bireylerin de intihar davranışında bulunma hali intihar olgusunun toplumsal bağlamda ele alınması intihar olgusunu anlamak ve bu kapsamda değerlendirme yapmada daha sağlıklı sonuçlar içerecektir (Alptekin & Duyan, 2014). Toplumun işlevleri ve birey üzerindeki kimi zaman yıkıcı etkilerinin kimi zaman bütünleşme ve hayatta kalmaya dair desteği ile intiharın toplumsal bazda anlaşılması bilhassa riskli gruplar için koruyucu tedbirler ile intihar davranışının önlenebilmesi adına yapılacak her türlü çalışmada öncü rol oynayacaktır (İpek vd., 2022). Sosyal değer yargıları, bireylerin yaşamda karşılaştıkları zorluklar karşısında ne tür tavır alacaklarında belirleyici olmaktadır (Eskin, 2014).

Toplumun birey intihar davranışı üzerindeki etkisinin yanında bireyin gerçekleştirdiği intihar davranışının toplumsal ölçekli etkilerine bakıldığında toplumsal ölçekte kaygı, öfke, korku veya suçluluk duyguları ile intihar eylemi topluma ve toplumsal düzene karşı yöneltilmiş bir tehdit olarak algılanabilmektedir (Kleinman, 2003; Odağ, 2002). Bu tehdit bilhassa tamamlanmış intiharlar neticesinde küçük ölçekli toplumsal bir kaosa sebep olabilmektedir. Zira toplumsal dayanışma gereği bireyi intihar davranışına sürükleyen tetikleyicilerin bilinmemesi toplumsal bir suçluluğa; bireyin toplum normlarına karşı çıkışı ile toplumsal öfkeye; hayat şartları ve olaylarında ortaklaşılması ile kaygı bilinçlenme ve farkındalıkla sonuçlanmaktadır. Ülkemiz inançsal ve kültürel normları ölümden sonraki yaşamın devam ettiğine yönelik olduğundan bireyin intihar davranışında bulunması ölümden sonraki yaşamda

cezalandırılacağı, yaratıcının buyruğuna karşı çıktığı inancı ile ele almaktadır. Bu sebepledir ki toplumlar intiharı kınayan ve yasaklayan uygulamalar getirmişlerdir (Sayıl, 2008). Toplumların yazılı olmayan veya yasal olarak intihar davranışını yasaklayan uygulamalarına rağmen her toplumda intihar olgularına rastlanmaktadır. İntihar davranışının zamansal ve toplumsal farklılaşmalarına bakıldığında hep var olduğu, oranlarda değişimler olsa dahi devamlılığını sürdürdüğü görülmektedir (Durkheim, 2013).

Durkheim intihar tipolojisini bencil, özgeci/elcil, kuralsız intihar olmak üzere 3 temel üzerinde şekillendirmiştir ve her toplumsal yapı içerisinde bencillik, elcillik ve kuralsızlık durumlarının ahlaki düşünce olarak bulunduğunu, bu düşünce sistemlerinin birbirinden etkilendiğini ve toplumsal düzende bir denge halinde bulunabildiğini ifade etmektedir. Bu denge hali toplumu ve bireyleri intihar düşüncesine karşı korumaktadır.

1. Bencil intihar: Toplumun birey üzerindeki yoğun etkisinin zayıflaması sonucu ortaya çıktığı aktarılan bencil intiharlarda; toplumun ortak değerler ve güçlü bir bütünleşme ile bireyin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilerine vurgu yapılmakta ve toplumsal bütünleşme halinin intihar riskini düşürdüğü ifade edilmektedir. Toplumsal çözülmenin yaşandığı durumlarda ise birey toplum karşısında daha güçlüdür ve aile, din, evlilik gibi kavramlar çözülmenin de etkisiyle önemini yitirmiştir. Bireyin topluma karşı ödevleri, görev ve sorumlukları ile bireysel zaaflardan vazgeçerek toplumsal amaçların yüceltilmesi sağlanacaktır. Durkheim (2013)'a göre toplumsal bütünleşmişlik düzeyleri düşük toplumlarda intihar olayları sık görülmektedir ve bencil intihar tipi en yaygın tip olarak karşımıza çıkmakta ve yıllık intihar istatistiklerine en yüksek etkiyi göstermektedir.

2. Özgeci/Elcil intiharlar: Bencil intiharın tersi olarak toplumsal norm ve baskının yoğun olduğu bireyin toplum karşısında zayıf ve bireyselliğini ihmal ettiği, toplumu yoğun bir şekilde yücelttiği, kendinden ödün vererek özveride bulunduğu durumlarda elcil intiharlar gerçekleşmektedir. Durkheim (2013)'e göre elcil intiharlara sıklıkla askeri alanlarda rastlandığı

ve sivil intiharlarıyla karşılaştırıldığında yüksek olduğu aktarılmaktadır. Bununla birlikte belli kültürlerde ve belli tarihsel dönemlerde elcil intiharlar yaygınsa da günümüzde elcil intihar örneklerine daha az rastlanmaktadır. Bu intihar tipinde birey intiharı toplumun kurallarını, görev ve sorumluklarını yeterince iyi bir şekilde yerine getiremediği, başarısız olduğu veya toplum tarafından dayatıldığı için gerçekleştirmektedir.

3. Kuralsız intiharlar: Toplumsal düzenin normal seyrettiği ve ardından gelen siyasi, ekonomik, sosyal alanlarda yaşanan krizler sebebiyle refah seyisindeki dalgalanmalar toplumun bütünleşik yapısında bozulmalara ve kırılmalara sebep olmaktadır. Bu sebeple ortak düzendeki değişimler kuralsız intiharları tetiklemektedir. Bu durum yalnızca olumsuz kriz dönemlerini değil aynı zamanda tersine gerçekleşebilecek olumluya yönelik dalgalanmaları da kapsamaktadır. Nitekim artan refah seviyesine bağlı olarak intihar davranışının azalması beklenirken yeni düzen bir uyum sorununu beraberinde getirmektedir (Durkheim, 2013). Burada Batman ilinin il statüsü kazanması, göç alan bir merkez haline gelmesi, sanayileşmenin, büyüme ve gelişmenin yaşandığı dönemdeki intihar oranlarında yaşanan değişimin kuralsızlık intiharlarına örnek olarak gösterilebilir.

Sosyolojik bağlamda intihar oranlarındaki değişimlere dair şu sebeplerin etkili olduğu belirtilmektedir:

1. Hızlı sosyal değişim süreçleri
2. Eğitim, gelir, cinsiyet vd. sosyodemografik özellikler
3. Ruhsal bozuklukların varlığı
4. Alkol ve madde bağımlılığı
5. Yaz mevsimi, yüksek sıcaklıklar
6. Taklit yoluyla gelişen öğrenme (Oktik vd., 2003).

Tüm bu bilgiler ışığında sosyolojik olarak intihar kavramı birey ve toplumun optimal düzeyde bütünleşik, birbiri alanına nüfuz etmeden işlerliğini sürdürmesinin intihar

davranışından koruyucu bir rolünün olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında toplumun yaşam standartlarında yaşan hızlı, köklü, sarsıcı ekonomik kriz, refah seviyesinde artış, savaş, iç-dış göç gibi olumlu veya olumsuz değişimlerin; psikososyodemografik değişkenlerin intihar davranışını gösterme eğiliminde artışa sebep olduğu aktarılmaktadır.

2.3.4 Nörobiyolojik Yaklaşım

İntihar davranışı kavramının psikososyal yönlerinin yanı sıra nörobiyolojik bir yaklaşımla ele alınması da davranışın anlaşılabilmesi açısından önem arz etmektedir. Biyolojik temeller perspektifinde intihar olgusuna bakıldığında gen aktarımı, aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları önemli bir yer kaplamaktadır. İntihar davranışının kuşaklar arası aktarımına dair birden fazla genin birbiriyle etkileşimi ve çevresel faktörlerin olaya katılımı ile çok etkenli bir transferin gerçekleştiği vurgulanmaktadır (Özalp, 2009). Nitekim benzer çevresel koşullarda yetişmiş bireylerden bazılarının intihara daha meyilli olabildiği görülmektedir. Roy ve arkadaşları (1995) tarafından genetik alanda ruhsal bozuklukların dışlanarak yapıldığı intihara dair bir çalışmada oranların %30-50 civarında olduğu aktarılmaktadır. Aynı çalışma monozigotik ikiz çiftlerinin dizigotik ikiz çiftlerine oranla intihar davranışı sergileme özelliklerinin anlamlı derecede daha yüksek bir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda yürütülen aile çalışmalarından bir diğerinde intihar davranışında bulunan bireylerin aile ve akrabalarında intihar davranışı görülme sıklığının akraba olmayanlara oranla anlamlı bir farklılık gösterdiği sonuçlarına varılmıştır (Roy vd., 1995). Ayrıca bir meta-analizde intihar eğilimi olan yakın akrabaların, psikiyatrik öyküden bağımsız olarak, kontrollere kıyasla üç kat daha fazla intihar eylemi riskini barındırdığı ve ikizler çiftleri arasında dizigotik ikizlere göre 175 kat daha yüksek rölatif risk olduğu bulgulanmıştır (Baldessarini & Hennen, 2004, s. 5-6).

İkiz çalışmalarının daha güvenilir sonuçlara ulaşabilmesi için evlat edinme çalışmalarını ele almakta fayda vardır. Literatür incelemesinde evlat edinme çalışmalarının az olduğunu Danimarka halk sağlığı kayıtlarına dayandığını göstermektedir. Bir meta-analiz çalışmasında

evlat edinilenlerin biyolojik akrabalarında intihar riskinin evlat edinen akrabalarındaki intihar riskine göre 7-13 kat daha yüksek olduğu ileri sürülmüş, tamamlanmış intiharlarda ise daha güçlü kalıtımın olduğu vurgulanmıştır (Brezo vd., 2008, s. 180). Duygudurum bozukluğu olan yetişkin evlat edinilenlerin biyolojik ve evlat edinen akrabalarında ve eşleştirilmiş normal evlat edinilenlerde psikiyatrik bozuklukların sıklığının araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların biyolojik akrabalarında unipolar depresyonda 8, intihar davranışında ise 15 kat artış gösterdiği bulgulanmıştır (Wender, 1986, s. 928). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda intihar davranışında genetik temelli faktörlerin etkili olduğu tezini desteklenmektedir.

Biyolojik çalışmalarda en önemli nörokimyasal bulgular ise serotonerjik sisteme ait bulgular olup intihar girişimleri de dahil olmak üzere şiddet içeren davranış öyküsü olan kişiler arasında nispeten düşük biyokimyasal üretim ve 5-HT'nin metabolik dönüşümü, serotonin düzeyinin azalmasıyla dürtüsel davranışların, öfke ve depresyon durumlarının ortaya çıktığı saptanmıştır. Düşük serotonin düzeyi kişide irritabiliteye yol açtığından KZVD'ye ve intihara yol açabileceği belirtilmektedir (Baldessarini & Hennen, 2004; Brezo vd., 2008; Favazza & Rosenthal, 1993). İntihar risk ölçeği kullanılan bir çalışmada ise diğer bulguları destekler nitelikte ölçekten yüksek puan alan katılımcılarda azalan serotonin işlevi, düşük kolesterol ve beyinden kaynaklanan nörotrofik faktörler tespit edilmiştir (Kim, 2012).

Tüm bu kuramsal yaklaşımlar bütüncül olarak ele alındığında tek bir değişkenin intihar davranışına etkisinin mümkün olmadığı, sosyolojik, psikolojik, adli, tarihi, biyolojik ve diğer pek çok disipliner anlayışlarla çerçeveyi koruyarak değerlendirilmesinin konunun daha sağlıklı çözümlenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

2.4 Risk Faktörleri Açısından İntihar Davranışı

Bireyin kendini öldürme ihtimalinin söz konusu olduğu durumlar intihar riski olarak tanımlanabilir. İntihar kavramının yapısı göz önünde bulundurulduğunda risk, çok yönlü ve karmaşık bir yapıya işaret etmektedir. Risk faktörleri farklı kümelemeler ile ele

alınabilmektedir. Risk faktörleri tek başına veyahut diğer etmenlerle bir araya gelerek intihar davranışında tetikleyici nitelikte olabilmektedir (Eskin, 2007). İntihar davranışına dair risk faktörlerinin belirlenmesi ve riskli birey veya bölge sakinlerine yönelik erken tanı ve müdahaleleri ile intihar davranışını engelleme noktasında büyük bir öneme sahiptir.

Zorlu yaşam koşulları, hayatı veya varoluşu sorgulama pek çok bireyde intihar düşüncesi ile var olsa da eyleme geçme ve ölme arzusu yaşamsal dinamikleri sebebiyle dikkatle üzerinde durulması gereken bir husustur. Zir a intihar düşüncesiyle ilgili toplum araştırmaları, ergenlerin %24'ünün hayatlarının bir noktasında intihar düşünceleri yaşadığını göstermiştir (Van Heeringen, 2001). Bu oran genel popülasyon ile karşılaştırdığında ciddi riskleri barındırıyor olmasının yanında düşünceden eyleme geçiş ihtimallerinin tespitine dair çalışmaların gerçekleştirilmesi ihtiyacı doğmaktadır. İntihar davranışında risk faktörlerinin tanımlanarak çözümlenmesi ve müdahale edilebilmesi açısından çeşitli yaklaşımlar olsa da Akışkan Savunmasızlık Teorisi (Fluid vulnerability theory)'ne değinmekte yarar vardır. Söz konusu teori intihar davranışını tetikleyici faktörlerin şiddetine, süresine etki eden değişkenlerin doğası bakımından akışkan olduğunu ve bireyin intihar davranışına karşı savunmasızlığının değişken olduğunu; ancak yine de risk faktörlerinin tanımlanabilir ve ölçülebilir olduğunu belirterek risk faktörlerini kronik ve akut olarak ikiye ayırmaktadır. Kronik risk faktörleri bireyde daha kalıcı karakterolojik yönlere değinirken akut riskler ise bazı tanımlanabilir yönleriyle veya uzun süreler boyunca devam eden, intihara meyilli durumlarda meylin süresi, şiddet, sıklığına dair risk epizotlarının başlangıcı olarak tanımlanabilir (Rudd, 2006). Birçok açıdan söz konusu tespit güçlükler içerse dahi belli başlı risk faktörlerinin belirlenmesi ve buna dair risk haritalarının oluşturulması ile intiharı önleme programlarının oluşturulması hayatın kutsiyeti ve korunması açısından önem arz etmektedir. Bu bağlamda intihar davranışında temel olarak ele alınabilecek risk faktörleri ve intihar davranışından koruyucu faktörler üzerinde durulacaktır.

2.4.1 Demografik faktörler

Bireyin doğuştan sahip olduğu özelliklerin yanı sıra sonradan edindiği, kaybettiği, geliştirdiği faktörler intihar davranışı için kimi zaman koruyucu iken kimi zaman intihar davranış riskini arttırıcı olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.3.1.1. Cinsiyet ve cinsel yönelim

İntihar davranışı üzerine gerçekleştirilen küresel ve ulusal bazlı çalışma cinsiyet faktörüne dair benzer sonuçlara değinmektedir. Dünya üzerinde birçok ülkede erkek intiharları kadın intihar oranlarından yüksektir (Canetto, 2008). Bu oranlar Asya ülkelerinde birbirine yakın oranlarda olup tüm dünya intiharlarının üçte birini oluşturan Çin'de özellikle kırsal alanda daha yoğun olan kadın intiharları dikkat çekmektedir (Beautrais, 2006). Ülkemiz verilerine bakıldığında tamamlanmış intihar oranlarında %77,1 erkek, %22,9 kadın intiharı söz konusudur (TUİK, 2019). Sayar ve arkadaşlarının (2000) ergen bireylerle yaptığı çalışmada kadın intihar girişim oranı erkeklerden 6 kat yüksek çıkmıştır (Sayar vd., 2000). Bu oranlar dünya istatistikleri ile benzerlik göstermektedir.

Homoseksüel, biseksüel ve trans bireylerin intihar davranışı da dahil olmak üzere kötü sonuçlara karşı özellikle savunmasız olduğunu göstermektedir. Ülkemizde intihar girişimi bulunan transseksüel bireyler ile gerçekleştirilen bir çalışmada ötekileştirilmeye maruz kalan LGBTİ+ bireylerin toplumdaki nefret söylemi ve ötekileştirme başta olmak üzere geniş bir sosyal alan ağını etkilediği ve bu olumsuz etkinin intihar davranışı riskini arttırdığı aktarılmaktadır (Karimova, 2019). Cinsel yönelim intihar düşüncesi ve girişimlerindeki değişkenliğin yalnızca küçük bir bölümünü oluşturuyor olsa dahi heteroseksüel bireyler ile karşılaştırıldığında homoseksüel bireylerde intihar düşüncesi ve girişimi oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Eisenberg & Resnick, 2006). Genel popülasyonda belirtilen risk faktörlerinin LGBT gençlerde intihar düşüncesi ve kendine zarar verme olasılığını yüksek düzeyde yordadığı anlaşılmaktadır (Liu & Mustanski, 2012). 15-24 yaş arası 17016 ergen ile

gerçekleştirilen çalışmada LGB katılımcıların son 12 ayda intihar düşüncesi ve intihar girişimlerinin genel prevalansının heteroseksüel gençlerden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Lian vd., 2015).

Kimi dönemler intihar oranlarında bölgesel farklılaşmalar dolayısıyla cinsiyet bağlamında değişim yaratabilmektedir. Bu farklılaşmayı yaşayan merkezlerden biri de Batman ilidir. 90lı yıllarda Batman ilinde yaşanan intiharların %75'ini kadınların oluşturması (Oto vd., 2001) ile Batman ili verileri ulusal ve uluslararası literatürden farklılaşmış, söz konusu ile dair yoğun akademik çalışmalar yürütülmüştür (AAKB, 2000a; AAKB, 2000b; Akdaş, 2006; Aksoy, 2000; BBB, 2001; BİJK, 2006; Bağlı, 2004; Cılga, 2002; Deniz vd., 2001; Oto vd., 2004; Sayıl, 2004). Batman iline dair güncel veriler gerek kaba intihar hızı gerekse de cinsiyete bağlı intihar davranışı açısından farklılaşmanın olmadığını göstermektedir (TUİK, 2019).

İntihar girişimlerine dair ise sistemli bir kayıt söz konusu olmadığından intihar girişiminde cinsiyet farklılaşmasına literatürdeki çalışmalar üzerinden bakmak sağlıklı olacaktır. Güncel saha araştırmalarına bakıldığında Muğla ilinde intihar girişimlerinde bulunanların %65'inin (Kıymet vd., 2020); Ankara ilinde %45,1'inin (Tatlı vd., 2020); Siirt ilinde %70,6'sının (Teğin, 2014); Batman ilinde ise %74-83,4'nün kadın olduğu görülmektedir (Kurt & Araç, 2018; Ocakoğlu vd., 2020).

2.3.1.2. Yaş

İntihar davranışında yaş faktörüne bakıldığında bilhassa gençlerin risk grubunu oluşturduğu görülmektedir. TUİK verilerine bakıldığında tüm intihar vakalarının Türkiye toplamında %21,4'ünü; Batman ili özelinde ise %58,8'ini 15-24 yaş grubu oluşturmaktadır (TUİK, 2019). Sayıl ve arkadaşları (1993) tarafından Ankara'da gerçekleştirilen bir çalışmada intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuran vakaların %57,5'ni 15-25 yaş grubunun olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada 14-24 yaş grubunun problem çözme becerileri bakımından diğer yaş gruplarına göre daha düşük; öfke, saldırganlık ve dürtüsellik puanlarının ise daha

yüksek olduğu ve yine aynı grupta intihar riskinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Batıgün-Durak & Şahin, 2003). Öte yandan gerçekleştirilen diğer çalışmalara bakıldığında 15-24 yaş intihar girişiminin tüm vakaların %57,1-65,4 (Kurt & Araç, 2018; Teğin, 2014); 18-24 yaş grubunda tüm vakaların %45,7-54,9 (Ocakoğlu vd., 2020; Saraçoğlu vd., 2014); 15-29 yaş grubunda tüm vakaların %66,9 (Kıymet vd., 2020); 25 yaş ve altı yaş grubunda tüm vakaların %70,8'ini (İpek vd., 2022) oluşturduğu saptanmıştır. Söz konusu yaş grubu aynı zamanda ergenlik döneminin yaşandığı çocuk bedeninden yetişkinliğe geçiş aşaması ve bu dönemin beraberinde getirdiği problematiklerle birlikte görüldüğünden intihar girişimleri kapsamında genç nüfus risk grubunu oluşturmaktadır.

2.3.1.3. Medeni durum

İntihar davranışında medeni duruma dair literatür taramasında TUİK verileri evli grubun (%48,4) bekar gruptan (%37,1) daha yüksek oranlarda intihar davranışında bulunduğunu göstermektedir. Fakat bunun yanında intihar davranışında bekar olmanın risk etmeni olduğu; evli bireylerde ise intihar davranışının daha düşük yoğunlukta olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Ankara'da yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların %65'inin bekar, %30'nun evli olduğu bulgulanmıştır (Sayıl, 2000). Bekar ve yalnız yaşayan bireylerde ve bilhassa bekar, yalnız yaşayan erkeklerde daha yüksek olduğu (Alptekin, 2009; İçli, 2013; Köse, 2018; Saraçoğlu vd., 2014); erkekler için evli olmanın intihar davranışına karşı koruyucu bir faktör olduğu ve bununla birlikte erken yaşta evlilik ve boşanmaların, eş kayıplarının intihar davranışında risk faktörü olarak karşımıza çıktığı görülmektedir (Devrimci-Özgüven, 2008; Tunca, 2017; Yeğenoğlu, 2015). Kurt ve Araç (2018)'ın Batman ilinde gerçekleştirdiği çalışmada 15-24 yaş arası evli kadınların intihar davranışının erkeklere oranla daha yüksek olduğu ve evliliğin zorlayıcı bir unsur olarak deneyimlendiği görülmektedir (Kurt & Araç, 2018). Fakat yine TUİK verilerine göre evli erkeklerde intihar oranları tüm erkek intiharlarının %50'sini oluşturmaktadır (TUİK, 2019). Tüm bu bilgiler, saha araştırmaları ve resmi

istatistikler arasında farklılaşmaların olduğunu göstermekle birlikte, bölgesel olarak medeni durumun etki alanı ve düzeyinin de değişebildiğini göstermektedir. Toplumsal ve kültürel farklardan ötürü evlilik, ayrılık, eş kaybı veya bekar olmak farklı şekillerde deneyimlenebilmekte veya toplumsal baskıya maruziyet artabilmektedir. Cılga (2002)'ya göre kadının evlilik sürecinde eşini seçme hakkının bulunmaması, eşi ile yaşamaktansa geniş aile ile yaşantılanan evlilik çeşitli sorunları beraberinde getirmekte olup kadın intihar davranışında tetikleyici olabilmektedir.

2.3.1.4. Eğitim durumu

Türkiye'de yapılan çalışmalar eğitim düzeyinin intihar davranışı riskini barındırdığını belirtmektedir. Çalışmalara göre eğitim düzeyinin temel, alt düzey veya sınırlı bir eğitimin olduğu, okula devam edilmediği veya eğitim başarısının düşük olduğu bireylerde intihar davranışı riskinin arttığı bildirilmektedir (Gözden, 2013; Karaoğlu, 2016; Saraçoğlu vd., 2014; Şener & Şenol, 1996; Yıldız-Bozdoğan, 2013). 15-24 yaş grubuyla yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan grubun bulunmayan gruba göre daha düşük eğitim seviyesi, düzenli çalışma ve okula devam oranlarının olduğu bulgulanmıştır (Güleç & Aksaray, 2006).

2.3.1.5. Meslek ve çalışma durumu

Türkiye istatistiklerine bakıldığında sosyoekonomik seviyenin intihar davranışı üzerinde yordayıcı bir etkisinin olduğu; alt, orta ve üst sosyoekonomik gruplarda intihar davranışının farklı oranlarda görüldüğü gözlemlenmiştir.

Ekonomik olarak bağımlı olan öğrenci, işsiz, ev hanımı gruplarında ve düşük sosyoekonomik seviyeye sahip bireylerde intihar davranışının daha sık göründüğü (Çelebi, 2017; Yıldız-Bozdoğan, 2013), işsiz bireylerde intihar riskinin topluma kıyasla 3 kat fazla olduğu (Kozatepe, 2015), tüm intihar davranışlarının %62,4-65,6'sında belirgin bir iş ve çalışma durumunun olmadığı tespit edilmiştir (Cemiloğlu, 2021; Saraçoğlu vd., 2014). Aynı zamanda ekonomik kriz zamanlarında (Devrimci-Özgüven, 2008) ve algılanan ekonomik

baskının artmasıyla intihar riskinin arttığı belirtilmiştir (Karaoğlu, 2016). Türkiye'de bireylerin intihar kararlarının enflasyon ve gelir düzeyin başat olduğu ekonomik etkenlere daha duyarlı olduğu, ailevî sıkıntıların ise ikinci sırada yer aldığı vurgulanmıştır (Varol, 2019).

Her ne kadar alt sosyoekonomik seviyeye (SES) vurgu yapılan çalışmalar olsa da orta veya üst SES'e sahip grupları içine alarak açıklamada bulunan araştırmalar da mevcuttur. Aktepe ve arkadaşları (2006) intihar davranışında bulunanların %72,4'ünün orta ve alt SES'e sahip olduğunu; İçli (2015) orta sınıfta düşük, alt ve üst sınıflarda daha yüksek intihar oranı olduğunu; Gözden (2013) ise çalışmasında katılımcıların %82'sinin orta SES'e sahip olduğunu bulgulamıştır.

Söz konusu çalışmalardaki veriler birbirinden farklılaşsa da risk grubunda görece stabil kalan değişken alt SES'li bireylerin daha sık intihar davranışında bulunduğu yönündedir.

2.3.1.6. Psikiyatrik faktörler

Psikiyatrik bozuklukların ruhsal iyilik haline etkileri ve fizyolojik etkileri göz önünde bulundurulduğunda intihar davranışında bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple psikiyatrik değerlendirme gerçekleştirilirken intihar riskinin de değerlendirmesi ve sürecin bir parçası olarak ele alınması önemlidir.

İntihar davranışında bulunan bireylerde ruhsal bozuklukların kronik ve ağır seyretmesi intihar riskini ve intihara dair ciddiyeti arttırmaktadır (Yeğenoğlu, 2015). İntihar girişiminde bulunan bireylerin %17,6-37,7'sinde ruhsal bozukluk olduğu, psikoterapi veya daha önce psikiyatrik ilaç tedavisi gördüğü saptamıştır (Gökçen & Köylü, 2011; Saraçoğlu vd., 2014; Teğin, 2014; Yüksel, 2016). Özellikle genç bireylerde şiddet eğilimi, dürtüsellik intihar riskini 20 kat artırırken, erişkin bireylerde daha çok sosyal içe çekilme, çekingenlik, umutsuzluk ve anksiyete intihara yol açmaktadır (Puşuroğlu, 2016). Benzer bir çalışmada 14-24 yaş grubunun problem çözme becerilerinin yetersiz, agresif davranışlarının ve dürtüselliğinin yoğun olması

durumunda bireyin intihar davranışı açısından risk barındırdığı belirtilmektedir (Batıgün-Durak & Şahin, 2003).

İspanya'da 10 yıllık süre içinde izlenen intihar girişimli 361 vakanın %30'unda duygudurum bozukluğuna, %24'ünde kişilik bozuklukları ve %12'sinde psikotik bozukluğa rastlanmıştır (Alberdi-Sudupe vd., 2011). İntihar girişimi sonrası psikiyatri polikliniğine yatırılan hastalar üzerinde yapılan çalışmada hastalar arasında en sık tanıların %24,7 oranıyla psikoz, ardından %24 oranı ile bipolar bozukluk olduğu bulgulanmıştır (Arslan-Çelik, 2018). İsveç'te 10 yıllık süre içerisinde intihar girişimi sebebiyle hastaneye başvuran 39.685 kişi üzerinde yapılan benzer bir çalışmada en yüksek riskin kadınlarda %42, erkeklerde %64 oranıyla bipolar ve unipolar bozukluk; ardından kadınlarda %54, erkeklerde %56 oranıyla şizofreni, ardından depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Tidemalm vd., 2008). İntihar girişimi olan şizofreni hastalarına dair gerçekleştirilen bir çalışmada intihar düşüncesi, depresyon düzeyi ve umutsuzluk düzeyleri intihar girişim öyküsü olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Kayapınar-Aylak, 2016). Başka bir çalışmada intihar girişimli bireylerin %47'sinin depresyon tanısı aldığı bulgulanmıştır (Aşılıoğlu vd., 2009). Majör depresif bozukluk tanısı bulunan 150 vaka ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise vakaların %30'unda intihar girişimi olduğu ve ¼ oranında kadınların daha fazla girişimde bulunduğu tespit edilmiştir (Yıldız-Bozdoğan, 2013).

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin, intihar girişiminde bulunmayan ergenlere göre duygudurum bozukluğuna sahip olma olasılığının yedi kattan fazla olduğu ve popülasyonun sırasıyla duygudurum (%80) madde kötüye kullanımı (%50) ve anksiyete bozukluğuna (%45) sahip olduğu bulgulanmıştır (Pfeffer, ve diğerleri, 1991). Alkol ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu intihar girişim yaygınlığı %21-42 oranlarında olduğu saptanmıştır (Oquendo vd., 2010). Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada katılımcılarının %33,3'ünün hayatı boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu; intihar davranışının

umutsuzluk, intihar düşüncesi ve anksiyete düzeyiyle ilişkili olduğu ve psikososyal işlevselliği olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Akkoyun, 2016). Öte yandan 16-21 yaş arası 105 ergenle yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların %29'unda depresyon tanısına rastlanmıştır (Gözden, 2013). Bu bağlamda majör depresyon ve bipolar bozukluk dolayısıyla gerçekleşen intihar davranışının toplumdaki genel ölüm oranından 15-20 kat daha fazla olduğu (Yüksel, 2001) ve bipolar hastaların intihar olasılıklarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Adıgüzel, 2018).

Madde kullanımı ve intihar düşünceleri arasında karşılıklı bir ilişki olduğu; alkol ve madde kötüye kullanımı olan bireylerin intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranları yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Bakım vd., 2007). Madde kullanımına dair yapılan bir çalışmada intihar davranışında bulunan bireylerin %68,2'sinin geçmiş intihar öyküsünün bulunduğu ve ilk madde kullanım yaşının 15 olduğu bulgulanmıştır (Evren vd., 2003). Madde kullanım yoluyla intihar davranışında bulunan bireylerle yapılan bir başka çalışmada %33,4 oranında psikiyatrik hastalığa rastlanmıştır (Ceylan, 2019). İntihara bağlı ölümler neticesinde gerçekleştirilen analizlerde %22'sinde alkol; %20'sinde opiyatlar; %10,2'sinde esrar; %4,6'sında kokain ve %3,4'ünde amfetamin tespit edilmiştir (Wilcox vd., 2004). Ayrıca uyuşturucu madde kullanan bireylerde içe kapanıklık, depresif duygudurum ve düşük benlik saygısının intihar düşüncelerini en yordayıcı değişkenler olduğu; bununla birlikte intihar düşüncesi ve madde kullanımı değişkenlerinden hangisinin diğeri üzerinde daha yoğun bir etkisi olduğu tartışma konusu olsa da ilişkisellik söz konusudur (Görgülü, 2017).

KZVD ve intihar davranışı ilişkisine bakıldığında 20 yıllık süre içinde KZVD bulunan 11583 vaka ile gerçekleştirilen bir çalışmada intihar davranışı beklenenden 17 kat yüksek bulunmuştur (Hawton vd., 2006). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada intihar girişiminde bulunan olguların %56'sında KZVD bulunduğu saptanmıştır (Yıldız-Bozdoğan, 2013). Ayrıca KZVD, borderline kişilik bozukluğu (BKB) için DSM tanı kriterlerinden biri ve temel

karakteristik özelliği olup genel popülasyona oranla 50 kat daha yüksek oranda intihar riski barındırmaktadır (Skodol vd., 2002). Tunç (2016)'un gerçekleştirdiği çalışmada BKB tanılı grubun kendine zarar verme, dürtüsellik, çocukluk çağı travması, depresyon ve intihar davranış puanları tanılı olmayan gruptan farklılaştığı ve tanının belirtilen değişkenleri yordadığı bulgulanmıştır.

2.3.1.7. İntihar öyküsü

İntihar girişiminde bulunmuş bireyin geçmiş dönemde ciddi veya ciddi olmayan herhangi bir niyet ve motivasyon ile gerçekleştirdiği intihar davranışı, bir sonraki intihar girişimi ve bunla bağlantılı olarak ölüm riskini ciddi oranda arttırmaktadır. İntihar girişimi ölümcül olmayan ve şiddet içermeyen bir girişim olsa dahi gelecekteki intihar davranışının en iyi ve belirgin göstergesidir. Denemelerin tekrarı intihar riskini daha da artırmaktadır (Hulten vd., 2001). Herhangi bir yöntemle daha önceden gerçekleştirilen intihar girişiminin intihar riskini 38 kat arttırdığı ve bu riskin psikiyatrik bozukluk temelli riskten daha yüksek bir oranda olduğu belirtmektedir (Tunca, 2017). Ayrıca geçmiş intihar davranışı öyküsü psikiyatrik semptomlar üzerinde de etkili olabilmektedir. Önceden intihar girişiminde bulunmuş bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerine bakıldığında intihar öyküsü bulunmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek çıktığı saptanmıştır (Çelebi, 2017).

İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin hastane yatışları sonrası taburcu olduktan sonraki ilk bir yıl içerisinde %12'sinin tekrar intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır sonrası (Kelley vd.,1996). Benzer bir çalışmada 1490 kişilik bir intihar girişimli grubun incelenmesi neticesinde vakaların %5,4'ünün bir sonraki intihar davranışında veya bir yıllık süre içerisinde intihar ederek öldüğünü; bu tekrarlı girişim sonrası ölen grubun tamamlanmış intiharların %60'ını oluşturduğu belirtilmektedir (Bostwick vd., 2016). Tüm intiharların %19-25'ini daha önce intihar girişimlerinin olduğu, intihar girişimde bulunan kişilerin %20-60'ının girişimlerini yinelediği; %7-25'inin bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 1 yıl içinde

gerçekleştirdiği; en riskli dönemin intihar girişiminden sonraki ilk üç ay olduğu aktarılmaktadır (Dieserud vd., 2010; Alptekin ve Duyan, 2012; Harrington, 2001; Hulten vd., 2001; Olfson vd., 2017; Uçan, 2006). Nitekim ergen bireylerle yapılan bir çalışmada intihar girişimi sonrası 3 aylık bir takip değerlendirmesinde, ergenlerin %45'i intihar düşüncesinin devam ettiğini ve %12'si tekrar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir (Spirito vd., 2003).

Gözden (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada intihar girişimi olan ergen bireylerin %66'sında intihar öyküsünün bulunduğu; bu grubun %26'sının 3 veya daha fazla kez girişimde bulunduğu saptanmıştır. Çoklu intihar girişiminde bulunan ergen bireylerin %24,6'sının tekrar girişimde bulunduğu belirtilmiştir (Hulten vd., 2001). 2-3 kez intihar girişimi olan hastaların intihar olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür (Adıgüzel, 2018). İntihar girişimi olan ergenlerin %20-25'inde intihar öyküsü bulunduğu tespit edilmiştir (Çalık, 2017; Yüksel, 2016). İntihar girişiminin tamamlanmış intihar için düşünülenden daha ölümcül bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Bancroft ve Marsack (1977) tekrarlayan intihar girişimlerini tekrarlı zorlantılara maruz kalan bireyin alışılmış bir başa çıkma yöntemi olarak girişimlerde bulunması; bireyin belli bir zaman dilimi içinde dönemsel olarak maruz kaldığı zorlantılar sonucu kısa sürede iki veya daha fazla girişimde bulunması; kriz durumlarında bir defa geçekleşen girişimler olarak üç gruba ayırmıştır.

Literatür taramasında da görüldüğü üzere intihar riski için tekrarlayan intihar girişimleri önemli bir risk faktörü olarak ele alınması gereken bir değişken olup tekrarın en önemli bağımsız ön gördürücülerden olduğunu göstermektedir.

2.3.1.8. Suç Öyküsü

İntihar davranışında risk faktörü olarak suç öyküsünün ele alındığı nadir çalışma mevcuttur. Suç öyküsü içerisinde fail veya mağdur konumunda bulunmanın intihar davranışı üzerindeki etkileri araştırılması gereken hususlardandır.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde Kocaeli ilinde erkek hükümlüler ile gerçekleştirilen bir çalışmada hükümlülerin %97'sinin intihar olasılıklarının orta ve yüksek riskli düzeyde olduğu saptanmıştır (Yaman, 2016). İntihar girişimi sebebiyle hastaneye yatış gerçekleştirilen intihar girişimli hastalarla gerçekleştirilen çalışmada ise hastaların %18,8'i tutuklu olduğu ve tutuklu olan hastaların ilk intihar girişim yaşı tutuklu olmayan gruba göre düşüktür (Arslan-Çelik, 2018). Diğer bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunan katılımcıların %8,3'ünün kendisinde %47,5'inin ise ailesinde çeşitli kategorilerde suç öyküsünün bulunduğu yönünde olduğu görülmüştür (İpek vd., 2022).

Suç eylemine ilişkin kişilik bozuklukları, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kullanımı ile ilişkili literatürde çalışmalara rastlamak mümkündür. Kendisinde suç öyküsü bulunan bireylerin %67-70'inde aynı zamanda psikiyatrik bir tanının da olduğu görülmektedir (Güler, 2003; İpek vd., 2022; Kaya vd., 2004). Sokakta yaşayan çocuklara dair gerçekleştirilen çalışmada suç işleyenlerde kendine zarar verme riskinin işlemeyen çocuklara göre 3 kat, madde kullanımı olanların kendine zarar verme riskinin 6 kat yüksek olduğu tespit edilmiştir (Aksoy & Ögel, 2005). Ayrıca mahpusların büyük çoğunluğunun cezaevine girmeden önce uyuşturucu madde kullanımının olduğu psikiyatrik tanısı bulunan kendine zarar verme davranışları bulunan tutuklu ve hükümlülerin intihar olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Görgülü & Tutarel-Kışlak, 2014; Yaman, 2016). Tutuklu hastalarda ateşli silah ve asının diğer intihar yöntemlerinden daha yüksek oranda görüldüğü ile intihar davranışında bulunan tutukluların şiddet, saldırganlık oranlarıyla anlamlı düzeyde yüksek çıktığı ve daha ölümcül yöntemler kullanarak intihar davranışı sergilediği bulgulanmıştır (Arslan-Çelik, 2018).

İşsizliğin suç oranları ve intihar davranışıyla ilişkisini inceleyen çalışmalarda genç işsizliğinin söz konusu grupta beden ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği, bu sebeple suç ve intihar oranlarında artış gösterdiği, toplumsal yapıyı tehdit edici davranışların yaygınlaştığı

görülmüştür (Adak, 2010; Rakauskiene & Ranceva, 2014). Ayrıca suç öyküsü sebebiyle bireyler etiketlendiği için kanuni cezasını tamamlamış olsa dahi dışlanma, iş bulma, evlenme gibi toplumsal yaşama dair alanlarda sosyal izolasyona doğrudan veya dolaylı olarak itilebilmektedir. Bu bağlamda bireyde toplum karşıtı davranışların, ruh sağlığı sorunlarının ve intihar davranışının görülme riski mevcuttur.

2.4.2 Çevresel faktörler

Ergenlerdeki intihar davranışı bireysel ve genetik faktörlerin yanı sıra çevresel etmenlerin şekillendirdiği ve etkilerinin önemli boyutlara ulaşabildiği bir alanı kapsamaktadır. Özellikle ergenlik süreci akran ilişkileri, okul hayatı ve sosyal ve siber alanda kurulan ilişkiler ergen hayatının ve kimlik oluşumunun da bir parçasıdır. Bu bağlamda ergenlerdeki intihar davranışı, yetişkin veya yaşlı intiharlarından karakteristik olarak farklılık göstermekte olup olgunlaşma evresi zorlukları, dürtüsellik ve kişilerarası ilişki sorunlarıyla yakından ilişkilidir (Sukhawaha vd., 2016). Birey yaşadığı stres yaratan durumlar karşısında yeterli olduğu kanaatinde değilse ve çaresizlik hisleri eşlik ediyorsa intihar açısından riskli olarak değerlendirilmektedir (Karaoğlu, 2016). Ayrıca ergenlik süreci deneyimi olarak gençler sıkıntı ve stres yaratan durumları ebeveynleri ile paylaşmaktan çok arkadaşlarıyla (%74,50) paylaşmaktadır (Demir vd., 2005). Tüm bu bilgiler ışığında ergen intiharlarında risk faktörü olarak çevresel etmenlerin irdelenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

2.3.4.1. Zorbalığa maruz kalma

Ergenlik dönemi aile ile bağların sorgulandığı bu bağların yerini kalabalık ergen gruplar ile yeni ve güçlü bağların aldığı bir dönemdir. Bu dönemde ergen, akran grupları tarafından kabul görmek, bir gruba dahil olmak, birlikte hareket etmek isteyebilmekte ve akran grubunun yasası, toplum yasasından daha bağlayıcı olabilmekte ve daha baskın şekilde kabul görebilmektedir. Bu bağlamda akranlarla kurulan ilişkinin niteliği önemli bir yer tutmaktadır.

Zorbalık, fail ve mağdur arasında güç dengesizliğinin olduğu kasıtlı ve tekrarlı gerçekleştirilen eyleme maruz kalan bireyde hasara ve strese yol açan saldırgan davranışlardan oluşmaktadır (Kara & Kaçar, 2017). Zorbalık ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen mevcut araştırmalar, çocuk ve ergenler arasında zorbalığın yaygın bir sorun olarak görüldüğünü ve bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini göstermektedir. Yapılan araştırmalar okul çağı çocuklarının %20-50'sinin herhangi bir zorbalık türüne maruz kalarak ya da zorbalıkta bulunarak zorbalıkla ilişkilendiğini (Erdur-Baker & Kavşut, 2007; Gökler, 2009; Nansel vd., 2001; Pişkin, 2005) ve zorbalık deneyimlerine sahip bireylerde intihar davranışı ve KZVD riskinin arttığını bulgulamıştır (Winsper vd., 2012). 8778 Çinli ergen birey ile gerçekleştirilen bir çalışmada akran ilişkilerinin eksikliği ve zorbalık mağduru olma gibi akran ilişkilerindeki belirli sorunların intihar düşüncesi ve girişimleriyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu (Cui vd., 2011) ve hem zorbaların hem de zorbalığa uğrayanların, zorbalıkla ilişkilenmeyen akranlarından daha zayıf psikososyal işlevsellik sergilediğini saptamıştır (Klomek & Gould, 2014). ABD'de ergenlerle yapılan bir çalışmada zorbalıkla ilişkilenen öğrencilerin ilişkilenmeyenlere göre bir yıl içerisinde intiharı ciddi olarak düşünme veya teşebbüste bulunduklarını bildirme oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Hepburn vd., 2012). Zorbalıktaki etkinin cinsiyetler arası farklılığına bakıldığında erkek bireylerde zorbalığın sık görüldüğü durumlarda; kadınlarda ise zorbalık nadiren dahi olsa görüldüğü durumlarda depresyonla ilişki saptanmıştır (Klomek & Gould, 2014).

Zorbalık ve akran mağduriyetinin, ergenler üzerinde intihar davranışı açısından riski arttırıcı bir etki gösterdiği; zorbalık ile sosyal ilişkilerin niteliği, yalnızlık, psikopatolojiler, demografik özellikler ilişkisinin ise ayrıca ele alınması gereken hususlar olduğu görülmektedir.

2.3.4.2. Medya etkisi

Televizyon, internet, gazete gibi yazılı ve görsel medya araçları toplumu bilgilendirirken intihar davranışı üzerinde çok boyutlu bir etkiye sahiptir. Bu etkiler bir dizi

riski ve koruyucu unsuru bünyesinde barındırmaktadır. Medyanın bu çift yönlü etkisi toplum nazarında olumsuz normlara dönüşebileceği gibi sağaltıcı bir ortam oluşturma açısından da büyük potansiyele sahiptir (Palabıyıkoğlu, 1994).

Kitle iletişim araçları aracılığıyla sunulan haberlerin intihar etmeye meyilli olan bireylerde kimi zaman yönlendirici etkileri dolayısıyla bu haberlere maruz kalan bireylerin intihar davranışı sergiledikleri görülmektedir (Yağdıran, 2019). Toplumun intihar olgusuna yaklaşımını, değer yargılarını ve eğilimlerini şekillendirmekte (Duman, 2019) olan medya bilginin doğru ve sağlıklı kanallar aracılığıyla sunulup sunulmadığı fark etmeksizin çok hızlı yayılabilmesi kontrol edilebilirliğini zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda medya, intihara dair yöntem gösterme, uygulama sunma, intiharı teşvik ve özendirme, toplumca tanınır bireylerin intiharlarını sunma gibi pek çok halk sağlığını olumsuz etkileyecek içerik sunumlarıyla bireylerin intihar davranışında doğrudan veya dolaylı bir şekilde sorumlu olduğu tartışmaktadır (Yağdıran, 2019). Medya çalışanlarının intiharı haber yaparken halkın "bilme hakkı"nı zarar verme riskine karşı dengeleyerek dikkatli olmaları gerekmektedir (DSÖ & IASP, 2017). Nitekim ülke yasalarınca intiharın özendirilmemesi yönünde medya organlarının sorumluluklarını bildiren bir dizi kanuni düzenleme mevcuttur. Fakat medya uygulamalarına bakıldığında kanuni düzenlemeler ve etik ihlallerin ciddi boyutlarda olduğu; intihar içerikli haberlerin merak uyandırıcı, dikkat çekici, yönlendirici, cezbedici, romantize edici, yüceltici bir haber dili kullanıldığı; müntehirin yakınlarını örseleyici; müntehirin kimlik bilgileri, ev adresi, fotoğrafı, olay yeri, yöntemi gibi ayrıntıların yer aldığı; metin içeriğinde sıklıkla "intihar" ifadesinin geçtiği; kimi zaman kullandığı psikiyatrik ilacın isminin dahi verildiği görülmektedir (Cengiz, 2009; Duman, 2019; Güler & Altın, 2013). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında haber sitelerinin %93,9'unun başlığında "intihar" kelimesinin geçtiği ve %48,7-74'ünde intiharın bir sebep ile açıklandığı, çözüm yolu olarak sunulduğu ve romantize edildiği; %70,4'ünde intiharın gerçekleştiği yerin açıkça belirtildiği saptanmıştır

(Güler & Altın, 2013; İlhan vd., 2019). Başka bir medya araştırması ise medya unsurlarının %40'ının intihara dair yönlendirici içerik sunumu yaptığını göstermektedir (Sakarya vd., 2013). Reklam gelirleri ile varlığını sürdüren medya izlenebilirlik, sayfa görüntülemesi, tıklanma sayısı adına olguya dair bilgileri izin almaksızın ve kaynak göstermeksizin kullanabildiği anlaşılmaktadır (Yağdıran, 2019). Ayrıca haber metninin sonunda önleyici rolü basitçe vurgulanan intihar davranışına dair bu tarz düşüncelerle başa çıkma veya yardım istenebilecek kurumlara dair iletişim bilgilerinin dahi verilmediği görülmektedir (Cengiz, 2009).

Sosyal medya ayrıca kişilerin kolaylıkla kimlik bilgilerini saklayabildikleri bir alan olması hasebiyle kullanıcılarını mağdur edebilecek dolandırıcılık, siber zorbalık, terör, mahremiyetin ihlali ve intihar gibi pek çok toplumsal düzeni bozucu ve etkileyici durumların meydana gelmesine sebep olabilmektedir (Yağdıran, 2019). Bilhassa sosyal medya üzerinden maruz kalınan zorbalık ile birey kişisel bilgilerinin, görüntülerinin ifşası gibi durumlar sebebiyle siber zorbalığa maruz kalmaktadır. Medyanın yadsınamaz gücü olumsuz etkileriyle bireysel ve toplumsal zorbalığa yol açabilecek tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir. Gerek intihar davranışında bulunan birey gerekse de ailesi çeşitli zorluklarla mücadele etmek durumunda kalabilmektedir. Bu bağlamda önceki bölümlerde de ele alınan 90lı yıllarda dönemsel olarak ulusal ve uluslararası literatürden farklılaşan Batman ili verileri bugün normal bir seyir izlese dahi söz konusu ilde gerçekleşen her intihar olayı sansasyonel bir içerik sunumlarıyla medyada yer almakta ve "İntiharlar Kenti Batman", "Kadınlar Hala Ölüyor", "Batman'da Yine Bir İntihar", "Batman'da Şüpheli Kadın İntiharları Yeniden Arttı" başlıkları ile bireyler, aileler ve şehir etiketlenmekte ve tedirginliğe yol açmakta iken ulusal bazda yanlış ve yönlendirilmiş algı ve önyargılara sebep olabilmektedir (İpek vd., 2022).

İntiharı önlemede veya zayıflatmada önemli bir rol oynayabileceği göz önünde bulundurulduğunda medyanın kırılgan gruplar üzerindeki etkisi hassasiyetle incelenmelidir. Zira haberin ayrıntılandırıldığı, sansasyonelleştirildiği, intiharla ilgili yaygın olarak kabul

edilen mitleri tasvip edip tekrarladığı durumlarda medyadaki intihar haberlerini takiben bilhassa kırılgan grupta taklitçi davranışlarda bulunma riski artmaktadır (DSÖ & IASP, 2017). Birey yaşamına son veren insanlarla çok güçlü bir biçimde özdeşim kurabilmekte ve benzer bir eylemi gerçekleştirebilmektedir. İntiharın medyada sunumuyla birlikte toplumda artan intihar olayları 'Werther etkisi' ile tanımlanmaktadır. Goethe'nin "Genç Werther'in Acıları" isimli kitabında Werther, karşılıksız aşk ve reddedilme sebebiyle kendisini vurarak yaşamına son vermektedir. Avrupa'daki pek çok genç insanın söz konusu kitap dolayısıyla aynı yöntem kullanarak intihar ettiğine inanılmaktadır (Schmidtke vd., 2005). İntihar eden kişiyle özdeşleşme sonucu olarak görülen intiharlara dair veriler, söz konusu tanıma uygun şekilde içeriğin romantikleştirildiği veya dramatize edildiği durumlarda artan sayıda intiharın varlığını desteklemektedir (Sudak & Sudak, 2005). Kırılgan gruba dair yapıcı seçenekler işaret edilmedikçe intihar bir çözüm yolu olarak örneği ile varlığını sürdürmektedir (Schmidtke vd., 2005). Ayrıca sosyal medya kimi zaman intihar davranışı haberinin müntehir tarafından yayınlandığı bir mecra olarak kullanılmaktadır. Başta Facebook ve Instagram olmak üzere bireylerin canlı yayınlar veya gönderiler aracılığıyla intiharlarını paylaştıkları görülmektedir (Yağdıran, 2019). Bu bağlamda intihar davranışı ünlü ve tanınır biri olmanın yanı sıra intihar kurbanını tanıyan veya medya aracılığıyla bu davranıştan haberdar olanları benzer bir eylemi gerçekleştirmeye yönlendirebilmektedir (Schmidtke vd., 2005).

Dünyanın farklı yerlerinde taklit ve model alma yoluyla gerçekleşen intiharlara dair önlem almak amacıyla gazetelerde yer alan intihar haberleri yasaklanmışsa da ilerleyen süreçte bu yasak ciddi tartışmalara yol açmış, bunun bir çözüm yolu olmadığı kanaatine varılmıştır (Palabıyıkoğlu, 1994). Günümüze gelindiğinde ise medyanın hukuksal düzenlemeler ve etik ilkeler ile koruyucu etkisine yoğunlaşılmaktadır. Mozart'ın operasındaki Papageno karakterinden alarak medyanın koruyucu etkisini açıklamak üzerine "Papageno etkisi" bilim literatüründe yer almıştır(DSÖ & IASP, 2017). Bu etkiyi bir eğitim aracı olarak medyanın

toplumda intiharı önleme konusundaki içerik çalışmalarının yanı sıra online alanlarda ve standardize edilmiş yaklaşımlar ile intihar davranışı riski bulunan veya bu yolla yakınını kaybetmiş bireylerle dayanışma, psikolojik destek ve sağlıklı bilgi alma yolları sunulmaktadır. Bu bağlamda dünya üzerinde milyonlarca kullanıcısı olan başta "Facebook" olmak üzere sosyal medya platformları intihar davranışı için çeşitli önlemler almaya başlamıştır (Yağdıran, 2019). Koruyucu bir rol üstlenen web sitelerine bakıldığında %51,7'si Avrupa kökenli olup %85'i ruh sağlığı ve intiharı önleme dernekleri tarafından hazırlanmıştır. Site yöneticilerinin %69,5'i alana dair eğitim almış ve danışmanlık hizmeti sunan gönüllülerden oluşmaktadır. Web sitelerinin %76,2'si "Facebook" başta olmak üzere sosyal medya uygulamaları ile bağlantılı olduğu görülmektedir (Şen-Tepe, 2019). Robinson ve arkadaşları (2015) intiharı önlemek için tasarlanmış sosyal medya sitelerini araştırmış ve sosyal medyayı potansiyel intihar riski taşıyan kişilere ulaşma veya tespit etme yeteneği açısından incelemiştir. İnceleme neticesinde çevrimiçi olarak yayınlanan intihar düşüncelerine sitedeki diğer kullanıcılar tarafından müdahale edilmesini ve intihar girişiminin önlenmesini sağladığı; söz konusu sitelerde deneyimlerin paylaşılması ve karşılıklı destekleşmenin yanı sıra yargılanmamak koruyucu bir unsur oluşturmuştur (Robinson vd., 2015). Türkçe arama yapan kullanıcıların erişim sağlayabilecekleri sitelere bakıldığında tüm internet sitelerin %13'ünün koruyucu rolünün olduğu; intihara özgü içerik oluşturan sitelerin ise %13,3'ünün koruyucu, %62,1'inin yönlendirici olduğu bulgulanmıştır (Sakarya vd., 2013). Dünya istatistikleri ile karşılaştırıldığında medyanın koruyucu unsur oranlarının çok düşük, yönlendiricilik açısından ise ciddi riskleri barındırdığı görülmektedir.

İntiharı önleme eylemlerinin medyanın eğitici, öğretici ve yönlendirici olan baskın yönleri göz önünde bulundurularak medyanın intihar haberciliği noktasında hayati öneme sahip sorumluluğu ideal boyutlarda üstlenmesi gerekmektedir. Habere içeriğinde yer alan intihar olaylarının %35,5'inin 12-22 yaş aralığında olması ve söz konusu grubun ayrıca risk grubunu

oluşturması da düşünüldüğünde olguların haberleştirilmesinde sorumlu gazetecilik ilkelerine riayet edilmesi gerekmektedir (İlhan vd., 2019). Bu doğrultuda DSÖ ve IASP ortak çalışması sonucunda intiharla ilgili sorumlu habercilik ilkelerini tanımlamıştır. Medyanın medya sınırlarını bilerek kişisel veriler, yöntem, sebepler, yönlendirici ifadelerden uzak durarak halkı intihar ve önlenmesi konusunda eğitmeye yardımcı olmalıdır. İntihar riski taşıyanları alternatif eylemlere teşvik edebilecek ve umutlu bir diyalog kurabilecek, olumsuz koşullarda yardım aramayı ve stresli yaşam koşulları ile olumlu başa çıkma yöntemlerini gösteren çalışmaları sunmalıdır. İntiharla ilgili basında çıkan haberlerde, her zaman, tercihen 7/24 hizmet veren tanınmış intihar önleme hizmetlerinden bahsetmeli ve nereden yardım alınacağına dair bilgiler yer almalıdır (DSÖ & IASP, 2017). Ülkemizdeki hukuksal yaklaşıma bakıldığında intihara dair haberlere ilişkin 5187 sayılı Basın Kanunu Madde 20 intihar, cinsel saldırı ve cinayet olaylarının sunumunda habercilik sınırlarını aşan ve bu haberlere maruz kalan kitleyi özendirebilecek nitelikte olan yazılı ve görsel yayımı gerçekleştirenler hakkında cezai işlemler söz konusudur. Ayrıca Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi gereğince yalnızca kamuoyunun bilgilendirilmesi amacıyla özendirici veya intihar davranışını öğretici ayrıntılara, görsel malzemeye yer verilmeden intihar haberinin yapılabileceği belirtilmiştir (TGC, 2019).

2.4.3 Aile temelli faktörler

2.3.4.3. Aile yapısı ve ilişkileri

Aile, bireyin yetiştiği; ruhsal yapısını, sosyal ilişkilerini, hayata karşı duruşunu şekillendiren; zorluklara karşı baş ediş repertuarını edindiği önemli dinamik bir alandır. Aile ortamının dengeli, olumlu ve destekleyici olarak algılandığı durumlarda birey, karşılaştığı zorluklarla daha kolay başa çıkabilmektedir. Buna bağlı olarak intihar düşüncesi ve davranışı daha az görülmektedir (Eskin, 2012). Ailedeki çocuk sayısı, ailenin ekonomik durumu, anne ve babanın birliktelik durumu, aile bireylerinin uygun rollerde bulunması vb. pek çok faktörün

olumlu, dengeli ve destekleyici olarak belirtilen aile modeli içerisinde yetişmenin zahmetli yanlarını da ortaya koymaktadır.

Aile içi sorunlar, ergen intihar davranışı riskini artırmaktadır. Ergen intihar girişimleriyle ilgili aile işleyişinin boyutları net olarak tanımlanmamışsa da yapılan saha çalışmalarında intihar davranışında tetikleyici olarak belirtilen faktörler genellikle aile temelli sorunlara işaret etmektedir. TUİK verilerine göre aile içi sorunlar ikinci sıradaki intihar sebebi olarak görülmektedir (TUİK, 2019). Aile ortamının olumsuz işlevleri, ailedeki depresif özellikler, intihar girişimini takiben ergenlerde hem devam eden intihar düşüncesini hem yeniden girişimleri hem de KZVD ile ilişkili bulunmuştur (Spirito vd., 2003). İntihar girişimi öyküsü olan ergenlerin, intihar girişimi olmayan hastalardan daha düşük anne ve baba bağlılığının yanı sıra daha düşük aile uyumuna sahip oldukları bulgulanmıştır (Sheftall vd., 2013). Aynı zamanda intihara meyilli ergenlerin ailelerini değişime uyum sağlamakta zorlanan, problem çözmede zayıf ve krize yatkın olarak algıladıkları görülmektedir (Adams vd., 1994).

Aile sistemi içerisinde problem çözme ve iletişim sorunları, uygun olmayan roller ve aile üyelerinin birbirlerine yönelik tutumlarındaki olumsuzluklar intihar düşüncelerini en iyi yordayan değişkenler olarak bulgulanmıştır (Görgülü, 2017). Ailenin zorluklarla başa çıkma esnekliği ve aile üyelerinin duygusal bağları, intihar girişimi olan ergenler tarafından daha düşük olarak derecelendirilmiştir ve bu derecelendirmeler ebeveyne bağlanma ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Sheftall vd., 2013). Benzer şekilde intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarının birliktelik durumlarına bakıldığında boşanma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Onat, 2016). İntihar girişimi olan ergenlerin olmayan gruba göre daha fazla sıkıntı, aile işlev bozukluğu, uyumsuz ve sağlıksız aile dinamiği bildirdiği görülmüştür. Ayrıca algılanan aile işleyişi ve anne-ergen ilişkileri, üvey ebeveynle yaşam, depresyon, umutsuzluk ve benlik saygısı düzeyleriyle anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (Adams vd., 1994; King vd., 1993; Sukhawaha vd., 2016).

Bireyin çocuk sayısının fazla olmasının intihar düşüncelerini ve intihar girişimini azalttığını gösteren bir çalışmada yaşamı sürdürme sebeplerinden biri olarak çocuk sahibi olmanın umutsuzluk ve yalnızlık hislerini azaltarak intiharda koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (Yıldız-Bozdoğan, 2013). Kardeş sayısı bağlamında bakıldığında ise intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin %74,2'sinin 2-4 çocuklu ailelere sahip olduğu gösterilmiştir (Aktepe vd., 2006). Bu durum hem sosyal destek açısından geniş bağlara hem de aile içerisinde görülememe gibi olumlu ve olumsuz sonuçlar barındıran bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Zira intihar girişiminde bulunmuş bireylerin %62'si sosyal desteklerinin olmadığını ifade etmektedir (Yıldız-Bozdoğan, 2013) ve sosyal destek ağlarının baş etme mekanizması olarak kullanılması depresyon ve umutsuzlukla daha kolay baş edebilmeyi sağladığı önemli koruyucu faktör oluşturduğu, tedavi sürecinin başarılı bir şekilde devam etmesini sağladığı görülmektedir (Adıgüzel, 2018; Batıgün, 2008; Eskin, 2012).

2.3.4.4. Ebeveyn psikopatolojisi ve intihar öyküsü

Literatürde intiharın ailesel geçişi üzerine yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. İntihar davranışının genetik geçişi, sosyal öğrenme ve taklit, sevilen nesneye kavuşma ve yüceltme gibi çeşitli anlamları barındırabilecek bir olguya dair gerçekleştirilen literatür çalışmalarında anlamlı düzeyde ilişkili bulunmaktadır.

Aile işlevlerinde sorun olan ve bilhassa annelerinde psikopatoloji saptanan ergenlerin intihar riski açısından değerlendirilmesi esnasında dikkatli olunması ve gerekirse ailenin de tedavi sürecine dahil edilmesi oldukça önemlidir (Dinç vd., 2018). Ergen intiharı üzerine yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %53,2-55,6'sinin ailesinde ruhsal bozukluk (Arslan-Çelik, 2018; Houston vd., 2001), %4-25,9'inin ailesinde intihar girişimi öyküsü saptanmıştır (Aktepe vd., 2006; Çalık, 2017; Evren vd., 2003; Gökçen & Köylü, 2011; Houston vd., 2001; Sayım, 2019; Teğin, 2014; Yıldız-Bozdoğan, 2013).

İntihar davranışında bulunan ergenlerin birinci derece akrabalarında intihar davranışı normal popülasyona göre 2-6 kat daha fazla görülmektedir (Brent, 2008). Birinci derece akrabalar arasında ailede intihar davranışı öyküsü olan bireylerin, olmayanlara göre daha fazla intihar girişiminde bulunduğu, daha dürtüsel ve daha saldırgan oldukları için daha sık intihar davranışında bulundukları ifade edilmektedir (Lizardi vd., 2009). Ayrıca intihara meyilli ergenlerin anneleri, normal karşılaştırmalı ergenlerin annelerine göre daha yaygın ve daha şiddetli psikiyatrik semptomatoloji; babaları ise daha fazla depresif belirti bildirmiştir (King vd., 1993). Ayrıca aile bireylerini intihar sonucu kaybeden veya aile bireylerinden birinin intihar girişiminde bulunduğu bireylerle yapılan bir çalışmada ise kadın katılımcıların erkeklere kıyasla TSSB puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulgulanmıştır (Köskün, 2019).

2.5. İntiharın Yapısal Özellikleri

2.5.1. İntihar eyleminin anlamı ve tetikleyici faktörler

İntihar davranışına dair anlamlılık ve tetikleyici faktörler kültürel, coğrafik, cinsiyet veya yaş gibi demografik özellikler çerçevesinde farklılıklar göstermektedir. Lester (2013)'a göre intiharın anlamı bir kültürde kaçma arzusu bir başka kültürde kendini cezalandırma arzusu ile ilişkili olabilmektedir. Kimi zaman ise birey duyulmama, tanınmama veya bilhassa ergen grupta duygularını sözlü olarak ifade etme güçlüğü sebebiyle sözsüz bir edim olarak intihar davranışında bulunabilmektedir. Bireyler sıkıntı ve stres yaratan durumlar, yolunda gitmeyen süreçler ya da ailelerinden ve toplumdan ihtiyaç duydukları ve görmek istedikleri ilgiyi, anlayışı ya da sevgiyi görmediklerini göstermek için uygunsuz davranışlar benimseyebilmektedir (Simões vd., 2021). İmkânsız görülen durumdan bir süreliğine kaçmak için veya birini ne kadar sevdiklerini göstermek için de bireyler intihar davranışında bulunabilmektedir (Jacobson vd., 2013). Fakat intihar davranışının anlamı her zaman açık bir şekilde görülemeyebilmektedir. Bilhassa intihar davranışı sonucu hayatını kaybeden bireylerde ardında intihar mektubu veya notu, videosu vb bırakmadıysa intiharın tetikleyicisi ve anlamı öğrenilememektedir.

Cemiloğlu(2021) tarafından İl Jandarma Komutanlığı'na ait 2006-2019 verileri incelenmiş olup intiharların %75'inin anlamı veya tetikleyicisinin belirlenememiş olduğu aktarılmıştır.

Literatür incelemesine bakıldığında bireylerin intihar davranışında temel tetikleyicilerin genel olarak ilişkisel problemler olduğu görülmektedir. Ergenler sırasıyla aile ile ilişkili sorunlar, duygusal ilişkiye dair sorunlar, okul sorunları/akranlarla yaşanan sorunlar en sık bildirilen tetikleyiciler olarak yer almaktadır. Bununla birlikte intiharın anlamına bakıldığında ise kötü ruh halinden kurtulmak/rahatlamak, sorunlu durum(lar)dan bir süreliğine kaçma, hayatın anlamsızlığı, ölme arzusu gibi açıklamalarda bulunulduğu görülmektedir (Aşılıoğlu vd., 2009; Boergers vd., 1998; Dieserud vd., 2010; Gökçen & Köylü, 2011; Jacobson vd., 2013; Simões vd., 2021).

2.5.2. İntihar davranışının niteliği

2.5.2.1. Seçilen yöntem ve ciddiyet

İntihar davranışında seçilen yöntem intihar davranışının ciddiyeti, motivasyonu, şiddeti hakkında bir dizi bilgi sunmaktadır. Yönteme dair edinilen bilgiler, ulusal bazda düzenlemeler ile belirli araçların mevcudiyetinin kısıtlanması, yönteme özgü intihar oranlarında düşüş sağlayabilmekte ve genel intihar oranlarını azaltabilmektedir. Nishimura ve arkadaşları (1999) intihar yöntemlerine yönelik araştırmaların bu bağlamda umut verici olduğunu intihar yöntemlerine erişimde zorlukların oranları da azaltacağını belirtmektedir.

Literatürde 160 intihar yöntemi tariflendirilmektedir (Bulut vd., 2012). İntihar yöntemine dair gerçekleştirilen çalışmalar yöntemin ölümcüllüğünü ölçmek; cinsiyet ve yaşın yönteme özgü vaka ölümleriyle ilişkisini incelemek; yönteme özel vaka ölümlerinde zaman içindeki değişiklikleri ölçmek üzerinedir (Alnour & Harrison, 2008). İntihar şiddet içeren ve şiddet içermeyen intihar olarak ayrılabilmektedir. Şiddet içeren yöntemler daha ölümcül olarak addedilmektedir. Yüksek dozda ilaç içme, gaz, alkol-madde alımı gibi yöntemler şiddet

içermeyen; ateşli silahla yaralama, kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme, delici, kesici aletlerle yaralama gibi yöntemler ise şiddet içeren; boğulma ve zehirlenme daha az şiddet içeren intihar grubunda kabul edilir (Bayramoğlu vd., 2015; Tüzer vd., 1995). Şiddet içeren yöntemlerin kullanılmasının daha agresif yöntemlerle intihar girişimlerini tekrarlanma ve intihar etme riskini arttırdığı vurgulanmaktadır (Hulten vd., 2001). İlaç zehirlenmesi, bıçaklama ve diğer kimyasal zehirlenmeler, diğer intihar yöntemlerine kıyasla nispeten ölümcül olmayan olarak değerlendirilmekte ve intihar girişiminde bulunanların yaklaşık %70'nin nispeten ölümcül olmayan yöntemler kullandığı, intiharı tamamlayanların ise neredeyse tamamının ölümcül yöntemler kullandığı vurgulanmaktadır (Lim vd., 2014).

Dünyadaki toplam intiharların yaklaşık %60'nın gerçekleştiği Asya kıtasında yöntemler kömür gazı, kendini yakma, yerel bitki zehirleri ve yüksek yerlerden atlama olarak belirlenmiştir (Wu vd., 2012). Amerika'da her iki cinsiyet için de psikiyatrik ilaç kullananlarda zehirlenerek intihar etme olasılığı önemli ölçüde daha yüksek olduğu (Callanan & Davis, 2012); Hindistan'da intihar vakalarının zehirlemeden sonra ası yöntemini kullandığı (Bastia & Kar, 2009; Kanchan vd., 2009), Çin'de ise fare zehri veya zirai ilaçların kullanıldığı (Wu vd., 2012) bulgulanmıştır. Letonya, Estonya, Litvanya, Romanya, Polonya gibi Doğu Avrupa'da baskın intihar yöntemi ası iken Arjantin, İsviçre ve Uruguay'da ateşli silahla intihar en yaygın yöntemdir (Bayramoğlu vd., 2015).

İntihar girişimi ve tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan intihar yöntemler birbirinden farklılaşmaktadır. Kore'de intihar girişiminde her iki cinsiyetin de sık olarak yüksek doz ilaç alımı veya kesi yöntemini kullandığı (Hur vd., 2008), başka bir çalışmada ise intihar girişiminde yüksek doz ilaç alımı iken tamamlanmış intiharlarda asının kullanıldığı (Lim vd., 2014); Japonya'da en sık tamamlanmış intihar yöntemi ası iken intihar girişimi yöntemi kendini kesme/yaralamanın kullanıldığı saptanmıştır (Nishimura vd., 1999). Cinsiyet bağlamında

değerlendirildiğinde erkeklerin daha ölümcül yöntemler kullandığı ve tamamlanmış intihar oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (Callanan & Davis, 2012; Lim vd., 2014).

Türkiye'de en sık kullanılan intihar yöntemleri TUİK verilerine göre %47,8 oranı ile ası, ardından %27,5 oranı ile ateşli silah kullanmak suretiyle intihardır (TUİK, 2019). İntihar girişimlerinde ise en sık kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımıdır (Aktepe vd., 2006; Aşılıoğlu vd., 2009; Onat, 2016; Teğin, 2014; Yıldız-Bozdoğan, 2013).

Yöntem seçiminde ciddiyet veya niyet -yani eylemde bulunan bireyin ölmeyi ne ölçüde istediğine ilişkin öznel yargısı- yol gösterici olmakla birlikte motivasyon, dürtüsel eylemlilik, eylem sırasında pişmanlık ve eylemi durdurma hususları da önem arz etmektedir. Dürtüsellik düzeyinin artmasının intihar düşüncelerini eyleme geçirme olasılığını da arttırdığı düşünülmektedir (Tunca, 2017). İntihar girişimine dair bir anlık öfke ile eyleme geçtiğini ifade eden ergenlerin dürtüsel girişimde bulundukları değerlendirilmekte olup ergenlerin %30'unun intihar eylemlerinin dürtüsel olduğu ve %59-86'ünün intihar planı yapmadıkları saptanmıştır (Çalık, 2017; Gözden, 2013; Onat, 2016). Yapılan bir çalışmada dürtüsel ve planlı intihar girişimli ergen iki grup karşılaştırılmış olup planlı grubun intihar yöntemi olarak daha şiddet içeren yöntemler kullandıkları ve %50 oranında intihar öyküsünün olduğu; bu oranının dürtüsel grupta %17 olduğu bulgulanmıştır (Sayım, 2019). Fakat bilhassa dürtüsel bir eylem olarak gerçekleşebilecek olan intihar eylemi için intihar aracına kolay ulaşım risk arttırıcı ve şiddet içeren yöntemlere meylettirtici bir faktördür. Gençlerin ani bir kararla harekete geçerek intihar davranışında bulundukları durumlarda intihar yöntemi en kolay ulaşılabilir yöntem ve materyalleri içermektedir (CDC, 2017). Batman ilinde yapılan bir araştırma sonucunda intihar davranışı sergileyen bireylerin aileleriyle sağlanan görüşmelerde %46 oranında hane içerisinde ateşli silah bulundurulduğu ve intihar yöntemi olarak ateşli silah kullanımının seçildiği görüşmüş olup araca kolay erişim ile intihar yönteminin seçilmesi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Oto vd., 2004).

Ergen bireylerde girişimin ciddiyetine dair bir çalışmada olguların %75'i ölmek istediğini ve eylemden dolayı pişmanlık duymadığını belirtmiştir (Yüksel, 2016). Fakat bununla birlikte başka iki çalışmada intihar girişimi sonrası ergenlerdeki pişmanlık oranı %66-71 bulunmuştur (Çalık, 2017; İpek vd., 2022). Pişmanlık kavramının da tanımlanması bu konuda önemlidir. Bireyin pişmanlığı intihar davranışında bulunması, eylemin olumsuz sonuçlanması ile girişim boyutunda kalması ya da eylem dolayısıyla toplumsal bir baskı veya etiketlemeye maruz kalması dolayısıyla olabilir. Bu noktada intihar davranışını gerçekleştirdiği süre içerisinde bireyin çevresini doğrudan veya dolaylı yollardan haberdar etmesini de eylem sırasındaki pişmanlık ve yardım talebi olarak değerlendirmek mümkündür. Bu konuda yapılan bir çalışmada ergenlerin %38'inin eylemi çevresindekilere söylediğini ortaya koymuştur (Çalık, 2017).

2.5.2.2. İntihar girişimi sonrası yaşantı

İntihar girişimi sonrası birey çeşitli duygu, düşünce ve eylemlilikte bulunabilmektedir. Bunları gerçekleştirirken intihar davranışına dair sürecin ciddi etkileri görülmektedir. Bireyin hayatında intihar davranışı bir dizi değişiklikler yaratabilmektedir. Bu değişiklikler kimi zaman müteşebbis tarafından olumlu kimi zaman olumsuz algılanmakta kimi zaman ise herhangi bir değişiklik hissedilmemektedir. İntihar davranışı sürecini travmatik bir deneyim olarak algılayan bireylerde olumsuz birçok fiziksel, sosyal veya psikolojik sonuç görülebilmektedir. Önceki bölümlerde de ele alındığı üzere vakaların intihar girişimi sonrası ilk bir yıl içerisinde tekrarlayan intihar girişimlerinde bulunabilmektedir. Gerçekleştirilen bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin %25'inin çevresinde kendilerine destek olabilecek birilerinin olmadığı ve %59,4'ünün intihar davranışı sonrası yardım aradıkları görülmüştür (Onat, 2016). İntihar girişimi sonrası bireysel müdahalelerle hastaneye başvuru yapılmaksızın işleyen süreçlerin yanında hastane başvuruları gerçekleşebilmekte ve vakalara intihar yöntemine ve ciddiyetine bağlı olarak çeşitli tıbbi müdahalelerde bulunulabilmektedir. Bununla birlikte daha

önce intihar girişiminde bulunan gençlere yönelik ilk kez intihar girişiminde bulunanlara kıyasla genel olarak önemli ölçüde daha yüksek bir bakım sonrası bakım önerildiği bildirilmektedir (Hulten vd., 2001). Bu bağlamda intihar girişimi sonrası tıbbi desteğin gerekliliği kadar sosyal ve duygusal desteğin de önemli olduğu görülmektedir.

Travmatik olarak addedilebilecek olan intihar girişimi olumlu etkilere de sebep olabilmektedir. Olumsuz olayların olumlu etkisi olasılığına çok daha az ilgi gösterilmişse de davranış sonucu algılanan fayda da önemli bir yer tutmaktadır. Benlik algısında, kişilerarası ilişkilerde veya yaşam felsefesinde olumlu değişiklikler de görülebilmektedir (Tedeschi & Calhoun, 1996). Ayrıca kişilerarası davranışları teşvik etmek için tasarlanmış temel psikoeğitimsel müdahaleler de olumlu sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırabilmektedir (Levi-Belz, 2021). Leigh (2000)'a göre bir yara iyileşebilir ve bir zamanlar yaralanan vücut kısmı daha da güçlenebilmektedir. Ne klinik ne de araştırma ortamlarında yaygın olmasa dahi iyileştirilmiş ilişkiler, kişinin yaşamı için yeni olanaklar, bir kişisel güç duygusu, küçük şeylere daha fazla değer verme ve ruhsal veya varoluşsal gelişimin sağlanması gibi anlamlar da taşıyabilmektedir. Kayıplardan veya oluşuz olaylardan değerli kazanımlar elde etme durumu travma sonrası büyüme kavramı ile açıklanmaktadır (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tüm bu bilgiler ışığında intihar davranışından sonraki ilk bir yıllık sürecin birey için ciddi riskleri barındırdığı, tıbbi ve psikolojik destek hizmetleri ile vaka takibinin önemli olduğu, bununla birlikte sosyal destek mekanizmasının güçlendirilmesinin koruyucu bir rol üstlenebileceği; bireyin hayatında intihar davranışı sonrası kendisinin olumlu veya olumsuz olarak nitelendirebileceği değişikliklerin olabileceği anlaşılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya dair örneklem özellikleri, araştırmanın deseni, yöntem, veri toplama ve ölçüm araçları olarak Demografik Bilgi Formu, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33) Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (DASS 21)'na yönelik betimleyici ve istatistiki bilgiler ele alınacaktır. Söz konusu araştırmaya dair İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı 09/12/2020 tarih ve 86288 sayılı yazısı ile Etik Kurul Onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için aynı zamanda Batman Cumhuriyet Başsavcılığı 19.01.2021 tarih ve 2021/ 451 muhabere no'lu onayı ile intihar girişimi verilerine erişim sağlanmıştır.

3.1. Örneklem Seçimi

Araştırmanın ulaşılabilir evreni Batman ilinde 2019-2021 yılları arasında intihar girişiminde bulunarak resmi kayıtlara geçen 15-25 yaş arası bireylerden oluşmaktadır. Evrene ulaşabilmek adına intihar girişimi sebebiyle Batman İl Emniyet Müdürlüğü kayıtlarında yer alan 15-25 yaş arası vakaların listesi edinilmiş olup 165 intihar girişimli bireye ulaşılmaya çalışılmıştır. Fakat söz konusu listedeki bireylerin bir kısmına çeşitli sebeplerle ulaşılamamıştır. Listede yer alan 56 bireyin iletişim bilgisi kaydının olmadığı veya verilen iletişim numarası üzerinden gerçekleştirilen araştırmaya davet aramalarında telefon numarasının kullanılmadığı bilgisi; 12 bireyin artık Batman'da ikamet etmediğini bildirmesi; 10 bireyin listede girişim

olarak belirtilse de vefat ettiği; 6 katılımcının ise kendileri reşit olsa dahi verilen iletişim bilgisi ebeveyn veya akraba telefon numarası olması dolayısıyla doğrudan intihar davranışının reddedilerek görüşmeye mahal verecek bir durumun olmadığını belirtmeleri üzerine Batman ilinde ikamet eden, iletişim bilgileri doğrulanan toplam 81 intihar girişimli 15-25 yaş arası bireyle telefon üzerinden görüşme sağlanmış, araştırmaya davet edilmiştir. İlgili listede yer alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 48 birey araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. İntihar girişiminde bulunmuş bireylerle gerçekleştirilen görüşmelerin yanı sıra söz konusu grubun yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi demografik değişkenler açısından benzer özellikleri bulunan ve Batman ilinde ikamet eden 15-25 yaş grubu gönüllü bireyler araştırmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Bu sebeple gruplar arasında cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma ve ebeveyn durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Örneklem olasılık temelli olmayacak şekilde araştırma amaçlarına uygun şekilde amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan 4 katılımcının görüşmeler esnasında son iki yıl içerisinde intihar girişiminde bulunduğu öğrenilmiş olup intihar girişimli grup özelliklerini taşımaları hasebiyle söz konusu gruba dahil edilmişlerdir. Sonuç olarak araştırmanın örneklemi 52 intihar girişimli ve 52 intihar öyküsü bulunmayan toplam 104 katılımcı (%26,9 Erkek; %73,1 Kadın) dahil edilerek oluşturulmuştur.

3.2. Araştırma Deseni

Araştırma amacına göre uygulamalı bir araştırma olup var olan yaşantıdaki sorunlara çözüm bulmak amacıyla geçmiş bilgilere yenilerinin katılması ve geliştirilmesinin sağlanarak yararın artırılması hedefiyle yürütülmüştür. Ortamına göre saha çalışması olarak tasarlanan araştırma, yöntemine göre açıklayıcıdır. Değişkenler arasındaki ilişkisel bağları aktarmayı amaçlanarak betimsel ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma yöntem ve teknikler bakımından niceliksel bir desenle oluşturulmuştur.

3.3. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

Araştırmaya katılmayı kabul eden örneklem grubuna Demografik Bilgi Formu, KZVDDE, CTQ-33 ve DASS 21 form, envanter ve ölçekleri uygulanmıştır. Her bir katılımcı uygulama öncesinde belirlenen randevuya gelerek çocuk katılımcılar için Bilgilendirilmiş Çocuk Gönüllü Onam Formu ve kendisine eşlik eden velisi için Bilgilendirilmiş Vasi/Veli Gönüllü Onam Formu; 18 yaşından büyük katılımcılar için ise Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nun onaylanması ile uygulama başlatılmıştır. Araştırmada kullanılan envanter ve ölçekler Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren araştırmacılardan gerekli izinler alınarak kullanılmıştır.

Araştırmanın ilk aşamasında Demografik Bilgi Formu bireysel görüşme formatında uygulanmış, ikinci aşamada ise ilgili envanter ve ölçekler katılımcı tarafından doldurulmuştur. Katılımcı tarafından doldurulan envanter ve ölçeklerde araştırmacı hazır bulunmuş, yönergede anlaşılmayan kısımlara veya katılımcı tarafından gelen sorulara yanıt verilmiştir. Araştırma konusu ruhsal veya fiziksel sağlığı tehdit edici unsurlar barındırmasa da katılımcıların minimal düzeyde dahi olsa geçmiş yaşantılarında deneyimlemiş olabilecekleri travmatik öykülerin uygulama esnasında canlanabileceği veya ruhsal olarak etkilenebilme ihtimali göz önünde bulundurulmuştur. Bu risk faktörünün elimine edilebilmesi adına araştırmacı uygulama başlamadan risk faktörlerini katılımcıya bildirmiş olup uygulama süresince araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıyı duygusal stres kontrolünün sağlanabilmesi adına gözlemlemiştir. Aynı zamanda katılımcıya yaşanacak olumsuz durumlar neticesinde sağaltım görevini üstlendiğini de taahhüt etmiştir. Araştırma intihar girişimli grupta ortalama 45 dakika, intihar girişimi bulunmayan grupta ortalama 15 dakika sürmüştür.

6698 sayılı KVKK referans alınarak araştırma yürütülmüştür. Bu bağlamda her bir katılımcı için ayrı kod alan form, envanter ve ölçekler sayesinde gizlilik ihlali sağlanmadan veriler Bilgilendirilmiş Onam Formu'nda da belirtildiği üzere saklı tutulan veriler 3 yıl

içerisinde teknolojik yöntemlerle kullanılamayacak ve geri döndürülemeyecek şekilde karartma yöntemi kullanılarak kâğıt imha makinasına atılacak olup geri birleştirmenin mümkün olmayacağı şekilde küçük parçalara bölünerek imha edilecektir.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda katılımcıya dair adli, psikolojik ve sosyal yönlerden bilgi edinimi sağlanmıştır. 36 sorudan oluşan form 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm her iki grubun da dahil edildiği 1-18. Sorulardan oluşmaktayken 2. Bölüm yalnızca intihar girişimli bireylere uygulanmıştır. İlk bölümde katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve çalışma durumu, hakkında koruyucu ve önleyici tedbir kararlarının uygulanma durumu, sigara, alkol ve madde kullanımı, kişisel ve ailede psikiyatrik öykü, suç öyküsü, sosyoekonomik durum gibi temel tanımlayıcı sorular sorulmuştur. İkinci bölümde ise intihar davranışına dair betimleyici bilgilerin edinilmesi hedeflenerek intihar öyküsü, yöntemi, araç temini, davranışın gerçekleştiği zaman ve mekân, eylemdeki ciddiyet, eylem tetikleyicileri, anlamı, daha önce intihar davranışını hangi kanallardan öğrendiği, sosyal destek inancı, intihar düşüncelerinin devamlığı ve ruhsal tedavi/destek mekanizmalarından faydalanma durumu ele alınmıştır.

3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilen envanter KZVD kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Envanter iki bölümden oluşmakta olup ilk bölümde davranışlar, davranışların sıklığı ve yapısal özellikleri; ikinci bölümde ise davranışların otonom ve sosyal işlevleri üzerine ölçüm yapılmaktadır. İkinci bölüm “hiç uygun değil-0”, “kısmen uygun-1”, “çok uygun-2” şeklinde üçlü likert tarzda toplam 39 maddeden oluşmaktadır. Otonom işlevler affekt regülasyonu, özkıyımı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Sosyal işlevler ise kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma,

dayanıklılık, özerklik ve kendiyle ilgilenme olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Her alt boyuta dair 3 soru ile değerlendirme sağlanmaktadır. Envanterin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Bildik ve arkadaşları tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiş olup Cronbach alpha değeri 0,79; Otonom İşlevler puanı için 0,81, Sosyal İşlevler puanı için 0,86 olduğu görülmektedir (Bildik vd., 2013). Bu çalışmada gerçekleştirilen güvenirlik analizi sonucunda Cronbach alfa değerinin 0,90 çıktığı saptanmıştır.

3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında beş faktörlü geliştirilen ölçek çocukluk ve ergenlik döneminde yaşantılanan ihmal ve fiziksel, duygusal, cinsel istismarına dair beş alt puan ve bu puanların toplamından oluşan sonuç ile ölçülmektedir (Bernstein vd., 1994). Şar (1996) tarafından Türkçe uyarlaması gerçekleştirilen ölçeğin revize Türkçe geçerlik ve güvenlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından 28 madde olarak düzenlenmiştir (Şar vd., 2012). 2020 yılında yine Şar ve arkadaşları tarafından ölçeğin gözden geçirilmiş ve genişletilmiş Türkçe versiyonunu CTQ-33 adıyla yayımlamış olup; 33 maddeden oluşan ölçek fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve aşırı koruma-kontrol olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha değerinin 0,87; alt boyutlarda ise 0,77-0,90 arasında olduğu görülmektedir (Şar vd., 2020). İhmal ve istismar yaşantıları retrospektif bir biçimde taranmakta olup “Hiçbir Zaman (1) Nadiren (2) Kimi Zaman (3) Sık Olarak (4) Çok Sık (5)” şeklinde beşli likert formda sunulmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar alt boyut puanları ve toplam puan olarak hesaplanmakta ve elde edilen puanlar yükselmesi ÇÇT yaşantı sıklığını vurgulamaktadır. Bu çalışmada gerçekleştirilen güvenirlik analizleri sonucunda Cronbach alfa değerinin 0,91 çıktığı saptanmıştır.

3.3.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (DASS 21)

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen dörtlü likert tipi ölçek 14 depresyon, 14 anksiyete ve 14 stres boyutlarından oluşmakta olup; kaynaklara daha hızlı, etkin ulaşım ve zamanın daha nitelikli kullanılabilmesi adına yedişer maddeden oluşan ölçek kısa formu 21 maddeden oluşmaktadır. "Hiç Uygun Değil (0) Biraz Uygun (1) Genellikle Uygun (2) Tamamen Uygun (4)" şeklinde dörtlü likert formda sunulmakta olup ölçekten elde edilen puanlar yükseldikçe depresyon, anksiyete ve stres semptomlarının arttığını göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Yılmaz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Güvenirlik değerlerine bakıldığında boyutlara dair Cronbach Alfa değerleri 0,75-0,82 arasında; boyutlara dair faktör yük Omega değerlerinin ise 0,76-0,82 arasında olduğu görülmektedir (Yılmaz vd., 2017). Bu çalışmada gerçekleştirilen güvenirlik analizi sonucunda Cronbach alfa değerinin 0,90 çıktığı saptanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows Version 26.0 programı aracılığı ile verilerin analizi sağlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek özellikleri dikkate alınarak ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları hesaplanmıştır. Örneklemin özelliklerine yönelik nitel değişkenler frekans, oran, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Ortalamaların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Test, oranların karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare Analizi, Fisher's Exact Test, Kolmogorov Smirnov; değişkenler arasında bağıntı saptamak için Spearman's rho Korelasyon ve çoklu regresyon uygulanmıştır.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk testi ile incelenmiş olup verilerin normal dağılmadığı bulgulanmıştır ($p<,05$; çarpıklık ve basıklık değerleri>1,5) (Tabachnick & Fidell, 2013). Bu sebeple araştırmada non-parametrik testlerden faydalanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Bağımsız örneklemler için intihar girişimi olan ve olmayan grup karşılaştırılmalarında Mann Whitney U testi; başta demografik özellikler olmak üzere

kategorik/nitel değişkenlerin karşılaştırmasında Ki-Kare ve Fisher Exact test, Kolmogorov Smirnov; ölçek puanlarından elde edilen bulguların ilişkisinde Spearman's rho Korelasyon ve çoklu regresyon kullanılarak bulgular incelenmiştir. Çalışmanın bağımsız değişkenleri olan çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışları, depresyon ve anksiyete düzeyi ile bağımlı değişken olan intihar davranışı arasındaki ilişki durumu ele alınmıştır. Araştırma bulguları minimum %95 güven aralığı ile ve 0,05 anlamlılık düzeyi ile değerlendirmeye alınmıştır.

3.5. Sınırlılıklar

Araştırmanın literatüre katkılarının yanı sıra yürütülmesi sırasında bir dizi sınırlılıkla karşılaşmıştır. Örneklem özelliklerine bakıldığında intihar girişiminde bulunmuş 15-25 yaş grubu bireyler edinilen iletişim bilgileri üzerinden aranarak araştırmaya gönüllü bir katılım sağlamaları koşulu ile dahil edilmiştir. Fakat bilindiği üzere hastane kayıtları veya direkt emniyet birimlerine gerçekleştirilen ihbar neticesinde bireyin intihar davranışı sonrasında kolluk kuvvetlerince eylemin herhangi bir baskı, teşvik, yönlendirme sonucu olup olmadığı veyahut hangi gerekçeler doğrultusunda gerçekleştirildiği üzerine failin ifadesi alınmaktadır. Alınan ifadelerde kayıtlara geçmek üzere bireyin kendisi veya bir yakınının numarasının verilmesi istenmektedir. Fakat bireyin doğrudan kendi numarasını bildirmemiş olması durumlarında intihar girişimli bireye doğrudan ulaşım sağlanamamış, genellikle ifadeye eşlik eden aile bireyi olan babaya ait numara emniyet kayıtlarına geçmiştir. Kimi zaman ise iletişim bilgisi aile bireyleri dışında bir akrabaya da ait olabilmektedir. Bu durum intihar girişiminde bulunmuş bireye doğrudan erişim sağlayarak ilk görüşmeyi kendisiyle yapma imkanını kısıtlamıştır. Bu ilk görüşmede intihar girişiminde bulunmuş bireye araştırmaya katılım sağlamak isteyip istemediğine dair herhangi bir soru bildiriminde bulunulmadan görüşme talebi intihar girişimli birey reşit olsa dahi ilk görüşülen aile bireyi veya akraba tarafından reddedilmiştir. Bu durum daha geniş bir örneklem grubuna erişimi kısıtlamıştır.

Katılımcıların psikiyatrik tanıları herhangi bir tıbbi bulgu veya belge üzerinden değil bireysel görüşmelerde katılımcının psikiyatrik tanı, ruhsal destek veya tedavi alma durumu sorgulanmasıyla elde edilmiştir. Bu bağlamda katılımcıların psikiyatrik tanılarına dair -düşük dahi olsa- bir kısmının verdiği yanıtların tanıya dair objektif ve hatırlanan bilginin güvenirliğinin netlik taşıyamayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Katılımcılarda çocukluk dönemine dair travmatik deneyim veya depresyon ve anksiyete düzeylerine dair derinlemesine görüşme gerçekleştirilmemiş, veri toplama sürecinin doğası gereği öz bildirime dayalı olan araştırmada çalışma bir görüşme ile sınırlı kalmıştır. Katılımcının tekrarlı görüşmeler veya sağaltım talebinde bulunmadığı durumlarda edinilen bilgiler katılımcının bir görüşme içerisinde vermiş olduğu bilgilerden oluşmaktadır. Bilhassa çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının çoklu görüşmeler ile değerlendirilmesinde fayda görülmektedir. Zira cinsel istismar gibi literatürde geniş bir yer işgal eden mevzuya dair doğrudan ifadeler travmatik yaşantıların hatırlanması ve bildirilmesi hususlarında olumsuz geri bildirimle sonuçlanabilmektedir. Bu sebeple ilgi veriler kullanılan ölçeklere verilen yanıtlar üzerinden değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırma ile Batman ilinde 2019-2021 yılları arasında intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış15-25 yaş arası bireylerin demografik özellikler, KZVD, ÇÇT, depresyon ve anksiyete düzeyleri gibi psikososyal özelliklere dair verilere dair betimlenmiş olup değişkenler arasındaki korelatif ilişki analiz edilmiştir. Kullanılan CTQ-33, DASS 21 ve KZVDDE üzerinden gerçekleştirilen normallik testi neticesinde araştırma verilerinin anlamlılık düzeyinin p<,05 olarak saptandığı; çarpıklık ve basıklık değerleri olan Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1,5 ile +1,5 değeri arasında olmadığı saptanmış olup non-paramektrik analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Tablo I: Shapiro Wilk Normallik Testi

Ölçekler	N	Shapiro-Wilk	p	Skewness	Kurtosis
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)	104	0,828	0,000	1,774	3,564
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (DASS 21)	104	0,957	0,013	0,012	-1,598
Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)	73	0,922	0,000	1,032	1,780

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen betimleyici analizler, korelasyon ve regresyon analizleri neticesinde elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan her iki grubun da sosyodemografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, oranlar ve ortalamalar analiz edilmiştir.

Tablo II: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Dair Analiz Bulguları

			İntihar Girişimli Grup (İGG) (n=52)	İntihar Girişimi Olmayan Grup (İGOG) (n=52)	χ2	p
Cinsiyet	Erkek	n	14	14		1,00
		%	26,9	26,9		
	Kadın	n	38	38		
		%	73,1	73,1		
Yaş	15-17	n	30	30		1,00
		%	57,7	57,7		
	18-21	n	13	13		
		%	25,0	25,0		
	22-25	n	9	9		
		%	17,3	17,3		
Öğrenim Durumu	Ortaokul Mezunu	n	43	36	2,58	0,108
		%	82,7	69,2		
	Lise Mezunu	n	9	16		
		%	17,3	30,8		
Medeni Durum	Bekar	n	44	49	2,54	0,111
		%	84,6	92,2		
	Evli	n	8	3		
		%	15,4	5,8		
Çalışma Durumu	İşsiz /Çalışmıyor	n	15	12	2,05	0,358
		%	28,8	23,1		
	Öğrenci	n	26	33		
		%	50,0	63,5		
	Çalışıyor	n	11	7		
		%	21,2	13,5		
Ebeveynlerin Birliktelik Durumu	Birlikte	n	39	45	2,22	0,135
		%	75,0	86,5		
	Boşanmış / Ayrı Yaşıyor	n	13	7		
		%	25,0	13,5		
Hanede Yaşayan Birey Sayısı	1-4	n	18	13	1,16	0,559
		%	34,6	25,0		
	5-7	n	24	27		
		%	46,2	51,9		
	≥8	n	10	12		
		%	19,2	23,1		
Sosyoekonomik Durum	Alt	n	29	20	6,12	**0,047***
		%	55,8	38,5		
	Orta	n	12	24		
		%	23,1	46,2		
	Üst	n	11	8		
		%	21,2	15,4		

Koruyucu Önleyici Tedbir Kararlarının Varlığı	Yok	n	48	50		0,339**
		%	92,3	96,2		
	Var (Danışmanlık, Bakım)	n	4	2		
		%	7,7	3,8		

*p<,05 **Fisher's Exact Test

Tablo II'de yer alan sosyodemografik özelliklere bakıldığında gruplar arasında cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ebeveynlerin birliktelik durumu, hanede yaşayan birey sayısı ve daha önce hakkında alınan koruyucu ve önleyici tedbir kararının varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu durum araştırmacı tarafından iki grupta benzer sosyodemografik özellikler taşıyan katılımcılar arasında KZVD, ÇTT, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından sağlıklı bir karşılaştırma ve korelatif ilişkilerin görülebilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Öte yandan kadın katılımcı sayısının erkeklerden 2,7 kat fazla olduğu, 15-17 yaş grubunun tüm katılımcıların yarısından fazlasını oluşturduğu (%57,7), mezuniyet durumları bakımından örneklemin %77'sini oluşturduğu, çalışma durumu bakımında örneklemin %57,8'ini öğrenci grubunun oluşturduğu, sosyoekonomik özelliklere bakıldığında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu ve intihar girişimli grupta katılımcıların alt (%55,8); intihar girişimi bulunmayan grupta ise orta (%46,2) seviyenin yoğun olduğu bulgulanmıştır (p<,05).

Tablo III: Katılımcıların Yaş ve Evlilik Bilgilerine Dair Analiz Sonuçları

			İGG (n=52)	İGOG (n=52)	z*	p
Yaş	İG Yaşı veya	μ±σ	17,86±3,08	17,88±3,13	0,01	0,989
	Evlilik Yaşı	μ±σ	19,50±2,72	19,33±3,21	0,31	0,755
Evlenme Şekli	Severek/Rızaen Evlenme	n	4	2	0,24**	0,621
		%	50,0	66,7		
	Görücü Usulü	n	4	1		
		%	50,0	33,3		

*Mann Whitney U Testi **Ki-Kare Testi

Katılımcıların yaş özelliklerinin yer aldığı Tablo III'e bakıldığında yaş ortalamasının tüm katılımcılarda 17,88±3,09, İGG'de 17,86±3,08, İGOG'de ise 17,88±3,13 şeklinde olduğu görülmüştür. Medeni durum değişkeni üzerinden İGG'deki katılımcıların %15,38'i ve İGOG'deki katılımcıların %5,77'si evli olup evli bireylerin evlenme yaşı İGG'de 19,50±2,72 ve İGOG'de 19,33±3,21 şeklinde olup gruplar arası özellikler farklılaşmamaktadır (p>,05). Evlilerde evlenme şekli ele alındığında ise severek/rızaen evlenenler ile görücü usulü evlenen katılımcıların Ki-Kare Testi analizi sonuçlarına göre istatistiksel olarak farklılaşma bulunmamaktadır (p>,05).

Tablo IV: Katılımcıların Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Öyküsüne Dair Analiz Bulguları

			İGG (n=52)	İGOG (n=52)	χ^2	p
Sigara Kullanım Öyküsü	Yok	n	26	34	2,52	0,112
		%	50,0	65,4		
	Var	n	26	18		
		%	50,0	34,6		
Alkol Kullanım Öyküsü	Yok	n	45	47	0,37	0,539
		%	86,5	90,4		
	Var	n	7	5		
		%	13,5	9,6		
Madde Kullanım Öyküsü	Yok	n	44	50	3,98	**0,046***
		%	84,6	96,2		
	Var	n	8	2		
		%	15,4	3,8		

*p<,05

İGG ve İGOG'nin sigara, alkol ve madde kullanım özelliklerinin yer aldığı Tablo IV'te İGG'nin %50, İGOG'nin %34,6'sının aktif sigara tüketicisi olduğu; İGG'nin %13,5, İGOG'nin %9,6'sının aktif alkol tüketicisi olduğu; sigara ve alkol kullanımına dair İGOG'de sigara ve alkol kullanım öyküsünün İGG'den daha düşük oranlarda olduğu ve gruplar arası farklılaşmanın olmadığı (p>,05); bunun yanı sıra madde kullanımının İGG'de daha yüksek oranda olduğu ve gruplar arası farklılaşmanın olduğu saptanmıştır (p<,05).

Tablo V: Katılımcılarda Ruhsal Bozukluk Verilerine Dair Analizi Bulguları

			İGG (n=52)	İGOG (n=52)	χ^2	p
Ruhsal Bozukluk	Yok	n	25	49	26,98	**0,001****
		%	48,1	94,2		
	Var	n	27	3		
		%	**51,9**	5,8		
Sağaltım	Psikoterapi	n	5	6	8,54	**0,003****
		%	26,7	66,7		
	MT* / MT+Psikoterapi	n	25	3		
		%	**83,3**	33,3		
			İGG (n=27)	İGOG (n=3)	Toplam (N=30)	
Ruhsal Bozukluk Tanısı	Duygudurum Bozuklukları	n	15	1	16	
		%	55,6	33,3	48,5	
	Madde ile İlişkili	n	3	0	3	
		%	11,1	0,0	9,1	
	Anksiyete Bozuklukları	n	1	1	2	
		%	3,7	33,3	6,1	
	TSSB	n	1	0	1	
		%	3,7	0,0	3,0	
	Şizofreni ve diğer Psikozlar	n	3	0	3	
		%	11,1	0,0	9,1	
	OKB	n	1	0	1	
		%	3,7	0,0	3,0	
	Epilepsi	n	1	0	1	
		%	3,7	0,0	3,0	
	Cinsiyet Hoşnutsuzluğu	n	1	1	2	
		%	3,7	33,3	6,1	
	DEHB	n	1	0	1	
		%	3,7	0,0	3,0	
	Katılımcı tanıyı bilmiyor	n	3	0	3	
		%	11,1	0,0	9,1	
Sağaltım Süresi	0-1 ay	n	9	3	12	
		%	30,0	37,5	31,6	
	1-6 ay	n	9	2	11	
		%	30,0	25,0	28,9	
	6-12 ay	n	2	2	4	
		%	6,7	25,0	10,5	
	1-5 yıl	n	5	1	6	
		%	16,7	12,5	15,8	
	5 yıl üzeri	n	5	0	5	
		%	16,7	0,0	13,2	

*MT: Medikal Tedavi **p<,01

Tablo V'te yer alan ruhsal bozukluk varlığının İGG ve İGOG arasındaki karşılaştırmalarına bakıldığında İGG'nin %51,9'unun; İGOG'nin ise %5,8'inin psikiyatrik bir tanı aldığı görülmektedir. Bu bakımdan gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (p<,01).

Katılımcıların beyanları doğrultusunda edinilen bilgiler referans alınarak ruhsal bozukluk tanılarına bakıldığında İGG'de 15 (%55,6) katılımcının duygudurum bozukluğu tanısı aldığı; bunu madde ile ilişkili bağımlılık bozuklukları (%11,1) ve şizofreni ve diğer psikozlar (%11,1) tanılarının takip ettiği ve 3 (%11,1) katılımcının tanısını bilmediği görülmektedir. Psikiyatrik tanıya mukabil ve bireysel psikolojik destek maksatlı sağaltım hizmetlerinden faydalanma durumuna bakıldığında ise İGG'deki 27 (%83,3) katılımcının medikal tedavi veya psikoterapi ve medikal tedavi aldığı; İGOG ile karşılaştırıldığında ise yine anlamlı düzeyde bir farklılaşmanın olduğu bulgulanmıştır (p<,01). Sağaltım süresine bakıldığında en yüksek frekanslı tedavi sürelerinin 0-6 ay arasında olduğu ve 12 katılımcının bir ay kadar (%31,6), 11 katılımcının bir-altı ay arasında (%28,9) ruh sağlığı hizmetlerinden faydalandığı; İGG'de 1 yılı aşkın süre tedavi olma frekansının İGOG'ye göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo VI: Katılımcılarda ve Ailelerinde Ruhsal Bozukluk Verilerine Dair Analiz Bulguları

			İGG (n=52)	İGOG (n=52)	χ^2	p
Ailede Ruhsal Bozukluk	Yok	n	32	49	16,13	**0,001***
		%	61,5	94,2		
	Var	n	20	3		
		%	38,5	5,8		
Tüm Katılımcılarda Ruhsal Bozukluk			Yok	Var		
Ailede Ruhsal Bozukluk	Yok	n	**66**	15	19,03	**0,000****
		%	**81,5**	18,5		
	Var	n	8	**15**		
		%	34,8	**65,2**		

*p<,01 **p<,001

Katılımcıların aile bireylerinde ruhsal bozukluk varlığının yer aldığı Tablo VI'ya bakıldığında İGG'nin İGOG'ye göre daha yüksek ruhsal bozukluk varlığı bildirdiği ve iki grup anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu görülmektedir (p<,01). Kategorik iki değişken olan katılımcıdaki ruhsal bozukluk varlığı ile aile bireylerindeki ruhsal bozukluk varlığına bakıldığında ise iki değişkenin birbirinden bağımsız olmadığı, ailesinde ruhsal bozukluk tanısı alan katılımcıların %65,2'sinin; almayan katılımcıların %81,5'inde benzer özelliklerin olduğu görülmektedir (p<,001).

Tablo VII: Katılımcıların Suç Öyküsüne Dair Analiz Bulguları

			İGG (n=52)	İGOG (n=52)	χ^2	p
Suç Öyküsü	Yok	n	47	50	1,37	0,240
		%	90,4	96,2		
	Var	n	5	2		
		%	9,6	3,8		
Suç Türü	Cinsel Saldırı	n	2	0		
		%	40,0	0,0		
	Kasten Yaralama	n	2	2		
		%	40,0	100,0		
	Mala Zarar Verme	n	1	0		
		%	20,0	0,0		
Maruz Kalınan Suç Türü	Cinsel Saldırı	n	3	0		
		%	100,0	0,0		

Tablo VII'de yer alan suç öyküsüne bakıldığında gruplar arası farklılaşmanın saptanmadığı; bununla birlikte İGG'nin %9,6'sında (%40,0 cinsel saldırı, %40,0 kasten yaralama, %20,0 mala zarar verme); İGOG'nin %3,8'inde (%100,0 kasten yaralama) suç öyküsünün yanında tümü İGG'de yer alan 3 katılımcının ise cinsel saldırı suçu mağduru olduğu saptanmıştır.

4.2. İntihar Davranışına İlişkin Bulgular

İntihar davranışına ilişkin bulgular örneklemin yalnızca intihar girişimli grubuna yönelik frekans dağılımları, oranlar ve ortalamalar kullanılarak analiz edilmiştir.

Tablo VIII: İntihar Girişim Yöntemi Verilerine Dair Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	χ^2	p
İntihar Girişim Yöntem Şiddeti	Şiddet İçeren	n	11	6	14,86	**0,001***
		%	68,8	15,8		
	Şiddet İçermeyen	n	5	32		
		%	31,2	84,2		
			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Tüm İGG (N=52)	
İntihar Girişim Yöntemi	Ası	n	3	0	3	
		%	21,4	0,0	5,7	
	Kesi	n	3	5	8	
		%	21,4	13,2	15,4	
	Ateşli Silah	n	2	0	2	
		%	14,3	0,0	3,8	
	Yüksek Doz İlaç Alımı	n	5	31	36	
		%	35,7	81,6	69,2	
	Yüksekten Atlama	n	3	1	4	
		%	21,4	2,6	7,7	
	Kendini Zehirleme	n	0	1	1	
		%	0,0	2,6	1,9	
	Toplam Kullanılan Yöntem	n	16	38	54	
		%	100,0	100,0	100,0	

*p<,01

Güncel intihar girişimlerinin yer aldığı Tablo VIII'de yöntem olarak kadın ve erkeklerde en sık yüksek doz ilaç alımının (YDİA) olduğu görülmektedir. İntihar yöntemi ve yöntem şiddetine bakıldığında cinsiyetsel bağlamda paralellikler görülmektedir. Kadınlarda %81,6 oranında YDİA yönteminin kullanıldığı ve aynı zamanda pasif/şiddet içermeyen intihar yöntemi seçiminin kadınlarda daha yüksek oranda (%84,2) olduğu saptanmıştır. Erkek cinsiyete bakıldığında ası, kesi, ateşli silah kullanımı, yüksekten atlama gibi şiddet içeren intihar yöntemlerinin (%68,8) seçildiği anlaşılmaktadır (p<,01). Ayrıca iki erkek katılımcı iki

yöntemi birlikte kullanarak eylemde bulunmuştur. Diğer uygulamalar bakımından kadın erkek katılımcılar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo IX: İntihar Yöntemi Uygulama Verilerine Dair Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Analiz Değeri	p
Kullanılan araca erişim (N=49)	Evde/Kendinde bulunan araç	n	10	36		0,542*
		%	90,9	94,7		
	Dışardan temin	n	1	2		
		%	9,1	5,3		
YDİA'nda İlaçlara Erişim Yolu (N=36)	Kendine ait psikiyatrik ilaçlar	n	4	10		0,239*
		%	66,7	32,3		
	Evin ecza dolabında bulunan ilaçlar	n	2	20		
		%	33,3	64,5		
Gerçekleştiği Mekân	Ev	n	8	30	2,47**	0,116
		%	57,1	78,9		
	Ev dışı alan****	n	6	8		
		%	42,9	21,1		
Gerçekleştiği Zaman	Gece (00:00– 06:00)	n	6	8	0,81	0,515***
		%	42,9	21,1		
	Gündüz (06:00–12:00	n	2	4		
		%	14,3	10,5		
	Öğleden Sonra (12:00- 18:00)	n	3	10		
		%	21,4	26,3		
	Akşam (18:00- 00:00)	n	3	16		
		%	21,4	42,1		

*Fisher's Exact Test **Ki-Kare Testi ***Kolmogorov Smirnov Testi ****Okul, iş yeri, Ceza İnfaz Kurumu vd.

Tablo IX'a bakıldığında her iki cinsiyet için de en sık kullanılan yöntem olan YDİA'nda söz konusu ilaçlara erişim sorgulanmış, Fisher's Exact Test analiz sonuçlarına göre gruplar arası farklılaşmanın olmadığı ve yalnızca bir katılımcının dışardan temin yoluyla girişimde bulunduğu saptanmıştır (p>,05). Diğer yöntemlere dair girişim aracına erişime bakıldığında Fisher's Exact Test sonuçlarında cinsiyetsel farklılaşmanın olmadığı (p>,05), katılımcıların %88,5'i evde veya kendinde hazır bulunan araç ile; %5,7'si dışardan temin yolu ile; %5,7'si ise yüksekten atlama yoluyla intihar girişimi olduğundan herhangi bir araç kullanmaksızın eylemi gerçekleştirdiğini belirtmiştir.

İntihar davranışının gerçekleştiği mekân sorgulamasında gerçekleştirilen Ki-Kare Testi analizine göre cinsiyetler bağlamında farklılaşmanın olmadığı ve kadınların %78,9'unun evinde, %5,3'ünün okulda, %2,6'sının iş yerinde; erkeklerin %57,1'inin evinde, %21,4 umuma açık alanda, %7,1'nin CİK'te davranışı gerçekleştirdiği saptanmıştır (p>,05). İntihar davranışın gerçekleştiği zaman dilimlerine bakıldığında örneklem hacmi küçük olduğundan uygulanan Kolmogorov Smirnov Test analizine göre cinsiyetler bağlamında farklılaşmanın olmadığı ve kadınların akşam 18:00-00:00 saatleri (%42,1); erkeklerin gece saatleri 00:00-06:00 saatleri (%42,9) arasında en sık; ikinci sık zaman dilimi ise kadınlarda gece saatleri (%21,1), erkeklerde akşam saatleri (%21,4) olarak bulgulanmıştır (p>,05).

Tablo X: İntihar Davranışının Ciddiyet ve Riskine İlişkin Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	χ^2	p
İntihar Davranışındaki Ciddiyet	Ciddi Değil	n	2	17	4,09	**0,043***
		%	14,3	44,7		
	Ciddi	n	12	21		
		%	85,7	55,3		
İntihar Davranışını Haber Verme	Hayır	n	12	31	0,12	0,727
		%	85,7	81,6		
	Evet	n	2	7		
		%	14,3	18,4		
İntihar Davranışında Planlama	Hayır	n	10	18	2,38	0,123
		%	71,4	47,4		
	Evet	n	4	20		
		%	28,6	52,6		

*p<,05

Tablo X'da benzer bir bağlamda intihar davranışındaki ölme niyeti katılımcılara intihar eylemindeki ciddiyetleri sorularak ölçümlenmiş olup erkeklerin (%85,7) intihar davranışında kadınlara (%55,3) oranla niyet bakımından daha ciddi olduğu ve gruplar arası Ki-Kare testi sonucunda anlamlı farklılaşmanın olduğu tespit edilmiştir (p<,05). İntihar davranışında bulunduktan sonra herhangi birini haberdar etme durumu sorgulandığında test sonuçlarına göre anlamlı bir farklılaşma bulunmayıp kadın katılımcıların %81,6, erkek katılımcıların %85,7'si

kimseye haber vermediklerini bildirmişlerdir (p>,05). Davranış öncesi planlama yapma durumu sorgulandığında erkek katılımcıların farklılaşmanın olmadığı görülmekle birlikte %71,4, kadın katılımcıların %47,4'ü planlama yapmadıklarını ve ani bir karar ile eylemde bulunduklarını ifade etmişlerdir (p>,05).

Tablo XI: İntihar Girişiminde Tetikleyici Özellikler Bağlamında Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Analiz Değeri	p
Tetikleyicilerin Katılımcıyı Etkileme Süresi	Günler	n	3	9		
		%	21,4	23,7		
	Aylar	n	7	19	0,07	0,997*
		%	50,0	50,0		
	Yıllar	n	4	10		
		%	28,6	26,3		

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Toplam (N=52)
Tetikleyici Faktörler	Süreğen Aile İçi Problemler	n	7	24	31
		%	30,4	41,4	38,3
	Duygusal İlişkiye Dair Problemler	n	3	13	16
		%	13,0	22,4	19,7
	Ruhsal Bozukluk Temelli	n	4	1	5
		%	17,4	1,7	6,2
	Cinsel İstismar/ Cinsel Saldırı	n	1	4	5
		%	4,3	6,8	6,2
	Akran Grubuyla İlişkili Problemler	n	0	4	4
		%	0,0	6,8	4,9
	Fiziksel Kayıp / Bedene Dair Olumsuz Tutum	n	1	2	3
		%	4,3	3,4	3,7
	Akademik Problemler	n	1	2	3
		%	4,3	3,4	3,7
	Diğer	n	6	8	14
		%	26,1	13,8	17,3
	Toplam Belirtilen Tetikleyici	n	23	58	81
		%	100	100	100

* Kolmogorov Smirnov Testi

İntihar davranışında bulunma gerekçelerinin yer aldığı Tablo XI'de katılımcılar birden fazla bağımsız veya birbirine bağımlı tetikleyiciler sunmuşlardır. Bu bağlamda 24 katılımcı birden fazla tetikleyici sunmuştur. Elde edilen veriler neticesinde her iki cinsiyet için de süreğen aile içi problemlerin en sık bildirilen tetikleyici olduğu ardından kadınlar için duygusal ilişkiye

dair problemler (%22,4); erkekler için ruhsal bozukluk temelli tetikleyicilerin (%17,4) yer aldığı görülmektedir. Duygusal ilişkiye dair problem bildiren katılımcıların %81,8'i; akran grubuyla ilişkili sorun bildiren katılımcıların tamamı aynı zamanda süreğen aile içi problemi de tetikleyici olarak bildirmiştir. Tetikleyicilerin katılımcıları ne kadar süredir etkilediği yönündeki sorgulamada anlamlı farklılaşma bulunmamakla (p>,05) birlikte her iki cinsiyette de %50,0 oranında aylar süren tetikleyici unsurun etkilerinin olduğu saptanmıştır.

Tablo XII: Katılımcıların Sosyal Destek Ağına İlişkin Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Analiz Değeri	p
Yardım Talebinde Bulunma	Yok	n	8	20	0,08	0,772*
		%	57,1	52,6		
	Var	n	6	18		
		%	42,9	47,4		
Kimlerden Yardım Talebinde Bulunulur (N=24)	Aile	n	2	12	0,320	**0,001****
		%	33,3	66,6		
	Arkadaş	n	2	5		
		%	33,3	27,8		
	Psikolog/ Psikiyatrist	n	2	1		
		%	33,3	5,6		
Sosyal Destek Ağı	Yok	n	7	28	0,26	0,106*
		%	50,0	73,7		
	Var	n	7	10		
		%	50,0	26,3		

* Ki-Kare **Kolmogorov Smirnov, p<,01

Tablo XII'de tetikleyici unsurlardan etkilenme süresi fark etmeksizin söz konusu tetikleyicilere dair yardım talebinde bulunma durumu sorgulanmış ve cinsiyetler arası farklılaşmanın bulgulanmadığı (p>,05) erkek katılımcılarda %57,1 kadın katılımcılarda %52,6 oranıyla yaşanılan sorunlara dair yardım arayışı veya talebinin olmadığı saptanmıştır. Yardım talebinde bulunan katılımcıların yardım talep ettikleri mercilere bakıldığında katılımcıların %58,3'ü aile, %29,2'si arkadaşlar, %12,5'i psikolog veya psikiyatristinden yardım arayışının olduğunu ifade etmiş olup kadın ve erkekler arasında K-S test sonuçlarına göre anlamlı farklılaşma saptanmıştır (p<0,01). Katılımcıların sosyal destek ağı algısını görebilmek

açısından intihar davranışındaki tetikleyicilerle beraber deneyimlenen sorunlara dair katılımcıyı destekleyecek insanların varlığı sorgulandığında cinsiyetler arası farklılaşmanın olmadığı ve erkek katılımcıların %50,0'si ile kadın katılımcıların %73,7'si kendisine destek sağlayabilmek mekanizmaların olmadığını bildirmişlerdir (p>,05).

Tablo XIII: İntihar Davranışındaki Motivasyon Verilerine Dair Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Toplam (N=52)
İntihar Davranışında Bulunmadaki Motivasyon	Kendini cezalandırma	n	2	7	9
		%	8,7	9,4	9,2
	Olumsuz duygularla başa çıkma	n	2	13	15
		%	8,7	17,5	15,5
	Kayıp nesneye kavuşma arzusu	n	1	1	2
		%	4,3	1,4	2,1
	Geride kalan/ çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma	n	1	12	13
		%	4,3	16,2	13,4
	Taleplerinin kabul görmesi	n	1	9	10
		%	4,3	12,2	10,3
	Sorunlarından kurtulma / Sorunlarla baş edememe	n	15	29	44
		%	65,2	39,1	45,4
	Diğer	n	1	3	4
		%	4,3	4,1	4,1
	Toplam Belirtilen Motivasyonel Durumlar	n	23	74	97
		%	100	100	100
			15-17 (n=30)	18-21 (n=13)	22-25 (n=9)
İntihar Davranışında Bulunmadaki Motivasyon	Sorunlarından kurtulma / Sorunlarla baş edememe	n	24	14	6
		%	42,1	56,0	40,0
	Olumsuz duygularla başa çıkma	n	11	3	1
		%	19,3	12,0	6,7
	Taleplerinin kabul görmesi	n	8	0	2
		%	14,0	0,0	13,3
	Geride kalan/ çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma	n	7	3	3
		%	12,3	12,0	20,0
	Diğer	n	7	5	3
		%	12,3	20,0	20,0

İntihar davranışının katılımcı için ne anlam ifade ettiği ve eyleme geçişteki motivasyonun yer aldığı Tablo XIII'te gerçekleştirilen sorgulamada katılımcılar bir veya birden fazla seçenek belirtmişlerdir. Katılımcılarından 34 tanesi birden fazla intihar motivasyonu

bildirmiştir. Hem kadın (%39,1) hem erkek (%65,2) katılımcılarda sorunlarından kurtulma veya sorunlarla baş edememe motivasyonu ilk sırada yer almakta olup 15-17 yaş grubunun %42,1, 18-21 yaş grubunun %56,0, 22-25 yaş grubunun %40,0'ında bu motivasyon bulgulanmıştır. Olumsuz duygularla başa çıkma (Erkek=%8,7, Kadın=%17,5) ikinci sırada yer almakta olup 15-17 yaş grubunun %19,3, 18-21 yaş grubunun %12,0, 22-25 yaş grubunun %6,7'sinde söz konusu motivasyon saptanmıştır. Ayrıca 15-17 yaş grubu için taleplerin kabul görmesi %14,0; 22-25 yaş grubu için geride kalan/ çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma %20,0 oranıyla istatistiksel olarak dikkat çekmektedir.

Tablo XIV: İntihar Davranışına Şahitlik Etme Yollarına Dair Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	p*
İntihar Davranışına Şahitlik Etme	Yok	n	0	2	0,530
		%	0,0	5,3	
	Var	n	14	36	
		%	100,0	94,7	
Şahitlik Etme Yolları (N=50)	Aile bireyleri	n	2	5	
		%	14,3	13,9	
	Arkadaş	n	3	9	
		%	21,4	25,0	
	Komşu	n	1	5	
		%	7,1	13,9	
	Medya	n	8	17	
		%	57,1	47,2	

*Fisher's Exact Test

Katılımcıların intihar davranışında bulunmadan evvel intihar davranışına şahitlik etme yollarının sorulduğu Tablo XIV'te kadın katılımcıların %5,3'ü herhangi bir yolla şahitlik etmediğini belirtmiştir. Fisher's Exact Test analizine göre kadın ve erkek katılımcılar arasında farklılaşmanın olmadığı (p>,05); katılımcıların intihar davranışına şahitlik etme düzeyleri uzaktan yakına olacak şekilde medya, uzak çevre, komşu, arkadaş, aile bireyleri şeklinde sıralanmış ve en yakın şahitlik etme düzeyinin belirtilmesi istenmiştir. Frekans ve oranlara bakıldığında erkek katılımcıların %57,1'inin medya, %21,4'ünün arkadaş; kadın katılımcıların

%47,2'sinin medya, %25,0'inin arkadaş üzerinden intihar davranışına şahitlik ettikleri bulgulanmıştır.

Tablo XV: İntihar Davranışı Sonrası Yaşantıya Dair Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Analiz Değeri	p
İntihar Davranışı Sonrası Belirtilen Değişim	Var	n	9	20	0,56	0,453
		%	64,3	52,6		
	Yok	n	5	18		
		%	35,7	47,4		

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Toplam (N=52)
İntihar Davranışı Sonrası Belirtilen Değişim	Olumlu yönde	n	7	10	17
		%	50,0	26,3	32,7
	Olumsuz yönde	n	0	6	6
		%	0,0	15,8	11,5
	Her iki yönde değişim	n	2	4	6
		%	14,3	10,5	11,5
	Değişiklik yok	n	5	18	23
		%	35,7	47,4	44,2

İntihar girişimi sonrası katılımcının hayatındaki değişimlerin sorgulandığı Tablo XV'te erkek katılımcıların %35,7'si, kadın katılımcıların %47,4'ünün hayatında herhangi bir değişimin olmadığı ve Ki-Kare analizi sonucu anlamlı farklılaşmanın olmadığı bulgulanmıştır (p>,05). Yaşanan değişimler ise katılımcının değişimi ne yönde algıladığı sorularak olumlu, olumsuz veya her iki yönde değişim olarak tasnif edilmiştir. Erkek katılımcıların %50'si hayatlarında olumlu, %14,3'ü ise iki yönde değişikliklerin olduğu bildirmiş ve bu olumlu değişiklikleri ruhsal olarak daha iyi hissetmek (%22,2), hayatın kıymetini anlamak ve hatalarının farkına varmak (%22,2), yaşantıladığı zorlukların çevre tarafından fark edilmesi ve ilgi görmek (%11,1), aile ile ilişkilerin düzelmesi (%11,1), çatışma yaşanan partner ile ilişkilerin düzelmesi (%11,1), taleplerinin kabul görmesi (%11,1) şeklinde tanımlamışlardır. Kadın katılımlara bakıldığında %26,3'ü hayatında olumlu, %10,5'i iki yönde değişikliklerin

olduğunu bildirmiş ve olumlu değişikleri hayatın kıymetini anlamak ve hatalarının farkına varmak (%28,6), aile ile ilişkilerin düzelmesi (%21,4), yaşantıladığı zorlukların çevre tarafından fark edilmesi ve ilgi görmek (%14,3), psikiyatrik destek görmek (%14,3), çatışma yaşanan partner ile ilişkilerin düzelmesi (%7,1), taleplerinin kabul görmesi (%7,1) şeklinde tanımlamışlardır. İntihar girişimi sonrası katılımcıların hayatında yaşanan algıladıkları olumsuz etkilere bakıldığında 2 erkek katılımcının her iki yönde değişiklik bildirerek olumsuz değişimlerin okulu bırakma ve çevresine olan güvenin sarsılması yönünde olduğu; kadın katılımcılara bakıldığında %15,8'inin yalnızca olumsuz değişimlerin olduğunu bildirdiği ve tüm olumsuz değişimleri etiketlenme ve sosyal izolasyon(%50), ailenin dağılması (%20), çevresine olan güveni sarsılması (%20) ve ciddiye alınmama (%10) şeklinde tanımlamışlardır.

Tablo XVI: İntihar Düşüncesinin Devamlığı ve Ruhsal Destek Alma Durumlarına Dair Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	p*
İntihar Düşüncesinin Devamlığı	Yok	n	13	28	0,129
		%	92,9	73,7	
	Var	n	1	10	
		%	7,1	26,3	
İntihar Düşüncesi Devam Eden Katılımcıların Ruhsal Destek Alma Durumu	Yok	n	0	6	0,500
		%	0,0	60,0	
	Var	n	1	4	
		%	100,0	40,0	
Tüm Katılımcılarda Ruhsal Destek Alma Durumu	Yok	n	9	26	0,455
		%	64,3	68,4	
	Var	n	5	12	
		%	35,7	31,6	

*Fisher's Exact Test

İntihar düşüncesinin devamlığına ilişkin verilerin yer aldığı Tablo XVI'da Fisher's Exact Test analizi sonucunda gruplar arası anlamlı farklılaşmanın olmadığı (p>,05); erkek katılımcıların %7,1 (1 katılımcı)'inde, kadın katılımcıların %26,3 (10 katılımcı)'ünde intihar düşüncesinin devam ettiği, intihar düşüncesi devam eden katılımcıların bu konuda ruhsal destek

hizmetlerinden faydalanma durumu değerlendirildiğinde ise erkek katılımcının ve kadın katılımcıların %45,5'inin ruhsal destekten faydalandığı ve gruplar arasında anlamlı farklılığın olmadığı bulgulanmıştır (p>,05). Bununla birlikte tüm intihar girişimli örneklem ele alındığında erkek katılımcıların %35,7'sinin, kadın katılımcıların %31,6'sının halen ruhsal bir tedavi programına dahil oldukları ve gruplar arası farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır.

Tablo XVII: İntihar Girişim Öyküsüne Dair Analiz Bulguları

			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	Analiz Değeri	p
İntihar Girişim Sayısı	1 kez	n	8	28	1,31*	0,252
		%	57,1	73,7		
	2 ve üzeri	n	6	10		
		%	42,9	26,3		
Son İntihar Girişim Tarihi (N=16)	1 yıl içinde	n	3	8		0,242**
		%	50,0	80,0		
	1 yıldan uzun süre	n	3	2		
		%	50,0	20,0		
Geçmiş İntihar Girişim Yöntemleri	Kesi	n	5	11		
		%	35,7	50,0		
	YDİA	n	1	7		
		%	7,1	31,8		
	Ası	n	3	2		
		%	21,4	9,1		
	Diğer	n	5	2		
		%	35,7	9,1		
Geçmiş İntihar Davranışında Tetikleyiciler	Süreğen aile içi problemler	n	2	6		
		%	22,2	37,5		
	Duygusal ilişkiye dair problemler	n	1	6		
		%	11,1	37,5		
	Ruhsal Bozukluk	n	2	0		
		%	22,2	0,0		
	Kayıp/Yas	n	2	0		
		%	22,2	0,0		
	Diğer	n	2	4		
		%	22,2	25,0		

*: Ki-Kare Testi **: Fisher's Exact Test

İntihar girişim öyküsüne dair bulguların yer aldığı Tablo XVII'de İGG katılımcılarının intihar girişim sayısına bakıldığında kadınların %26,3, erkeklerin ise %42,9'unun birden fazla

kez girişimde bulunduğu, erkeklerin birden fazla girişim sayılarına bakıldığında kadınlara oranla daha yüksek olduğu ve cinsiyetler arası farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır (p>05). İntihar öyküsünde sürelere bakıldığında güncel intihar davranışı öncesi en yakın girişimleri erkeklerde %50 oranında kadınlarda ise %80 oranında bir yıl içerisinde gerçekleştiği gruplar arası farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır (p>05). Yöntem seçimine bakıldığında her iki cinsiyet için de en yüksek oranda kesinin (%44,4) kullanıldığı; kadınlarda YDİA (%31,8), erkeklerde ası (%21,4) yönteminin ikinci sırada olduğu; tetikleyici faktörlere bakıldığında en yüksek frekansların süreğen aile içi problemler (%32,0) ve duygusal ilişkiye dair problemler (%28,0) olduğu görülmektedir.

Tablo XVIII: İntihar Girişim Öyküsünün Araştırma Değişkenleri Bağlamında Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz

İntihar Girişim Sayısı	1 kez (n=36)	1'den çok kez (n=16)	z*	p
Ölçekler	μ±σ	μ±σ		
CTQ-33	54,38±19,89	**72,62±27,51**	2,66	**0,008****
DASS 21	26,53±15,59	**39,50±11,77**	2,71	**0,007****
KZVDDE	19,44±11,09	**31,56±13,50**	2,81	**0,005****

*Mann Whitney U Testi **p<,01

Tablo XVIII verilerine bakıldığında intihar girişim sayısının birden fazla olma durumunda CTQ-33, DASS 21 ve KZVDDE ortalama puanları bir kez girişimde bulunanlardan daha yüksek olup gruplar arasında anlamlı farklılaşma mevcuttur (p<,01).

4.3. Araştırmada Kullanılan Envanter ve Ölçekler Bağlamında İstatistiksel Bulgular

Araştırmaya dair ölçekler İGG ve İGOG katılımcılarına uygulanmış olup KZVDDE'nin uygulanması için ön koşul katılımcının en az bir defa olmak üzere kasıtlı olarak kendi bedenini yaralamış olmasıdır. Envanterin ilk bölümü davranışlar üzerine odaklanmakta olup kesme, ısırma, tırnaklama, yakma, kendine vurma, yara iyileşmesine mâni olma gibi davranışların

katılımcılar tarafından belirtilerek yaşam boyu ortalama kaç kez yapıldığını sorgulamaktadır. Bu bağlamda gerçekleştirilen analizler aşağıda verilmiştir.

Tablo XIX: "KZVDDE Bölüm I: Davranışlar" Davranış Türlerine Dair Frekans Analiz Bulguları

		İGG			İGOG		
Kendine Zarar Verme Türü		Erkek (n=11)	Kadın (n=32)	**Toplam (N=43)**	Erkek (n=6)	Kadın (n=24)	**Toplam (N=30)**
Kesme	n	5	10	**15**	0	1	**1**
	%	45,5	31,3	**34,9**	0,0	4,2	**3,3**
Isırma	n	1	3	**4**	0	3	**3**
	%	9,1	9,4	**9,3**	0,0	12,5	**10,0**
Yakma	n	1	0	**1**	0	0	**0**
	%	9,1	0,0	**2,3**	0,0	0,0	**0,0**
Cilde harf/yazı kazıma	n	1	0	**1**	0	0	**0**
	%	9,1	0,0	**2,3**	0,0	0,0	**0,0**
Saç koparma	n	0	5	**5**	1	2	**3**
	%	0,0	15,6	**11,6**	16,7	8,3	**10,0**
Tırnaklama	n	0	2	**2**	0	1	**1**
	%	0,0	6,3	**4,7**	0,0	4,2	**3,3**
Kendini sert bir yere çarpma/ kendine vurma	n	2	4	**6**	4	2	**6**
	%	18,2	12,1	**14,0**	66,7	8,3	**20,0**
Yaranın iyileşmesine engel	n	0	6	**6**	1	14	**15**
	%	0,0	18,8	**14,0**	16,7	58,3	**50,0**
Kendine iğne batırma	n	0	1	**1**	0	0	**0**
	%	0,0	3,1	**2,3**	0,0	0,0	**0,0**
Tehlikeli/ zararlı madde	n	1	1	**2**	0	0	**0**
	%	9,1	3,1	**4,7**	0,0	0,0	**0,0**
Çimdikleme	n	0	0	**0**	0	1	**1**
	%	0,0	0,0	**0,0**	0,0	4,2	**3,3**

KZVD türlerine dair verilere (Tablo XIX) bakıldığında gruplar için ilk üç sıradaki zarar verici davranışlar İGG'de kesme (%34,9), kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma (%14,0), yaranın iyileşmesine engel olma (%14,0), saç koparma (%11,6); İGOG'de yaranın iyileşmesine engel olma (%50), kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma (%20,0), ısırma (%10,0) ve saç koparma (%10,0) şeklindedir.

KZVD türlerini kategorize edecek olursak ampütasyonun olmadığı ve dolayısıyla majör KZVD'nin her iki grupta da bulunmadığı; hafif ve orta dereceli deri çizme, deri kesme, yakma,

yaranın iyileşmesine engel olma, triktilomani, kendine vurma gibi kompulsif, epizodik veya sterotipik davranışların bulunduğu görülmektedir. Bu davranışlar beden bütünlüğünün zarara uğratan veya intihar davranışındaki yöntemlere benzer içerikleri barındıran kesme, yakma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma, kendini sert bir yere vurma şiddet içeren ve orta düzey; ısırma, yaranın iyileşmesine engel olma, saç koparma, tırnaklama, harf/yazı kazıma, çimdikleme ise az riskli ve yüzeysel olarak kabul edilmiştir.

Tablo XX: "KZVDDE Bölüm I: Davranışlar"a İlişkin Dair Analiz Bulguları

			İGG			İGOG			AD*	p
			Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	**İGG (n=52)**	Erkek (n=14)	Kadın (n=38)	**İGOG (n=52)**		
KZVD Varlığı	Yok	n	3	6	**9**	8	14	**22**	7,767	**0,005****
		%	21,4	15,8	**17,3**	57,1	36,8	**42,3**		
	Var	n	11	32	**43**	6	24	**30**		
		%	78,6	84,2	**82,7**	42,8	63,2	**57,7**		
			Erkek (n=11)	Kadın (n=32)	**İGG (n=43)**	Erkek (n=6)	Kadın (n=24)	**İGOG (n=30)**		
KZVD Düzeyi	Yüzeysel	n	2	17	**19**	3	21	**24**	9,363	**0,002****
		%	18,2	53,1	**44,2**	50,0	87,5	**80,0**		
	Şiddetli	n	9	15	**24**	3	3	**6**		
		%	81,8	46,9	**55,8**	50,0	12,5	**20,0**		
Fiziksel Acı Duyma	Evet	n	4	7	**11**	1	5	**6**	1,96	0,374
		%	36,4	21,9	**25,6**	16,7	20,8	**20,0**		
	Bazen	n	1	6	**7**	3	6	**9**		
		%	9,1	18,8	**16,3**	50,0	25,0	**30,0**		
	Hayır	n	6	19	**25**	2	13	**15**		
		%	54,5	59,3	**58,1**	33,3	54,2	**50,0**		
Yalnız Olma	Evet	n	9	19	**28**	4	17	**21**	1,29	0,523
		%	81,8	59,4	**65,1**	66,8	70,8	**70,0**		
	Bazen	n	1	9	**10**	1	3	**4**		
		%	9,1	28,1	**23,3**	16,6	12,5	**13,3**		
	Hayır	n	1	4	**5**	1	4	**5**		
		%	9,1	12,5	**11,6**	16,6	16,7	**23,8**		
Sonlandırma İsteği	Var	n	2	10	**12**	2	19	**21**	12,64	**0,001****
		%	18,2	31,25	**27,9**	33,3	79,2	**70,0**		
	Yok	n	9	22	**31**	4	5	**9**		
		%	81,8	68,75	**72,1**	66,7	20,8	**30,0**		

Başlangıç Yaşı	6-10	n	0	5	**5**	3	10	**13**	11,25	**0,004*** **
		%	0,0	15,6	**11,6%**	50,0	41,6	**43,3%**		
	11-15	n	4	23	**27**	2	13	**15**		
		%	36,4	71,9	**62,8%**	33,3	54,2	**50,0%**		
	>15	n	7	4	**11**	1	1	**2**		
		%	63,6	12,5	**25,6%**	16,7	4,2	**6,7%**		
Son KZVD	Gün içinde	n	1	6	**7**	0	3	**3**	0,617	0,735
		%	9,1	24,0	**19,4**	0,0	10,0	**8,3**		
	Hafta içinde	n	1	9	**10**	1	7	**8**		
		%	9,1	36,0	**27,8**	16,7	23,3	**22,2**		
	Aylar içinde	n	9	10	**19**	5	20	**25**		
		%	81,8	40,0	**52,8**	83,3	66,7	**69,4**		

*AD: Analiz Değeri **p<,01 Ki-Kare Testi **p<,01 Kolmogorov Smirnov

Tablo XX KZVD'nin gruplar arasında ve grup içi cinsiyet bağlamında frekans ve oran bulguları ele alındığında İGG'nin İGOG'ye göre KZVD bildirme oranı daha yüksek olup Ki-Kare test analizi sonucu anlamlı düzeyde farklılaşmanın olduğu görülmektedir (p<,01). Bununla birlikte her iki grupta da kadın katılımcıların daha yüksek oranda KZVD bildirmiştir. KZVD bulunan katılımcıların KZVD şiddetine bakıldığında İGG'de şiddetli (%55,8), İGOG'de ise yüzeysel (%80,0) KZVD bulunma bildirimi görülmekte olup gruplar arası analizde anlamlı farklılaşma bulgulanmıştır (p<,01). Gruplar arasında KZVD'ye başlangıç yaşında her iki grubun da 11-15 yaş arasında (μ±σ=12,76±3,3) başlangıç yaş oranını yüksek olduğu ve gruplar arası farklılaşmanın olduğu saptanmıştır (p<,01). KZVD son eylem tarihi açısından farklılaşma bulunmamıştır (p>,05). KZVD sırasında davranışı uygulayan bireyin fiziksel acı hissetme durumuna bakıldığında her iki grup için de fiziksel acının hissedilmediği daha yüksek oranda bildirilmiş olup (İGG=%58,1/ İGOG=50,0) İGG ve İGOG arasında istatistiksel olarak farklılaşma saptanmamıştır (p>,05). Eylemin gerçekleştirildiği sırada bireyin yalnız olma durumu sorgulandığında yine her iki grup için de yalnız başınayken eylemi gerçekleştirme oranı diğer seçeneklere göre yüksek oranda iken İGG=%65,1/ İGOG=70,0) İGG ve İGOG arasında istatistiksel olarak farklılaşma saptanmamıştır (p>,05). Eylemin gerçekleştirildiği esnada bireyin eylemi durdurma isteği sorgulandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulgulanmış olup (p<,01) İGG katılımcılarının %72,1'i eylemi

sonlandırmaya dair olumsuz bildirimde bulunurken İGOG katılımcılarının %70'i eylemi durdurmaya yönelik istekleri olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo XXI: "KZVDDE Bölüm II: İşlevler Otonom İşlevler"e İlişkin Analiz Bulguları

Otonom İşlevler	İGG (n=43)	İGOG (n=30)	z*	p
	μ±σ	μ±σ		
Affekt Regülasyon	3,00±1,46	2,63±1,27	1,17	0,242
Özkıyımı Önleme	**2,34±2,21**	0,96±1,69	2,66	**0,008****
Sıkıntıyı Etiketleme	2,76±1,83	2,10±1,61	1,42	0,154
Kendini Cezalandırma	2,53±2,18	1,86±1,83	1,26	0,209
Çözülmeyi Önleme	**2,53±2,01**	1,13±1,36	2,97	**0,003****
Otonom İşlevler Toplam	**13,18±7,52**	8,69±5,29	2,70	**0,007****

*Mann Whitney U Testi **p<,01

Otonom İşlevler toplam puanına bakıldığında tüm boyutlarda İGG puanları daha yüksek olup İGOG ile istatistiksel bağlamda anlamlı düzeyde farklılık vardır (p<,01). Otonom İşlevler alt boyutlarına bakıldığında İGG alt boyut puan ortalamalarının her boyutta İGOG'den yüksek olsa da iki alt boyutta gruplar arası farklılaşma olduğu görülmektedir. Özkıyımı önleme (p<,01) ve çözülmeyi önleme (p<,01) puan ortalamaları İGG'de, İGOG'den yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık mevcuttur (Tablo XXI).

Tablo XXII: KZVDDE Bölüm II: İşlevler Sosyal İşlevler"e İlişkin Analiz Bulguları

Sosyal İşlevler	İGG (n=43)	İGOG (n=30)	z*	p
	μ±σ	μ±σ		
Kişiler arası sınırlar	1,16±1,29	1,43±1,52	0,66	0,507
Kişiler arası etkileşim	1,20±1,69	0,66±1,03	1,07	0,284
Heyecan arama	1,02±1,29	0,56±1,19	1,93	0,053
Akranlarla bağ kurma	**0,46±1,03**	0,03±0,18	2,19	**0,029****
Dayanıklılık	1,62±1,67	1,33±1,39	0,56	0,575
Özerklik	1,01±1,36	0,80±1,39	0,81	0,416
Kendiyle ilgilenme	2,16±1,73	1,66±1,06	1,11	0,268
İntikam alma	2,11±1,79	1,43±1,22	1,53	0,125
Sosyal işlevler Toplam Puan	10,76±7,19	7,93±5,91	1,84	0,066

KZVDDE işlevler toplam puanı	**23,95±13,28**	16,63±10,16	2,51	**0,012****

*Mann Whitney U Testi **p<,05

Sosyal İşlevler toplam puan ortalamalarına bakıldığında İGG puanları daha yüksek olsa da İGG ve İGOG arasında istatistiksel bağlamda anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>,05). Sosyal İşlevler alt boyutlarına bakıldığında İGG alt boyut puan ortalamalarının "Kişiler arası sınırlar" alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda İGOG'den yüksek olduğu; fakat yalnızca "Akranlarla bağ kurma" alt boyutunda gruplar arası farklılaşmanın olduğu görülmektedir (p<,05). "Heyecan arama" alt boyutunda ise farklılaşma olmasa dahi anlamlılık düzeyinin sınırda olduğu bulgulanmıştır (p=,053). Bununla birlikte Otonom İşlevler ve Sosyal İşlevler toplamından oluşan KZVDDE genel toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında İGG'nin daha yüksek olduğu ve gruplar arası anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<,05) (Tablo XXII).

Her iki gruba da herhangi bir önkoşul olmaksızın uygulanan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)'ne dair istatistiki veriler ve gerçekleştirilen analizler Tablo XXIII'te sunulmuştur.

Tablo XXIII:CTQ-33'e İlişkin Analiz Bulguları

CTQ-33 Alt Boyutları	İGG (n=52) μ±σ	İGOG (n=52) μ±σ	z*	p
Duygusal İstismar	**9,57±5,27**	7,36±3,44	2,38	**0,017****
Fiziksel İstismar	**7,63±4,41**	5,86±2,85	3,44	**0,001*****
Cinsel İstismar	6,69±4,01	5,63±1,56	1,25	0,212
Duygusal İhmal	**14,25±5,99**	10,30±4,31	3,35	**0,001*****
Fiziksel İhmal	8,76±4,84	7,07±2,78	1,58	0,115
Aşırı Koruma-Kontrol	**13,07±5,73**	9,61±4,08	3,31	**0,001*****
CTQ-33 Toplam Puan	**60,01±23,81**	45,86±15,07	3,76	**0,001*****

*Mann Whitney U Testi **p<,05 ***p<,01

CTQ-33 puanlarına bakıldığında İGG puanlar ortalamalarının İGOG'den daha yüksek olduğu görülmektedir. İki grup arasında istatistiksel bağlamda anlamlı düzeyde farklılık olduğu (p<,01). Ayrıca alt boyutlara bakıldığında duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve aşırı koruma-kontrol alt boyutlarında anlamlı farklılaşmanın olduğu bulgulanmıştır (p<,01).

Her iki gruba da herhangi bir önkoşul olmaksızın uygulanan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21)'ne dair istatistiki veriler ve gerçekleştirilen analizler Tablo XXIV'te sunulmuştur.

Tablo XXIV: DASS 21'e İlişkin Analiz Bulguları

DASS 21 Alt Boyutları	İGG (n=52) μ±σ	İGOG (n=52) μ±σ	z*	p
Depresyon	**9,67±5,91**	7,03±4,25	2,11	**0,035****
Anksiyete	**10,48±6,58**	6,98±5,33	2,73	**0,006*****
Stres	10,36±5,26	8,63±4,82	1,63	0,103
DASS 21 Toplam Puan	**30,51±15,63**	22,65±12,73	2,56	**0,010****

*Mann Whitney U Testi **p<,05 ***p<,01

Gerçekleştirilen analizler neticesinde İGG DASS 21 puan ortalamalarının İGOG'den her alt boyutta daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. DASS 21 toplam puan açısından anlamlı düzeyde farklılaştığı bulgulanmıştır (p<,05). Bunun yanı sıra depresyon alt boyutunda anlamlı (p<,05) ve Anksiyete alt boyutunda anlamlı (p<,01) fark saptanmıştır.

CTQ-33 ve DASS 21'in alt ölçekleri ve ölçümledikleri değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi maksadıyla normal dağılım göstermeyen veri setine Spearman korelasyon analizi uygulanmış olup Tablo XXV'te ilgili sonuçlar gösterilmiştir.

Tablo XXV: CTQ-33 ile DASS 21 Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

	Alt Boyut		CTQ-33							DASS 21		
			Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Aşırı Koruma-Kontrol	CTQ-33 Toplam puan	Anksiyete	Depresyon	Stres
CTQ-33	Fiziksel İstismar	r	0,555									
		p	**0,001***									
	Fiziksel İhmal	r	0,603	0,51								
		p	**0,001***	**0,001***								
	Duygusal İhmal	r	0,751	0,482	0,627							
		p	**0,001***	**0,001***	**0,001***							
	Cinsel İstismar	r	0,439	0,259	0,298	0,402						
		p	**0,001***	**0,008***	**0,002***	**0,001***						
	Aşırı Koruma-Kontrol	r	0,596	0,455	0,35	0,497	0,297					
		p	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,002***					
	CTQ-33 Toplam puan	r	0,885	0,619	0,707	0,872	0,489	0,74				
		p	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***				
DASS 21	Anksiyete	r	0,436	0,317	0,248	0,403	0,111	0,485	0,458			
		p	**0,001***	**0,001***	**0,011***	**0,001***	0,262	**0,001***	**0,001***			
	Depresyon	r	0,515	0,249	0,171	0,39	0,177	0,571	0,505	0,692		
		p	**0,001***	**0,011****	0,083	**0,001***	0,073	**0,001***	**0,001***	**0,001***		
	Stres	r	0,312	0,178	0,032	0,179	0,190	0,433	0,295	0,627	0,677	
		p	**0,001***	0,070	0,744	0,070	0,054	**0,001***	**0,002***	**0,001***	**0,001***	
	DASS 21 Toplam Puan	r	0,479	0,279	0,163	0,367	0,177	0,561	0,473	0,86	0,915	0,857
		p	**0,001***	**0,004***	0,097	**0,001***	0,072	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***

*p<,01 **p<,05

CTQ-33 alt boyutları ile DASS 21 alt boyutları arasındaki ilişki ölçek içi ve ölçekler arası boyutlar ve toplam puanlar ele alınarak incelenmiştir. İlgili tabloda verilen değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında duygusal istismar ile cinsel istismar (r=,439, p<,01), fiziksel istismar (r=,555, p<,01), aşırı koruma-kontrol (r=,596, p<,01), fiziksel ihmal (r=,603 p<,01) ve duygusal ihmal (r=,751, p<,01) boyutları ve CTQ-33 Toplam Puan (r=,885, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı; DASS 21 toplam puan ve alt boyutlarıyla olan ilişkisine bakıldığında DASS 21 toplam puan (r=,479 p<,01), anksiyete (r=,436, p<,01), depresyon (r=,515, p<,01), stres (r=,312, p<,01) boyutları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Fiziksel istismar ile cinsel istismar (r=,259, p<,01), fiziksel ihmal (r=.51, p<,01), duygusal ihmal (r=.482, p<,01), aşırı koruma-kontrol (r=.455, p<,01) boyutlarında ve CTQ-33 toplam puan (r=.619, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı; DASS 21 toplam puan ve alt boyutlarıyla olan ilişkisine bakıldığında anksiyete (r=,317, p<,01), depresyon (r=,249, p<,01) ve DASS 21 toplam puan (r=,279, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulgulanmıştır.

Fiziksel ihmal ile cinsel istismar (r=,298, p<,01), aşırı koruma-kontrol (r=,35, p<,01), duygusal ihmal (r=.627, p<,01) boyutları ve CTQ-33 toplam puan (r=.707, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı; DASS 21 toplam puan ve alt boyutlarıyla olan ilişkisine bakıldığında anksiyete (r=,248, p<,05) boyutuyla pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Duygusal ihmal ile cinsel istismar (r=,402, p<,01), aşırı koruma-kontrol (r=,497, p<,01) boyutları ve CTQ-33 Toplam Puan (r=,872, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı; DASS 21 toplam puan ve alt boyutlarıyla olan ilişkisine bakıldığında anksiyete (r=,403, p<,01), depresyon (r=.390, p<,01) boyutları ve DASS 21 toplam puan (r=.367, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Cinsel istismar ile aşırı koruma-kontrol (r=.297, p<,01) boyutu ve CTQ-33 toplam puan (r=.489, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmış olup DASS 21 toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit edilememiştir (p>,05).

Aşırı koruma-kontrol ile CTQ-33 Toplam Puan (r=,74, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı; DASS 21 toplam puan ve alt boyutlarıyla olan ilişkisine bakıldığında anksiyete (r=,485, p<,01), depresyon (r=,571, p<,01), stres (r=,433, p<,01) boyutları ve DASS 21 toplam puan (r=,561, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

CTQ-33 toplam puan ile anksiyete (r=,458, p<,01), depresyon (r=,505, p<,01), stres (r=,295, p<,01) boyutları ve DASS 21 toplam puan (r=,473, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Anksiyete ile depresyon (r=,692, p<,01) ve stres (r=,627, p<,01) boyutunda pozitif yönde anlamlı; DASS 21 toplam puan (r=,860, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Depresyon ile stres (r=,677, p<,01) boyutu ve DASS 21 toplam puan (r=,915, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo XXVI: DASS 21'e İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

	B	SS	β	t	p
Sabit	8,250	3,584		2,302	0,023
Duygusal İstismar	1,109	0,538	0,344	2,060	**0,042***
Fiziksel İstismar	-0,625	0,499	-0,161	-1,253	0,213
Fiziksel İhmal	-0,458	0,459	-0,125	-0,999	0,320
Duygusal İhmal	0,267	0,390	0,101	0,685	0,495
Cinsel İstismar	0,377	0,476	0,079	0,791	0,431
Aşırı Koruma-Kontrol	0,986	0,310	0,351	3,180	**0,002****

*p<,05 **p<,01

R	R Square	F	p
,591	0,349	8,66	,001**

Tablo XXVI CTQ-33 alt boyutları ve DASS 21 toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin gerçekleştirilen Çoklu Regresyon Analizi neticesinde DASS 21'e dair toplam varyansın %34,9'unu açıkladığı saptanmış olup çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ve aşırı koruma boyutlarının depresyon, anksiyete ve stresin yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ile KZVDDE- Otonom İşlevler arasındaki ilişkiye yönelik gerçekleştirilen korelasyon analizi bulguları Tablo XXVII'te yer almaktadır.

Tablo XXVII: CTQ-33 ile KZVDDE- Otonom İşlevler Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

			CTQ-33							KZVDDE- Otonom İşlevler					
	Alt Boyut		Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Aşırı Koruma Kontrol	CTQ -33 Toplam puan	Affekt regülasyonu	Özkıyımı önleme	Sıkıntıyı etiketleme	Kendini cezalandırma	Çözülmeyi önleme	KZVD-Otonom İşlevler
KZVDDE-Otonom İşlevler	Affekt regülasyonu	r	0,166	0,135	-0,019	0,147	0,116	0,205	0,208						
		p	0,159	0,255	0,873	0,215	0,330	0,082	0,077						
	Özkıyımı önleme	r	0,399	0,204	0,174	0,324	0,273	0,486	0,431	0,376					
		p	**0,001***	0,084	0,142	**0,005***	**0,020****	**0,001***	**0,001***	**0,001***					
	Sıkıntıyı etiketleme	r	0,357	0,152	0,005	0,194	0,195	0,399	0,32	0,499	0,493				
		p	**0,002***	0,198	0,968	0,101	0,099	**0,001***	**0,006***	**0,001***	**0,001***				
	Kendini cezalandırma	r	0,365	0,195	0,216	0,282	0,37	0,33	0,367	0,318	0,417	0,539			
		p	**0,002***	0,098	0,067	**0,016****	**0,001***	**0,004***	**0,001***	**0,006***	**0,001***	**0,001***			
	Çözülmeyi önleme	r	0,239	0,281	0,179	0,26	0,049	0,434	0,341	0,361	0,406	0,489	0,469		
		p	**0,042****	**0,016****	0,129	**0,026****	0,681	**0,001***	**0,003***	**0,002***	**0,001***	**0,001***	**0,001***		
	Otonom işlevler	r	0,442	0,265	0,165	0,357	0,274	0,529	0,484	0,613	0,743	0,802	0,752	0,713	
		p	**0,001***	**0,023****	0,163	**0,002***	**0,019****	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	
	Genel KZVDDE Puan	r	0,395	0,237	0,120	0,322	0,210	0,491	0,425	0,623	0,645	0,780	0,632	0,640	0,892
		p	**0,001***	**0,044****	0,311	**0,005***	0,075	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***

*p<,01 **p<,05

Özkıyımı önleme ile duygusal istismar (r=,399, p<,01), duygusal ihmal (r=,324, p<,01), cinsel istismar (r=,273, p<,05), aşırı koruma-kontrol (r=,486, p<,01) boyutları ve CTQ-33 toplam puan (r=,431, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca KZVDDE-Otonom İşlevler içerisinde sıkıntıyı etiketleme (r=,493, p<,01), kendini cezalandırma (r=,417, p<,01), çözülmeyi önleme (r=,406, p<,01) boyutları ve Otonom İşlevler toplam puan (r=.743, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Sıkıntıyı etiketleme ile duygusal istismar (r=,357, p<,01), aşırı koruma-kontrol (r=,399, p<,01), CTQ-33 toplam puan (r=.320, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı; KZVDDE-Otonom İşlevler içerisinde kendini cezalandırma (r=,539, p<,01), çözülmeyi önleme (r=,489, p<,01) boyutlarında ve Otonom İşlevler toplam puan (r=,802, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Kendini cezalandırma ile duygusal istismar (r=,365, p<,01), duygusal ihmal (r=,282 p<,05), cinsel istismar (r=,370, p<,01), aşırı koruma-kontrol (r=,330, p<,01) boyutları ve CTQ-33 toplam puan (r=,367, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı; KZVDDE-Otonom İşlevler içerisinde çözülmeyi önleme (r=,469, p<,01) boyutunda ve Otonom İşlevler toplam puan (r=,752, p<,01) arasında yine pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Çözülmeyi önleme ile duygusal istismar (r=,239, p<,05), fiziksel istismar (r=,281, p<,05), duygusal ihmal (r=,260, p<,05), aşırı koruma-kontrol (r=,434, p<,01) boyutları ve CTQ-33 toplam puan (r=,341, p<,01) arasında pozitif yönde ve anlamlı; KZVDDE-Otonom İşlevler içerisinde Otonom İşlevler toplam puan (r=,713, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Otonom İşlevler toplam puan ile fiziksel istismar (r=,265, p<,05), cinsel istismar (r=,274, p<,05), duygusal ihmal (r=,337, p<,01), duygusal istismar (r=,442, p<,01), aşırı

koruma-kontrol (r=,529, p<,01) boyutları ve CTQ-33 toplam puan (r=,484, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Affekt regülasyon CTQ-33 toplam puan ve alt boyutlarıyla ilişkili bulunmamış olup (p>.05) KZVDDE-Otonom İşlevler içerisinde kendini cezalandırma (r=,318, p<,01), çözülmeyi önleme (r=,361, p<,01), özkıyımı önleme (r=,376, p<,01), sıkıntıyı etiketleme (r=.499, p<,01) boyutlarında ve Otonom İşlevler toplam puan (r=.613, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

CTQ-33 fiziksel ihmal alt boyutunda ise KZVDDE - Otonom İşlevler toplam puan ve alt boyutlarıyla ilişki bulgulanamamıştır (p>,05).

Tablo XXVIII: KZVDDE- Otonom İşlevler'e İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

	B	SS	β	t	p
Sabit	2,047	2,073		0,988	0,327
Duygusal İstismar	0,253	0,303	0,172	0,834	0,407
Fiziksel İstismar	-0,317	0,336	-0,168	-0,944	0,349
Fiziksel İhmal	0,060	0,262	0,037	0,228	0,820
Duygusal İhmal	-0,010	0,228	-0,008	-0,042	0,966
Cinsel İstismar	0,401	0,262	0,200	1,530	0,131
Aşırı Koruma-Kontrol	0,531	0,174	0,417	3,053	**0,003***

*p<,01

R	R Square	F	p
,549	0,302	4,75	,001*

Tablo XXVIII'de verilen CTQ-33 alt boyutları ve KZVDDE-Otonom İşlevler toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin gerçekleştirilen Çoklu Regresyon Analizi neticesinde KZVDDE-Otonom İşlevler'e dair toplam varyansın %30,2'sini açıkladığı saptanmış olup çocukluk çağı travmalarından aşırı koruma-kontrol boyutunun KZVDDE-Otonom İşlevler'in yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır.

Tablo XXIX:CTQ-33 ile KZVDDE-Sosyal İşlevler Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

			CTQ-33						
	Alt Boyutlar		Duygusal İstismar	Fiziksel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	Cinsel İstismar	Aşırı Koruma Kontrol	CTQ -33 Toplam Puan
KZVDDE Sosyal işlevler	Kişiler arası sınırlar	r	0,104	0,085	0,025	0,041	0,009	0,153	0,040
		p	0,380	0,475	0,831	0,730	0,940	0,197	0,735
	Kişiler arası etkileşim	r	0,154	0,110	0,050	0,010	0,084	0,216	0,134
		p	0,193	0,356	0,675	0,933	0,482	0,067	0,260
	Heyecan arama	r	0,066	0,151	-0,042	0,058	-0,056	0,153	0,065
		p	0,581	0,202	0,723	0,625	0,640	0,197	0,585
	Akranlarla bağ kurma	r	0,099	0,179	0,180	0,101	-0,138	0,237	0,127
		p	0,404	0,131	0,127	0,395	0,245	**0,043****	0,283
	Dayanıklılık	r	0,120	-0,009	0,010	0,171	-0,042	0,064	0,089
		p	0,314	0,941	0,935	0,149	0,726	0,590	0,455
	Özerklik	r	0,217	0,042	0,069	0,133	-0,044	0,201	0,162
		p	0,065	0,721	0,564	0,260	0,713	0,089	0,172
	Kendiyle ilgilenme	r	0,099	0,054	0,036	0,014	0,063	0,296	0,132
		p	0,406	0,651	0,762	0,908	0,594	**0,011****	0,266
	İntikam alma	r	0,282	0,190	0,067	0,265	0,202	0,215	0,306
		p	**0,016****	0,107	0,573	**0,023****	0,086	0,068	**0,009***
	Sosyal İşlevler	r	0,225	0,127	0,045	0,182	0,056	0,353	0,245
	Toplam Puan	p	0,056	0,284	0,702	0,124	0,638	**0,002***	**0,037****
	Genel KZVDDE	r	0,395	0,237	0,120	0,322	0,210	0,491	0,425
	Toplam Puan	p	**0,001***	**0,044****	0,311	**0,005***	0,075	**0,001***	**0,001***

*p<,01 **p<,05

Tablo XXIX'a bakıldığında aşırı koruma-kontrol ile akranlarla bağ kurma (r=,237, p<05), kendiyle ilgilenme (r=,296, p<05) boyutları, KZVDDE- Sosyal İşlevler toplam puan (r=,353, p<01) ve KZVDDE genel toplam puan (Sosyal İşlevler + Otonom İşlevler) (r=,491, p<01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulgulanmıştır.

Duygusal istismar ile intikam alma (r=,282, p<05) boyutu ve KZVDDE genel toplam puan (r=,395, p<01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Duygusal ihmal ile intikam alma (r=,265, p<05) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,322, p<01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

CTQ-33 toplam puan ile intikam alma (r=,306, p<01), KZVDDE-Sosyal İşlevler toplam puan (r=,245, p<05) ve KZVDDE genel toplam puan (r=.425, p<01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

CTQ-33 toplam puan ve alt boyutlarına bakıldığında KZVDDE-Sosyal İşlevler toplam ve alt boyut puanları ile ilişkiselliğin zayıf olduğu ve bunun yanında KZVDDE genel toplam puanlarıyla ilişkinin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo XXX: KZVDDE- Sosyal İşlevler'e İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

	B	SS	β	t	p
Sabit	3,916	2,164		1,810	0,075
Duygusal İstismar	0,187	0,316	0,131	0,591	0,557
Fiziksel İstismar	-0,017	0,350	-0,009	-0,048	0,962
Fiziksel İhmal	0,435	0,274	0,277	1,590	0,117
Duygusal İhmal	-0,219	0,237	-0,189	-0,922	0,360
Cinsel İstismar	-0,199	0,273	-0,102	-0,727	0,470
Aşırı Koruma Kontrol	0,392	0,182	0,318	2,158	**0,035***

*p<,05

R	R Square	F	p
,435	0,189	2,57	,027*

CTQ-33 alt boyutları ve KZVDDE-Sosyal İşlevler toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin gerçekleştirilen Çoklu Regresyon Analizinin yer aldığı Tablo XXX'da analiz neticesinde KZVDDE-Sosyal İşlevler'e dair toplam varyansın %18,9'unu açıkladığı saptanmış olup çocukluk çağı travmalarından aşırı koruma-kontrol boyutunun KZVDDE-Sosyal İşlevler'in yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır.

Tablo XXXI: KZVDDE Genel Toplamına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi

	B	SS	β	t	p
Sabit	5,963	3,809		1,566	0,122
Duygusal İstismar	0,440	0,557	0,167	0,789	0,433
Fiziksel İstismar	-0,334	0,617	-0,099	-0,541	0,590
Fiziksel İhmal	0,495	0,482	0,171	1,028	0,308
Duygusal İhmal	-0,229	0,418	-0,107	-0,547	0,586
Cinsel İstismar	0,202	0,481	0,056	0,420	0,676
Aşırı Koruma Kontrol	0,923	0,320	0,405	2,887	**0,005***

*p<,01

R	R Square	F	p
,513	0,263	3,92	,002*

Tablo XXXI'de yer alan CTQ-33 alt boyutları ve KZVDDE genel toplam puanı üzerindeki yordayıcı etkisine ilişkin gerçekleştirilen Çoklu Regresyon Analizi neticesinde KZVDDE'ye dair toplam varyansın %26,3'ünü açıkladığı saptanmış olup çocukluk çağı travmalarından aşırı koruma boyutunun KZVDDE genel toplamın yordayıcısı olduğu bulgulanmıştır.

Tablo XXXII:KZVDDE- Sosyal İşlevler Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

			KZVDDE- Sosyal işlevler								
	Alt Boyutlar		Kişiler arası sınırlar	Kişiler arası etkileşim	Heyecan arama	Akranlarla bağ kurma	Dayanıklılık	Özerklik	Kendiyle ilgilenme	İntikam alma	Sosyal işlevler Toplam Puan
KZVDDE- Sosyal İşlevler	Kişiler arası sınırlar	r									
		p									
	Kişiler arası etkileşim	r	0,296								
		p	**0,011****								
	Heyecan arama	r	0,32	0,085							
		p	**0,006***	0,477							
	Akranlarla bağ kurma	r	0,307	0,233	0,267						
		p	**0,008***	**0,047****	**0,022****						
	Dayanıklılık	r	0,368	0,182	0,374	0,238					
		p	**0,001***	0,123	**0,001***	**0,043****					
	Özerklik	r	0,442	0,401	0,331	0,161	0,494				
		p	**0,001***	**0,001***	**0,004***	0,175	**0,001***				
	Kendiyle ilgilenme	r	0,155	0,307	0,089	0,093	0,167	0,255			
		p	0,190	**0,008***	0,454	0,436	0,158	**0,029****			
	İntikam alma	r	0,205	0,229	0,196	-0,053	0,200	0,485	0,180		
		p	0,082	0,051	0,097	0,653	0,089	**0,001***	0,128		
	Sosyal işlevler Toplam puan	r	0,619	0,581	0,494	0,323	0,628	0,737	0,533	0,557	
		p	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,005***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	
	Genel KZVDDE Toplam Puan	r	0,53	0,524	0,342	0,215	0,464	0,654	0,549	0,567	0,864
		p	**0,001***	**0,001***	**0,003***	0,067	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***

*p<,01 *p<,05

KZVDDE-Sosyal İşlevlerin toplam puan ve alt boyutları arasındaki ilişkinin yer aldığı Tablo XXXII'ye bakıldığında kişiler arası sınırlar ile kişiler arası etkileşim (r=,296, p<,05), akranlarla bağ kurma (r=,307, p<,01), heyecan arama (r=,320, p<,01), dayanıklılık (r=,368, p<,01), özerklik (r=,442, p<,01) boyutları, Sosyal İşlevler toplam puan (r=,619, p<,01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,530, p<01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Kişiler arası etkileşim ile akranlarla bağ kurma (r=,233, p<,05) ve kendiyle ilgilenme (r=,307, p<,01), özerklik (r=.401, p<,01) boyutları, Sosyal İşlevler toplam puan (r=,581, p<,01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,524, p<01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Heyecan arama ile akranlarla bağ kurma (r=,267, p<,05), özerklik (r=,331, p<,01), dayanıklılık (r=,374, p<,01) boyutları, Sosyal İşlevler toplam puan (r=,494, p<,01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,342, p<01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Akranlarla bağ kurma ile dayanıklılık (r=,238, p<,05) boyutu ve Sosyal İşlevler toplam puan (r=,323, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.

Dayanıklılık ile özerklik (r=,494, p<,01) boyutu, Sosyal İşlevler toplam puan (r=.628, p<,01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=.654, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulgulanmıştır.

Kendiyle ilgilenme ile Sosyal İşlevler toplam puan (r=,533, p<,01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,549, p<,01) arasında; intikam alma ile Sosyal İşlevler toplam puan (r=,557, p<,01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,567, p<,01) arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Ayrıca Sosyal İşlevler toplam puan ile KZVDDE genel toplam puan (r=,864, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXIII: KZVDDE- Otonom İşlevler ve DASS 21 Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

	Alt Boyutlar		DASS 21			
			Anksiyete	Depresyon	Stres	DASS 21 Toplam Puan
KZVDDE-Otonom İşlevler	Affekt regülasyonu	r	0,308	0,321	0,082	0,283
		p	**0,008***	**0,006***	0,489	**0,015****
	Özkıyımı önleme	r	0,362	0,467	0,391	0,472
		p	**0,002***	**0,001***	**0,001***	**0,001***
	Sıkıntıyı etiketleme	r	0,46	0,558	0,472	0,58
		p	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***
	Kendini cezalandırma	r	0,384	0,41	0,283	0,423
		p	**0,001***	**0,001***	**0,015****	**0,001***
	Çözülmeyi önleme	r	0,526	0,444	0,349	0,51
		p	**0,001***	**0,001***	**0,002***	**0,001***
	Otonom işlevler Toplam Puan	r	0,562	0,624	0,444	0,633
		p	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***

*p<,01 **p<,05

Tablo XXXIII'te yer alan KZVDDE-Otonom işlevler ve DASS 21 arasındaki ilişki analizi bulgularına bakıldığında anksiyete ile affekt regülasyon (r=,308, p<,01), özkıyımı önleme (r=,362, p<,01), kendini cezalandırma (r=,384, p<,01), sıkıntıyı etiketleme (r=,460, p<,01), çözülmeyi önleme (r=,526, p<,01) boyutları ve Otonom İşlevler toplam puan (r=,562, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Depresyon ile affekt regülasyon (r=,321, p<,01), özkıyımı önleme (r=,467, p<,01), kendini cezalandırma (r=,410, p<,01), çözülmeyi önleme (r=,444, p<,01), sıkıntıyı etiketleme (r=,558, p<,01) boyutları ve Otonom İşlevler toplam puan (r=,624, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Stres ile özkıyımı önleme (r=,391, p<,01), sıkıntıyı etiketleme (r=,472, p<,01), çözülmeyi önleme (r=,349, p<,01), kendini cezalandırma (r=,283, p<,05), boyutları ve Otonom İşlevler toplam puan (r=,444, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

DASS 21 toplam puan ile affekt regülasyon (r=,282, p<,05), kendini cezalandırma (r=,423, p<,01), özkıyımı önleme (r=,472, p<,01), çözülmeyi önleme (r=,510, p<,01), sıkıntıyı etiketleme (r=,580, p<,01) boyutları ve Otonom İşlevler toplam puan (r=,633, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo XXXIV: KZVDDE- Sosyal İşlevler ve DASS 21 Arasındaki İlişkiye Dair Spearman Korelasyon Analizi Bulguları

			DASS 21			
	Alt Boyutlar		Anksiyete	Depresyon	Stres	DASS 21 Toplam Puan
KZVDDE Sosyal işlevler	Kişiler arası sınırlar	r	0,367	0,314	0,282	0,38
		p	**0,001***	0,007	**0,016****	**0,001***
	Kişiler arası etkileşim	r	0,172	0,134	0,251	0,207
		p	0,146	0,259	**0,032****	0,079
	Heyecan arama	r	0,138	0,056	-0,044	0,067
		p	0,246	0,639	0,712	0,573
	Akranlarla bağ kurma	r	0,079	0,035	-0,077	0,019
		p	0,504	0,766	0,520	0,872
	Dayanıklılık	r	0,051	0,131	0,030	0,095
		p	0,665	0,269	0,800	0,426
	Özerklik	r	0,264	0,457	0,220	0,384
		p	**0,024****	**0,001***	0,061	**0,001***
	Kendiyle ilgilenme	r	0,110	0,236	0,049	0,163
		p	0,354	**0,044****	0,680	0,167
	İntikam alma	r	0,246	0,341	0,321	0,352
		p	**0,036****	**0,003***	**0,006***	**0,002***
	Sosyal İşlevler Toplam Puan	r	0,343	0,408	0,259	0,401
		p	**0,003***	**0,001***	**0,027****	**0,001***
	Genel KZVDDE Toplam Puan	r	0,525	0,584	0,392	0,587
		p	**0,001***	**0,001***	**0,001***	**0,001***

*p<,01 **p<,05

Tablo XXXIV'te KZVDDE-Sosyal işlevler ile DASS 21 arasındaki ilişkiye bakıldığında anksiyete ile özerklik (r=,264, p<05), intikam alma (r=,246, p<05), kişiler arası sınırlar (r=,367, p<01) boyutları, KZVDDE-Sosyal İşlevler toplam puan (r=,343, p<01), KZVDDE genel toplam puan (r=,525, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Depresyon ile kendiyle ilgilenme (r=,236, p<05), intikam alma (r=,341, p<01), özerklik (r=,457, p<01) boyutları, Sosyal İşlevler toplam puan (r=,408, p<01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,584, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Stres ile kişiler arası sınırlar (r=,282, p<05), kişiler arası etkileşim (r=,251, p<05) intikam alma (r=,321, p<01) boyutları, KZVDDE-Sosyal İşlevler toplam puan (r=,259, p<05), KZVDDE genel toplam puan (r=,392, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

DASS 21 toplam puanı ile kişiler arası sınırlar (r=,380, p<,01), özerklik (r=,384, p<,01), intikam alma (r=,352, p<,01) boyutları, Sosyal İşlevler toplam puan (r=,401, p<01) ve KZVDDE genel toplam puan (r=,587, p<,01) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

İntihar sosyolojik, psikolojik, adli, biyolojik ve daha pek çok farklı disipliner anlayış için araştırma konusu olmanın yanı sıra çok boyutlu yapısı gereği analizi ve erken müdahale edilmesinde bir dizi zorlukları barındıran bir olgudur. Araştırmalar intihar olgusunun çeşitli faktörler ile olan ilişkisi ve risk faktörleri üzerinde durmakta olup belirlenen risk faktörleri bağlamında erken tanı ve müdahalelerin hayati öneme sahip olması dolayısıyla gerek literatüre gerekse de toplumsal hayata dair yapılacak katkılar büyük bir önem arz etmektedir.

Batman ili özelinde gerçekleştirilen söz konusu çalışma verilerinin daha sağlıklı bir zeminde yorumlanabilmesi adına öncelikle Batman ili intihar davranışı tarihçesini ele almakta yarar olacaktır. 1948 yılında petrolün bulunmasıyla hızlı bir gelişim gösteren Batman, 1990 yılında il statüsüne kavuşmuş; sanayileşme ve büyüme potansiyeli ile göç alan sosyoekonomik değişim ve gelişim gösteren bir merkez haline gelmiştir. Bu durum Batman ili ve yaşayan halk açısından bir dizi farklılaşmayı da getirmiştir. Zira bir yanıyla büyüyen şehirde istihdam edilen popülasyon artmakta iken öte yandan Türkiye'nin farklı şehirlerinden gelen farklı kültür yapısına sahip olan bireylerin henüz gelişen yeni şehre ve yerli kültüre uyum sağlama, kentleşme, şehir kültürünün inşası gibi temel problemleri de gün yüzüne çıkarmıştır. Şehre göç eden nüfusun yeni koşullara uyum sağlaması, koşullara uygun ilişkiler geliştirerek şehrin yeni yapısının bir öğesi olma sürecinde (Bağlı, 2004) Batman ilinin çoklu alanda yaşadığı değişim ve entegrasyon sorunlarının yanı sıra gerek sosyal gerek ekonomik gerekse de siyasal alanda il ve ülke bazlı yaşanan kriz ve sorunlar toplum ruh sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkilere sebep olmuştur. Bu bağlamda Batman ilinde siyasi çatışmalı yapı dolayısıyla pek çok vatandaşın hayatını kaybettiği bunun yanında şehre entegrasyon sorunları, kadının varlığı, duygusal ilişkinin sosyal ve siyasal alanda kabul görmemesi sebebiyle ruhsal temelli veya bireylerin intihar davranışına yönlendirilmesi gibi sebeplerle intihar davranışında artış yaşandığı

gözlenmiştir. Batman'da intihar davranışının artması ile akademik alanda pek çok araştırma yapılmıştır. Batman ili özelinde 1995-2001 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmalarda tamamlanmış intihar vakalarının büyük oranda 25 yaş altı kadınlardan oluştuğu ve kadın cinsiyetin tamamlanmış intiharların %74-75'ini oluşturduğu, aile ve toplum baskısı, aile içi çatışma ve psikolojik/psikiyatrik temelli sorunların erkeklerde ise 25 yaş üstü grubun yoğun olduğu; işsizlik ve ekonomik nedenlerin en sık bildirilen intihar gerekçesi olduğu, sosyoekonomik düzeyin alt, eğitim seviyesinin ise düşük, medeni durumun bekar olduğu; 1999-2000 yılında Batman ilindeki intihar vaka oranlarının Türkiye ortalamasının yaklaşık 2 katına eşit olduğu saptanmıştır. İntihar girişimlerinde ise ulusal ve uluslararası literatürle benzerlikler görüldüğü aktarılmıştır (AAKB, 2000a; AAKB, 2000b; Bağlı, 2004; Deniz vd., 2001; Gönenç, 2003). Gerçekleştirilen bir çalışmada intihar olgularının %60'sının göç sonucu Batman iline yerleştikleri (Oto vd., 2001); duruma sebebiyet veren faktörlerin istemli ve zorunlu göç sonucu yaşanan kentleşme problemleri, katı toplumsal kurallar, kutuplu siyasi yapıların tahakkümü, ateşli silahlara ulaşımın kolay olması ve cinayetlerin yaşandığı tekinsiz bir ortamın varlığı olduğu aktarılmaktadır (Oto vd., 2004). 2008 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada kadın ve erkek intiharlarının %50 oranında eşit olduğu, intihar girişimlerinin ise literatürle benzerlik gösterdiği ve tetikleyici sebeplere bakıldığında tamamlanmış intiharlarda ruhsal ve fiziksel sorunlar, ekonomik sorunlar; intihar girişimlerinde ise aile ile ilişkili yaşanan sorunlar, ekonomik sorunların temelde yer aldığı görülmektedir (Yıldız vd., 2008). Benzer şekilde Batman ilinde 2012 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada ise ebeveynle yaşanan problemler, aile içi sorunlar ve evlilik problemleri, yalnızlık hissi, ekonomik problemlerin intihar girişiminde tetikleyici olduğu saptanmıştır (Delice & Teymur, 2012). 2012-2017 yılları arasında gerçekleştirilen bir çalışmada intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuruda bulunan vakaların %83'ünün kadın, %57'sinin 15-24 yaş arası, %64'ünün çalışmayan gruptan oluştuğunu; ekonomik sorunlar, göç, aile içi yaşanan sorunların temel tetikleyici olduğu (Kurt

& Araç, 2018); 2013-2019 yılları arasında kaba intihar hızına bakıldığında ise 2015 ve 2018 yılları dışındaki tüm yıllarda Batman ilinin Türkiye ortalamasının altında yer aldığı anlaşılmaktadır (TUİK, 2019). 2014-2019 yılları arasında gerçekleşen intihar girişimi ve tamamlanmış intiharlara dair çalışmada ulusal verilerle benzer özellikler göstererek intihar girişimlerinin %75'ini kadınların, %63'ünü bekarlar, %51'inin alt sosyoekonomik seviyeye sahip olduğu; katılımcıların %86'sının göç yolu ile Batman iline yerleştiği, en sık bildirilen tetikleyicilerin duygusal ilişkiye dair problemler ve ailevi problemler olduğu; çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu tespit edilmiştir (İpek vd., 2022). Bu bağlamda Batman ilinde gerçekleştirilen intihar davranışı araştırmalarının 1990-2000 yılları arasında Türkiye ve dünya istatistiklerinden cinsiyet ve tetikleyiciler bağlamında farklılaşan yapısı günümüze yaklaştıkça literatürle benzer özellikler içeren bir seyir izleyerek ilerlemiştir. Gerçekleştirilen bu çalışma ile Batman ilinde intihar girişimi olan ve olmayan 15 ila 25 yaş arasında bulunan ergen bireylerde demografik özelliklerin yanında çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Batman ilinde ikamet eden 52 (%26,9 erkek, %73,1 kadın) intihar girişimi bulunan ve 52 (%26,9 erkek, %73,1 kadın) intihar girişimi bulunmayan 15-25 yaş arası (%57,7 15-17, %25,0 18-21, %17,3 22-25 yaş) toplam 104 bireyden oluşan katılımcıların intihar davranışındaki risk faktörlerinin daha sağlıklı görülebilmesi adına demografik özellikleri eş veya benzer seçilmiştir. Her iki gruba da Demografik Bilgi Formunun ilk bölümü uygulanmış ve katılımcıların yarısından fazlasının 15-17 yaş grubundan oluşması sebebiyle İGG'nin %82,7, İGOG'nin %69,2'si ortaokul mezunu; İGG'nin %50,0, İGOG'nin %63,5'nin öğrenci olduğu anlaşılmaktadır. Her iki grup arasında eğitim düzeyi ve çalışma durumu bağlamında istatistiksel farklılaşma bulunmasa da İGOG'nin son mezuniyet düzeyi ile öğrenime devam etme durumunun İGG'ye göre daha yüksek olduğu görülmekte olup literatür bulgularıyla

örtüşmektedir (Gözden, 2013; Karaoğlu, 2016; Güleç & Aksaray, 2006; Saraçoğlu vd., 2014; Şener & Şenol, 1996; Yıldız-Bozdoğan, 2013).

Aile örüntülerine yönelik literatüre bakıldığında Fransa'da yapılan bir çalışmada boşanmış/ayrı yaşayan veya tek ebeveynli ergenlerde intihar girişim riskinin üç kat (%37,0) (Chau vd., 2014); Danimarka'da yapılan ergen çalışmasında ayrık ebeveyn ilişkileri bildirme olasılığının on kat daha fazla olduğu (%41,5) (Hedeland vd., 2016); Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise %8,8-52,4 oranlarında ergen ebevynlerinin boşanmış /ayrı veya ebeveyn vefatı sebebiyle tek ebeveynin olduğu (Aktepe vd., 2006; Ekici vd., 2001; Erişen, 2020; Kirman, 2020; Müjdecioğlu-Demir, 2017; Örsel vd., 2011) görülmektedir. Bu araştırmada İGG ve İGOG arasında istatistiksel farklılaşmaya rastlanmamakla birlikte İGG'de anne baba boşanma veya ayrı yaşama (%25) durumunun İGOG'ye göre yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Söz konusu çalışma verilerinin Türkiye istatistikleri ile benzer, dünya istatistiklerinden daha düşük oranda olması aile temelli sorunların daha az yaşandığı veya hiç yaşanmadığı anlamı dışında boşanma mevhumuna kültürel ve sosyolojik bağlamda olumsuz bakılması sebebiyle sorunlu dahi olsa evlilik ilişkilerinin devamlılık yönünde olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Zira İGG katılımcıların sıklıkla ebeveyn sorunları ve aile problemlerine vurgu yaptığı, intihar girişiminde tetikleyici faktörlere bakıldığında hem kadın (%41,4) hem erkeklerde (%30,4) ilk sırada yer alan faktörün aile ile ilişkili yaşanan süreğen problemler olduğu görülmektedir. Bu bulgu literatür verilerine bakıldığında bilhassa 15-24 yaş grubunun (%36,4) ailesel sorunlar yaşadığı (Teğin, 2014), intihar girişimi için yaygın olarak onaylanan tetikleyicinin ebeveynlerle bir sorun yaşamak olduğu 43,6-47,5 ve işlevsel olmayan aile sorunlarının intiharda önemli bir tetikleyici olduğu ve kadınlar tarafından önemli ölçüde daha sık bildirildiği aktarılmaktadır (Aşılıoğlu vd., 2009; Çalık, 2017; Dieserud vd., 2010), Jacobson vd., 2013).

Ergen intihar davranışına dair aile işleyişinin boyutları tam anlamıyla tanımlanmamışsa da aile içi sorunların ergende intihar davranışı riskini artırdığı bilinmektedir ve yaşanan bu sorunların kaynağını tek bir sebebe indirgemek doğru olmayacaktır. Ailenin zorluklarla başa çıkma esnekliği, iletişim boyutundaki problemleri, aile bireylerinin arasındaki duygusal bağların zayıflığı, kendilerine uygun olmayan veya üstlenmemeleri gereken rolleri almaları (Görgülü, 2017; Sheftall vd., 2013) ya da huzursuz, sorunlu veya işlevsiz bir aile durumu intihar davranışını ve KZVD'yi yordamaktadır (Dieserud vd., 2010; Spirito vd., 2003). Katılımcıların yaş durumları göz önünde bulundurulduğunda çocukluktan yetişkinliğe geçiş evresi olan ergenlik dönemle birlikte aile ile ilişkilerinin doğal seyrinde de çatışmalı bir yapıya dönüşebileceği unutulmamalıdır. Aile ve birey kaynaklı ilişkisel sorunların yanında ailenin veya ülkenin ekonomik durumu gibi dışsal faktörler de aile ilişkilerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Katılımcıların yaş ve eğitim durumları göz önünde bulundurulduğunda örneklemin %82,3'ünü çalışmayan veya öğrenci grubunun oluşturduğu ve dolayısıyla başta aile olmak üzere sosyal bağlarda ekonomik olarak bağımlı oldukları varsayılmaktadır. Aile içerisinde sorunlara sebep olabileceği düşünülen ailenin sosyoekonomik seviyesi (SES) ele alındığında ise alt SES'li katılımcıların intihar girişimli grupta (%58) daha yoğun olduğu, İGOG'nin ise daha orta SES (%46,2)'li aile bireylerinden oluştuğu görülmektedir. Literatürde ekonomik sıkıntılı ve alt SES'li bireylerin daha sık intihar davranışında bulunduğunu gösteren çalışmaların (Arslan-Çelik, 2018; Cemiloğlu, 2021; Çelebi, 2017; Kozatepe, 2015; Saraçoğlu vd., 2014; Yıldız-Bozdoğan, 2013) yanında alt ve orta SES'li (Aktepe vd., 2006; Kirman, 2020) veya alt ve üst SES'li (İçli, 2015) bireylerin daha yüksek intihar oranı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Literatürde çalışma verileri birbirinden farklı sonuçlar gösterse dahi alt SES görece kararlı bir şekilde risk grubunda yer almaktadır. Bu açıdan literatür verileri ile bu araştırmanın sonuçları uygunluk göstermektedir.

SES üzerinde etkili olduğu düşünülen hanede yaşayan birey sayısı verilerine bakıldığında literatürde alana dair sık çalışmaya rastlanmamış olup intihar davranışlı çocuk ve ergenlerin %74,2'sinin 2-4 çocuklu (Aktepe vd., 2006) olduğunu gösteren çalışmanın yanı sıra Batman ilinde yapılan bir çalışmada ortalama kardeş sayısının 9 olduğu bildirilmiştir (Delice & Teymur, 2012). Bu çalışmada ise hanede yaşayan birey sayısına bakıldığında hem İGG (%46,2) hem de İGOG (%51,9)'de katılımcıların 5-7 kişilik ailelere mensup oldukları, dolayısıyla 3-5 kardeşli bir aile yapısının ilin coğrafik ve kültürel formu göz önünde bulundurulduğunda yüksek düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Çok kardeşli yapı bir yanıyla ebeveynlerin her çocuğa yeterince iyi destek ve ilgi sağlanamayabileceği çıkarımının yanında kardeşlik bağı ve sosyal destek mekanizmasını güçlendiren bir olgu olarak intihar davranışında koruyucu da olabilmektedir. Bu bağlamda bilhassa İGG'nin sosyal destek algısı ve aile bireylerinin olumsuz koşullarda katılımcıyı destekleme durumu önem arz etmektedir. Nitekim yetersiz sosyal etkileşimin intihar davranışı üzerinde etkili olduğu düşünülmekte olup kimi zaman ergen için intihar davranışı, sosyal destek arama yönünde bir motivasyon içermektedir (Boergers vd., 1998). Gerçekleştirilen bu çalışmada İGG'de yer alan kadın katılımcıların %73,7'si ve erkek katılımcıların %50'si sosyal destek ağının olmadığını bildirmiştir. İntihar davranışında tetikleyici olan durumlar karşısında ise erkeklerin %57,1'i kadınların %52,6'sı herhangi bir yardım talebinde bulunmadığını bildirmiştir. İntihar girişimli ergenler ile gerçekleştirilen sosyal ve aile destek ağı üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında kadınların %44,2, erkeklerin %53,5'inin sosyal desteğinin olmadığını bildirdiği ve aynı gruptaki kadın katılımcıların daha yüksek oranda yaşadığı sorunlar karşısında yardım talep ettiği (%39,4 kadın, %20,0 erkek) (İpek vd., 2022), bir başka çalışmada ise aile ile sorunlarını paylaşma durumunun %54,0 olduğu saptanmıştır (Çalık, 2017). Literatür ile karşılaştırıldığında bu araştırma verileri, İGG'nin daha düşük düzeyde sosyal destek ağının olduğu ve diğer çalışmalarla paralel şekilde kadınların daha yüksek oranda yardım talebinde bulunduğunu göstermektedir. Yardım talebinde bulunan

katılımcıların ise büyük oranda aile bireylerine (Kadınlarda %66,6, erkeklerde %33,3) başvurduklarını göstermektedir.

Sosyal destek ağının zayıf veya ulaşılamadığı durumlar ruhsal açıdan yıkıcı ve tahribata sebebiyet verebilecek pek çok olumsuz durum ile sonuçlanabilmektedir. Bu bağlamda literatür incelemesinde gruplar arası sigara, alkol veya madde kullanım öyküsü ele alındığında görece daha az zarar verici etkisi olduğu düşünülen sigara kullanımdan ölümcül sonuçlar doğurabilen madde kullanımına kadar intihar girişimli bireylerin girişimi olmayan bireylere göre daha yüksek oranlarda kullanım durumunun olduğu; günde yarım paket üzeri içtikleri sigaranın intihar riskini %24 oranında arttırdığı (Li vd., 2012), intihar girişimli bireylerin %16,6-58,3'ünün sigara, % 5,6-30'unun alkol kullanımının; %9-50'sinde madde kullanımının olduğu (Akın & Berkem, 2012; Çalık, 2017; Deveci vd., 2005a; İpek vd., 2022; Müjdecioğlu-Demir, 2017; Sayım, 2019; Schilling vd., 2009) literatür taramasında görülmektedir. Literatür ile uyumlu sonuçları veren bu çalışmada İGG/İGOG sigara kullanım oranının %50,0/%34,6; alkol kullanım oranının %13,5/%9,6 ve madde kullanım oranının %15,4/%3,8 olmasının yanı sıra İGG'nin %11,1'inin madde ile ilişkili bağımlılık bozukluğu teşhisi ile psikiyatrik tanı aldığı saptanmıştır. Her üç olumsuz davranış için de İGG oranları daha yüksek olup madde kullanım öyküsünde İGOG ile anlamlı düzeyde farklılık mevcuttur ($p<,05$). Bu bağlamda Nock (2010) tarafından aktarılan dolaylı kendine zarar verme davranışı olarak belirtilen sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının intihar davranış riskini arttırdığı anlaşılmaktadır.

Her iki gruba dair ruhsal destek ve psikiyatrik tedavi öyküsü ele alındığında İGG'nin %51,9'u İGOG'nin ise %5,8'inde ruhsal bozukluk tanısının bulunduğu ve iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu bulgulanmıştır. Bu durum ruhsal bozukluk ve intihar davranışı arasındaki ilişkiselliğin olduğuna dair kanıtları güçlendirmektedir. Katılımcılardan hastane raporu, ilaç reçetesi vb. resmî belgeler istenmemiş, şifahi olarak psikiyatrik bir tanılarının bulunma durumu sorulmuştur. İntihar girişimli vakaların tanı oranları literatürde %30-80

duygudurum bozukluğu, %12-55 şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar %8,5-50 madde kötüye kullanımı, %20-45 anksiyete (Alberdi-Sudupe vd., 2011; Arslan-Çelik, 2018; Aşılıoğlu vd., 2009; Erişen, 2020; Gözden, 2013; Hezer, 2020; İmren vd., 2013; Pfeffer vd., 1991; Ünlü vd., 2014; Tidemalm vd., 2008); bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu intihar girişim yaygınlığı %21-42 oranlarında ve intihar riskini arttırıcı rolü görülmektedir (Adıgüzel, 2018; Akkoyun, 2016; Oquendo vd., 2010). Bilindiği üzere DSM 5 depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar, siklotimik bozukluk tanılarını duygudurum bozuklukları adı altında toplamıştır (APA, 2013). Bu çalışmada da bahse konu başlıklar duygudurum bozuklukları olarak kaydedilerek istatistiksel analizi sağlanmıştır. İGG tarafından bildirilen ruhsal bozukluk tanı oranlarına bakıldığında katılımcıların %55,6'sının duygudurum bozukluğu tanısı aldığı ardından %11,1'inin madde ile ilişkili bağımlılık bozuklukları ve %11,1'inin şizofreni ve diğer psikozlar tanısı aldığı anlaşılmakta ve söz konusu bulgular literatürle benzerlikler taşımaktadır. Bunun yanında bireylerin ruhsal bozukluk tanıları olsun veya olmasın psikolojik veya psikiyatrik destek alabilmektedirler. Bu kapsamda psikoterapi, medikal tedavi veya her iki yöntemin birlikte uygulandığı durumlar mevcuttur. Ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma ve sağaltım sürecine bakıldığında İGG ve İGOG arasında anlamlı farklılaşmanın olduğu görülmekte ve medikal tedavinin devrede olduğu sağaltım sürecinde İGG, İGOG'nin neredeyse 8,5 katı destek aldığını bildirmektedir. İGG'nin %83,3 medikal tedavi veya psikoterapi+medikal tedavi aldıklarını, %26,7'si ise psikoterapi hizmetinden faydalandıklarını bildirmişlerdir. İGG'nin ruh sağlığı hizmetlerinden ne kadar süredir yararlandıklarına bakıldığında katılımcıların %60'ının 0-6 ay arası, %33,3'ünün ise 1-8 yıl arası hizmet almakta ve doktor kontrollerinden geçmekteyse de intihar davranışında bulunmaları dikkat çekmektedir. Ayrıca medikal tedavi gören ve yöntem olarak YDİA'yı kullanan katılımcıların kendi psikiyatrik ilaçları ile intihar davranışı gerçekleştirme oranları erkeklerde %44,5 kadınlarda %55,6 olması psikiyatrik ilaç kullanımı olan bireylerde intihar riskinin ciddi

boyutlarda olduğunu göstermektedir. Literatür taramasında 2016-1018 yılları arasında Ulusal Zehir Danışma Merkezi'ne başvuran bireylerin tarihsel olarak sırasıyla %77,1, %76,8, %77,2 ortalama %77,0 oranında psikiyatrik ilaç kullanımı ile intihar davranışında bulundukları tespit edilmiştir (Büyüker & Köroğlu-Çamur, 2021; Köroğlu-Çamur, 2020). Diğer alan çalışmalarına bakıldığında bu oran %20-53,7 arasında değişmektedir (Akın vd., 2007; Özayar vd., 2011; Yeşil vd., 2008). Bu sebeple katılımcılar kronikleşmiş ruhsal bozukluklara yönelik tedavi alıyorlarsa dahi ilaç kullanım rutinlerinin takibi, medikal yöntemlerin revize edilmesi veya medikal tedavi gören hastaların psikiyatrik takibinin üzerinde ehemmiyetle durulması hayati önem taşımaktadır.

Yalnızca bireylerde değil aynı zamanda ailelerde bulunan ruhsal bozukluk tanıları birey için intihar riskini arttırıcı bir role sahiptir. İntihar girişimli bireylerin %38,5'inin ailesinde ruhsal bozukluk tanısı olduğu (p<,01) ve ailede ruhsal bozukluk varlığı veya yokluğunun bireyde ruhsal bozukluk varlığı ile örtüştüğü, ailesinde ruhsal bozukluk olan katılımcıların %65,2; olmayan katılımcıların %81,5'inde benzer özelliklerin olduğu ve ailede ruhsal bozukluk varlığının intihar riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Literatürdeki ergen intiharı üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde ergenlerin %8,8-61,1'sinin ailesinde ruhsal bozukluk olduğu saptanmış (Arslan-Çelik, 2018; Cesur, 2017; Çalık, 2017; Deveci vd., 2005a; Erişen, 2020; Houston vd., 2001; Gökçen ve Köylü, 2011; Onat, 2016; Tunca, 2017) ve çalışmamız bulguları literatürle uyumlu bulunmuştur. Ayrıca literatürde ailede intihar girişimi verilerine bakıldığında intihar girişimli vakaların %4-25,9'unun ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunduğu (Aktepe vd., 2006; Çalık, 2017; Deveci vd., 2015b; Evren vd., 2003; Gökçen & Köylü, 2011; Houston vd., 2001; Kayapınar-Aylak, 2016; Sayım, 2019; Teğin, 2014; Tunca, 2017; Yıldız-Bozdoğan, 2013), çalışmamız verilerine bakıldığında ise İGG'nin %14,0'ünün aile bireylerinde intihar öyküsü bulunduğu ve çalışma bulgularının literatürle uygunluk içerdiği görülmektedir. Aileye ilişkin psikiyatrik ve intihar öyküsünün varlığına ilişkin bulgular sosyal öğrenme, taklit, genetik

geçiş, ilgili gen varlığı, paylaşılmış psikotik bozukluk gibi çevresel ve genetik faktörler üzerine çalışmaların yapılmasını elzem kılmaktadır.

İntihar davranışının gerçekleştiği zaman ve mekân seçimine bakıldığında erkeklerin zaman olarak %42,9'unun 00:00-06:00 saatleri arasında, mekân olarak %57,1'nin evde; kadınların ise %42,1'inin 18:00-00:00 saatleri arasında ve %78,9'nun evde eylemi gerçekleştirdiği tespit edilmiştir. Cinsiyetler arası farklara bakıldığında kadınların aile bireylerinin evde ve uyanık olduğu, eyleme başkalarının şahitlik etme ve eylemi durdurma ihtimalinin yüksek olduğu akşam saatlerinin seçilmesinin yanında erkeklerin gece uyku saatlerinde, kadınlardan daha düşük oranda evde eylemi gerçekleştirdikleri anlaşılmakta ve ilgili faktörler, ölüm riskini arttırıcı etkileri içermektedir. Benzer şekilde intihar davranışındaki ciddiyet sorgulamasında cinsiyetler arası farklılaşma görülmekte ($p<,05$) ve erkeklerin %85,7'sinin eyleminde ciddi olduğunu belirtmesi; intihar davranışını gerçekleştirme öncesi dürtüsel eyleme geçildiğini düşündüren planlama olmaksızın ani bir karar sonucu eyleme geçme oranının %71,4 olması da ölüm riskini arttırıcı olması bağlamında bu düşünceyi güçlendirmektedir. Planlama yapmadan intihar davranışında bulunan kadın katılımcıların %47,4 oranında olduğu; literatür bulgularına bakıldığında ergenlerin %30-86'sının intihar planı yapmadıkları (Çalık, 2017; Gözden, 2013; Onat, 2016; Tunca, 2017) ve çalışmamız bulgularının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Öte yandan dürtüsel girişimler kolay ulaşılabilir, erişimin kısa sürede sağlanabildiği araçlar ile gerçekleştirilmektedir. Yapılan bu çalışmada katılımcıların %93,8'i evde bulunan kolay ulaşılabilir araçlarla intihar davranışında bulunmuşlardır. Bu durum bir yanıyla eylemin gerçekleşmesinin evde bulunan herhangi bir aracın riskli bir yöntem olarak kullanılabileceğini öte yandan ateşli silah gibi tehlikeli unsurlara ulaşımın kolay olmasının insan hayatını ne denli hızlı bir şekilde yok edebileceğini göstermektedir.

Eylemin ciddiyetine dair bir diğer bulgu intihar girişiminde seçilen yöntemdir. Cinsiyet bağlamında erkeklerin %68,8'i ası, kesi, ateşli silah kullanımı, yüksekten atlama gibi şiddet içeren ölümcüllük riski yüksek olan aktif yöntemler seçerken kadınların %84,2'si daha az riskli/az şiddet içeren YDİA (%81,6), kendini zehirleme gibi pasif eylemleri seçmiştir. Literatürde de şiddet içeren aktif yöntem seçimi erkeklerde kadınlardan sık görülmekte ve tekrarlayıcılık bağlamında şiddet içerikli eylemler intihar açısından risk oluşturmaktadır (Genç, 2017; Hulten vd., 2001; Tunca, 2017). Bu bağlamda seçilen yöntem ile intihar davranışında bulunmaya dair motivasyonun önemli bir yol belirleyici olduğu düşünülmektedir. Katılımcılar birden fazla motivasyon belirtebilmektedir ve her bildirilen motivasyon araştırma için ayrı bir öneme sahiptir. Yaş bağlamında bakıldığında ise her üç grup (15-17, 18-21, 22-25 yaşlar) için de anlamlı farklılaşma olmasa da alt gruplarda dikkat çeken veriler mevcuttur. Örneğin taleplerinin kabul görmesi (15-17: %14,0; 22-25: %20,0), çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma arzusu (15-17: %12,3; 18-21: %12,0; 22-25: %20,0) yaşamaya ve yardım talep etmeye dair motivasyonlar olarak düşünülmektedir. Bu sonuç ergen grup seçiminde 18 yaşını tamamlamış bireylerin resmi olarak yetişkin kabul edilmelerinin yanında halen ergenlik sürecinin devam ettiğini, katılımcılar arasında yaş farklılıkları olsa dahi benzer motivasyonel durumlar ile eyleme geçildiğini ve dolaylı olarak ergenlik süreci karakteristiğinin benzer özellikler gösterdiğini düşündürmektedir. Benzer şekilde kadın ve erkek katılımcılar açısından söz konusu değişken ele alındığında her ne kadar her iki grup için de ilk sırada yer alan motivasyon, sorunlarından kurtulma ve sorunlarla baş edememe olsa da kadınlarda taleplerin kabul görmesi (%12,2), çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma arzusu (%16,2) veya olumsuz duygularla başa çıkış (%17,5) yöntemi olarak intihar davranışı sergilenmektedir. Araştırma bulgularıyla yardım talep etme durumu karşılaştırıldığında da kadınların daha yüksek oranda yardım talep ettikleri ve fakat erkeklerden daha düşük oranda sosyal destek ağını hissettiklerine daha önce de değinilmiştir. Bu noktada bulguların literatürle benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir (Aktepe

vd., 2006; Aşılıoğlu vd., 2009; Boergers vd., 1998; Callanan & Davis, 2012; Jacobson vd., 2013; Lim vd., 2014; Onat, 2016; Teğin, 2014; Yıldız-Bozdoğan, 2013). İntihar girişimi verileri de göz önünde bulundurulduğunda kadınlarda intihar girişim oranlarının daha yoğun olması ile sosyal destek arama, yardım talep etme, ruhsal destek alma veya sorunlarını bildirmeye daha eğimli oldukları ve bu sebeple literatürde daha yüksek oranda temsil edildiklerini düşündürmektedir.

Katılımcılar, tetikleyici faktörlerin kronik veya anlık gelişen olayların yarattığı gerginlik hali sonucu intihar eylemine yönelttiğini belirtmektedir. Bu sebeple tetikleyici faktörlerin yanında eylemin ne kadar süredir katılımcıyı olumsuz etkilediği de sorgulanmıştır. Hem kadın hem erkeklerde en sık bildirilen tetikleyici unsur daha önce de değinildiği üzere aile ile ilişkili yaşanan süreğen problemlerdir. Duygusal ilişki temelli yaşanan sorunlar kadınlar (%22,4) için ikinci, erkekler (%13,0) için üçüncü belirgin tetikleyicidir. Erkeklerde ikinci sırada ruhsal bozukluk temelli sorunlar (%17,4) yer almaktadır. Her üç tetikleyici de araştırma sonuçları açısından büyük öneme sahiptir. Nitekim ergen bireyin gelişimi göz önünde bulundurulduğunda aile ile çatışmaların arttığı, akran ve duygusal ilişki yaşanan partnerle olan ilişkinin önem kazandığı bir dönemden kısacası ilişkisel çatışmalardan bahsedilmektedir. Araştırmamızın verileri bu bağlamda literatürle uyumluluk göstermekle (Aşılıoğlu vd., 2009; Çalık, 2017; Dieserud vd., 2010; Jacobson vd., 2013; Spirito vd. 2003; Teğin, 2014) birlikte ergenliğin ruhsal bozukluk başlangıç yaşları olması hasebiyle sürecin kaotik bir döneme dönüşebileceği bilinmektedir. Bildirilen tetikleyicilerin katılımcıyı etkileme süresinin ise her iki cinsiyette de %50,0 oranıyla aylar boyu olduğu tespit edilmiştir. Veriler ışığında ilgili stresörün katılımcıyı belli bir süredir etkilediği; fakat yaşanan son olay ile eyleme geçtiğini katılımcı bildirimleri neticesinde öğrenmekteyiz.

İntihar davranışına şahitlik etme yolları sorgulamasında katılımcıların erkek katılımcıların %57,1 kadın katılımcıların %47,2 oranında intihar olgusunu öğrenme ve

davranışı öğrenme yolu olarak medyayı işaret etmiştir. Medyanın eğitici, yol gösterici ve günlük hayatta kullanılabilecek şekilde bilgiyi işlemesi durumunun ne kadar ciddi boyutlarda olduğunu bu oranlar göstermektedir. Bireyler medyada maruz kaldıkları olay örgülerine benzer yaşantıları deneyimlemeleri durumunda Werther etkisi veya sosyal öğrenme yoluyla sıkıntı veya problem yaratan yaşam olayları karşısında intiharı ölme niyetiyle veyahut taleplerinin kabul görmesi niyetiyle gerçekleştirebilmektedir. Ayrıca manipülatif ve romantize edilerek gerçekleştirilen habercilik neticesinde de idealize edilerek sunulan intihar olgusunun ergen birey için sedüktif yanı da mevcuttur.

İntihar girişimi sonrası bireylerin hayatlarında olumlu veya olumsuz olarak nitelendirebilecekleri değişiklikler olabilmektedir. Erkek katılımcıların %64,3, kadın katılımcıların %53,6'sı hayatlarında herhangi bir değişim olduğunu bildirmiştir. İlk olarak neyin değiştiği ardından da değişimin katılımcı için olumlu/olumsuz yönde olduğu sorularak kaydedilmiştir. Bireylerin olumlu olarak sıklıkla değindiği "ruhsal olarak daha iyi hissetmek", "hayatın kıymetini anlamak ve hatalarının farkına varmak" ifadelerinin bireyin yaşamında güç duygusunu hissetmesi, hayata veya daha basit gördüğü olaylara değer verme ve psikolojik iyilik hali veya varoluşsal gelişimin sağlanması bakımdan travma sonrası büyüme olarak değerlendirilebilir (Leigh, 2000; Levi-Belz, 2021; Tedeschi & Calhoun, 2004). Ayrıca erkeklerin %50'si hayatlarında olumlu değişim olduğunu; kadınların %47,4'ü ise hayatlarında herhangi bir değişim olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların değişim olarak belirttiği "yaşanan zorlukların çevre tarafından fark edilmesi ve ilgi görmek", "çatışma yaşanan aile/partner ilişkilerini düzelmesi" veya "taleplerinin kabul görmesi" ikincil kazanç olarak görülmekte her ne kadar bireyin hayatında olumlu bir değişime vesile olsa dahi bireyin intihar davranışını sorun çözme yolu olarak öğrenme ve benzer çatışmalı durumlarda tekrarlı olarak kullanabileceği yöntem olma ihtimali sebebiyle intihar riskini arttırmaktadır. Bu bağlamda katılımcıların güncel intihar düşünceleri sorgulanmış erkeklerin %7,1'i, kadınların %26,3'ünde düşüncelerinin

devam ettiği bulgulanmıştır. Literatürde %28,8-31,5 oranında düşüncelerin devam ettiği yönünde bulgular mevcuttur (Ayaz, 2015; Çelik, 2020). Bu noktada intihar düşüncesi devam eden katılımcıların psikiyatrik/psikolojik destek alma durumları sorgulandığında %54,5'inin herhangi bir destek almadığı tespit edilmiştir. Duruma ilişkin çocuk katılımcılar için ebeveynler ve çocuk ile söz konusu husus ayrıca görüşülmüş olup ilgili katılımcılar hakkında 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu kapsamında başta sağlık ve danışmanlık tedbiri olmak üzere katılımcının yüksek yararı gözetilerek koruyucu ve önleyici tedbir kararlarının uygulanması adına Batman Çocuk Mahkemesine resmi olarak talepte bulunulmuştur. Burada sağlık tedbiri Sağlık İl Müdürlüğü tarafından çocuğun psikiyatrik takibi ve tedavisinin alınması açısından zorunluğu getirmekte olup danışmanlık tedbiri ile aileye çocuk yetiştirme stilleri ve yaklaşım, çocuğa ise ergenlik süreci ve diğer problemleri ile ilgili Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü meslek elemanları tarafından düzenli periyotlar ile danışmanlık hizmetinin sunulması sağlanmaktadır. Bu sayede çocuğun intihar riskinin bulunması durumunda erken müdahale ve önleyici hizmetler ile risk durumunun azaltılması veya yok edilmesi hedeflenmiştir.18 yaşından büyük katılımcılar için ise danışmanlık yapılarak psikolojik destek ve/veya psikiyatrik tedavi hizmetlerine erişim yolları aktarılmış ve yasal bildirimlerde bulunulmuştur.

İGG'de bulunan tüm katılımcıların güncel ruhsal destek alma durumları sorgulandığında katılımcıların %32,7'sinin halen ruhsal destek hizmetlerinden faydalandığı bulgulanmıştır. Ruhsal destek hizmetinden faydalanmayan katılımcılara ise kurumsal ruhsal destek talebinin araştırmacı tarafından karşılanabileceği veya yönlendirme yapılabileceği teminatı verilmiştir. İlgili grubun %28,6'sı destek talebinde bulunarak bireysel görüşmeler başlatılmıştır. Literatür incelendiğinde ergenlerin %59-77'sinin ruhsal destek almadığı ve %14-30'unun girişimin ardından profesyonel ruh sağlığı hizmeti aldığı bulgularıyla benzer özellikler taşımaktadır (Gökçen ve Köylü, 2011; Jacobson vd., 2013; Ünlü vd., 2014; Saraçoğlu vd., 2014; Teğin, 2014; Yüksel, 2016).

İntihara dair ciddi bir risk faktörü olan intihar girişim öyküsüne dair literatür bulguları ergen bireylerin %12-66'sında birden fazla intihar girişimi olduğu ve %2,1-25'inin 1 yıl içerisinde intihar eylemi gerçekleştirdiği yönündedir (Alptekin ve Duyan, 2012; Çalık, 2017; Dieserud vd., 2010; Gökçen & Köylü, 2011; Gözden, 2013; Gündüz, 2015; Hulten vd., 2001; Spirito vd., 2003; Uçan, 2006; Ünlü vd., 2014; Yüksel, 2016). Çalışmamız verileri katılımcıların %30,8'inin birden fazla kez intihar girişiminde bulunduğu ve çoklu girişimi olan katılımcıların güncel intihar eyleminden önceki intihar girişim tarihlerinin ise %68,8 oranında bir yıl içinde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Çoklu girişim oranı literatür ile benzerlik gösterse de intihar girişim tarihleri arasındaki süre sıklığının önceki çalışmalardan daha sık bildirildiği görülmektedir. Bu durumun çalışmanın İGG örnekleminin eylem tarihlerinin 2019-2021 yılını kapsaması ve aynı dönemin tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 sebebiyle uzun süre sosyal izolasyona maruziyet, evde kalma ve aile bireyleri ile zorunlu vakit geçirme süresinin artması, akran grubu veya sosyal çevre ile ev dışı etkinliklerin yasak olması ve kademeli olarak normalleşmeye geçilmesi, sürecin ruhsal bozukluk tetikleyicisi olması, ölüm ve yas sürecini daha sık yaşama veya yas ritüellerinin gerçekleştirilme zeminin olmaması, sağlık tehdidi ve ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi sebepleri ile intihar davranış sıklığının arttığı kanaatine varılmıştır. Çoklu girişimlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu yönündeki literatür bulgusuna (Çelebi, 2017) binaen araştırmamız bulgularına bakıldığında CTQ-33, DASS 21 ve KZVDDE genel toplam puanlar açısından birden fazla girişimi bulunana ergenlerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılaşmanın olduğu görülmüştür. Ayrıca çoklu girişimlerde dikkat çeken diğer husus intihar girişimlerinde YDİA yönteminin literatürde ve çalışmamız bulgularında en sık kullanılan metot olmasına ve kadınların şiddet içermeyen veya az şiddet içeren yöntemlerle intihar davranışında erkeklerden daha yüksek oranda bulunuyor olmasına rağmen geçmiş intihar yöntemlerinde hem kadın (%50) hem erkek (37,5) katılımcılarda kesi yöntemi

kullanılmış; tetikleyici faktörler açısından ilişkisel çatışma temelli (aile veya partner) faktörlerin erkeklerde %25, kadınlarda %50 oranında etkili olduğu bulgulanmıştır.

Çocukluk döneminde yaşanan veya dayatılan hayat koşullarının örseleyici ve travmatik deneyimlere sebebiyet verecek noktalara varmasının ergenlik dönemi özelliği olarak geçmiş yaşantıların yeniden yapılandırılarak ruhsal olarak işlendiği sürece tekabül etmektedir. Geçmiş dönem yaşantıların ağırlığı ve travmatik etkileri her bireyde aynı düzeyde ve şekilde etkilere sebep olmamakta, ayrıca bireyin yaşantıya gösterdiği tepki de ego fonksiyonları ve savunma düzenekleri açısından farklılaşmaktadır. Fakat ister rasyonelize edilsin ve günlük hayatta zihinde yer meşgul etmesin ister gizil ister görünür tepkiler olsun çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimlerinin birey üzerinde ruhsal iz bıraktığı; ayrıca intihar davranışı üzerindeki etkilerini inceleyen pek çok akademik çalışmanın intihar riskini arttırdığı yönünde bulgular söz konusudur (Gündüz, 2015; Herman, 2017; Kayapınar-Aylak, 2016; Yüksel, 2016; Nart, 2018; Nehir vd., 2018; Sigfusdottir vd., 2012; Şirin, 2020; Teğin, 2014; Tunca, 2017; Tunç, 2016; Yargıç vd., 2012). Çalışmamız bulgularına bakıldığında İGG ve İGOG karşılaştırmasında CTQ-33 tüm alt boyutlarında İGG puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda H2 hipotezimiz doğrulanmış olup her iki grupta da en yüksek puan ortalamalarına sırasıyla duygusal ihmal, aşırı koruma-kontrol ve duygusal istismar boyutlarının sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca duygusal istismar, fiziksel istismar, aşırı koruma-kontrol ve CTQ-33 toplam puanda gruplar arasında anlamlı farklılaşma vardır ve en düşük puan ortalamalarının cinsel istismar boyutundadır. Literatürde cinsel istismarın intihar davranışı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara (Bebbington vd., 2009; İmren vd., 2013; Joiner vd., 2007; Sigfusdottir vd., 2013; Zoroğlu vd., 2003) ek olarak anlamlı ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır (Gündüz, 2015; Yargıç vd., 2012; Yüksel, 2016). Bu çalışmada ise cinsel istismara dair bulguların her iki grup için de daha az bildirilmesinin kullanılan CTQ-33 ölçeğinde yer alan ilgili soruların direkt soruluyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların cinsel istismar ifadelerini daha düşük puanlamaları ve daha az bildirme durumlarının katılımcıların söz konusu istismara daha az maruz kalma ihtimalinin yanı sıra toplum tarafından kabul görmeyen, dışlanmaya, sosyal izolasyona ve hatta ölümüne sebep olan; bireyde utanç ve suçluluk hissinin eşlik ettiği ve terapi süreçlerinde dahi belli bir müddet sonra dile dökülebilen bir husus olması sebebiyle daha düşük puanlandığı düşünülmektedir.

Araştırma bulguları neticesinde İGG'nin ailesi tarafından daha fazla olumsuz sözel ve duygusal saldırıya maruz kaldıkları (duygusal istismar); ailesi tarafından sevildiğini, ilgi gördüğünü, önemsendiğini daha az hissettikleri (duygusal ihmal); ailesi tarafından hastaneye başvuruyu gerektirecek düzeyde fiziksel olarak hırpalandıkları (fiziksel istismar); bireyselleşme ve ayrışmaya dair müdahalelere maruz kaldıkları (aşırı koruma) anlaşılmaktadır. Literatür bulguları incelendiğinde sıklıkla duygusal ihmal, fiziksel ve duygusal istismarın intihar girişimiyle anlamlı olarak ilişkili bulunmakta (Gündüz, 2015; Joiner vd., 2007; Nart, 2018; Şirin, 2020; Tunç, 2016; Yargıç vd., 2012) ve çalışmamız bulgularıyla uygunluk göstermektedir.

CTQ-33 alt boyutları arasındaki ilişki düzeyine bakıldığında CTQ-33 toplam puan ve tüm boyutlarının ölçeğin toplam puanı ve tüm alt boyutlar ile anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir ($p<,01$). Bu durum bireyin bir alanda istismar veya ihmale maruz kalma durumunun diğer tüm ihmal ve istismar türleri ile ilişkisi ve aile içerisinde çocuğun çoklu travmatik deneyimleri yaşantıladığını göstermektedir.

DASS 21 puanları ele alındığında depresyon, anksiyete, stress ve DASS 21 toplam puan ortalamalarına bakıldığında her alanda İGG'nin puan ortalamalarının İGOG'den yüksek olduğu ve gruplar arasında stres alt boyutu dışında anlamlı düzeyde farklılaşmanın olduğu görülmektedir. Söz konusu bulgular beklenen ve H3 araştırma hipotezini doğrulayan nitelikte olup literatür çalışmalarına bakıldığında depresyon ve anksiyete düzeyi arttıkça intihar davranışı riskinin de arttığı yönündedir (Adams vd., 1994; Çelebi, 2017; Holat vd., 1994;

Kayapınar-Aylak, 2016; King vd., 1993; Sukhawaha vd., 2016; Onat, 2016; Tunç, 2016; Yağcı vd., 2018). Depresif semptomların birey için umutsuzluk, çaresizlik ve yaşamsal alanın ihmaline sebep olabileceği, anksiyete durumunda ise kaygı yaratan durumlar karşısında intihar davranışını sıklıkla bildirilen motivasyon olan sorunlarından kurtulma/sorunlarla baş edememe itkisi ile gerçekleştirebileceği bir zemine aktarmaktadır.

DASS 21 alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında DASS 21 toplam puan ve tüm boyutlarının ölçeğin toplam puanı ve tüm alt boyutlar ile anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($p<,01$). Bu durum bireydeki depresyon, anksiyete ve stres durumlarının birbiri ile bağlantısını ve birlikte hareketini göstermektedir. Nitekim literatürde depresyon ve anksiyetenin birlikte görüldüğü, sık eşlik ettiği ve birlikte hareket ettikleri belirtilmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011; Özcan vd., 2013; Özhan & Boyacı, 2018).

DASS 21 ve CTQ-33 ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında anksiyete boyutunun cinsel istismar dışındaki diğer tüm CTQ-33 boyutları ve toplam puanıyla ilişki içinde olduğu; depresyon boyutu ve DASS 21 toplam puanın ise fiziksel ihmal ve cinsel istismar dışındaki diğer tüm CTQ-33 boyutları ve toplam puanıyla ilişki içinde olduğu; stres boyutunun aşırı koruma-kontrol, duygusal istismar ve CTQ-33 toplam puanıyla ilişki içinde olduğu sonucu söz konusu araştırma için önemli bir bulgudur. Bu bulgular neticesinde H7 hipotezi doğrulanmıştır. Çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ve aşırı koruma-kontrol boyutlarının depresyon, stres, anksiyeteyi %34,9 oranında yordadığı bulgulanmıştır. Literatür çalışmalarına bakıldığında çocukluk çağı örselenme yaşantılarının depresyon, anksiyete vb. psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde rol oynadığı (Yağcı vd., 2018; Yıldırım vd., 2014; Yıldız, 2020); depresyon ve anksiyetenin tüm ihmal-istismar türleri ile ilişkili bulunduğu (Başaran, 2021; Yıldız, 2020) bulgusunun yanında duygusal ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmal ile ilişkili çıktığı (Demirbaş, 2017; Er, 2010; Gül vd., 2016; Meşe, 2021; Sigfusdottir vd., 2013)

anlaşılmaktadır. Bu bağlamda araştırmamız verileri literatür ile depresyon için cinsel istismar; anksiyete için cinsel istismar ve fiziksel ihmal boyutlarındaki farklılık nedeniyle kısmi olarak uyum göstermektedir. Ayrıca araştırma bulgularında dikkat çeken husus daha önceki çalışmalarda duygusal istismarın bir türü olarak ele alınan aşırı koruma ve kontrol durumunun (Legano vd., 2009; Tıraşçı & Gören, 2007) tek başına anlamlı ve yordayıcı bir etkisinin olduğudur. Bu bağlamda gerçekleştirilen bir araştırmada çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından aşırı korunma veya kontrol altında tutulmanın depresyon ve anksiyete düzeylerini yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Kaban, 2021). Benzer bir çalışmada ise anneleri tarafından aşırı koruma-kontrole maruz kalan ergenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Evim & Kantarcıoğlu, 2020). Bu sonuçlar ebeveynlik tutumlarının yeteri kadar iyi veya optimum düzeyde gerçekleşmesinin bireyin ruh sağlığı açısından koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir.

KZVDDE'ye bakıldığında İGG'nin %82,7; İGOG'nin ise %57,7'sinde KZVD varlığı anlamlı düzeyde farklılaşmanın olduğu saptanmıştır. Bu noktada literatür bulgularının bir kısmı intihar davranışı ve KZVD arasında anlamlı ilişki saptayamamış veya negatif bir ilişki saptamış ve KZVD'nin bulunmasının intihar davranışı için risk faktörü olmadığını (Durmuş, 2020; Kayapınar-Aylak, 2016; Müjdecioğlu-Demir, 2017; Özdemir, 2019); bir kısmı ise söz konusu ilişkinin yordandığı ve intihar davranışında bulunanların %41,3-50,0'sinde KZVD bulunduğu yönünde tespitte bulunmuştur (Arslan-Çelik, 2018; Çamurluoğlu, 2014; Güngördü, 2021; Hawton & van Heeringen, 2009; Sayım, 2019; Sevindik, 2019; Tohumcu, 2020; Tunca, 2017).

KZVD türleri ve sayısı bu bağlamda önem arz etmektedir. Çünkü şiddet ve ölümcüllük riski yüksek olabilecek davranışlar daha ciddi KZVD olarak ele alınmalı ve intihar riski açısından ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Katılımcılardan temelde kendileri için en belirgin olan KZVD'nin ne olduğu sorgulaması üzerine gerçekleştirilen kategorizasyonda İGG'de 15 kişi kesme (%34,9), 6 kişi kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma (%14,0),

6 kişi yaranın iyileşmesine engel olma (%14,0), 5 kişi saç koparma (%11,6); İGOG'de ise 15 kişi yaranın iyileşmesine engel olma (%50,0), 6 kişi kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma (%20,0), 3 kişi saç koparma (%10,0) ve 3 kişi ısırma (%10,0) ilk üç sırada bildirilen KZVD türleridir. Söz konusu türlerin yüzeysel ve şiddetli eylemleri barındırma durumları göz önünde bulundurulduğunda İGG'nin şiddetli (%55,8) İGOG'nin ise yüzeysel (%80) zarar verici davranışlar sergiledikleri ve gruplar arsında anlamlı farklılaşmanın olduğu bu bağlamda H4 hipotezinin doğrulandığı anlaşılmaktadır. Ayrıca cinsiyet bağlamında her iki grupta da kadın katılımcıların KZVD varlığı daha yüksek oranda bulgulanmıştır. Türkiye popülasyonunda yapılan çalışmalarda en sık rastlanılan KZVD türleri yaranın iyileşmesine engel olma, kesme, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, cildi kazıma, ısırma, saç koparma (Akdemir vd., 2013; Güngördü, 2021; İdiğ-Çamuroğlu, 2014; Örnek, 2018; Tohumcu, 2020) şeklinde olduğu ve araştırma bulgularımız ile yüksek oranda benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. KZVD'ye başlama yaşı hem İGG hem de İGOG de 11-15 yaş daha yoğun olarak görülmekte ve ilk kez ortalama 12-13 ($\mu \pm \sigma = 12{,}76 \pm 3{,}3$) yaşlarında başlandığı ve bulgunun literatürle uyumlu olduğu (Akdemir vd., 2013; İdiğ-Çamuroğlu, 2014; Güngördü, 2021; Klonsky vd., 2011; Örnek, 2018; Tohumcu, 2020) tespit edilmiştir. İGOG'nin KZVD'ye başlangıç yaşı İGG'den daha yüksek oranda 6-10 yaş olarak bildirilmiştir (İGG=5 kişi-%11,6 / İGOG=13 kişi-%43,3). İGG de ise grupta KZVD'ye başlama yaşı 11 yaş ve sonrasının yoğun olduğu ve iki grup arasında anlamlı farklılaşma olduğu görülmektedir ($p=0{,}004$). Fakat İGOG'de daha küçük yaşlı başlangıç olsa da İGG'de KZVD daha riskli ve şiddet içeriklerle tekrarlı olarak sürdürülmesi eylemin zarar niteliğini etkilemektedir. Eylemi gerçekleştirdiği esnada acı hissetme durumuna dair acı hissetmediğini bildirenlerin %60,3 olduğu ve sonuçların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (Örnek, 2018; Polk & Liss, 2009).

Grup karşılaştırmasında bildirilen KZVD frekansları üzerinden İGG'nin %55,8'inin şiddet içeren, İGOG'nin ise %80 oranında yüzeysel şiddet içeren şekilde eylemde bulundukları;

eylemi durdurma isteği hususunda İGG'nin %72,1'inin eylemi durdurma isteğinin bulunmadığı; İGOG'nin ise %70,0'inin durdurma isteğinin olduğu ve gruplar arası farklılaşmanın olduğu görülmektedir. Bu bağlamda İGG katılımcılarının şiddet içerikli eylemlerde bulunma ve eylemi durdurma isteğinin İGOG ile zıt görüngüde olması KZVD varlığının intihar riskini arttırdığını doğrular niteliktedir.

KZVDDE değerlendirmesi ikinci bölümde Otonom İşlevler ve Sosyal İşlevler başlıkları altında 2 aşamada ele alınmıştır. Katılımcıların Otonom İşlevler puan ortalamaları tüm boyutlarda İGG'de daha yüksek çıkmakla birlikte özkıyımı önleme, çözülmeyi önleme ve Otonom işlevler toplam puan ortalamalarında farklılaşma görülmektedir. Çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde intihar dürtüsünün varlığını gösteren, intihar ifadesinin ve davranışının daha az riskli bir biçimde eyleme dökülen özkıyımı önleme; hiçlik, uyuşukluk, hissizlik duygularından kurtulmak ve gerçek hissetmek için fiziksel duyum sağlama girişimi olarak çözülmeyi önleme boyutları yaşamsal alana dair bir mücadelenin olduğunu da göstermektedir. Zira her iki alt boyutta da birey ölüm dürtüsünü durdurabilmek, yok olmadığını ve gerçek olduğunu hissedebilmeye dair problematiklere değinmektedir. Literatürde en sık affekt regülasyon, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırmanın kullanıldığı (Güngördü, 2021; Tohumcu, 2020; Ölmez, 2017); çalışmamız bulgularının da benzer şekilde tüm örneklem grubunda affekt regülasyon, sıkıntıyı etiketleme ve kendini cezalandırmanın en sık bildirilen fonksiyonlar olduğunu doğrulamaktadır. Söz konusu fonksiyonlar aynı zamanda duyguların düzenlenmesi, yaşanılan durumların somut bir hal alması ve yaşanan suçluluk duygularını veya da işaret etmektedir.

KZVDDE- Otonom İşlevler alt ölçek boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında KZVDDE- Otonom İşlevler toplam puan ve tüm boyutlarının ölçeğin toplam puanı ve tüm alt boyutlar ile anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($p<,01$). KZVD'nin birey için otonomi durumu ve ÇÇT arasındaki ilişkiye bakıldığında özkıyımı önleme

fonksiyonu ile gerçekleşen KZVD'nin duygusal ihmal ve istismar, cinsel istismar, aşırı koruma-kontrol ile ilişkisi çocukluk çağında maruz kalınan travmatik deneyimlerin intihar davranışı riskini arttırmakla birlikte bireylerin intihar dürtüsüyle baş edebilmek ve durdurmak amacıyla KZVD'de bulunabildiğini göstermektedir. Diğer dikkat çeken husus ise KZVD'nin kendini cezalandırma fonksiyonu ile gerçekleşmesi duygusal ihmal ve istismar, cinsel istismar, aşırı koruma-kontrol ile ilişkisidir. Bununla birlikte gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi neticesinde çocukluk çağı travmatik deneyimlerinden aşırı koruma-kontrol, KZVDDE-Otonom işlevleri yordamakta ve %30,2'sini açıklamaktadır. Çocukluk çağı travmaları kişiliği biçimlendirmekte ve deforme edebilmektedir (Herman, 2017, s. 121). Bu sebeple ÇÇT'ye sahip bireylerin eylemlerinde kendilerini suçlama, kusurlu bulma eğilimlerine sahip oldukları (Asil & Özdemir, 2020) ve ilerleyen dönemlerde de yaşanan olumsuz durumlarda benzer bir eğilim ile kendilerini cezalandırma yolunu seçebildikleri ve bu durumun aynı zamanda intihar davranışı ile de ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Zira intihar girişimindeki motivasyonlara baktığımızda kendini cezalandırmak motivasyonu ile eylemi gerçekleştirdiğini belirten 9 katılımcıdan 5'inin yine aynı motivasyon ile KZVD bulunduğunu göstermektedir.

KZVD otonomi durumunun depresyon ve anksiyete ile olan ilişkisinde ise anksiyete ve depresyonun tüm otonom işlevler ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve ruhsal alandaki sıkıntı düzeyinin, depresif veya anksiyete içeren semptomların bireyin kendisine dair koruyucu işlevleri tahrip edebildiği ve zarar verici bir formda ortaya çıkabildiği anlaşılmaktadır.

Sosyal İşlevler puan ortalamalarına bakıldığında yine tüm alt boyutlarda İGG puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve Sosyal İşlevler alt boyutları her iki grupta da sırasıyla kendiyle ilgilenme, intikam alma, kişiler arası sınırlar (İGOG)/ dayanıklılık (İGG) boyutlarının en yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu; her iki grupta da en düşük puan ortalamasının olduğu akranlarla bağ kurma boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşmanın olması dikkat çekicidir. Sosyalleşme maksadı güdülerek, dostluk bağı ile grup ortaklığı ve normları üzerinden

hareket edilerek eyleme geçilmesi, ergen bireylerin döneme özgü olarak aile ile ilişkilerinde yaşanan çatışmalı yapı yanında kalabalık akran gruplarının üyesi olma ve akran ilişkilerinde güçlü bağlar kurmayla ilişki olduğu varsayıldığında her iki grupta da benzer sıklıkta olması ve farklılaşmanın olmadığı bir durumda saptanması beklenmiştir. Literatürde en sık kendiyle ilgilenme, kişiler arası sınırlar, intikam alma fonksiyonunun kullanıldığı (Güngördü, 2021; Tohumcu,2020; Ölmez, 2017) ve çalışmamız bulgularının sonuçlarıyla uygunluk gösterdiği anlaşılmaktadır.

KZVDDE genel toplam puan üzerinden ise İGG puan ortalamasının İGOG'den yüksek olduğu ve grupların anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bu bağlamda H1 hipotezimiz hem KZVDDE- Otonom İşlevler hem KZVDDE- Sosyal İşlevler hem de KZVDDE genel toplam puan ortalamalarının intihar girişimli grupta daha yüksek bulunması hasebiyle doğrulanmıştır. Her ne kadar Otonom İşlevler alt ölçeğine ait boyutlarda gruplar arası dinamikler daha niceliksel ölçümle gözlenebilir olsa dahi Sosyal İşlevler alt ölçeğine ait boyutlarda bu durum görülmemiştir. Söz konusu araştırma boyunca ergenin bireysel ve toplumsal yönleri ele alınıyor ve intihar tetikleyicilerinde bilhassa sosyal çevreye dair ilişkisel problemler bildiriliyor olsa da kendini yönetmeye dair otonom aktivitenin ergenin intihar davranışında daha etkili bir risk faktörü olduğu kanaatini güçlendirmiştir.

KZVDDE- Sosyal İşlevler alt ölçek boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında KZVDDE- Sosyal İşlevler toplam puanın tüm boyutlar ile anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (p<,01). Ayrıca alt ölçeğin boyutlarında en sık ilişkisellik kurulan iki boyut; özerklik boyutunda alt ölçeğin kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, heyecan arama, dayanıklılık, kendiyle ilgilenme ve intikam alma; kişiler arası sınırlar boyutunda alt ölçeğin kişiler arası etkileşim, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık ve özerklik boyutlarıyla pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Her iki boyut da bireyin özne olarak kendi dışında kalan bireylerden ayrı ve kendi özgürlük alanının varlığını işaret

etmektedir. Alt ölçek içerisinde yalnızca bir ilişki türünde negatif yönde ilişki saptanmıştır. Akranlarla bağ kurma ve intikam alma işlevlerinden birinin birliktelik ve ortak harekete dair, ötekinin ise agresif yıkıcı dürtünün daha görünür hali olduğundan negatif yönlü bir ilişki makul görülmektedir.

KZVD'nin bireyin sosyal işlevler motivasyonu ile ÇÇT arasındaki ilişkiye bakıldığında akranlarla bağ kurma ve kendiyle ilgilenme fonksiyonlu KZVD'lerinin aşırı koruma-kontrol ile ilişkili olması ergen bireyin çocukluk döneminde bireyselleşme ve ayrışmaya dair ebeveyn müdahalelerine karşı özüne yönelik ilgi ve aile ile bağda özerkliğini belirterek akran bağını güçlendirme hali olarak yorumlanabilir. Gerçekleştirilen regresyon analizi aşırı kotuma boyutunun KZVDDE-Sosyal İşlevleri yordadığı ve %18,9'unu açıkladığı görülmektedir. Bir diğer dikkat çekici boyut ise intikam alma motivasyonu ile gerçekleşen KZVD'nin duygusal ihmal ve istismar türleri ile ilişkisidir. Duygusal saldırganlık veya ilgisizlik haline bir yanıt olarak ötekine yönelik agresyonun kendine yöneltilmiş hali ile ötekilerin ıstırap çekmesi temennisi olarak düşünülebilecek olan bu motivasyon ile intihar davranışındaki motivasyon karşılaştırıldığında çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma maksadıyla intihar davranışında bulunan 13 katılımcıdan 9'unun KZVD'yi benzer bir motivasyonla gerçekleştirmesi dikkat çekicidir. Diğer bir benzer husus intihar davranışında olduğu gibi KZVD'de de eylemin gerçekleşmesini takip eden bir yıllık sürecin ilgili davranış açısından daha yüksek risk barındırdığı ve KZVD'nin gerçekleştiği tarih itibariyle ilk birkaç hafta içinde yüksek intihar riskinin de bulunduğu hususudur (Hawton & James, 2005; Olfson vd., 2017). Gerçekleştirilen bu çalışmada KZVD davranışında bulunan tüm katılımcıların son bir yıl (gün içinde hafta içinde, aylar içinde) içerisinde tekrarlayan KZVD davranışı sergiledikleri görülmektedir. Her ne kadar aylar içinde gerçekleştirilen eylem oranı her iki grupta da yüksek (İGG= %52,8, İGOG=69,4) olsa da görüşmenin sağlandığı gün gerçekleştirilen eylem oranı intihar girişimli grupta %19,4; olmayan grupta %8,3 oranıyla beklenenden daha yüksek tespit edilmiştir.

KZVD'nin sosyal işlevlerinin depresyon ve anksiyete ile olan ilişkisinde depresyonun özerklik, intikam alma ve kendiyle ilgilenme motivasyonları ile ilişkili; anksiyetenin kişiler arası sınırlar, özerklik ve intikam alma gibi ben ve öteki ayrımına vurgu yapan ve fakat aynı zamanda ötekine duyulan öfkeyi bu ayrımı yapma gayretine rağmen yeniden kendine yönlendiren bir davranış örüntüsü ile görmek mümkündür.

KZVDDE genel toplam puan bulguları üzerinden anksiyete, stres ve depresyon ile pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Bu bağlamda KZVDDE alt ölçek boyutları ve genel toplam puanları üzerinden kurulan pozitif yönlü anlamlı ilişkisellik dolayısıyla H6 hipotezi doğrulanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında depresyon ile KZVD arasında pozitif yönde korelasyon olduğu yönündeki çalışmalar (Tunç, 2016) ile anksiyete ile KZVD arasında pozitif yönde korelasyon olduğu yönündeki çalışmalar araştırma bulgularını doğrular niteliktedir (Ölmez, 2017; Singhal vd., 2014). Ayrıca KZVD ve depresyon, anksiyete birlikteliği üzerine yapılan çalışmalar depresyon ve anksiyete semptomlarının KZVD ile görüldüğünü belirtmektedir (Akdemir vd., 2013; Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017).

KZVDDE genel toplam puan bulguları üzerinden ÇÇT ile ilişkisinde çocukluk çağı travmaları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda KZVDDE -Otonom İşlevler, KZVDDE- Sosyal İşlevler ve KZVDDE genel toplam puanın CTQ-33 toplam puanı ile pozitif yönlü anlamlı ilişki içinde olması hasebiyle H5 hipotezi doğrulanmıştır. ÇÇT'den duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar, aşırı koruma-kontrol ile anlamlı ilişkisellik içinde olduğu yönünde sonuçlar bulunmuştur. Literatür bulgularına bakıldığında ÇÇT'nin bulunduğu durumlarda bilhassa kesme yoluyla KZVD'de bulunulduğu saptanmıştır (Gratz, 2006; Helvacı-Çelik & Hocaoğlu, 2017) Ayrıca duygusal istismar veya ihmal, fiziksel istismar veya ihmal ile KZVD pozitif yönde korelatif bulunmuştur (Fliege vd., 2009; Saçarçelik, 2009; Tunç, 2016). Araştırma bulguları fiziksel ihmal dışındaki boyutlarda benzer sonuçlar vermiş olup

gerçekleştirilen regresyon analizi sonucunda aşırı koruma-kontrol boyutunun KZVDDE genel toplamını yordadığı ve %26,3'ünü açıkladığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak çocukluk çağı travmalarının DASS 21 ve KZVDDE genel toplam, otonom ve sosyal işlevleri yordaması H8 hipotezi doğrulanmıştır. Burada dikkat çeken boyut aşırı koruma – kontrol boyutudur. Aşırı koruma boyutunun ölçümlenen tüm ihmal ve istismar türleri; stres, anksiyete ve depresyon; KZVD'de duygu düzenlemesi dışındaki tüm otonom işlevler boyutları ve sosyal işlevler ile en yoğun anlamlı ilişkiyi barındıran çocukluk çağı travması hasebiyle bilhassa ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Zira DASS 21 ve KZVDDE alt ölçek ve genel toplam puanı yordaması bağlamında gerçekleştirilen çalışma içerisinde diğer değişkenler ile en sık anlamlı ilişkili veya yordayıcı boyut olduğu görülmektedir. Ebeveyn tutumlarının abartılmış, kendi çocukluğunu telafi etmeye yönelik yoğun çaba içerisinde olan; çocuğun denetimi ve kontrolü altında dış dünyayla temasının düşük düzeyde tutulmaya çalışıldığı ve çocuğun bireyselliğinin desteklenmediği bir ebeveynlik modeli çocuğu korumaktan ziyade psikiyatrik semptomlar veya intihar, KZVD gibi riskli davranışların öngördürücüsü olabilmektedir. Bu bağlamda Öztürk (2016) çocuğa birey olma hakkının tanındığı ve çocuğun gelişimi yönünde desteklendiği ebeveynlik modelinin en gelişmiş çocuk yetiştirme tarzı olduğunu vurgulamaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında çocukluk çağında maruz kalınan travmatik deneyimlerin yaşamın ilerleyen evreleri üzerinde KZVD veya intihar gibi olumsuz, riskli ve ölümcül davranışlarda bulunma riskini arttırdığı; araştırmanın üç temel değişkeni olan ÇÇT, depresyon ve anksiyete düzeyleri ve KZVD'nin pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu; KZVD ve intihar davranış örüntülerine bakıldığında benzer motivasyon ve yöntemlerle eylemin gerçekleşebildiği tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İntihar davranışı karmaşık yapısı ve çoklu disipliner anlayışın ortak çalışma alanını işgal etmesi hasebiyle literatürde önemli bir yer tutmaktadır. İntihar davranışının gerçekleşmesine zemin hazırlayan veya davranışı tetikleyen faktörlerin bilinmesi davranışın gerçekleşmeden önce tespit ve müdahalesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Bu bağlamda söz konusu çalışma ile intihar girişiminde bulunmuş ve bulunmamış 15-25 yaş arası ($\mu \pm \sigma = 17,88 \pm 3,09$) 104 (%73,1 kadın, %26,9 erkek) katılımcı ile araştırmacı tarafından bireysel görüşmeler gerçekleştirilerek psikososyal etmenler ile ÇÇT, KZVD, depresyon ve anksiyete düzeylerinin intihar davranışındaki risk boyutunu değerlendirmek ve intihar davranış riski devam eden bireylere yönelik katılımcının yüksek yararı gözetilerek müdahalede bulunmak amacıyla yürütülmüştür. Gerçekleştirilen görüşme, uygulanan ölçek ve envanter bulguları neticesinde alt SES'in, bireyde madde kullanım öyküsü bulunmasının, bireyde ruhsal bozukluk veya intihar öyküsünün (bilhassa bir yıl içinde) bulunmasının, ailede ruhsal bozukluk veya intihar davranış öyküsü bulunmasının, aile içi veya partnerle süreğen çatışmaların yaşanmasının intihar davranışı riskini arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca psikiyatrik tedavi gören katılımcıların kendi psikiyatrik ilaçları ile intihar girişiminde bulunmaları, önem arz etmektedir. İntihar girişim bulgularına göre erkeklerin intihar davranışında daha ciddi, daha aktif şiddet içeren yöntemlerle eyleme geçtikleri eyleme yönelik müdahale veya durdurma ihtimalinin daha düşük olduğu saatleri seçtikleri bulgulanmıştır.

Kullanılan ölçek ve envanter bulgularına göre intihar girişimli grubun daha yüksek oranda KZVD bulunduğu ve KZVD'nin daha şiddet içeren yöntemlerle gerçekleştiği, intihar

girişimli grubun KZVD açısından daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu ve intihar davranışını durdurmaya yönelik işlevleri daha sık kullandıkları; bu durumun KZVD'de bulunmanın intihar davranışını öngörücü ipuçları içerdiği kanaatini oluşturmuştur. Ayrıca KZVD'de bulunan intihar girişimli bireylerin özkıyımı önleme, intihar girişiminde bulunan katılımcıların ise taleplerinin kabul görmesi veya çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma motivasyonu ile gerçekleştirdikleri ve aynı zamanda intihar girişiminde bulunan katılımcıların %36,5'inin intihar eyleminde ölme niyetinde ciddi olmadığını belirttiği bulgular göz önünde bulundurulduğunda KZVD ve intihar girişimi olgularının birbiri ile benzerlik gösteren önemli özellikler barındırdığına işaret etmektedir.

ÇÇT açısından da intihar girişimli grubun daha sık bildirimde bulunduğu ve bilhassa duygusal ve fiziksel istismar, duygusal ihmal ve aşırı korumaya dair intihar girişimi olmayan gruptan farklılaştıkları; bu bağlamda çocukluk çağı travmalarının intihar davranışında bulunma riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Depresyon ve anksiyete düzeylerinin intihar girişimli grupta daha sık bildirildiği; intihar girişimi olmayan gruptan farklılaştığı ve depresyon ve anksiyete düzeylerinin intihar davranışı riskini arttırıcı etkisinin olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca KZVD, ÇÇT, depresyon ve anksiyete düzeyinin birden fazla intihar girişimi olan bireylerde daha yüksek olduğu ve araştırma bulguları neticesinde intihar riskinin de söz konusu değişkenlerin varlığı dolayısıyla arttığı düşünülmektedir.

ÇÇT'nin fiziksel ihmal ve cinsel istismar dışındaki boyutlarında depresyon ve anksiyete düzeyi ve KZVD ile ilişki içinde olduğu; depresyon ve anksiyete düzeyinin KZVD ile ilişki içinde olduğu görülmektedir.

Gerçekleştirilen araştırma kapsamında elde edilen bulgular neticesinde bir dizi öneride bulunulmuştur.

- Bulgular ışığında KZVD ve intihar davranışının önemli ölçüde benzerlik gösteren özellikleri dikkate alınarak her iki davranış üzerine açıklayıcı araştırmaların yapılması ve arttırılması davranışa sağlıklı müdahale noktasında önem arz etmektedir. Ayrıca KZVD tespit edilen bireylerin bilhassa 3 aylık süreç içerisinde takibi ve intihar riskini değerlendirmesine yönelik gerçekleştirilecek akademik saha çalışmalarının gerçekleştirilmesinin intiharda önleyici faktör olabileceği düşünülmektedir.

- Yüksek doz ilaç alımının intihar girişimlerinde başat yöntem olması hasebiyle bilhassa psikiyatrik tedavi gören bireylerin takibi ve kendi psikiyatrik ilaçları ile intihar davranışında bulunma risklerine karşın araştırma ve müdahale tekniklerinin geliştirilmesi ve bu alana dair akademik çalışmaların gerçekleştirilmesi hayati öneme sahiptir.

- Çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik deneyimlerin bireyin yaşamı boyunca etkilerini taşıyabileceği ve ciddi boyutlarda ruhsal tahribata sebebiyet verebileceği öngörüsü ile bilhassa okul çağı çocukları üzerinden yapılacak araştırmalar neticesinde gerekli görüldüğü takdirde çocuğun/ergenin yüksek yararı gözetilerek terapi yöntemlerinden faydalandırılmasının bireydeki travmatik etkinin tesirini azaltma ve intihar davranışını önlemede etkili olacağı kanaati oluşmuştur.

- Çocukluk çağı travmalarından cinsel istismarın en az bildirilen istismar türü olması sebebiyle karanlık sayılara ulaşabilmek adına okul çağı mahremiyet ve cinsel eğitim faaliyetlerinin arttırılarak söz konusu istismara maruz kalan bireylere erişimin sağlanması, gerekli adli bildirimlerin çocuğu teskin ederek ve koruyarak gerçekleştirilmesinin dikkate değer bir konu olduğu düşünülmektedir. Ayrıca söz konusu istismar türünün uygulanan ölçeklerin yanı sıra istismara maruz kalmış olabileceği ihtimali de göz önünde bulundurularak kendini suçlamasına veya utanç duymasına mahal vermeden yaşına ve cinsiyetine uygun bir soru ile ayrıca sorulmasının yararlı olacağı kanaati oluşmuştur.

- CTQ-33'te yer alan aşırı koruma-kontrol boyutunun ölçeklerin tamamı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunması ve bununla birlikte temel yordayıcı olması çocukluk döneminde maruz kalınan aşırı koruma-kontrol olgusuna yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesinin pek çok alanda fayda sağlayacağı yönünde bir kanaat oluşturmuştur.
- İntihar davranışında riskli grubu oluşturan ergen bireylere yönelik önleyici müdahaleler açısından okul çağı çocuklarına intihar olasılığı, travmatik öykü ve diğer psikososyal risk faktörlerinin tespiti bağlamında bireysel görüşme veya ilgili ölçekler aracılığıyla ulaşılabilmesi, riskli gruba yönelik uygulamalar kullanılarak boylamsal çalışmalar yapılması ile intihar olasılığının ölçümlenmesinin bireysel ve toplumsal refaha katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Ayrıca bakım verenlerin çocukları üzerindeki yasal sorumluluklarına ve ihmal/istismar durumunda doğabilecek adli süreçlere dair eğitim faaliyetleri ile bilinçlendirilmesinin hem ihmal istismar sayılarını hem de bakım verenlerin söz konusu hususun ciddiyetini kavraması açısından önem arz ettiği düşünülmektedir.
- Gerçekleştirilecek ilgili akademik çalışmalar ile ilin ihtiyaçları dahilinde başta intihar davranışı olmak üzere travmatik deneyimler ve riskli davranışlar alanlarında hizmet verecek kriz merkezlerinin veya psikososyal destek merkezlerinin kurulması; söz konusu merkezlerin alana dair özel bir eğitime tabi tutularak yeterli donanıma sahip olacak psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı, sosyolog vb. meslek elemanlarının ortak çalışması ile intiharı önleme adına intihar alanında akademik çalışmaların yanında sağaltım ve rehabilitasyon faaliyetleri yürütmesinin bireysel ve toplumsal yarara hizmet edeceği düşünülmektedir. Zira intihar, müdahale ve önleme açısından özel bir çalışma gerektirmektedir.

7. KAYNAKLAR

Acehan, S., Bilen, A., Ay, M., Gülen , M., Akkan, A., & İçme, F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22*(4), 591-614.

Adak, N. (2010). Sosyal bir problem olarak işsizlik ve sonuçları. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 21*(2), 105-116.

Adams, D., Overholser, J., & Lehnert, K. (1994). Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(4), 498-507.

Adıgüzel, V. (2018). *Çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda saldırganlık ve intihar davranışı ile ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi).* Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. (2000a). *"Batman'da artma eğilimi gösteren intihar olaylarının ön incelemesi" raporu.* Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.

Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı. (2000b). *1995-2000 yılları resmi kayıtlarından Batman'da gerçekleşen intihar ve intihar girişimleri üzerine bir inceleme.* Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.

Akdaş, İ. (2006). *İntihar vakaları değerlendirme raporu.* Batman: Aile Danışma Merkezi Müdürlüğü.

Akdemir, D., Zeki, A., Ünal, D., Kara, M., & Çetin, F. (2013). Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anatolian Journal of Psychiatry, 14*(1), 69-76.

Akın, D., Tüzün, Y., & Çil, T. (2007). Türkiye'nin Güneydoğusundaki akut zehirlenme olgularının profili. *Dicle Tıp Dergisi, 34*(3), 195-198.

Akın, E., & Berkem, M. (2012). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanıların, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi, 17*(4), 228-232.

Akkoyun, Z. (2016). *Özkıyım girişiminde bulunmuş ve bulunmamış iki uçlu bozukluk hastalıklarının intihar düşüncesi, kaygı, umutsuzluk ve işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırılması. (Uzmanlık Tezi).* Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Aksoy, A., & Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anatolian Journal of Psychiatry, 4*, 226-236.

Aksoy, A., & Ögel, K. (2005). Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6*, 163-169.

Aksoy, L. (2000). *Batman'da intihar vakaları.* Batman: T.C. Başbakanlık SOsyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Batman İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü.

Aktepe, E., Kandil, S., Göker, Z., Sarp, K., Topbaş, M., & Özkorumak, E. (2006). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 5*(6), 444-454.

Alberdi-Sudupe, J., Pita-Fernandez, S., Gomez-Pardinas, S., Iglesisas-Gill-de-Bernabe, F., Garcia-Fernandez, J., Martinez-Sande, G., . . . Pertega-Diaz, S. (2011). Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: A ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry, 11*(1), 1-10.

Alnour, A., & Harrison, J. (2008). Lethality of suicide methods. *Injury Prevention, 14*(1), 39-45.

Alptekin, K. (2008). *Sosyal hizmet bakış açısından genç yetişkinlerde intihar girişimlerinin incelemesi: Bir model önerisi. (Doktora Tezi).* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı.

Alptekin, K., & Duyan, V. (2009). İntiharı önleme: Sorunlar ve öneriler. *Kriz Dergisi, 17*(2), 13-20.

Alptekin, K., & Duyan, V. (2014). *İntihar ve intihar girişimi: Kavramlar, yaygınlık, müdahale, önleme ve öyküler.* İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.

Altıparmak, S. (2008). Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk bedeni üzerine etkileri. *Çocuk Dergisi, 8*(1), 9-13.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM 5 Tanı Ölçütleri Elkitabı.* (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Arslan-Çelik, M. (2018). *İntihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların klinik tanı ve intihar davranış özelliklerine göre karşılaştırılması. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği.

Asil, H., & Özdemir, Ç. (2020). *Çocuk istismarına kapsamlı bir bakış: Durum analizi ve uygun stratejilerin modellenmesi.* Kayseri: ProChild Projesi.

Aşılıoğlu, N., Uzunhasanoğlu, E., Baysal, K., & Akbaş, S. (2009). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi, 17*(2), -11.

Ayaz, T. (2015). İntihar amaçlı ilaç zehirlenmelerinin değerlendirilmesi. Konuralp Medical Journal, 7(1), 53-56.

Baechler, J. (1980). A strategic theory. *Suicide And Life-Threatening Behaviour, 10*, 70–99.

Bağlı, M. (2004). Batman intiharları bağlamında özgürlüğün ve geleneksel toplumsal yapının kentsel kurgusu. *Kriz Dergisi, 12*(1), 21-40.

Bakar-Kahraman , B., & Kızılay-Çankaya, P. (2020). Kendine zarar verme davranışı olan erişkinlerde çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlüğü ve başa çıkma tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 21*(4), 349-358.

Bakım, B., Karamustafalıoğlu, K., & Akpınar, A. (2007). Alkol ve diğer madde kullanım bozukluklarında intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar. *Bağımlılık Dergisi, 8*(2), 91-96.

Baldessarini, R., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, *12*(1), 1-13.

Bancroft, J., & Marsack, P. (1977). The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *The British Journal of Psychiatry, 131*(4), 394-399.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.

Baumeister, R. (1989). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97*(1), 90–113.

Basın Kanunu, 5187 (Resmî Gazete (26.6.2004/25504) 06 26, 2004). https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5187.pdf adresinden alındı

Bastia, B., & Kar, N. (2009). A psychological autopsy study of suicidal hanging from Cuttack, India: Focus on stressful life situations. *Archives of Suicide Research, 13*(1), 100-104.

Başaran, E. (2021). *Çocukluk çağı travmaları ile içselleştirme sorunları arasındaki ilişkide yaratıcılığın aracı rolü. Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: İstanbul Rumeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Bilim Dalı.

Batıgün, A. (2008). İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşam sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi, 23*(62), 65.

Batıgün-Durak, A., & Şahin, N. (2003). Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi?. *Türk Psikoloji Dergisi, 18*(51), 37-52.

Batman Barosu Başkanlığı. (2001). *1999-2000 Batman'da yaşanan intihar olayları ile ilgili araştırma raporu.* Batman: Batman Barosu Başkanlığı.

Batman İl Jandarma Komutanlığı. (2006). *2001-2006 yılları intihar olayları değerlendirmesi.* Batman: T.C. Jandarma Genel Komutanlığı İl Jandarma Komutanlığı.

Bayramoğlu, A., Saritemur, M., Gür, S., & Emet, M. (2015). Demographic and clinical differences of aggressive and non-aggressive suicide attempts in the emergency department in the eastern region of Turkey. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 17*(2).

Beautrais, A. (2006). Suicide in Asia. *Crisis, 27*(2), 55–57.

Bebbington, P., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T., Jenkins, R., Meltzer, H., & Dennis, M. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse: data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *American Journal of Psychiatry, 166*(10), 1135-1140.

Beck, A. (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry, 9*(4), 324-333.

Bell, D. (2016). Ölüm dürtüsü: Çağdaş Kleincı kuramda görüngübilimsel perspektifler. N. Erdem (Dü.) içinde, *Ölüm dürtüsü* (s. 1-16). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Bernstein, D., FİnK, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1132-1136.

Bildik, T., Somer, O., Kabukçu-Başay, B., Başay, Ö., & Özbaran, B. (2013). Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 24*(1), 49-57.

Bloomberg, K. (2019). *Facing the Inevitable: Using the modern practice of Döstädning to understand Ättestupa. (Master's Thesis).* Uppsala: Uppsala Universitet. Institutionen för Arkeologi.

Boergers, J., Spirito, A., & Donaldson, D. (1998). Reasons for adolescent suicide attempts: Associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(12), 1287-1293.

Boldt, M. (1988). The meaning of suicide: Implications for research. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 9*(2), 93-108.

Bostwick, J., Pabbati, C., Geske, J., & McKean, A. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry, 173*(11), 1094–1100.

Brezo, J., Klempan, T., & Turecki, G. (2008). The genetics of suicide: A critical review of molecular studies. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(2), 179–203.

Brown, R., & Plener, P. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports, 19,* 20-28.

Bulut, E., Küçüker, H., & Bulut, N. (2012). İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi, 34*(1), 128-137.

Büyüker, S., & Köroğlu-Çamur, N. (2021). Ulusal Zehir Danışma Merkezi'ne 2015-2018 yılları arasında başvurulan intihar vakalarının incelenmesi. *JAMER, 6*(1), 1-6.

Callanan, V., & Davis, M. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(6), 857-869.

Canetto, S. (2008). Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(2), 259-266.

Cemiloğlu, T. (2021). *Modernleşme ve intihar Muş örneği. (Yüksek Lisans Tezi).* Muş: Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Cengiz, S. (2009). Basında yer alan intihar ya da intihar girişimi konulu haberlerde etik sorunlar. *Kriz Dergisi, 17*(2), 21-38.

Cesur, E. (2017). *Bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen hastalarda intihar davranışının üstbilişler ve dürtüsellikle ilişkisi. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.

Ceylan, K. (2019). *Acil servise intihar amaçlı madde alımı ile gelen hastaların retrospektif olarak incelenmesi. (Uzmanlık Tezi).* Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi .

Chau, K., Kabuth, B., & Chau, N. (2014). Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *BioMed Research International*, 1-13.

Cılga, İ. (2002). Batman'da genç kız intiharları. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 13*(1), 36-54.

Cui, S., Cheng, Y., Xu, Z., Chen, D., & Wang, Y. (2011). Peer relationships and suicide ideation and attempts among Chinese adolescents. *Child: Care, Health and Development, 37*(5), 692-702.

Çalık, B. (2017). *İntihar girşiminde bulunan ergenlerde intihara yönelten faktörlerin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi).* Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Çamuroğlu, M. (2014). *Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı ve intihar olasılığının, çocukluk örselenmeleri ve saldırganlıkla ilişkisi. (Doktora Tezi).* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

Çelebi, V. (2017). *Acil servise intihar girişimi ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde hastane anksiyete depresyon ölçeğinin kullanılması. (Uzmanlık Tezi).* Antalya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Çelik, N. (2020). *2017 yılı içerisinde acil servise intihar amaçlı ilaç içme sebebiyle başvuran hastaların; sosyodemografik özellikleri, klinik durumları ve sonuçları açısından değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi.

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (20.11.1989). https://www.unicef.org/turkey/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme adresinden alındı

Çocuk Koruma Kanunu, 5395 (03.07.2005). https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf adresinden alındı

De Masi, F. (2016). Ölüm dürtüsü kavramı klinik alanda hala kullanışlı mı? N. Erdem (Dü.) içinde, *Ölüm dürtüsü* (s. 17-35). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Delice, M., & Teymur, S. (2012). Güneydoğu Anadolu bölgesindeki intiharların incelenmesi: Batman ili örneği. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16*(1), 57-80.

Demir, N., Baran, A., & Ulusoy, D. (2005). Türkiye'de ergenlerin arkadaş-akran grupları ile ilişkileri ve sapmış davranışlar: Ankara örneklemi. *Bilig*(32), 83-108.

Demirbaş, S. (2017). *Cinsel istismar mağduru ergenlerde bağlanma stili, depresyon, anksiyete, stres, stresle başa çıkma tarzları ve aleksitimi ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi).* İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Deniz, İ., Ersöz, A., İldeş, N., & Türkarslan, N. (2001). 1995-2000 yılları resmi kayıtlarından Batman'da gerçekleşen intihar ve intihar girişimleri üzerine bir inceleme. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 4*(4), 1-22.

Deveci, A., Aydemir, Ö., & Mızrak, S. (2005a). İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi, 13*(1), 1-9.

Deveci, A., Taşkın, E., Dündar, E., Demet, M., Özmen, E., & Dinç-Horasan, G. (2005b). Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16*(3), 170-178.

Devrimci-Özgüven, H. (2008). İntihar davranışı riskinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 1*(3), 8-14.

Dieserud, G., Gerhardsen, R., Van den Weghe, H., & Corbett, K. (2010). Adolescent suicide attempts in Bærum, Norway, 1984–2006. *Crisis, 31*(5).

Dinç, G. Ş., Şahin, M., Bilgli, D., Çöp, E., Göker, Z., Hekim, Ö., Kurt, F., Mısırlıoğlu, E.D. & Üneri, Ö. Ş. (2018). Anne psikopatolojisi ve aile işlevselliğinin ergenlerin intihar niyeti ve davranışı üzerine etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 61*(1), 11-18.

Duman, N. (2019). İntihar ve medya. *Ekev Akademi Dergisi, 23*(77).

Durkheim, E. (2013). *İntihar.* (Z. Z. İlkgelen, Çev.) İstanbul: Pozitif Yayınları.

Durmuş, N. (2020). *Üniversite öğrencilerinde duygusal şiddet mağduriyet düzeylerinin, kendine zarar verme davranışı ve intihar olsaılığına etkisi. (Yüksek Lisans Tezi).* İstanbul: Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Dünya Sağlık Örgütü. (2014). *Preventing global suicide: a global imperative.* Luxemburg: Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en adresinden alındı

Dünya Sağlık Örgütü. (2017). *Preventing suicide: A resource for media professionals, Update 2017.* Switzerland: World Health Organization 'WHO'.

Dünya Sağlık Örgütü. (2020). *Child maltreatment.* World Health Organization: who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment adresinden alındı

Dünya Sağlık Örgütü & Uluslararası İntiharı Önleme Derneği. (2017). Preventing suicide: a resource for media professionals, 2017 update. *World Health Organization*.

Eisenberg, M., & Resnick, M. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health, 39*(5), 662-668.

Ekici, G., Savaş, H., & Cıtak, S. (2001). İntihar riskini artıran psikososyal etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2*(4), 204-212.

Enns, M., Cox, B., Afifi, T., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological Medicine, 36*(12), 1769-1778.

Er, T. (2010). *Cinsel istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin anksiyete, depresyon ve benlik algısı açısından karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erdur-Baker, Ö., & Kavşut, F. (2007). Akran zorbalığının yeni yüzü. *Eurasian Journal of Educational Research, 27*(1), 31-42.

Erişen, Ö. (2020). *Ergenlerde intihar davranışı bozukluğu ve intihar olmayan kendini yaralama vakalarının eş hastalanım, ebeveyn tutumu ve stresle başa çıkabilme becerileri açısından karşılaştırılması. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği.

Eskin, M. (2007). İntiharda bilişsel davranışçı sağaltım yaklaşımları. *Kriz Dergisi, 15*(2), 15-35.

Eskin, M. (2012). *İntihar.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.

Eskin, M. (2014). *İntihar: Açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme.* Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Evim, M., & Kantarcıoğlu, A. (2020). Hemofilide problem davranışlar ve aşırı koruyucu annelik tutumları. Güncel Pediatri, 18(1), 74-84.

Evren, E., Üstünsoy, S., Can, S., Başoğlu, C., & Çakmak, D. (2003). Alkol/madde bağımlılarında özkıyım girişimi öyküsünün klinik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 6*(2), 86-94.

Eyüboğlu, İ. Z. (1988). *Türk dilinin etimoloji sözlüğü.* İstanbul: Sosyal Yayınlar. https://turuz.com/storage/Dictionary/2011/0034-(1)Turk_Dilinin_Etimolojik_Sozluyu-(yaqub_eyyuboqlu)(350.060KB).pdf adresinden alındı

Favazza, A. (1989). Why patients mutilate themselves. *Psychiatric Services, 40*(2), 137-145.

Favazza, A. (1999). Self-mutilation. D. Jacobs (Dü.). içinde Jossey-Bass/Wiley.

Favazza, A., & Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issues in self mutilation. *Hosp Community Psychiatry, 44*, 134-140.

Fliege, H., Lee, J., Grimm, A., & Klapp, B. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66*(6), 477–493.

Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia.* London : The Hogarth Press.

Freud, S. (1920/2011). *Haz ilkesinin ötesinde ben ve id* (3. b.). İstanbul: Metis Yayınları.

Fuse, T. (1980). Suicide and culture in Japan: A study of seppuku as an institutionalized form of suicide. *Social Psychiatry*, *15*(2), 57–63.

Genç, E. (2017). *Bipolar bozuklukta intihar girişimi olan, intihar düşüncesi olan ve olmayan bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.

Gökçen, C., & Köylü, R. (2011). Acil servisten intihar girişimi nedeniyle psikososyal destek birimine yönlendirilen 18 yaş altı olguların değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Emergency Medicine,, 10*(1), 18-21.

Gökler, R. (2009). Okullarda akran zorbalığı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6*(2), 511-537.

Gönenç, İ. (2003). Sosyal bir fenomen olarak intihar-Batman ili örneği (1995-2002). Yüksek Lisans Tezi. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı.

Görgülü, T. (2017). Madde kullanımı olan bireylerde umutsuzluk ve intihar düşünceleri: Ankara denetimli serbestlik örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 28*(2), 7-26.

Görgülü, T., & Tutarel-Kışlak, Ş. (2014). Erkek hükümlü ve tutukluların boyun eğici davranışları, depresyon ve intihar olasılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, 51*(1), 40-45.

Gözden, Ş. (2013). *Ergenlerdeki intihar davranışının dürtüsellik, öfke ifadesi ve aile özellikleri açısından değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.

Gratz, K. (2006). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192–205.

Gunn, F., & Lester, D. (2015). *Theories of suicide: Past, present and future* . Springfeld/Illinois/USA: Charles C Thomas Publisher.

Gül, A., Gül, H., Özen N. E., & Battal, S. (2016). Çocukluk çağı travmaları zemininde depresyon anksiyete ve dissosiasyon semptomları ilişkisinin araştırılması. *Journal of Mood Disorders, 6*(3), 107-115.

Güleç, G. (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri Dergisi Psikiyatri Özel Konular, 9*(3), 21-25.

Güleç, G., & Aksaray, G. (2006). İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *New Symposium Journal, 44*(3), 141-150.

Güler, Ö. (2003). *Konya E tipi kapalıcezaevindeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların bir yıllık yaygınlığı* . Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Fakültesi Ana Bilim Dalı.

Güler, Z., & Altın, N. (2013). İntiharın gazetelerdeki yansımaları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 16*(2), 114-150.

Gündüz, B. (2015). *Travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerilerinin intihar davranışı ile ilişkisi.* Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı.

Güngördü, E. (2021). *Kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerde akran zorbalığı ve ruhsal tanıların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi.* Urfa: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.

Harrington, R. (2001). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin, 57*, 47-60.

Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *Bmj, 330*(7496), 891-894.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet, 373*, 1372–1381.

Hawton, K., Harriss, L., & Zahl, D. (2006). Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11583 deliberate self-harm patients. *Psychological medicine, 36*(3), 397-405.

Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet, 379*(9834), 2373–2382.

Hedeland, R., Teilmann, G., Jørgensen, M., Thiesen, L., Andersen, J., & Study-Associated Departments. (2016). Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatrica, 105*(10), 1231-1238.

Hekimoğlu, E., & Cantekin, D. (2021). Eyleme dökme: İntihar girişiminde bulunan bireylerin deneyimlerinin incelenmesi üzerine nitel bir araştırma. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 8*(1), 44-64.

Helvacı-Çelik, F., & Hocaoğlu, Ç. (2017). KAsıtlı kendine zarar verme davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9*(2), 209-226.

Hepburn, L., Azrael, D., Molnar, B., & Miller, M. (2012). Bullying and suicidal behaviors among urban high school youth. *Journal of Adolescent Health, 51*(1), 93-95.

Herman, J. (2017). *Travma ve iyileşme şiddetin sonuçları ev içi istismardan siyasi teröre* (5. b.). (T. Tosun, Çev.) İstanbul: Literatür Yayınları.

Hezer, S. (2020). *Bipolar bozuklukta yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu komorbiditesinin intihar girişimi, intihar davranışı ve klinik değişkenler ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Holat, H., Bitlis, V., Dilbaz, N., Tüzer, T., & Bayam, G. (1994). İntihar girişimlerinde ümitsizlik ve depresyon. *Kriz Dergisi, 2*(2), 320-322.

Houston, K., Hawton, K., & Sheppred, R. (2001). Suicide in young people aged 15–24: a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders, 63*(1), 159-170.

Hulten, A., Jiang, G., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De Leo, D., Ostamo, A., Salender-Renberg, E & Schmidtke, A. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*(3), 161.

Hur, J., Lee, B., Lee, S., Shim, S., Han, S., & Kim, Y. (2008). Gender differences in suicidal behavior in Korea. *Psychiatry Investigation, 5*(1), 28-35.

İçer, Z. (2020). İntihara yönlendirme suçu (TCK m. 84). *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 28*(1), 295-347.

İçli, T. (2013). *Kriminoloji.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

İçli, T. (2015). Toplumdan kopuş: Suç ve şiddet. İ. Sezal içinde, *Sosyolojiye giriş* (5. b., s. 496-555). Ankara: Beta Basım Yayın.

İdiğ-Çamuroğlu, M. (2014). *Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı ve intihar olasılığının çocukluk örselenmeleri ve saldırganlıkla ilişkisi.* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

İlhan, R., Ağtaş-Ertan, E., & Kızılpınar, S. (2019). İntihar haberlerinin Türkiye'deki sunum şekli: İnternetteki intihar haberleri üzerine bir içerik analizi. *Kriz Dergisi*, *27*(1), 4-11.

İmren, G., Ayaz, A., Yusufoğlu, C., & Arman, R. (2013). Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal, 26*, 11-16.

İpek, Z. (2019). Çocukluk travması yaşamış üç kardeşin projektif testler ile ergenlik sürecine genel bakış. *Yansıtma Dergisi, 2*(32), 103-121.

İpek, Z., Yeşilmen, M., & Ocakoğlu, B. (2022). *Ergen bireylerde intihar davranışını çok yönlü incelenmesi: Batman ili örneği.* Ankara: Dorlion Yayınları.

Jacobson, C., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 129–147.

Jacobson, C., Batejan, K., Kleinman, M., & Gould, M. (2013). Reasons for attempting suicide among a community sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(6), 646-662.

Joiner Jr, T., Sachs-Ericsson, N., Wingate, L., Brown, J., Anestis, M., & Selby, E. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 539-547.

Kaban, C. (2021). Depresyon ve yaygın anksiyetenin belirtilerinin yordanmasında algılanan ebeveynlik biçimleri ve abartılmış sorumluluk tutumunun rolü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Kale, G., Hancı, İ., & Demirbaş, H. (2019). Psikolojik otopsi: Asli alanda çalışanlar bu kavramı biliyorlar mı? *Kriz Dergisi, 27*(3), 114-130.

Kanchan, T., Menon, A., & Menezes, R. (2009). Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Sciences, 54*(4), 938-942.

Kara, H., & Kaçar, M. (2017). Akran zorbalığının toplumsal önemi: İki olgu sunumu. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimeri Dergisi, 22*(2), 114-118.

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45*(2), 65-74.

Karaoğlu, K. (2016). *Ekonomik güç ve intihar olasılığı arasındaki ilişki: Problem çözme becerileri, evlilik uyumu ve algılanan stres açısından bir inceleme. (Yüksek Lisans Tezi).* Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji(Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı .

Karimova, S. (2019). *Trans bireylerin intihar girişiminde bulunma nedenleri ve baş etme yolları. (Yüksek Lisasn Tezi).* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı.

Kaya, N., Güler, Ö., & Çilli, A. (2004). Konya Kapalıcezaevindeki mahkumlarda psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5*(1), 58-91.

Kayapınar-Aylak, E. (2016). *Şizofreni hastalarında intihar davranışı ile dürtüsellik ve agresyonun ilişkisi. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.

Kelley, A., Goldston, D., Brunstetter, R., Daniel, S., Ievers, C., & Reboussin, D. (1996). First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(5), 631-639.

Kim, Y. (2012). Biological prediction of suicidal behavior in patients with major depressive disorder. M. Juruena içinde, *Clinical, research and treatment approaches to affective disorders* (s. 1-18). Rijeka/Croatia: InTech.

King, C., Segal, H., Naylor, M., & Evans, T. (1993). Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1198-1206.

Kirman, B. (2020). *Ruhsal bozukluğu olan kadın hastalarda intihar davranışının aile işlevselliği ile ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi).* İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

Kıymet, M., Ünüvar-Göçeoğlu, Ü., Yürürdurmaz, B., & Balcı, Y. (2020). Muğla ilinde adli tıp polikliniğine başvuran intihar girişimi olgularının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni, 25*(2), 83-89.

Klein, M. (1940/2012.). *Sevgi, suçluluk ve onarım (Z. Koçak, Çev.).* İstanbul: Kanat Yay.

Kleinman, J. (2003). Çin'de intiharlar ve toplumsal acılar. J. Kleinman içinde, *Kültür ve ruh sağlığı: Küreselleşme koşullarında kültürel psikiyatri* (S. Yücesoy, Çev., s. 227-239). İstanbul: Metis Yayınları.

Klomek, B., & Gould, M. (2014). Bullying and suicidality in youth. S. Koslow, P. Ruiz, & C. Nemeroff içinde, *A concise guide to understanding suicide: Epidemiology, pathophysiology, and prevention* (s. 166–172). Cambridge: Cambridge University Press.

Klonsky, E., Muehlenkamp, J., Lewis, S., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury.* Cambridge: Hogrefe Publishing.

Koç, S. (2011). *Adli tıp ders notları.* İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Koç, S., & Can, M. (2009). Ölüm kavramı ve ölü muayenesi. S. Koç, & M. Can içinde, *Birinci basamakta adli tıp* (s. 18-36). İstanbul: İstanbul Tabip Odası.

Kozatepe, E. (2015). *İntihar ve intihara teşebbüs yöntemleri, nedenleri ve çözüm yolları.* İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal bİlimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.

Köroğlu-Çamur, N. (2020). *2015-2018 yılları arasında Ulusal Zehir Danışma Merkezi'ne başvurulan antidepresan ile intihar vakalarının incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi).* İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Adli Bilimler Anabilim Dalı Olay Yeri İnceleme ve Kriminalistik Bilim Dalı.

Köse, A. (2018). *21. yüzyılda Türkiye'de gerçekleşen intiharların sosyolojik açıdan değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi).* Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı.

Köse, M. (2016). *İntihar: Sosyo-psikolojik, kültürel ve ekonomik bir çözümleme.* Ankara: Anı Yayıncılık.

Kurt, N., & Araç, S. (2018). Batman İli ve Kadın İntiharları. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tip Dergisi, 10*(1), 94-98.

Lacan, J. (1964/2004). *The four fundamental concepts of psychoanalysis: The seminar of Jacques Lacan.* London: Routledge: Book XI. (J. A. Miller, Ed.). ve (A. Sheridan, Çev.).

Langbehn, D., & Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry, 5*(1), 45-51.

Leenaars, A. (1999). *Lives and deaths:Selections from the works of Edwin S. Shneidman.* . Philadelphia: Brunner/Mazel.

Legano, L., McHugh, M., & Palusci, V. (2009). Child abuse and neglect. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 39*(2).

Leigh, H. (2000). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1712-1718.

Levi-Belz, Y. (2021). Growing together: interpersonal predictors of posttraumatic growth trajectory among suicide-loss survivors. *Anxiety, Stress, & Coping*, 1–14.

Li, D., Yang, X., Ge, Z., Hao, Y., Wang, Q., Liu, F., . . . Huang, J. (2012). Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Psychiatric Research, 46*(10), 1257-1266.

Lian, Q., Zuo, X., Lou, C., Gao, E., & Cheng, Y. (2015). Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts: a multi-centre cross-sectional study in three Asian cities. *Journal of epidemiology, 25*(2), 155-161.

Liu, R., & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(3), 221-228.

Lizardi, D., Sher, L., Sullivan, G., Stanley, B., Burke, A., & Oquendo, M. (2009). Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(5), 406-410.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343.

Marsh, I. (2017). *İntihar : Foucault, tarih ve hakikat.* (Y. Dalar, Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization, 94*(5), 340-350.

Menninger, K. A. (1938). Alcohol addiction. *Man Against Himself,* 160-184.

Menninger, K. A. (1996). Psychoanalytic aspects of suicide. Essential papers on suicide. J. Maltsberger, & M. Goldblatt içinde, *Essential papers on suicide* (s. 20-35). New York: New York University Press.

Meşe, H. (2021). *Çocukluk çağı travmaları, psikolojik katılık ve psikolojik esneklik ile depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J., & Patton, G. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet, 379*(9812), 236–243.

Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 6*(1), 1-9.

Müjdecioğlu-Demir, G. (2017). *Kendine zarar verme davranışı ve/veya intihar girişimi oaln ergenlerde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stillerinin değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi).* Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Nansel, T., Overpeck, M., Pilla, R., Ruan, W., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association, 285*(16), 2094-2100.

Nart, Ö. (2018). *Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği ergen birimine başvuran kişilerde intihar olasılığının, benlik saygısı, psikolojik dayanıklılık, algılanan sosyal destek ve önceki intihar girişimleri ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi).* Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.

National Center for Injury Prevention and Control. (2017). *Preventing suicide: A technical package of policy, programs, and practices.* Atlanta, Georgia: Division of Violence Prevention National Center for Injury Prevention and Control.

Nehir, S., Irmak, H., Demet, M. M., & Toksöz, K. (2018). Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19*(2), 163-168.

Nishimura, A., Shioiri, T., Nushida, H., Ueno, Y., Ushiyama, I., Tanegashima, A., . . . Nishi, K. (1999). Changes in choice of method and lethality between last attempted and completed suicides: how did suicide attempters carry out their desire? *Legal Medicine, 1*(3), 150-158.

Nock, M. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology, 6*, 339-363.

Ocakoğlu, B., İpek, Z., & Oğuz, M. (2020). Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında gerçekleşen intihar ve intihar girişimlerinin sosyodemografik ve intihar davranışı özelliklerinin geriye dönük olarak değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi, 28*(2), 57-70.

Odağ, C. (2002). *İntihar: Tanım-kuram-sağaltım.* İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı.

Oktik, N., Top, A., Sezer, S., & Bozver, Ü. (2003). Muğla ili intihar ve intihar girişimlerinin sosyolojik olarak incelenmesi. *Kriz Dergisi, 11*(3), 1-19.

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Gerhard, T., & Blanco, C. (2017). Suicide following deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry, 174*(8), 765-774.

Onat, M. (2016). *Major depresif bozukluk tanısı olan ergenlerde intihar davranışının dürtüsel ve yürütücü işlevler ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi).* İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Oquendo, M., & Mann, J. (2008). Suicidal Behavior: A Developmental Perspective. , 31, xiii. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, xiii–xvi.

Oquendo, M., Curriier, D., Liu, S., Hasin, D., Grant, B., & Blanco, C. (2010). Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: Results from teh National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry, 71*(7), 902-909.

Oto, R., Altındağ, A., Bağlı, M., Özen, Ş., & Erkan, R. (2001). *Batman ilinde intihar ve intihar girişimleri.* Diyarbakır: Dicle Üniversitesi.

Oto, R., Özkan, R., & Altındağ, A. (2004). Batman intiharları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 5*(2), 74-100.

Öcalan, N. (2020). *İntihar girişimi olan ergenlerde anksiyete, depresyon, dürtüsellik, benlik algısı ve yaşam kalitesinin incelenmesi. (Uzmanlık Tezi).* Mersin: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Ölmez, S. (2017). *Sosyal fobi, agorafobi ve özgül fobi hastalarının dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi.* Düzce: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.

Öncü, B. (2008). İntihar Davranışı. C. Çetin (Dü.) içinde, *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (s. 503-512). Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği.

Örnek , H. (2018). *Algılanan ebeveyn tutumları ve intihar amacı olmayan kendine zarar verme davranışı ilişkisinde duygu düzenlemenin aracı rolünün incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi).* Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı .

Örsel, S., Karadağ, H., Kahıloğulları, A., & Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(2), 130-136.

Özalp, E. (2009). İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20*(1), 85-93.

Özayar, E., Değerli, S., Güleç, H., Şahin, Ş., & Dereli, N. (2011). Yoğun bakıma kabul edilen zehirlenme olgularının retrospektif analizi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 59-62.

Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş., & Yıldız, M. (2013). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. Journal of Mood Disorders, 3(3), 107-113.

Özdemir, S. (2019). *Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sınır (borderline) kişilik özelliklerinin kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. (Yüskek Lisans Tezi).* İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Özhan, M., & Boyacı, M. (2018). Üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin yordayıcısı olarak azim: Bir yapısal eşitlik modellemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19(4), 370-376.

Özkan, A., & Baltacı, S. (2020). Freud ve Lacan'ın psikanalitik kuramlarında yastan ayrışan melankolik özne. *Psikoloji Çalışmaları*, 1-17.

Öztürk, E. (2016). Psikotarih açısından çocuk yetiştirme tarzları ve çocuk istismarı. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine-Special Topics, 2*(3), 24-34.

Öztürk, E. (2020). *Travma ve dissosiyasyon: Psikotravmatoloji temel kitabı.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Palabıyıkoğlu, R. (1994). İntihar davranışı ve kitle iletişim araçları. *Kriz Dergisi, 2*(2), 277-284.

Pelendercioğlu, B., & Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9*(1), 49-62.

Pfeffer, C., Klerman, G., Hurt, S., Lesser, M., Peskin, J., & Siefker, C. (1991). Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(4), 609-616.

Pişkin, M. (2005). Okulda akran zorbalığı. *Ankara Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü Okullarda Şiddet Paneli.* Ankara: Ankara Valiliği.

Polk, E., & Liss, M. (2009). Research report: Exploring the motivations behind self-injury. *Counseling Psychology Quarterly, 21*, 233-241.

Puşuroğlu, M. (2016). *Depresyon hastalarında obsesif inanışların, intihar düşüncesi ve biyolojik ritmle ilişkisi. (Uzmanlık Tezi).* Rize: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Quinodoz, J.-M. (2016). *Freud'u okumak Freud'un eserlerinin kronolojik olarak keşfi.* (B. Kolbay, & Ö. Soysal, Çev.) İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Rakauskiene, O., & Ranceva, O. (2014). Youth unemployment and emigration trends. *Intellectual Economics, 8*(1), 165-177.

Ribeiro, J., Franklin, J., Fox, K., Bentley, K., Kleiman, E., Chang, B., & Nock, M. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine, 46*(2), 225-236.

Robinson, J., Rodrigues, M., Fisher, S., Bailey, E., & Herman, H. (2015). Social media and suicide prevention: findings from a stakeholder survey. *Shanghai Archives of Psychiatry, 27*(1), 1-19.

Roy, A., Segal, N. L., & Sarchiapone, M. (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims . *American Journal of Psychiatry, 152*(7), 1075–1076.

Rudd, M. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*, 355–368.

Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H., & Yeşilbaş, D. (2013). Bir ergen ve genç erişkin ikinci basamak psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda kasıtlı kendine zarar verme davranışı ile çocukluk çağı travma yaşantılarının yaygınlığı ve arasındaki ilişkinin araştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi, 50,* 222-229.

Sakarya, D., Güneş, C., & Sakarya, A. (2013). İnternette intiharı aramak: İnternet sitelerinin intihar ile ilişkili içeriklerine göre değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 24*(1), 44-48.

Saraçoğlu, U., Gökel, Y., Ay, M., Avcı, A., Eroğlu, M., Kara, M., Canacankatan, M., Doğan, M & Acehan, S. (2014). İlaç alımı yoluyla özkıyım girişimleri. *Medical Journal of Bakırköy, 40,* 18-23.

Sawyer, S., Azzopardi, P., Wickremaearhne, D., & Patton, G. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health, 2*(3), 223–228.

Sayar, M., Öztürk, M., & Acar, B. (2000). Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 10*(3), 133-138.

Sayıl, I. (2000). İntihar davranışı. I. Sayıl, O. Berksun, R. Palabıyıkoğlu, H. Devrimci-Özgüven, Ç. Soykan, & S. Haran içinde, *Kriz ve Krize Müdahale* (s. 165-197). Ankara: Kriz Merkezi Yayınları.

Sayıl, I. (2004). Batman intiharları giriş. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 5*(2), 73.

Sayıl, I. (2008). İntihar davranışında tedavi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular, 1*(3), 15-22.

Sayıl, I., Oral, A., Güney, S., Ayhan, N., Ayhan, Ö., & Devrimci-Özgüven, H. (1993). Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi, 1*(2), 56-61.

Sayım, A. (2019). *Kız egenlerde intihar girişim niteliği ve ergenin psikososyal özellikleri ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Schilling, E. A., Aseltine, R., Glanovsky, J., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health, 44*, 335–341.

Schmidtke, A., Schaller, S., & Wasserman, D. (2005). Seri intiharlar ve medya gündeminde intihar. *Kriz Dergisi*, *13*(3), 33-36.

Schreier, H., & Libow, J. (1993). *Hurting for love: Munchausen by proxy syndrome.* London: Guilford Press.

Segal, H. (1993). On the clinical usefulness of the concept of death instinct. *The International Journal of Psycho-Analysis, 74*(1), 55-61.

Sellers, C., Diaz-Valdés, A., Porter, A., Glenn, C., Miller, A., Battalen, A., & O'Brein, K. (2021). Nonsuicidal self-injury, suicide planning, and suicide attempts among high-risk adolescents prior to psychiatric hospitalization. *Research on Child and Adolescent Psychopatology, 49*(11), 1503-1511.

Sevindik, Ş. (2019). *The effects of social support, perceived family enviroment, loneliness and emotion regulation difficulties on nonsuicidal self-harm behaviors & suicide*

ideation. (Doktora Tezi). İstanbul : Doğuş University Institute of Social Sciences Department of Pyschology.

Sheftall, A., Mathias, C., Furr, R., & Dougherty, D. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development, 15*(4), 368-383.

Shneidman, E. (1996). *The suicidal mind.* New York: Oxford University Press.

Sigfusdottir, I., Asgeirsdottir, B., Gudjonsson, G., & Sigurdsson, J. (2013). Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: The mediating role of anger and depressed mood. *Journal of Adolescence, 36*(6), 1227-1236.

Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carrol, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 264-277.

Simões, E., Oliveira, A., Pinho, L., Lourenção, L., Oliveira, S., & Farias, F. (2021). Reasons assigned to suicide attempts: adolescents' perceptions. *Revista Brasileira de Enfermagem, 75*.

Singhal, A., Ross, J., Seminog, O., Hawton, K., & Goldacre, M. (2014). Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *Journal of the Royal Society of Medicine, 107*(5), 194-204.

Skodol, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, W., & Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personaltity structure. *Biological Psychiatry, 51*(12), 936-950.

Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., . . . Akşit, S. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi, 49*(1), 47-56.

Spirito, A., Valeri, S., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(2), 284-289.

Sudak, H., & Sudak, D. (2005). The media and suicide. *Academic Psychiatry, 29*(5), 495-499.

Sukhawaha, S., Arunpongpaisal, S., & Rungreangkulkij, S. (2016). Attempted suicide triggers in Thai adolescent perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(3), 334-341.

Sümer, N. (2014). Antik ve ilkel toplumlarda intihar olgusu. *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1*(1), 83-116.

Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & St John, N. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(3), 273-303.

Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P., & Türk-Kurtça, T. (2020). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma & Dissociation, 22*(1), 35-51.

Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 32*(4), 1054-1063.

Şener, Ş., & Şenol, Ş. (1996). İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 4*(2), 100-107.

Şen-Tepe, Ç. (2019). *Koruyucu psikiyatrik yaklaşımlar açısından intiharı önlemeye yönelik web sayfalarının kapsam analizi. (Yüksek Lisans Tezi).* Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Şirin, M. (2020). *Üniversite öğrencilerinde yaşamda anlam ve intihar olasılığının algılanan duygusal istismar açısından incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi).* Trabzon: Trabzon Üniversitesi Lisasnsüstü Eğitim Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6. b.). Boston: Pearson.

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica, 35*(2), 82-86.

Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., & Liu, Z. (2011). Association between Non-Suicidal Self-Injuries and Suicide Attempts in Chinese Adolescents and College Students: A CrossSection Study. *PLoS ONE, 6*(4), e17977 1-6.

Tarde, G. (1903). *The laws of imitation.* New York: Henry Holt and Company.

Tatlı, Z., Şahin, E., İshak, Ş., Şahin, S., & Bekgöz, B. (2020). Ankara ilinde gerçekleşen intihar girişimi vakalarinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi, 28*(1), 33-44.

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455-471.

Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times, 21*(4), 58-60.

Teğin, N. (2014). *Siirt ilinde intihar girişimi ve intihar olayları üzerine sosyolojik bir araştırma.* Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı.

Tidemalm, D., Langstrom, N., Lihyenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ, 337*, 1-6.

Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi, 34*(1), 70-74.

Tohumcu, B. (2020). *Üniversite öğrencilerinde intihar olasılığı ve kendine zarar verme davranışının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilere, travmatik yaşam olayları ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. (Yüksek Lisasn Tezi).* İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Tunca, D. (2017). *Dürtüsellik boyutunun intihar girişimlerinin niteliği ve şiddeti ile ilişkisinin araştırılması. (Uzmanlık Tezi).* İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Tunç, P. (2016). *Borderline kişilik bozukluğunda depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki yordayıcı etkisi. (Doktora Tezi).* İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Tura, S. (2011). Haz ilkesinin ötesi ve oidipus kompleksi. S. Freud içinde, *Haz ilkesinin ötesinde ben ve id* (3. Baskı b., s. 7-18). İstanbul: Metis Yayınları.

Türk Ceza Kanunu. 5237 (26.09.2004). https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf adresinden alındı

Türk Medeni Kanunu. 4721 (22.11.2001). https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf adresinden alındı

Türk, E. (2020). *Petrol, göç ve değişim Batman kentleşmesi.* İstanbul: Çizgi Kitabevi.

Türkiye Gazeteciler Cemiyeti. (2019, 04 17). *Türkiye gazetecileri hak ve sorumluluk bildirgesi.* Türkiye Gazeteciler Cemiyeti: https://www.tgc.org.tr/bildirgeler/t%C3%BCrkiye-gazetecilik-hak-ve-sorumluluk-bildirgesi.html adresinden alındı

Tüzer, T., Bayam, G., Bitlis, V., Holat, H., & Dilbaz, N. (1995). İntihar girişiminde yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi, 3*(1-2), 226-228.

Uçan, Ö. (2006). *Türkiye'de intiharları konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. (Yüksek Lisans Tezi).* Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü.

United Nations. (2019, 08 12). *Population Dynamics.* 09 01, 2022 tarihinde United Nations:https://www.un.org/development/desa/youth/wp-content/uploads/sites/21/2019/08/WYP2019_10-Key-Messages_GZ_8AUG19.pdf adresinden alındı

Uytun, M., & Öztop, D. (2015). Kişilik bozukluklarının çocuk ve ergenlerde öncül bulguları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(4), 368-381.

Ünal, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi,* 9-18.

Ünlü, G., Aksoy, Z., & Esan, E. (2014). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi, 1*(3), 176-183.

Van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology, 16,* 1-6.

Varol, Z. (2019). *Türkiye'de intihar üzerinde etkili olan sosyoekonomik faktörler: Bir zaman serileri analizi. (Yüksek Lisans Tezi).* Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı.

Wender, P. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 43*(10), 923-929.

Wichstrom, L. (2009). Predictors of Non-Suicidal Self-Injury Versus Attempted Suicide: Similar or Different? *Archives of Suicide Research, 13*(2), 105–122.

Wilcox, H., Conner, K., & Caine, E. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence, 76*, 11-19.

Winchel, R., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American Journal of Psychiatry, 148*(3), 306–317.

Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: A prospective birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(3), 271-282.

Wu, K., Chen, Y., & Yip, P. (2012). Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(4), 1135-1158.

Yağcı, İ., Avcı, S., Taşdelen, Y., & Kıvrak, Y. (2018). İntihar girişiminde bulunanlarda D tipi kişilik, çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete, dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19*(6), 551-558.

Yağdıran, F. (2019). *Sosyolojik açıdan intihar olgusu ve sosyal medyaya yansıyan intihar eğilimlerinin analizi. (Yüksek Lisans Tezi).* Malatya: İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yaman, E. (2016). *Bazı değişkenler açısından mahpusların intihar olasılıkları. (Yüksek Lisans Tezi).* Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı.

Yargıç, I., Ersoy, E., & Oflaz, S. (2012). Çocukluk çagi travmalarinin intihar girisimi ve kendine zarar verme davranisi ile iliskisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13*(4), 277-284.

Yeğenoğlu, İ. (2015). *İntiharın anlamı, intihar ve intihara yönelik tutumlar. (Yüksek Lisans Tezi).* Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı.

Yeşil, O., Akoğlu, H., Onur, Ö., & Güneysel, Ö. (2008). Acil servise başvuran zehirlenme olgularını geriye dönük analizi. *Marmara Medical Journal, 21*(1), 26-32.

Yıldırım, F., Küçükgöncü, S., Beştepe, E. E., & Yıldırım, M. S. (2014). Erişkin unipolar depresyon örnekleminde çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının intihar girişimi ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 51,* 133-140.

Yıldız, S. (2020). *Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı ruhsal travma yaşantılarının psikolojik kırılganlıkla ilişkisinde depresyon, anksiyete ve stresin aracı rolü. Yüksek Lisans Tezi.* İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Ana Bilim Dalı.

Yıldız-Bozdoğan, Ş. (2013). *Major depresif bozuklukta intihar yordayıcıları. (Uzmanlık Tezi).* Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Yılmaz, Ö., Boz, H., & Arslan, A. (2017). Depresyon anksiyete stres ölçeğinin (Dass 21) Türkçe kısa formunun geçerlik-güvenirlik çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2*(2), 78-91.

Yüksel, E. (2016). *İntihar nedeniyle Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Kliniği'ne başvuran adolesanlarda intihara yönelten etmenlerin incelenmesi. (Uzmanlık Tezi).* Düzce: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Yüksel, N. (2001). İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *4*(2), 5-15.

Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9*(1), 1-13.

Ziyalar, N., Sarıpınar, A., & Çalıcı, C. (2016). Siirt ilinde kadın intiharları. *Adli Tıp Dergsi, 30*(2), 117-127.

Zoroğlu, S., Tüzün, U., Şar, V., Tutkun, H., Savaçs, H., Öztürk, M., Kora, M. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosci, 57*(1), 119-126.

8. EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

İÜC Tarih ve Sayı: 09/12/2020-86288

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı :74555795-050.01.04-
Konu :2020-202 sayılı Etik Kurul Onayı

Sayın Zehra İPEK
İÜC Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü
Sosyal Bilimler Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

İlgi :06/11/2020 tarihli, bila sayılı yazı

Yürütücülüğünü üstlendiğiniz ***"İntihar Girişiminde Bulunmuş Ergenlerin Psikososyal Durumlarının Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi: Batman İli Örneği"*** başlıklı **"Yüksek Lisans Tezi"** başvurunuz etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

COVİD-19 salgının Ülkemizde yayılması nedeniyle, Kurulumuz 01.12.2020 tarihinde on-line platformda gerçekleştirilen toplantısında yapılan değerlendirmeler sonucunda; elektronik belge sistemi (EBYS) ile uygunluğu bildirilen yazının ilgili makamlarca **"Etik Kurul Onayı"** yerine geçen belge olarak değerlendirilmesi hususunda;

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Selçuk HÜNERLİ
Başkan

ETİK KURUL ÜYELERİ
Prof. Dr. Selçuk HÜNERLİ (Başkan)
Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU (Bşk.Yrd.)
Prof. Dr. Mehmet AÇIKALIN (Bşk.Yrd)
Prof. Dr. Neşe KOCABAŞOĞLU
Prof. Dr. Hülya AŞKIN BALCI
Doç. Dr. Hanife Banu ATAMAN YANCI
Doç. Dr. Sevda KÜÇÜK

07/12/2020 V.Haz.Kont.İş. : C.SÖNMEZTÜRK

Doğrulamak için:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKRFT9DC
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan SÖNMEZTÜRK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01
Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2: Tez Çalışmasına Başlama İzni

İÜC Tarih ve Sayı: 08/10/2020-68611

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Adli Tıp Ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :86669574-302.14.01-
Konu :Zehra İPEK'in Tez Çalışmasına başlaması

Zehra İPEK

İlgi :24/09/2020 tarihli, 125390 sayılı yazı

Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına 2803190017 numara ile kayıtlı öğrencisi Zehra İPEK'in etik kurula başvurması koşulu ile "İntihar Girişiminde Bulunmuş Ergenlerin Psikososyal Durumlarının Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi: Batman İli Örneği" konulu tez çalışmasına başlaması Enstitü Yönetim Kurulunun 30.09.2020 tarihli, 17 sayılı toplantısında alınan karar gereğince uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

e-İmzalı
Prof. Dr. Faruk AŞICIOĞLU
Enstitü Müdürü

EK :
1

DAĞITIM
Gereği:
Zehra İPEK

Bilgi:
Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Başkanlığı
Sayın Prof. Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BENDFHN8B

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Sema SARIOĞLU ÜNAL Dahili : 43351
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Büyükçekmece Yerleşkesi Alkent 2000 Mah. Yiğittürk Cad. No:5
Büyükçekmece/İstanbulA1 Blok 34500 Istanbul, Türkiye
Tel : (0212) 414 30 00 Faks : (0212) 588 00 11
e-posta : adlitipens@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3: Cumhuriyet Başsavcılığı Onayı

T.C.
BATMAN
CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞI
MUHABERE BÜROSU

Muhabere No : 2021/451 **19/01/2021**
Konu : İntihara Teşebbüs Verileri

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Batman Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünün 13/01/2021 tarih E-65465416-500-93940 sayılı yazıları.

İlgi sayılı yazıyla, Batman Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü bünyesinde Psikolog olarak görev yapmakta olan Zehra İPEK'in 2019 yılının başından bu yana Batman Valiliği İntihar olaylarını araştırma komisyonunda görevlendirildiği ve aktif bir şekilde çalışmalarının devam ettiği belirtilerek, Psikolog Zehra İPEK'in, İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin psikososyal durumlarının çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışı, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından incelenmesi, Batman İl Örneği, konu başlıklı tez araştırması çalışması kapsamında, 2019 yılı Ocak ayı itibari ile intihar girişiminde bulunmuş 15-25 yaş arası vakaların iletişim bilgilerinin, "Gizlilik İlkesi" gözetilerek kendisine verilmesi için Batman İl Emniyet Müdürlüğüne talepte bulunulduğu, ancak Batman İl Emniyet Müdürlüğünden gerekli bilgi paylaşımının sağlanabilmesi için adli mercilerin gerekli onayının alınması gerektiği belirtilerek bilgilerin incelenmesi için Başsavcılığımızca onay verilmesi talep edilmiştir.

Cumhuriyet Başsavcılığımızca yapılan değerlendirme neticesinde, Psikolog Zehra İPEK'in tez çalışmasına konu verileri temin etmesinde kamu yararı gözetildiğinden herhangi bir sakınca bulunmadığına kanaat getirilmiş, istenen bilgilerin Batman Emniyet Müdürlüğünce temin edilerek ilgiliye verilmesi talebi uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

ERAY AKKAVAK
125540
Cumhuriyet Başsavcı Vekili

DAĞITIM :
GEREĞİ :
Batman Emniyet Müdürlüğüne,
Batman Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne,

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmış olup, ayrıca fiziki olarak gönderilmeyecektir.

UYAP Bilişim Sistemindeki bu dokümana http://vatandas.uyap.gov.tr adresinden II2OPX8 - 7L0TLTD - rm2s2I4 - TcBal4= ile erişebilirsiniz.

908962737 - 908962737 - 908962737 -

Ek-4: Demografik Bilgi Formu

Kod No: Görüşme Tarihi:...../..../20….

1. Doğum tarihiniz: ……/……../…….

2. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2.Kadın 3.Diğer

3. Medeni durumunuz:

0. Bekar 1. Resmi nikahlı evli 2. İmam nikahlı evli 3.Boşanmış

4. Eş kaybı 5. Çok eşlilik

**Herhangi bir evlilik gerçekleştirdiyseniz lütfen 4. ve 5. Soruları yanıtlayınız.*

4. Evlenme yaşınız:

5. Evlilik hikayeniz?

1. Severek evlenme 2. Görücü usulü 3.Aile tarafından zorla evlendirilme
3. Kaçarak evlenme 4. Cinsel saldırı sonrası faille evlenme 5. Diğer(Belirtiniz)……..

6. Eğitim durumunuz nedir?

0. Okur-yazar değil 1. Okur-yazar 2. İlkokul
3. Ortaokul 4. Lise 5. Lisans
6. Lisansüstü mezuniyet

7. Meslek ve çalışma durumunuz nedir?

0. Çalışmıyor/İşsiz 1. Öğrenci 2. İşçi 3. Esnaf/Tüccar 4.Tarım ve Hayvancılık 5.Memur 6.Diğer……

8. Anne ve babanın birliktelik durumu nedir?

1.Birlikte 2.Boşanmış 3. Anne vefat 4. Baba vefat 5.Ayrı yaşıyorlar

9. Daha önce hakkınızda koruyucu, önleyici tedbir kararlarından hangisi uygulandı?

0.Yok 1. Danışmanlık tedbiri 2. Eğitim Tedbiri 3. Sağlık Tedbiri 4. Kurum bakımına yerleştirilme 5. Diğer…….

10. Ruh sağlığı ile ilgili yardım aldınız mı? Evet ise hangi ruhsal bozukluk teşhisi koyuldu ise lütfen belirtiniz. Aldığınız tedavi yöntemini seçiniz.

Teşhis……

0. Yok 1. Psikoterapi 2. İlaçla tedavi 3.Psikoterapi+İlaç 4. Diğer (Belirtiniz)……

Lütfen arka sayfaya geçiniz

**10. sorunun yanıtı "0.Yok" dışında ise 11. Soru yanıtlanacaktır.*

11. Ne kadar süredir söz konusu yöntemden faydalanmaktasınız?

12. Ailenizde ruhsal bozukluğa sahip birey var mı? Varsa kimler ne tür bir ruhsal bozukluğa sahiptir?

1…….. …….

2…….. …….

3…….. …….

13. Suça karışma öykünüz var ise hangi suç(lar)tan dolayı yargılandınız? (Hırsızlık, yaralama, dolandırıcılık, gasp, soygun, tecavüz, istismar, cinayet vd.)

……
…….

14. Sigara kullanımınıza dair uygun ifadeyi belirtiniz.

0. Kullanmam 1. Nadiren(Ayda 1 veya birkaç kez) 2. Ara sıra(Haftada 1 veya birkaç kez) 3.Sık kullanırım(Günlük 1 pakete kadar kullanım) 4. Sürekli (Günlük 1 paket üstü kullanım)

15. Alkol kullanımınıza dair uygun ifadeyi belirtiniz.

0. Kullanmam 1. Nadiren(Hiç veya ayda 1) 2. Ara sıra(Ayda birkaç kez) 3.Sık kullanırım(Haftada 1 veya birkaç kez) 4. Sürekli (Her gün)

16. Uyuşturucu madde kullanımınıza dair uygun ifadeyi belirtiniz.

0. Kullanmam 1. Nadiren(Hiç veya ayda 1) 2. Ara sıra(Ayda birkaç kez) 3.Sık kullanırım(Haftada 1 veya birkaç kez) 4. Sürekli (Her gün)

17. Hane içerisinde kaç kişi yaşamaktadır?

18. Hanede bulunan bireylerin toplam ortalama aylık geliri ne kadardır?

1.0-2324 TL 2. 2325 - 4500 3. 4501-6500 TL 4. 6500-8500 TL

5. +8501 TL

Lütfen arka sayfaya geçiniz

**İntihar girişimi mevcut ise 19-36 sorular yanıtlanacaktır.*

19. Son intihar girişim tarihiniz nedir?

.....

20. İntihar girişimi birden çok ise, tarih ve yöntemlerini belirtiniz ?:

1……. …….

2……. …….

3……. …….

4……. …….

21. İntihar girişiminde bulunurken hangi yöntemi kullandınız?

1. Ası	4. Kendini Yakma	7.Kendini Zehirleme
2.Kesi	5.Yüksek Doz İlaç Alımı	8.Araç önüne atlama
3.Ateşli Silah	6.Yüksekten atlama	9.Tedaviyi Reddetme
10. Diğer(Belirtiniz)…….		

22. Yöntem için kullanılacak araca nasıl ulaştınız?

……
…….

23. İntihar girişiminiz nerede gerçekleşti?

1. Kendi evi 2. Yurt 3. Okul 4.Umuma açık alan 5. İş yeri
6. Diğer(Belirtiniz)……..

24. İntihar girişiminizin günün hangi saatinde gerçekleştiğini belirtiniz.

…….

25. İntihar eylemindeki ciddiyetiniz neydi?

1. Ciddi değil.
2. Ciddi; fakat seçtiği yöntem dolayısıyla hayatta
3. Ciddi ve şans eseri hayatta

26. Eylemi gerçekleştirmeden önce kimseyi haberdar ettiniz mi?

0.Hayır 1.Evet

Lütfen arka sayfaya geçiniz

27. Eylem öncesi intihara dair planlamanız ne yöndeydi?

0.Yok, ani bir karar 1.Var

a.İntihar düşüncesi b.İntihar provası c.İntihar mektubu

28. İntihara sebep olan faktörler nelerdir?

1. Duygusal ilişkiye dair problemler	4.Fiziksel kayıp/Bedene dair olumsuz tutum	7.Süreğen aile içi problemler
2.Ekonomik problemler	5.Kayıp/Yas	8. Cinsel Yönelim
3.Ruhsal bozukluklar	6. Akademik problemler	9.Diğer……

29. Eyleme sebep olan bu faktörler ne kadar süredir sizi etkilemekteydi?

……

30. Bu sorunlara dair çevrenizden yardım arayışınız veya talebiniz oldu mu?

0.Hayır 1.Evet

a. Ailem b. Arkadaşlarım c. Psikolog/Psikiyatrist d. Diğer……..

31. Çevrenizde yaşadığınız sorunlar karşısında size destek sağlayabilecek insanların olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Kesinlikle Hayır 5.Kesinlikle Evet

1	2	3	4	5

32. İntihar eyleminin sizin için anlamı nedir?

1	Kendini cezalandırma	
2	Olumsuz duygularla başa çıkma	
3	Kayıp nesneye kavuşma arzusu	
4	Geride kalanı, çatışma yaşanan kişiyi cezalandırma, üzme veya intikam	
5	Taleplerinin kabul görmesi, davranış değişikliği yaratma	
6	Sorunlarından kurtulma	
7	Diğer	

Lütfen arka sayfaya geçiniz

33. Daha önceden intihara hangi yollardan şahit oldunuz?

0.Yok 1. Aile bireyleri 2. Arkadaş 3. Akraba veya komşu 4.Uzak çevre

5. Sosyal medya, TV vs.

34. İntihar girişiminin sizde yarattığı değişimin ne yönde oldu? Neden açıklayınız.

1. Olumlu 2. Olumsuz 3. Her ikisi de 4. Hiçbir değişiklik olmadı

……

…….

35. İntihar düşünceleriniz devam ediyor mu? Evet ise ruhsal yardım alıyor musunuz?

0.Hayır 1.Evet

a. Evet b. Hayır

36. Halen ruhsal bir tedavi programına dahil misiniz?

0.Hayır 1. Evet

Ek-5: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Kod No:

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, 3, 7, 25, 100 vb.):

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

****

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 hangi yaşta zarar verdiniz? .....

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

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

EVET BAZEN HAYIR

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

EVET BAZEN HAYIR

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

<1 saat 1-3 saat 3-6 saat

6-12 saat 12-24 saat >1gün

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, …	**Hiç uygun değil**	**Kısmen Uygun**	**Çok Uygun**
1….kendimi sakinleşmiş hissederim.	0	1	2
2….kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.	0	1	2
3….kendimi cezalandırmış olurum	0	1	2
4…(yaramla ilgilenerek)kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum.	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

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

“Kendime zarar verdiğimde, …	**Hiç uygun değil**	**Kısmen Uygun**	**Çok Uygun**
17…duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum.	0	1	2
18…(hiçbir şey hissetmemektense) fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum.	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
27…kaygı, hüsran, 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

Ek-6: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Kod No:

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-33)

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde…

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
1. Yeterli yemeğim olurdu.	1	2	3	4	5
2. Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.	1	2	3	4	5
3. Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.	1	2	3	4	5
4. Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Üst baş açısından bakımsızdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
8. Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde değiştirmek istediğim şeyler var.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5

Lütfen arka sayfaya geçiniz

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisidir.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
29. Ailemdekiler yaşıtlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.	1	2	3	4	5
30. Ailemdekiler her şeyime karışırdı.	1	2	3	4	5
31. Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.	1	2	3	4	5
32. Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.	1	2	3	4	5
33. Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.	1	2	3	4	5

Ek-7: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu

Kod No:

DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ KISA FORMU (DASS 21)

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyarak size en uygun olan yanıtı işaretleyiniz.

- Belirtilen durum size **Hiç uygun değil** ise "0"; **Biraz uygun** ise "1"; **Genellikle uygun** ise "2" ve **Tamamen uygun** ise "3" ü işaretleyiniz.

İfadeler	**Hiç uygun değil**	**Biraz uygun**	**Genellikle uygun**	**Tamamen uygun**
1.Ağzımda kuruluk olduğunu fark ediyorum.	0	1	2	3
2.Soluk almada zorluk çekiyorum (Örneğin fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma,	0	1	2	3
3.Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ediyorum.	0	1	2	3
4.Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmakta zorlanıyorum.	0	1	2	3
5.Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişeleniyorum.	0	1	2	3
6.Birey olarak değersiz olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3
7.Panik haline yakın olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3
8. Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
9.Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapılıyorum.	0	1	2	3
10. Kendimi gevşetip salıvermek zor gelir.	0	1	2	3
11.Kendimi perişan ve hüzünlü hissediyorum.	0	1	2	3
12. Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissediyorum.	0	1	2	3
13.Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissediyorum.	0	1	2	3
14. Alıngan olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3
15.Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissediyorum.	0	1	2	3
16. Gevşeyip rahatlamakta zorluk çekiyorum.	0	1	2	3
17.Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyor.	0	1	2	3
18. Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
19.Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oluyor.	0	1	2	3
20. Kışkırtılmakta olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3
21.Hayatın değersiz olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3

Ek-7: Bilgilendirilmiş Çocuk Gönüllü Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ÇOCUK GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Merhaba, ben Psikolog Zehra İPEK. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU danışmanlığında yürüttüğüm "**İntihar Girişiminde Bulunmuş Ergenlerin Psikososyal Durumlarının Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi: Batman İli Örneği"** başlıklı yüksek lisans tezi araştırmasına seni davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı 15-25 yaş arası ergenlerin intihar girişimleri ile ilişkili görülebilecek psikososyal faktörler ve risk etmenlerinin belirlenmesidir. Katılımcıların psikososyal durumları Demografik Bilgi Formu (36 madde), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (33 madde), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (46 madde) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (21 madde) olmak üzere toplam 136 maddeden oluşan ölçek ve formlar aracılığıyla araştırılacak, analiz edilecek, tartışılacak ve değerlendirilecektir. Araştırmada sizden tahminen 35 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya senin dışında tahminen 99 kişi katılacak olup; çalışmaya katılım tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için senden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, sana en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamandır. Bu formu okuyup onaylaman, araştırmaya katılmayı kabul ettiğin anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsin. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgilerin **gizli tutulacaktır**; ancak verilerin yayın amacı ile kullanılabilir. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında veriler çalışma tamamlandıktan ve ilgili tez yayımlandıktan sonraki 3 yıl içerisinde veriler üzerinde teknolojik yöntemlerle kullanılamayacak ve geri döndürülemeyecek şekilde karartma yöntemi kullanılacak olup; kâğıt imha makinasına atılarak geri birleştirmenin mümkün olmayacağı şekilde küçük parçalara bölünerek imha edilecektir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsan bana şimdi sorabilir veya z[redacted]n e-posta adresi ve [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsin. Araştırma tamamlandığında genel/sana özel sonuçların seninle paylaşılmasını istiyorsan lütfen bana ilet.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:
Adı-Soyadı: .....
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Zehra İPEK
İmzası:

Ek-7: Bilgilendirilmiş Vasi/Veli Gönüllü Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ VASİ/VELİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Psikolog Zehra İPEK tarafından çalışılan ve Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU danışmanlığında yürütülen "**İntihar Girişiminde Bulunmuş Ergenlerin Psikososyal Durumlarının Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi: Batman İli Örneği"** başlıklı yüksek lisans tezi araştırmasına davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı 15-25 yaş arası ergenlerin intihar girişimleri ile ilişkili görülebilecek psikososyal faktörler ve risk etmenlerinin belirlenmesidir. Katılımcıların psikososyal durumları Demografik Bilgi Formu (36 madde), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (33 madde), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (46 madde) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (21 madde) olmak üzere toplam 136 maddeden oluşan ölçek ve formlar aracılığıyla araştırılacak, analiz edilecek, tartışılacak ve değerlendirilecektir. Araştırmada için tahminen 35 dakikalık bir sürenin ayrılması talep edilmektedir. Araştırmaya vasisi/velisi olduğunuz katılımcı dışında tahminen 99 kişi katılacak olup; çalışmaya katılım tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için vasisi/velisi olduğunuz katılımcıdan beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, kendisine en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplasıdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılımı tarafınızca onayladığını anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında veriler çalışma tamamlandıktan ve ilgili tez yayımlandıktan sonraki 3 yıl içerisinde veriler üzerinde teknolojik yöntemlerle kullanılamayacak ve geri döndürülemeyecek şekilde karartma yöntemi kullanılacak olup; kâğıt imha makinasına atılarak geri birleştirmenin mümkün olmayacağı şekilde küçük parçalara bölünerek imha edilecektir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya z[redacted] e-posta adresi ve [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Vasi veya Velinin:

Adı-Soyadı: .....
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Adı-Soyadı: .....
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;
⁻ kabul ediyorum ⁻ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Zehra İPEK
İmzası:

Ek-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Psikolog Zehra İPEK tarafından çalışılan ve Prof. Dr. K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU danışmanlığında yürütülen "**İntihar Girişiminde Bulunmuş Ergenlerin Psikososyal Durumlarının Çocukluk Çağı Travmaları, Kendine Zarar Verme Davranışı, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi: Batman İli Örneği"** başlıklı yüksek lisans tezi araştırmasına davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı 15-25 yaş arası ergenlerin intihar girişimleri ile ilişkili görülebilecek psikososyal faktörler ve risk etmenlerinin belirlenmesidir. Katılımcıların psikososyal durumları Demografik Bilgi Formu (36 madde), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (33 madde), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (46 madde) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (21 madde) olmak üzere toplam 136 maddeden oluşan ölçek ve formlar aracılığıyla araştırılacak, analiz edilecek, tartışılacak ve değerlendirilecektir. Araştırmada sizden tahminen 35 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 99 kişi katılacak olup; çalışmaya katılım tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında veriler çalışma tamamlandıktan ve ilgili tez yayımlandıktan sonraki 3 yıl içerisinde veriler üzerinde teknolojik yöntemlerle kullanılamayacak ve geri döndürülemeyecek şekilde karartma yöntemi kullanılacak olup; kâğıt imha makinasına atılarak geri birleştirmenin mümkün olmayacağı şekilde küçük parçalara bölünerek imha edilecektir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya z[redacted] e-posta adresi ve [redacted] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:
Adı-Soyadı: .....
İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;
kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Zehra İPEK
İmzası:

9. ÖZGEÇMİŞ

Eğitim Bilgileri

2010-2014 İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

İş Deneyimi

2015- Halen Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı - Batman ASHİM

Engelli Yaşlı Hizmetleri

Çocuk Hizmetleri

2019-2022 Batman Valiliği İntihar Olaylarını Araştırma Komisyonu

Yayın

2019 İpek, Z. (2019). Çocukluk travması yaşamış üç kardeşin projektif testler ile ergenlik sürecine genel bakış. *Yansıtma Dergisi, 2*(32), 103-121.

2020 Ocakoğlu, B., İpek, Z., & Oğuz, M. (2020). Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında gerçekleşen intihar ve intihar girişimlerinin sosyodemografik ve intihar davranışı özelliklerinin geriye dönük olarak değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi, 28*(2), 57-70.

2022 İpek, Z., Yeşilmen, M., & Ocakoğlu, B. (2022). *Ergen bireylerde intihar davranışını çok yönlü incelenmesi: Batman ili örneği.* Ankara: Dorlion Yayınları.