



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

Eğitim ve İdari Sorumlu: Doç. Dr. Yıldız DALLAR BİLGE

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN 10-18 YAŞ GRUBU
ERGENLERDE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE SİGARA,
ALKOL VE MADDE KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Denizhan BAĞRUL

UZMANLIK TEZİ

ANKARA, 2012



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

Eğitim ve İdari Sorumlu: Doç. Dr. Yıldız DALLAR BİLGE

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN 10-18 YAŞ GRUBU
ERGENLERDE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE SİGARA,
ALKOL VE MADDE KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Denizhan BAĞRUL

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Fatma İnci ARIKAN

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Eğitim Görevlisi

ANKARA, 2012

TEŞEKKÜR

Hastanemizde huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan Başhekimimiz Sayın Prof. Dr. Osman Güler'e;

Uzmanlık eğitimim süresince sevgisini ve şefkatini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile hem iyi bir hekim hem de iyi bir birey olarak yetişmeme yardım eden, sevgili hocam Doç. Dr. Yıldız Dallar Bilge'ye;

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, tez konusu seçimi ve çalışmalarının yürütülmesinde katkı ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Fatma İnci Arıkan'a;

Asistanlığımız boyunca tecrübelerini, bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan; birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Doç. Dr. Pınar Işık Ağras ile Doç. Dr. Bülent Alioğlu'na ve sevgili uzmanlarımız Uzm. Dr. Medine Ayşin Taşar, Uzm. Dr. Zahide Yalaki, Uzm. Dr. Tülin Çataklı, Uzm. Dr. Serdar Önen, Uzm. Dr. Emine Derya Potur, Uzm. Dr. Semra Kara, Uzm. Dr. Özlem Engiz ve Uzm. Dr. Arzu Yılmaz'a;

Eğitim sürem boyunca üzüntümüzü, sevincimizi birlikte paylaştığımız; hiç silinmeyecek hatıraları birlikte yaşadığımız tüm asistan arkadaşlarıma;

Birlikte çalıştığımız tüm hemşire arkadaşlar, laboratuvar çalışanları ve personel çalışanlarına;

Beni yetiştiren, bu zamana kadar gelmemde büyük emekleri ve fedakarlıkları olan, canımdan çok sevdiğim annem, babam ve kardeşlerime;

Destegi ile her zaman yanımda olan, hayatın bana verdiği en değerli hediye olan sevgili eşim İlknur Bağrul'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Denizhan Bağrul

ÖZET

Dünya üzerinde her yıl yaklaşık olarak bir milyon kişi intihar etmektedir. Bu nedenle intihar davranışı bütün dünyada önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. İntihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürme olasılığıdır. İntihara eğilimli ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerde bu olasılığın değerlendirilmesi, tanı ve sağaltım planının oluşturulması sırasında öncelik verilmesi gereken bir durumdur. İntihar davranışı ile ilgili birçok risk etkeni bilinmektedir ve bu risk etkenlerine yönelik önlemler almak mümkündür.

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne intihar girişimi sonrası başvuran, 10-18 yaşları arasındaki 208 ergen ile aynı yaş aralığındaki çocuk polikliniklerine başvuran ve o anki başvuru nedeni kronik bir hastalık olmayan 142 ergen çalışma grubunu oluşturdu. Gerekli tıbbi işlemler yapıldıktan sonra intihar girişimini izleyen ilk bir hafta içinde olgulardan çalışmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş onam belgesi imzalatıldı. Çalışmada kullanılan sosyodemografik ve madde kullanım anket formu araştırmacı tarafından tüm olgulara uygulandı. Ayrıca olguların Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni tamamlamaları istendi.

Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 83,2'sini kız olguların oluşturuyordu ve kız/erkek oranı 4,9/1 idi. İntihar girişiminde bulunanların kontrol grubuna göre eğitim süreleri daha kısa ($p=0,002$), daha sık parçalanmış aileden geldikleri($p=0,003$), anne ve babalarının daha düşük eğitim düzeylerine sahip oldukları($p=0,001$), anne ve babaların daha sık sigara ve alkol kullandıkları saptandı. İntihar girişiminde bulunanlarda sigara kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p=0.001$). Alkol ve madde kullanımında intihar girişiminde bulunanlarda

kontrol grubuna göre daha yüksek kullanım oranları saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tekrarlayan intihar girişiminde bulunanlarda sigara, alkol ve madde kullanımı belirgin artmış olarak saptandı. İntihar girişiminde bulunanların kontrol grubuna göre depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,022$). İntihar girişiminde bulunan grupta depresyon puanı ile umutsuzluk puanlarının korelasyonu yüksekti.

Sonuç olarak ergenlerde intihar davranışında birçok faktörün etkili olduğu görülmüştür. Cinsiyet, eğitim düzeyi, aile yapısı, aile özellikleri, anne-baba eğitim düzeyi gibi demografik faktörlerin yanında daha önceden intihar girişiminde bulunma, sigara, alkol ve madde kullanımı, depresyon ve umutsuzluk durumunun intihar davranışını ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminin belirleyicisi olma özelliğini taşıyan bulgular konusunda yapılan çalışmaların yaygınlaştırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi, bu konuda çalışan profesyonellerin intihar girişimini önceden saptayabilmeleri konusunda yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: ergen; intihar girişimi; sigara, alkol ve madde kullanımı; depresyon.

ABSTRACT

Each year, approximately one million people commits suicide in the world. Therefore, suicide is accepted an important public health problem all over the world. Suicide risk is defined as the probability of the person in the near future to kill himself. This possibility in people who are prone to suicide and attempted suicide assessment, diagnosis and treatment is to be given priority during the creation of the plan. Known that many risk factors for suicidal behavior and to take precautions against possible risk factors.

The study group consists of 208 adolescents at the age of 10-18, who applied to M.H. Ankara Education and Research Hospital, Children's Emergency Unit after suicide attempt, and 142 adolescents within the same age range, who applied to children's polyclinics and the reason of application of whom was not a chronic disease. Following the completion of required medical practices, among the cases, those who accepted to participate in the study signed a notified approval document within the first week from the suicide attempt. The sociodemographic and substance use survey form was applied to all of the cases by the researcher. The cases were also asked to complete Beck Depression Scale and Beck Hopelessness Scale.

In this study, 83.2% of the suicide attempt cases consisted of girls and the girl/boy ratio was 4.9/1. It was determined that, in relation to the control group, the educational life period of those who attempted suicide was shorter ($p=0.002$), they more frequently come from a divorced family ($p=0.003$), their parents have a lower level of education ($p=0.001$), and their parents more frequently use cigarette and alcohol. Use of cigarette among those who attempted suicide was ascertained to be at a high level, which was significant in relation to the control group ($p=0.001$). Though use of alcohol and substance among those who attempted suicide were determined to be at a higher level in relation to the control group, it was not significant statistically. In cases with

repeated suicide attempts, the use of cigarette, alcohol and substance was found to be increased evidently. Depression scale points of those who attempted suicide were significantly higher than that of the control group ($p=0.022$). The correlation of depression points and despair points was at a high level in the case of those who attempted suicide.

As a result, it was found that various factors are effective on suicide behavior among adolescents. It was determined that besides demographic factors such as gender, education level, family structure, family properties and parents' education level; having attempted suicide previously, use of cigarette, alcohol and substance, state of depression and despair were also closely related with suicide behavior. Increasing the number of studies on findings, which bear the quality of being a determinant of suicide attempts and determination of risk factors will help professionals working on this subject to ascertain suicide attempt beforehand.

Keywords: Adolescent; suicide attempt; cigarette, alcohol and substance use; depression.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar VE GRAFİKLER.....	vii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. İntihar.....	2
2.1.1 Tanım ve Tarihçe.....	2
2.1.2.Etyoloji ve Risk Faktörleri.....	3
2.1.2.1.Sosyodemografik Risk Etkenleri.....	3
2.1.2.2. Psikiyatrik Risk Etkenleri.....	4
2.1.2.2.1. Beck Depresyon Ölçeği.....	5
2.1.2.3.Bireysel Risk Etkenleri.....	6
2.1.2.3.1. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	6
2.1.2.4. Ailesel Risk Etkenleri.....	7
2.1.2.5. Stresli Yaşam Olayları.....	8
2.1.2.6. Biyolojik Risk Etkenleri.....	8
2.1.3. Epidemiyoloji.....	9
2.2.Ergenlik Dönemi.....	11
2.2.1. Ergenliğin Tanımı.....	11
2.2.2. Ergenlikte Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu.....	11
3. YÖNTEM VE ARAÇLAR.....	13
3.1.Örneklem	13
3.1.1. Hasta Grubu.....	13
3.1.2. Kontrol Grubu:.....	13
3.2.Araçlar	14
3.2.1.Beck Depresyon Ölçeği.....	14
3.2.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği	14
3.2.3. Demografik Veri Formu	14
3.2.4. Tütün, Alkol ve Madde Kullanımı Anketi.....	15
3.2.5. İstatistiksel analiz.....	15
4. BULGULAR.....	16

4.1. Sosyodemografik Bulgular.....	16
4.2. İntihar Girişimine Ait Bulgular.....	24
4.3. Sigara Kullanımı	27
4.4. Alkol Kullanımı.....	29
4.5. Madde Kullanımı.....	31
4.6. Depresyon Durumu.....	32
6. TARTIŞMA.....	35
7. SONUÇLAR.....	46
8. KAYNAKLAR.....	50
9. EKLER.....	65



TABLÖLER VE GRAFİKLER

Tablo 1. Hastaların Cinsiyet ve Yaşlarına Göre Dağılımları.....	16
Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş Aralıklarına Göre Karşılaştırılması.....	17
Tablo 3. İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Grubu ile Kontrol Grubunun Eğitim Durumları Açısından Karşılaştırılması	18
Tablo 4. İntihar Girişiminde Bulunanlar ile Kontrol Grubunun Yaşadığı Yer, Kiminle Yaşadığı ve Aile Tipi Açısından Karşılaştırılması.....	19
Tablo 5. İntihar Girişiminde Bulunanların Cinsiyetlere Göre Yaşadığı Yer, Kiminle Yaşadığı ve Aile Tipi Açısından Karşılaştırılması.....	20
Tablo 6. İntihar Girişiminde Bulunan Hastaların Anne ve Babalarının Uluslararası Eğitim Standardı Sınıflandırması(ISCED-97)’na Göre Eğitim Durumları.....	21
Tablo 7. İntihar Girişiminde Bulunanlar ile Kontrol Grubunun Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması.....	22
Tablo 8. Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması (ISCO-08)’na Göre Meslek Grupları.....	23
Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlere Göre Toplam İntihar Girişimi Sayıları	24
Tablo 10. İntihar Girişiminde Kullanılan İlaçların Türü.....	25
Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grubunda Sigara Kullanımı ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	28
Tablo 12. Hasta ve Kontrol Grubunda Alkol Kullanımı ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	30
Tablo 13. Hasta ve Kontrol Grubunda Madde Kullanımı ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 14. İntihar girişimi olan ve olmayan grupların Beck Umutsuzluk Ölçeği’nden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	34
Grafik 1. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Başvuru Ayına Göre Dağılımı	26
Grafik 2. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Başvuru Mevsimlerine Göre Dağılımları	26

1.GİRİŞ ve AMAÇ

İntihar, ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek girişilen olumlu ya da olumsuz bir eylemin, doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı şeklinde tanımlanmıştır. Bu şekilde tanımlanan ancak ölüm sonucu doğmadan durdurulan eyleme ise 'intihar girişimi' adı verilir (1).

Dünya üzerinde her yıl yaklaşık olarak bir milyon kişi intihar etmektedir. Her yıl intihar nedeni ile kaybedilen hayat sayısı, cinayet ve savaşlar nedeni ile kaybedilenden çok daha fazladır. Bu nedenle intihar davranışı bütün dünyada önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. İntihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürme olasılığıdır. İntihara eğilimli ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerde bu olasılığın değerlendirilmesi, tanı ve sağaltım planının oluşturulması sırasında öncelik verilmesi gereken bir durumdur. İntihar davranışı ile ilgili birçok risk etkeni bilinmektedir ve bu risk etkenlerine yönelik önlemler almak mümkündür (2).

İntiharlar çocuklarda daha az görülürken ergenliğe geçişle birlikte intihar sıklığı belirgin bir şekilde artmaktadır. Ergenlik döneminde psikiyatrik bozuklukların ve madde kullanımının artmasının da intihar ve intihar girişimi riskini bağımsız olarak artırdığı düşünülmektedir (3,4).

Çalışmamıza hastanemizde yatarak tedavi gören 10-18 yaş arası intihar girişiminde bulunmuş ergenler alındı. Bu hastalara intihar girişimi sonrası sosyodemografik veri formu, sigara, alkol ve madde kullanım formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulandı. Çalışmamızın temel amacı, intihar davranışı ile sosyodemografik özellikler, sigara, alkol ve madde kullanım alışkanlıklarının ilişkisini ortaya koymaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Tarihin en eski zamanlarından beri kendini öldürenler bulunduğu halde intihar sözcüğü ancak XVIII. yüzyılda dile girmiştir. Latince “sui-kendi” ve “cadera-öldürmek” köklerinden gelen “suicidum” kelimesi ilk kez Fransızcada Abbe Desfotaines tarafından kullanılmış ve 1737’de “Dictionaire de L’Academie”de yer almıştır. İntihar kelimesi Türkçe’ye Tanzimat döneminde girmiştir. Bu dönemde batı dillerinden Türkçe’ye çevrilen eserlerde “suicide” sözcüğüne karşılık olarak kendini katletme anlamında “intihar” sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır. Bu sözcük Arapçada kurban demek olan “nahr”dan gelmektedir (5).

İntiharın özel bir tanımını yapmak oldukça güçtür. Çünkü intiharların değişik türleri, intihar olgusunun karmaşıklığı, çoğul etmenli nedenlerin bulunması tüm intiharlarda geçerli genel bir tanımlamanın yapılmasını engellemektedir (6). Durkheim intiharı, “ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek girişilen olumlu ya da olumsuz bir eylemin, doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı” şeklinde tanımlamıştır. Bu şekilde tanımlanan ancak ölüm sonucu doğmadan durdurulan eyleme ise “intihar girişimi” adı verilir (1).

Bugüne kadar intihar girişimlerini tanımlamak için, parasuicid, bilerek kendini yaralama, pseudosucid ve ölümcül olmayan bilerek kendine zarar verme gibi çok çeşitli isimler kullanılmıştır. Ancak bu tanımların hiçbirisi yeterli değildir; genel kabul görmemekle birlikte intihar girişimi en yaygın olarak kullanılan terim olmuştur (7).

2.1.2.Etyoloji ve Risk Faktörleri

İntihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürme olasılığıdır. İntihara eğilimli ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerde bu olasılığın değerlendirilmesi, tanı ve sağaltım planının oluşturulması sırasında öncelik verilmesi gereken bir durumdur. İntihar, her zaman olmasa bile, önlenebilecek bir ölüm nedenidir. Çünkü intihar davranışı ile ilgili birçok risk etmeni bilinmektedir ve bu risk etmenlerine yönelik önlemler almak mümkündür (2).

2.1.2.1.Sosyodemografik Risk Etkenleri

Tamamlanmış intiharlar çocuklarda daha az görülürken ergenliğe geçişle birlikte intihar sıklığı belirgin bir şekilde artmaktadır. Prepubertal dönemde bilişsel gelişim henüz yetersiz olduğundan çocukların ümitsizlik ve çaresizlik geliştirmedikleri ve intiharı planlayıp uygulayamadıkları düşünülmektedir. Ayrıca ergenlik döneminde psikiyatrik bozuklukların ve madde kullanımının artmasının da intihar riskini bağımsız olarak arttırdığı düşünülmektedir (3,4).

Tamamlanmış intihar oranları kızlarda erkeklerden daha düşük iken intihar düşüncesi ve intihar girişimi kızlarda daha yüksek oranda görülmektedir (7). Cinsiyetler arasındaki bu farkın erkeklerde komorbid duygudurum bozukluğu ve madde kötüye kullanımının sık görülmesinden, agresyon düzeyinin daha yüksek olmasından ve erkeklerin intihar girişimlerinde daha ölümcül yöntemler seçmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (8).

Ergenlerde daha önceki intihar girişimleri, sonraki tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri için tek başına en önemli risk faktörüdür (8-10). Yapılan birçok vaka-kontrol ve prospektif çalışmada geçmiş intihar girişimi varlığının sonraki tamamlanmış intihar riskini 10-60 kat arttırdığı saptanmıştır (6). Psikolojik otopsi çalışmalarında tamamlanmış intiharı olan çocuk ve ergenlerin %26-33'ünün daha önce intihar girişiminde bulunduğu

saptanmıştır (11). Özellikle geçmiş intihar girişimlerinde ası, ateşli silah ve yüksekte atlama gibi ölümcül yöntemler seçilmiş ise, sonraki intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanma riski çok daha yüksektir (12).

Düşük sosyoekonomik durum, sınırlı eğitim başarısı, düşük gelir ve yoksulluk gibi özellikler ile tanımlanan sosyal dezavantajlı gençlerde intihar ve intihar girişimi riskinin arttığı bildirilmiştir (13, 14). Yine okul ile ilişkili problemlerin, okula gitmeme ve işsizliğin intihar riskini arttırdığı saptanmıştır (15).

Ülkemizde intihar girişiminde bulunan 15-24 yaş arası 65 gencin değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin daha az eğitim aldıkları, okula devam ve düzenli bir işte çalışma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (13).

2.1.2.2. Psikiyatrik Risk Etkenleri

İntihar eden ergenler üzerinde yapılan psikolojik otopsi çalışmaları sonucunda psikiyatrik bozukluklar, intihar davranışının dinamiğinde yer alan en önemli etmen olarak saptanmıştır. Psikolojik otopsi çalışmalarına göre intihar eden ergenlerin yaklaşık olarak %90'ında psikiyatrik bir bozukluk bulunmaktadır (4,16,17). Benzer şekilde intihar girişiminde bulunan ergenlerin de yaklaşık olarak %80'inde psikiyatrik bir bozukluk saptanmıştır (6,18- 22).

İntihar ile hayatını kaybeden çocuk ve ergenlerin %61-76 gibi büyük bir kısmında duygudurum bozukluğu bulunmaktadır. (12,16). Psikotik bozukluklarda tamamlanmış intihar ve intihar girişimi riski artmıştır. Ancak psikotik bozukluğu olanlarda erken erişkinlik döneminden önce intihar davranışı seyrek görüldüğünden çocuk ve ergen intiharlarının çok küçük bir bölümünü psikoz hastaları oluşturmaktadır (17,23,24). İntihar eden ergenlerle yapılmış bütün çalışmalarda depresyon en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk olmuştur. Literatürdeki araştırmaların pek çoğu diğer yaş gruplarında olduğu gibi,

ergenlik döneminde de depresyonun intihar ve intihar girişimi için en önemli risk faktörlerinden olduğunu göstermektedir (12,16,37).

2.1.2.2.1. Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek, Beck ve ark. tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olup, 1978 yılında revize edilmiştir. Özgün adı "Beck Depression Inventory" dir. 1961 yılında geliştirilen formla hastanın o anki durumunu, hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirilmekte idi. Gözden geçirilmiş formun özelliği ise bireyin kendi kendisini değerlendirmesi şeklindedir. Ölçeğin özgün formunun güvenirliği 0,74, geçerliği ise 0,75'dir (26).

Ölçek, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, belli bir kurama dayalı olmayıp, klinik gözlemlerden elde edilen veriler üzerine oluşturulmuştur. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde de dört seçenek bulunmaktadır. On beş yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilen ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır: Duygudurum, Kötümserlik, Başarısızlık Duygusu, Suçluluk Duygusu, Cezalandırılma Duygusu, Kendinden Nefret Etme, Kendini Suçlama, Kendini Cezalandırma Arzusu, Ağlama Nöbetleri, Sinirlilik, Sosyal İçedönüklük, Kararsızlık, Bedensel İmge, Çalışılabilirliğin Ketlenmesi, Uyku Bozuklukları, Yorgunluk-Bitkinlik, İştahın Azalması, Kilo Kaybı, Somatik Yakınmalar, Cinsel Dürtü Kaybı. Kişiden uygulama günü dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0-3 arasında puan alır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür ve alınan yüksek puanlar depresyon şiddetinin ya da düzeyinin yüksekliğini gösterir (26).

Ölçekle ilgili geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Beck Depresyon Envanteri'nin depresyon belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek, kendi kendine uygulanabilen, uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir. Türkiye'de güvenirlik çalışması, 1980 yılında Teğin tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu çok sayıda araştırmada kullanılmıştır (27).

2.1.2.3. Bireysel Risk Etkenleri

Araştırmalar bazı kişisel özelliklerin intihar davranışı riskini arttırdığını göstermiştir. Tamamlanmış intihar ve intihar girişimi riskini arttırdığı görülen kişisel özellikler, düşük benlik saygısı, umutsuzluk, nörotisizm, impulsivite, agresyon, içe dönüklük, umursamazlık, bağımlılık, obsesif ve histerik kişilik özellikleri, durumsal ve süreklilik anksiyetesi ile öfke, sosyal becerilerde ve sorun çözme becerisinde yetersizlik olarak tanımlanmıştır (14).

Ergenlerde görülen intihar davranışında önemli etkenlerden biri umutsuzluktur. Erişkinlerle yapılan birçok çalışmada umutsuzluk, depresyondan bağımsız olarak intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Ancak intihar öncesinde ümidini kaybettiğini söyleyen ergenlerin büyük çoğunluğu aynı zamanda bir duygu durum bozukluğu ölçütünü de karşıladığı için, ümitsizlikle intihar arasındaki ilişkinin yalnızca ümitsizliğe mi bağlı olduğu konusu tartışmalıdır (28).

Düşük benlik saygısının hem intihar girişimi hem de intihar düşüncesi riskini arttırdığına dair birçok çalışma vardır (29-32).

2.1.2.3.1. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck umutsuzluk ölçeği Beck ve ark. (33) tarafından bireylerin geleceğe ilişkin umutsuzluk derecelerini kantitatif olarak değerlendirmek için geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Seber (34) ve Durak (35) tarafından yapılmıştır. Durak geçerlik güvenirlik çalışmasını 1565 yaş arası 373 kişi ile gerçekleştirmiştir (34).

Ergenlerde ve yetişkinlerde uygulanabilen, bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay, 20 maddelik bir ölçektir. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri "evet", uygun olmayanları ise "hayır" olarak işaretlemesi istenir. Maddelerin 11 tanesinde "evet" seçeneği 9 tanesinde ise "hayır" seçeneği 1 puan alır. 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, ve 20. sorularda "evet", 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, ve 19. sorularda ise "hayır " yanıtı için birer puan verilir. Daha sonra alınan puanlar toplanarak ölçeği alan kişi için bir "umutsuzluk" puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 20 arasında değişmekte ve yüksek puan umutsuzluk derecesinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı yoktur.

2.1.2.4. Ailesel Risk Etkenleri

Ergenlerde intihar davranışıyla ilgili çok sayıda ailesel risk etkeni belirlenmiştir. Bunlar arasında ailede intihar davranışı öyküsü, anneyle baba arasında ya da anne, baba ve çocuk arasında yaşanan çatışmalar, ailede psikiyatrik bozukluk sayılabilir (12)

Birçok çalışmada anne babada depresyon, madde kötüye kullanımı, antisosyal davranışlar gibi psikopatolojinin varlığının ergenlerdeki tamamlanmış intihar ve intihar girişimi riskini belirgin olarak arttırdığı gösterilmiştir (12,15,36).

Ailede tamamlanmış intihar ya da intihar girişiminin varlığı ergenlerde intihar davranışı riskini 2-6 kat arttırmaktadır (6).

Çocuk-ebeveyn ilişkisinde yetersizlik, aile içi iletişimde yetersizlik, çok yüksek veya düşük ebeveyn beklentisi ve ebeveynlerin gençlerin aşırı kontrolünü içeren tutumları gençlerde intihar ve intihar girişimi riskini 1,4-3,6 kat arttırmaktadır (21).

Çok sayıdaki çalışmada, dağılmış ailelerden gelen çocuklarda intihar davranışı riskinin arttığı gösterilmiştir. Gençlerde ayrılık ve boşanma sonucu ebeveyn kaybı, intihar davranışını içeren psikopatoloji riskini artırırken, ölüm sonucu ebeveyn kaybında böyle bir risk artışına rastlanmamaktadır (14). Ülkemizde de intihar girişimi olan gençlerin

ailelerinde boşanma oranlarının %9,2-11,6 olduğu ve bu oranın genelde hasta popölasyonunda görölenden çok yüksek bulunduğu bildirilmektedir (37).

2.1.2.5. Stresli Yaşam Olayları

Ergenlerdeki intihar davranışı ile stresli yaşam olayları arasındaki anlamlı ilişkiler yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu stresli yaşam olayları; okul ya da ailede yaşanan sorunlar, okul başarısızlığı, kız-erkek arkadaştan ayrılma, anne-baba ölümü ya da boşanması, hastalık, hastaneye yatma gibi olaylardır (18). Karşılaşılan stresli yaşam olaylarının ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, benlik saygısı ve güven hissinde azalmaya neden olabileceğı ve bu yolla da ergeni intihara yatkın yapabileceğı üzerinde durulmuştur (37). Psikopatolojiyle stresli yaşam olayları arasında saptanan ilişkiye rağmen, ergenlerde yaşam olayları psikopatoloji kontrol edildikten sonra bile intihar için bir risk etkenidir (28).

2.1.2.6. Biyolojik Risk Etkenleri

Yetişkinlerde intihar ve intihar davranışının nörobiyolojisi ile ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar azdır (3).

Tamamlanmış intiharı ya da intihar girişimi olan ergenlerin 1. derecede akrabalarında intihar davranışı oranı 2-4 kat daha fazladır. İkiz çalışmaları bu durumun sadece psikiyatrik hastalığı bulunan bir ebeveyn tarafından yetiştirilmenin sonucu olmadığını göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde intihar riski artışı yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu risk 2 kat fazladır (38).

Özellikle gençlerde serotonerjik sistemle ilgili olduğu bilinen öfke, bunalıtı, ve dürtüsellik ile intihar davranışı arasında yakın bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Serotonerjik sistemin intihar davranışının yanı sıra saldırganlık ve bunalıtıyla da yakın ilişkisi vardır ve bu sistemin hem insanlarda hem de diğer primatlarda ailesel geçiş

gösterdiği bilinmektedir (28). İntihar girişiminde bulunanların santral serotonin düzeylerinde ve beyin omurilik sıvısındaki serotonin miktarında azalma olduğu gösterilmiştir (39).

Ergenlerde hipotalamo-pitüiter-adrenal eksenindeki bozulmaların da intihar davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bir çalışmada intihar davranışı gösteren puberte öncesi çocuklarda deksametazon supresyon testinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek seyrettiği (40), başka bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunmuş ergenlerde uyku öncesinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek düzeylerde olduğu gösterilmiştir (41).

Bazı çalışmalarda intihar davranışı gösteren kişilerde fenfluramine prolaktin yanıtında küntleşme saptandığı gösterilmiştir. Ayrıca bu durumun psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak ciddi intihar girişimlerinde görüldüğü ileri sürülmektedir (42, 43).

2.1.3. Epidemiyoloji

İntihar düşünceden davranışa kadar çok farklı seviyelerde değerlendirildiğinden yaygınlık verilerinde kesin sonuçlar elde etmek oldukça güçtür (44). İntihar sonucu ölümler, intihar olgusunun yalnızca küçük bir kısmını açıklamaktadır, çünkü epidemiyolojik araştırmalara göre Amerika nüfusunun %2,7'si ölüm niyetiyle intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir (45).

İskandinavya, İsviçre, Almanya, Avusturya, Doğu Avrupa ülkeleri ve Japonya'da intihar oranları her 100,000'de 25 kişiden fazla; İspanya, İtalya, İrlanda, Mısır ve Hollanda'da 100,000'de 10 kişiden azdır (46). Erkeklerin intihar oranları kadınlara göre çoğu ülkede daha fazla olmakla beraber kültürel farklılıklar da göstermektedir; örneğin Çin'de kadınların intihar oranları erkeklere göre biraz daha yüksektir (47).

İntihar davranışları üzerine yapılan çalışmalar göstermektedir ki; insanlar çoğunlukla evlerinde ölmeyi tercih etmektedirler (48). Erkekler intihar girişimlerini

kadınlardan farklı olarak çevrelerinde kimse olmadığı zamanda, planlı, ölümü amaçlayarak gerçekleştirmektedir (49). Evli olmayan, yeterli sosyal destek alamayan, işsiz, gelir düzeyi düşük, madde kullanan kişilerin ve erkeklerin daha çok intihar ettikleri bilinmektedir. Kadınlar orta yaş grubunda, erkekler ise daha çok genç yaş gruplarında intihar etmektedirler. Kadınların çoğunlukla kimyasal madde ile erkeklerin ise kendini asarak intihar ettikleri görülmektedir (48,50,51). Türkiye'de ise intihar yöntemlerinde ası her iki cins içinde aynı oranda birinci sırada yer almaktadır, kadınlar için ikinci sırada kimyasal madde, erkeklerde ateşli silah kullanımı gelmektedir (52,53).

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 yılı verilerine göre Türkiye'de yıl içerisinde 2677 kişi intihar etmiştir. Ülkemizde intihar oranları 15-19 ve 20-24 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Yaş dağılımına göre 15-19 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkekler yüksek orandadır. Erkeklerin intihar oranlarının en yüksek olduğu yaş grubu 20-24'dür (53). Ülkemizde ölme niyeti taşımayan intihar girişimleri kadınlarda erkeklerin 4 katı oranında, ölüm niyetiyle intihar ise erkeklerde kadınların 3 katı oranında görülmektedir (54).

Acil servislere intihar girişimi ile gelen olguları inceleyen bir çalışmada, olguların %64'ü kadın, %36 erkektir. İntihar girişiminde bulunan kadınların yaş ortalaması 25,9, erkeklerin ise 32,3'tür. İntihar girişimleri evli kadınlarda ve bekar erkeklerde daha sıklıkla görülmüştür. İntihar girişimleri sıklığının işsiz, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük kişilerde, kadınlarda da ev hanımlarında anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır (55).

Genel olarak ülkemizde yapılan çalışmalar göstermektedir ki; intihar hızı hem erkek hem kadın için Avrupa ortalamalarının altındadır. Avrupa'da en düşük erkek/kadın intihar oranı 1,8 ile Hollanda'da olmakla beraber Amerika'da 3,5'dir. Türkiye'deki 1,5 oranı göz

önüne alınca kadın intiharlarının dünya ortalamalarının üzerinde olduğu görülmektedir (56).

2.2.Ergenlik Dönemi

2.2.1. Ergenliğin Tanımı

Latince "adolescere" yükleminden türeyen ergenlik kelimesi "yetişkinliğe doğru yürüyen", büyüyen, yetişkinliğe ulaşan anlamında kullanıldığından, yapısı gereği bir durumu değil, bir süreci belirtmektedir ve günümüzde bireyde gözlenebilen hızlı ve sürekli değişme olarak da tanımlanabilmektedir (57,58).

Bir başka ifadeyle ergenlik; başta biyolojik değişiklikler olmak üzere psikolojik, fiziksel, sosyal ve bilişsel gibi pek çok alanda değişim ve gelişimin olduğu, birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinin kazanıldığı, zihinsel kapasitedeki belirgin artışla birlikte soyut düşünmenin geliştiği ve bunların dışında siyasal, ekonomik, toplumsal, yasal, kültürel gibi alanlarda da değişim ve sorumluluğun arttığı bir geçiş dönemi olarak da değerlendirilir (59-61).

Steinberg, (59) ile Steiner ve Feldman (62) bütün toplumlarda ergenliğin çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş süreci olarak kabul gördüğünü ve günümüzün değişen koşulları da dikkate alındığında yaş sınırlarının on yaş dolaylarında başlayıp yirmili yaşların başlarına kadar devam ettiğini belirtmektedirler. Bu araştırmacılara göre yine de ergenliğin başlangıç ya da bitişini belirlemek kesin bir gerçek olmaktan ziyade bir görüş meselesidir (63).

2.2.2. Ergenlikte Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Madde kullanımı, bireyin sinir sistemini etkileyen ve biyokimyasal yapıyı değiştirerek duygu, algılama ve bilişsel kapasite ile davranışlarda değişikliğe neden olan doğal ya da sentetik maddelerin kullanımı şeklinde tanımlanır (64).

Zararlı alışkanlıklar ve özellikle de çeşitli maddelere başlama yılları olarak genellikle gençlik döneminin göze çarpması, madde kullanımı sorununun aynı zamanda bir gençlik sorunu olduğunu da akla getirir (65).

Ergenlik döneminin kendine özgü sorunları, benlik yapısındaki özellikleri, engellerin ve sorunların çözümünde tercih edilen saldırgan davranış biçimi, alkol ve madde alt kültürüne gencin katılmasında önemli rol oynar. Yine engellemeler, endişe, kaygı, korku, kırgınlık, öfke, gerçekdışı düşünce, huzursuzluk ve gerginlik gibi duygulardan kurtulmak için alkol ve madde alt kültürüne ergenler dahil olabilmektedirler (64, 66).

Veriler 15-24 yaşlar arası genç ölümlerinin nedenlerinden biri olarak alkol ve madde kullanımını göstermektedir. Ergenlik döneminde alkol ve madde kullanımı, milyonlarca birey, aileler, toplumlar ve ekonomileri üzerinde yıkıcı bir etkiye sahiptir. Yine alkol ve madde kullanımı, psikolojik bozukluklar, okulu yarım bırakma, suça yatkınlık, hapse girme gibi diğer şiddetli problemlerin de nedeni olarak gösterilir (64, 66-69).

Alkol ve madde kullanımına başlama yaşı olarak belirgin bir düşmeden söz edilmekte, 9. sınıflarda kullanımın yaygın olduğu belirtilmektedir. Cinsiyet faktöründe ise genç erkeklerin kızlardan daha fazla ve yüksek sıklık düzeylerinde kullandıkları bilinmektedir (68).

Alkol ve madde kullanımının nedenleri arasında; çevre koşulları, ergenliğin kendine özgü sorunları, ruhsal hastalıklar, arkadaş etkisi, sorumsuzluk, özentisi ve merak, özerklik, kabul görme isteği, sorunlardan kaçma, ailesel sorunlar, genetik faktörler, yargıda zayıflık, öz saygı düşüklüğü, okul başarısızlığı gibi unsurlar gösterilmektedir (66,68).

3. YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1.Örneklem

3.1.1. Hasta Grubu

Kasım 2010 ile Aralık 2011 tarihleri arasında S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran, 10-18 yaşları arasındaki 208 ergen çalışma grubunu oluşturdu. Gerekli tıbbi işlemler yapıldıktan sonra intihar girişimini izleyen ilk bir hafta içinde olgulardan çalışmaya katılmayı kabul edenlere bilgilendirilmiş onam belgesi (Ek-1) imzalatıldı. Çalışmada kullanılan Demografik Anket Formu (Ek-2) ve Madde Kullanım Formu (Ek-3) araştırmacı tarafından tüm olgulara uygulandı. Ayrıca olguların Beck Depresyon Ölçeği (Ek-4) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni (Ek-5) tamamlamaları istendi.

Çalışma için S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim, Planlama ve Koordinasyon Kurulu'ndan (16 Kasım 2011- 440/3664 sayılı karar) onay alındı (Ek-6).

3.1.2. Kontrol Grubu:

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvuran 10-18 yaşları arasındaki olgulardan o anki başvuru nedeni kronik bir hastalık olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 142 ergene bilgilendirilmiş onam belgesi imzalatıldı. Çalışmada kullanılan anket formu araştırmacı tarafından tüm olgulara uygulandı. Ayrıca olguların Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni tamamlamaları istendi.

3.2.Araçlar

3.2.1.Beck Depresyon Ölçeği

Bu ölçek; 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Hastanın depresyonunu daha çok bilişsel açıdan değerlendirmek amacıyla, hastanın yanıtlaması gereken 21 cümle grubundan oluşur. Algılanan depresif belirtileri nicel olarak değerlendirir. Her belirti kategorisi, dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0-3 arası puan almaktadır. Her soru depresif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanılarak geliştirilmiştir. Sorulardan elde edilen puanların toplamı 0-13 puan arasında ise depresyon olmadığı, 14-24 puan arasında ise orta derecede depresyon olduğu, 25 puan ise ciddi depresyon olduğu düşünülür (26).

3.2.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck umutsuzluk ölçeği Beck ve ark. (33) tarafından bireylerin geleceğe ilişkin umutsuzluk derecelerini kantitatif olarak değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ergenlerde ve yetişkinlerde uygulanabilen, bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay, 20 maddelik bir ölçektir. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri "evet", uygun olmayanları ise "hayır" olarak işaretlemesi istenir. Maddelerin 11 tanesinde "evet" seçeneği 9 tanesinde ise "hayır" seçeneği 1 puan alır. 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, ve 20. sorularda "evet", 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, ve 19. sorularda ise "hayır" yanıtı için birer puan verilir. Daha sonra alınan puanlar toplanarak ölçeği alan kişi için bir "umutsuzluk" puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 20 arasında değişmekte ve yüksek puan umutsuzluk derecesinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı yoktur.

3.2.3. Demografik Veri Formu

Çalışmaya alınan tüm olgulara, sosyodemografik verileri sorgulayan anket formu aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket formunun hazırlanmasında, Eğrilmez (69)

tarafından kullanılan formdan yararlanılmıştır. Anne ve baba meslek sınıflaması için “Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması (ISCO-08)” kullanıldı (70). Eğitim düzeyleri için “Uluslararası Eğitim Standardı Sınıflaması (ISCED-97)” kullanıldı (71).

3.2.4. Tütün, Alkol ve Madde Kullanımı Anketi

Tütün, alkol ve madde kullanım sıklıkları farklı biçimde değerlendirilmiştir. Bu nedenle analiz sırasında değerlendirmeyi kolaylaştırmak amacıyla tütün kullanımı için ayda birkaç kez ve haftada birkaç kez kullanım, alkol için yaşam boyu 3-9 kez kullanım, diğer maddeler için yaşam boyu 2-5 kez kullanım “seyrek kullanım” olarak değerlendirilmiştir. Tütün kullanımı için her gün kullanım, alkol için yaşam boyu 10 ve daha fazla kullanım ve diğer maddeler için yaşam boyu 5'den fazla kullanım “sık kullanım” olarak değerlendirilmiştir (72)

Ayrıca araştırmaya katılan grubun arkadaşlarında, anne ve babasında tütün, alkol ve madde kullanımı sorgulandı.

3.2.5. İstatistiksel analiz

Verilerin istatistiksel değerlendirmeleri SPSS for Windows 15.0 paket programında yapılmıştır. Değerlendirmelerde; kategorik verilerin analizinde Ki-Kare ve Fisher-Exact testleri, nicel verilerin değerlendirilmesinde Student's t testi kullanılmıştır. Beck Depresyon ve Umutsuzluk Ölçeği arasındaki ilişkileri ortaya koymak için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tanımlayıcı değerler olarak kategorik verilerde frekans ve yüzdelikler, nicel veriler için aritmetik ortalamalar kullanılmıştır. Anlamlılık sınırı 0.05 olarak alınmıştır (73).

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne intihar girişimi sonrası başvuru yapan 10-18 yaş arası hastalar dahil edildi. Araştırmaya katılan hastaların 173'ü (%83,2) kız, 35'i (%16,8) erkekti. Hastaların yaş ortalaması $186,5 \pm 18,7$ (126-214) ay olarak tespit edildi (Tablo 1).

Kontrol grubu ise S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Poliklinikleri'ne başvuru yapan, kronik bir hastalığı olmayan 10-18 yaş arası hastalardan seçildi. Kontrol grubunun 79'u (%55,6) kız, 63'ü (%44,4) erkekti. Kontrol grubunun yaş ortalaması $179,4 \pm 18,5$ (121-214) ay olarak tespit edildi.

Tablo 1. Hastaların Cinsiyet ve Yaşlarına Göre Dağılımları

Cinsiyet	n	%	Ortalama yaş (ay)	Standart sapma (ay)	Minimum yaş (ay)	Maximum yaş (ay)
Kız	173	83,2	184,5	18,6	126	214
Erkek	25	16,8	196,7	16	142	214
Toplam	208	100,0	186,5	18,7	126	214

İntihar girişiminde bulunanlar yaş gruplarına göre incelendiğinde 10-12 yaş %7,3 (n=15), 13-15 yaş aralığında %49 (n=102) ve 16-18 yaş aralığında %43,7 (n=91) hasta bulunmaktaydı. Yaş dağılımında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,232) (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş Aralıklarına Göre Karşılaştırılması

Yaş Grubu	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	P
-----------	-------------	---------------	---

	n(%)	n(%)	
10-12 yaş	15(7,3)	12(8,5)	0,232
13-15 yaş	102(49)	72(50,7)	
16-18 yaş	91(43,7)	58(40,8)	
Toplam	208(100)	142(100)	

İntihar girişiminde bulunanların eğitim durumlarına bakıldığında %14,9'u (n=31) halen herhangi bir okula gitmiyorken, % 30,8'i (n=64) ilköğretim okuluna, %53,8'i (n=112) liseye, % 0,5'i (n=1) Üniversite/Yüksek okula gidiyordu. İntihar girişiminde bulunanların %14,3'ü(n=31)herhangi bir okula devam etmiyordu. Kontrol grubunda ise okula devam etmeyenlerin oranı %4,9 (n=7) idi. İntihar girişiminde bulunanlar ile bulunmayanlar arasında eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,002**) (Tablo 3).

Tablo 3. İntihar Girişiminde Bulunan Hasta Grubu ile Kontrol Grubunun Eğitim Durumları Açısından Karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	Hasta Grubu n(%)	Kontrol Grubu n(%)	P
İlköğretim	64 (30,8)	84 (59,1)	0,002
Lise	112 (53,9)	51 (36)	
Üniversite	1 (0,5)	-	
İlköğretimden sonra terk	8 (3,8)	2 (1,4)	
Lise 1 terk	15 (7,2)	3(2,1)	
Lise 2 terk	8 (3,8)	2 (1,4)	
Toplam	208 (100)	142 (100)	

İntihar girişiminde bulunan hastaların kiminle yaşadıklarına bakıldığında %84,6'sı (n=176) anne ve baba ile yaşıyordu. Hastaların %15,4'ü (n=32) ise annesiyle ya da babası ile veya her ikisinden ayrı yaşıyordu. Kontrol grubunun ise %95,1'i (n=135) anne ve baba ile %4,9'u (n=7) annesiyle ya da babası ile veya her ikisinden ayrı yaşıyordu. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,022**) (Tablo 4).

Aile tipine bakıldığında intihar girişiminde bulunanların %75,5'i (n=157) çekirdek ailede, %9,1'sinin (n=18) geniş ailede, %15,4'unun (n=32) dağılmış ailede yaşadığı görüldü. İntihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,003**) (Tablo 4).

Hastaların %74,8'i (n=155) şehirde yaşamakta iken, %25,4'ü (n=53) kırsal bölgede ikamet ediyordu. Kontrol grubunun ise % 81,7'si (n=116) şehirde yaşamakta iken, %18,3'ü (n=26) kırsal bölgede ikamet ediyordu. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,204) (Tablo 4)

İntihar girişiminde bulunanların cinsiyetlere göre yaşadığı yer, kiminle yaşadığı ve aile tipi açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 5).

Tablo 4. İntihar Girişiminde Bulunanlar ile Kontrol Grubunun Yaşadığı Yer, Kiminle Yaşadığı ve Aile Tipi Açısından Karşılaştırılması

Grup		Hasta grubu		Kontrol grubu		P
		(n)	(%)	(n)	(%)	
Yaşadığı yer	Köy	8	3,8	6	4,3	0,204
	İlçe veya kasaba	45	21,7	20	14	
	İl	155	74,5	116	81,7	
Kiminle Yaşadığı	Anne-baba ile	176	84,6	135	95	0,022
	Anne ile	19	9,1	5	3,5	
	Baba ile	12	5,8	2	1,5	
	Kurumda	1	0,5	-	-	
Aile Tipi	Çekirdek aile	157	75,5	115	81	0,003
	Geniş aile	19	8,7	20	14	
	Dağılmış aile	32	15,8	7	5	

Tablo 5. İntihar Girişiminde Bulunanların Cinsiyetlere Göre Yaşadığı Yer, Kiminle Yaşadığı ve Aile Tipi Açısından Karşılaştırılması

Grup		Cinsiyet				P
		Kız		Erkek		
		(n)	(%)	(n)	(%)	
Yaşadığı yer	Köy	6	3,5	2	5,7	0,252
	İlçe veya kasaba	35	20,2	10	28,6	
	İl	132	76,3	23	65,7	

Kiminle Yaşadığı	Anne-baba ile	147	85	29	82,9	0,096
	Anne ile	18	10,4	1	2,9	
	Baba ile	8	4,6	4	11,3	
	Kurumda	-	-	1	2,9	
Aile Tipi	Çekirdek aile	132	76,3	25	71,4	0,828
	Geniş aile	15	8,7	3	8,6	
	Dağılmış aile	26	15	7	20	

İntihar girişiminde bulunan hastaların %56,7'sinin annesi (n=118) ilkokul mezunu, %26,4'ünün (n=55) annesi ortaokul mezunu, %10,1'inin (n=21) annesi lise mezunu idi. İntihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu arasında annenin eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,028**) (Tablo 6).

İntihar girişiminde bulunan hastaların %48,1'inin (n=100) babası ilkokul mezunu, %30,8'inin (n=64) babası ortaokul mezunu, %13,9'unun (n=29) babası lise mezunuydu. İntihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu arasında babanın eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p<0,001**) (Tablo 6).

Tablo 6. İntihar Girişiminde Bulunan Hastaların Anne ve Babalarının Uluslararası Eğitim Standardı Sınıflandırması(ISCED-97)'na Göre Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	Anne n(%)	Baba n(%)	Anne n(%)	Baba n(%)
Okuma yazma bilmeyen	8 (3,8)	2(1)	8(5,6)	1(0,7)
Bir okul bitirmeyen	5 (2,4)	3(1,4)	14(9,9)	9(6,4)
İlkokul ve dengi	118 (56,7)	100(48,1)	29(20,4)	32(22,6)
Ortaokul ve dengi	55 (26,5)	64(30,8)	62(43,7)	56(39,4)
Lise ve dengi	21 (10,1)	29(13,9)	25(17,6)	35(24,6)
Yüksek öğretim	1 (0,5)	10(4,8)	4(2,8)	9(6,3)
Toplam	208 (100)	208(100)	142(100)	142(100)

İntihar girişiminde bulunan hastalar gelir düzeyi açısından incelendiğinde; hastaların %29,3'sinde (n=61) ailenin aylık toplam geliri 750 TL'nin altında, %48,1'inin (n=100) 751-1500 TL arasında, %16,8'sinde (n=35) 1501-2500 TL arasında ve %5,8'inde (n=12) 2500 TL'nin üzerinde olarak saptandı. Gelir düzeyinde intihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,086) (Tablo 7).



Tablo 7. İntihar Girişiminde Bulunanlar ile Kontrol Grubunun Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Gelir	Hasta grubu	Kontrol grubu	P
	n(%)	n(%)	
750 TL'nin altında	61 (29,3)	28 (19,7)	0,086
751-1500 TL arasında	100 (48,1)	58 (40,3)	
1501-2500 TL arasında	35 (16,8)	43 (30,3)	
2501 TL'nin üzerinde	12 (5,8)	13 (9,2)	
Toplam	208 (100)	142 (100)	

Annelerin çalışma durumuna bakıldığında hastaların %86,1'nin (n=179) annesinin iş/mesleği yoktu ve %7,7'si (n=16) nitelik gerektirmeyen işlerde çalışıyordu Kontrol grubunun ise %79,6'sının (n=113) annesinin iş/mesleği yoktu ve %7,7'si (n=11) nitelik gerektirmeyen işlerde çalışıyordu. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,481). Babaların çalışma durumuna bakıldığında hastaların %52,9'u (n=110) nitelik gerektirmeyen işlerde çalışıyordu %10,6'sının (n=22) babasının iş/mesleği yoktu. Kontrol grubunda ise babaların %50'si (n=35,2) nitelik gerektirmeyen işlerde çalışıyordu ve %13,4 (n=19) babasının iş/mesleği yoktu. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,09) (Tablo 8).

Tablo 8. Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması (ISCO-08)'na Göre Meslek Grupları

İş /Meslek	Hasta Grubu		Kontrol Grubu	
	Anne n(%)	Baba n(%)	Anne n(%)	Baba n(%)
Yöneticiler	-	-	-	-

Profesyonel meslek grupları	2(1,0)	15(7,2)	3(2,1)	8(5,6)
Teknisyenler,teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek grupları	3(1,4)	9(4,3)	5(3,5)	6(4,2)
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	5(2,4)	15(7,2)	6(4,2)	22(15,5)
Hizmet ve satış elemanları	3(1,4)	25(12,0)	4(2,8)	32(22,5)
Nitelikli tarım,ormancılık ve su ürünleri çalışanları	-	2(1,0)	-	1(0,7)
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	-	-	-	-
Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar	-	10(4,8)	-	4(2,8)
Nitelik gerektirmeyen meslekler	16(7,7)	110(52,9)	11(7,7)	50(35,2)
İş/mesleği olmayanlar (evkadını, emekli, öğrenci, irat sahibi vb.)	179(86,1)	22(10,6)	113(79,6)	19(13,4)
Toplam	208(100)	208(100)	142(100)	142(100)

4.2. İntihar Girişimine Ait Bulgular

İntihar girişiminde bulunan hastaların 186 (%89,4)'sının daha önce intihar girişiminin olmadığı; 17 (%8,2)'nin 2. intihar girişimi, 3(%1,4)'ünün 3. intihar girişimi, 1(%0,5)'inin 4. intihar girişimi ve 1(%0,5)'inin 6. intihar girişimi olduğu saptandı. Cinsiyetlere göre intihar girişimi sayılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı($p=0,12$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlere Göre Toplam İntihar Girişimi Sayıları

İntihar girişimi	Erkek (n), (%)	Kız (n), (%)	Toplam (n), (%)
Birinci	29 (82,8)	157(90,7)	186 (89,4)
İkinci	4 (11,4)	13(7,5)	17 (8,2)

Üçüncü	1 (2,9)	2(1,2)	3 (1,4)
Dördüncü	1 (2,9)	-	1 (0,5)
Beşinci	-	-	-
Altıncı	-	1(0,6)	1 (0,5)

Olguların %41,3'ünde (n=86) aynı anda birden fazla ilaç alımı tespit edilmiştir. İntihar girişiminde ilaç gruplarından en çok santral sinir sistemi etkili (antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik) ilaçlar (n=52; %25) ve analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar (n=35 ; %16,8), kullanıldığı saptandı. Erkekler ve kızlar arasında içilen ilaç türü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,466) (Tablo 10).

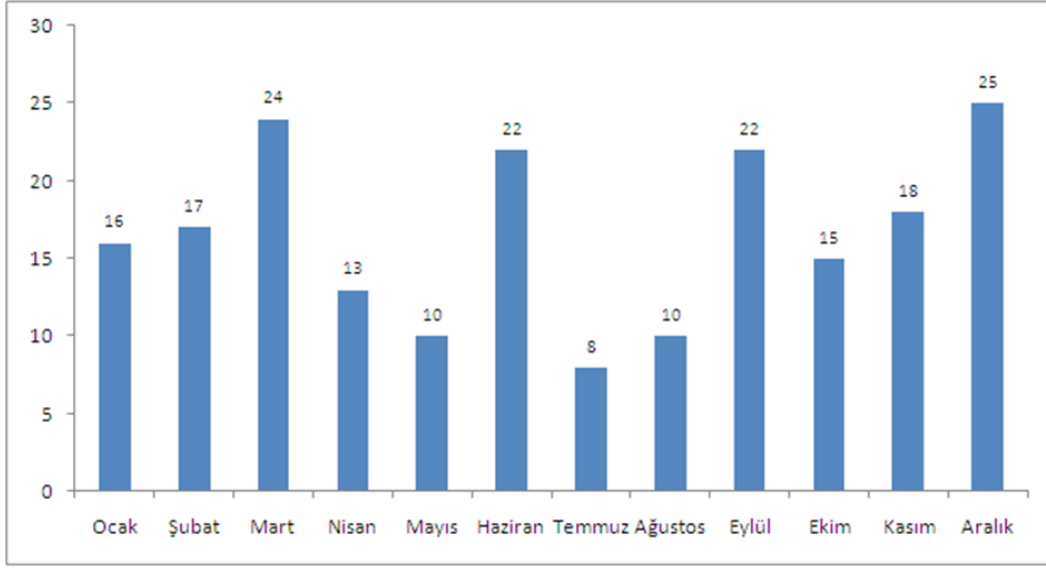
Tablo 10.İntihar Girişiminde Kullanılan İlaçların Türü.

İlaç grubu		Erkek n(%)	Kız n(%)	Toplam n(%)
Santral sinir sistemi etkili		6 (17,1)	46 (26,6)	52 (25,0)
Analjezik-Antiinflamatuvar		8 (22,9)	27 (15,6)	35 (16,8)
Antibiyotikler		2 (5,7)	5 (2,9)	7 (3,4)
Diğer		3 (8,6)	25 (14,5)	28 (13,5)
Çoklu ilaç alımı	Var	16 (45,6)	70 (40,5)	86 (41,3)
	Yok	19 (54,4)	103 (59,5)	122 (58,7)

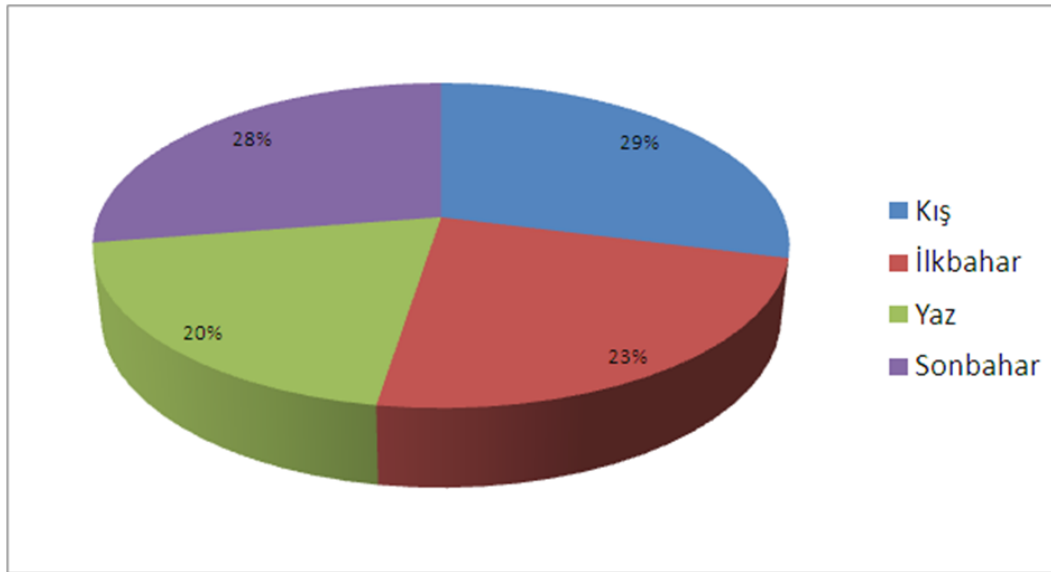
Hastaların Aralık 2010 ve Aralık 2011 tarihleri arasında başvuru aylarına bakıldığında sırasıyla en sık aralık, mart, haziran ve eylül aylarında intihar girişiminde bulundukları saptandı (Grafik 1).

Hastaların Aralık 2010 ve Aralık 2011 tarihleri arasında başvuru mevsimlerine bakıldığında en sık %29 ile kış mevsiminde ve en az %20 ile yaz mevsiminde intihar girişiminde bulundukları saptandı. Bir yıllık süreçte mevsimsel dağılım açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,257$) (Grafik 2).

Grafik 1. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Başvuru Ayına Göre Dağılımı



Grafik 2. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Başvuru Mevsimlerine Göre Dağılımları



ınları,

%17,3'ünde (n=36) arkadaş sorunları, %8,2'sinde (n=17) okul sorunları, %15,4'ünde

(n=32) aile ve arkadaş sorunları ve %4,3'ünde (n=9) sorun belirlenemedi. Cinsiyetlere göre bakıldığında en çok belirlenen sebep, kızlarda % 57,8 (n=100), erkeklerde %40 (n=14) ile aile sorunları idi. Her iki cins arasında intihar nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,079$).

4.3. Sigara Kullanımı

İntihar girişiminde bulunan grupta sigara kullandıklarını belirtenler %32,3 idi. Hasta grubunun %11,1'i seyrek(ayda birkaç kez ve haftada birkaç kez kullanım) ve %21,2'si sık olarak (her gün) sigara kullandıklarını belirtti. Kontrol grubunun ise %4,9'u seyrek olarak ve %8,5'i sık olarak sigara kullandıklarını belirtti. Her iki grup arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).

İntihar girişiminde bulunanlar sigara içme konusunda yaş gruplarına, gelir düzeylerine, okula devam etme durumlarına ve yaşadıkları yerlere göre kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 11).

İntihar girişiminde bulunanlarda cinsiyet ($p<0,001$), anne ve/veya babadan ayrı yaşamak ($p=0,048$), tekrarlayan intihar girişiminde bulunmak ($p=0,012$), anne ve/veya babanın sigara kullanması ($p<0,001$) ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Tablo 11).

İntihar girişiminde bulunanların arkadaşlarında sigara içimi %36,1 (n=75) olarak saptandı. Arkadaşları sigara kullanan erkeklerde sigara kullanımı %57,1 iken kızlarda %31,8 olarak saptandı ($p=0,006$).

Her gün sigara içtiklerini belirtenlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre aldıkları puanlara bakıldığında %32'sinde depresyon olmadığı(<14 puan), %35'inin orta derecede depresyon olduğu(14-24 puan) ve %32,1'inde ciddi depresyon(>25 puan) olduğu saptandı.

Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grubunda Sigara Kullanımı ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.

		Hasta Grubu Sigara Kullanımı		<i>P</i>	Kontrol Grubu Sigara Kullanımı		<i>P</i>
		Var %	Yok %		Var %	Yok %	
Cinsiyet	Erkek	60	40	<0,001	20,6	79,4	0,058
	Kız	26	74		8,9	91,1	
Yaş Grubu	10-12 yaş	13,3	86,7	0,068	-	100	<0,001
	13-15 yaş	28,4	71,6		4,7	95,3	
	16-18 yaş	39,6	60,8		39	61	
Gelir Düzeyi	Düşük	39,3	60,7	0,099	23,2	76,8	0,244
	Orta	31,1	68,9		16,4	83,6	
	Yüksek	8,3	91,7		14,5	85,5	
Öğrenim Durumu	Okula Gidiyor	32,2	67,8	1,000	11,9	98,1	0,008
	Okula Gitmiyor	32,2	67,8		57,1	42,9	
Anne-baba Ayrılığı	Ayrı	43,7	56,3	0,048	14,1	85,9	0,942
	Birlikte	30,1	69,9		14,3	85,7	
Tekrarlayan İntihar	Var	54,5	45,5	0,028	-	-	-
	Yok	29,6	70,4		-	-	
Anne- babada Sigara İçiciliği	Var	46,7	52,3	<0,001	26,6	73,4	0,120
	Yok	17,5	82,5		18,2	81,8	
Arkadaşlard a Sigara İçiciliği	Var	38,7	61,3	0,186	30,4	69,6	0,232
	Yok	32,6	67,4		26,2	73,8	

4.4. Alkol Kullanımı

İntihar girişiminde bulunanların %8,2'si seyrek (yaşam boyu 3-9 kez kullanım) olarak ve %6,2'si sık (yaşam boyu 9 dan fazla) olarak alkol kullandıklarını belirtti. Kontrol grubunun ise %10,6'sı seyrek olarak ve %4,2'si sık olarak alkol kullandıklarını belirtti. Alkol kullanımında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,605$).

İntihar girişiminde bulunanlar alkol kullanma konusunda yaş gruplarına, gelir düzeylerine, okula devam etme durumlarına, anne ve baba birlikteliği, anne ve/veya babanın alkol kullanması ve yaşadıkları yerlere göre kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 12).

Tekrarlayan intihar girişiminde bulunan hastaların %27,3'ü alkol kullandıklarını belirtti. İlk kez intihar girişiminde bulunanların ise %12'si alkol kullandıklarını belirtti. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,101$).

İntihar girişiminde bulunanlarda alkol kullandıklarını belirtenlerin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre aldıkları puanlara bakıldığında %34,5'inde depresyon olmadığı(<14 puan), %27,6'sının orta derecede depresyon olduğu (14-24 puan) ve %37,9'unda ciddi depresyon(>25 puan) olduğu saptandı. Kontrol grubuna bakıldığında ise alkol kullandıklarını belirtenlerin %36,1inde depresyon olmadığı, %33,2'sinin orta derecede depresyonda olduğu ve %30,1'inde ciddi depresyon olduğu saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,959$).

Tablo 12. Hasta ve Kontrol Grubunda Alkol Kullanımı ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.

		Hasta Grubu Alkol Kullanımı		<i>P</i>	Kontrol Grubu Alkol Kullanımı		<i>P</i>
		Var %	Yok %		Var %	Yok %	
Cinsiyet	Erkek	25,7	74,3	0,060	20,6	79,4	0,098
	Kız	12,1	87,9		10,1	89,9	
Yaş Grubu	10-12 yaş	6,7	93,3	0,266	-	100	0,098
	13-15 yaş	11,8	88,2		2,3	95,3	
	16-18 yaş	18,7	81,3		14,8	85,2	
Gelir Düzeyi	Düşük	13,1	86,9	0,928	8,8	91,2	0,428
	Orta	14,8	85,2		10,4	89,6	
	Yüksek	16,7	83,3		11,6	88,4	
Öğrenim Durumu	Okula Gidiyor	15,3	84,7	0,582	28,6	71,4	0,276
	Okula Gitmiyor	9,7	90,3		14,1	85,9	
Anne-baba ayrılığı	Ayrı	15,6	84,4	0,969	14,3	85,9	0,898
	Birlikte	14,2	85,8		14,8	85,7	
Tekrarlayan intihar	Var	27,3	72,7	0,101	-	-	-
	Yok	12	88		-	-	
Anne- babada alkol kullanımı	Var	22,1	52,3	0,266	20,4	79,6	0,348
	Yok	17,5	82,5		17,2	82,8	

4.5. Madde Kullanımı

İntihar girişiminde bulunanların %6,7'si seyrek (yaşam boyu 2-5 kez kullanım) olarak ve %4,3'ü sık (yaşam boyu 5'ten fazla) olmak üzere madde kullanımı %11 olarak saptandı. Kontrol grubunun ise %4,2'si seyrek olarak ve %2,8'i sık olarak madde kullandıklarını belirtti. Madde kullanımında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,136$).

İntihar girişiminde bulunanlar madde kullanma konusunda yaş gruplarına, gelir düzeylerine, okula devam etme durumlarına, anne ve baba birlikteliği ve yaşadıkları yerlere göre kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 13).

Tekrarlayan intihar girişiminde bulunan hastaların %36,4'ü ($n=8$) madde kullandıklarını belirtti. İlk kez intihar girişiminde bulunanların ise %8,6'sı madde kullandıklarını belirtti. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$).

Tablo 13. Hasta ve Kontrol Grubunda Madde Kullanımı ile Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.

		Hasta Grubu Madde Kullanımı		<i>P</i>	Kontrol Grubu Madde Kullanımı		<i>P</i>
		Var %	Yok %		Var %	Yok %	
Cinsiyet	Erkek	12,8	87,2	0.090	9,6	90,4	0.752
	Kız	7,4	92,6		10,1	89,9	
Yaş Grubu	10-12 yaş	6,7	93,3	0,516	-	100	0,252
	13-15 yaş	9,8	90,2		4,6	95,3	
	16-18 yaş	14,3	85,7		14,6	85,4	
Gelir Düzeyi	Düşük	9,8	90,2	0,339	9,2	90,8	0,152
	Orta	13,3	86,7		7,9	92,1	
	Yüksek	-	100		2,3	97,6	
Öğrenim Durumu	Okula Gidiyor	10,6	89,4	0,582	5,1	94,9	0,276
	Okula Gitmiyor	13,2	86,8		8,8	91,2	
Anne-baba ayrılığı	Ayrı	9,4	90,6	0,969	12,5	87,5	0,102
	Birlikte	10,8	89,2		7,2	85,7	
Tekrarlayan intihar	Var	36,4	63,6	0,001	-	-	-
	Yok	8,6	91,4		-	-	

4.6. Depresyon Durumu

İntihar girişiminde bulunanlarda madde kullandıklarını belirtenlerin Beck depresyon ölçeğine göre aldıkları puanlara bakıldığında %34,8’inde depresyon olmadığı(<14 puan), %30,4’ünün orta derecede depresyon olduğu(14-24 puan) ve %34,8’inde ciddi depresyon(>25 puan) olduğu saptandı. Kontrol grubuna bakıldığında ise madde kullandıklarını belirtenlerin %37,4’inde depresyon olmadığı, %39,2’sinin orta derecede depresyonda olduğu ve %26,1’inde ciddi depresyon olduğu saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,202$).

İntihar girişiminde bulunanların Beck Depresyon Ölçeği'ne göre aldıkları puanlara bakıldığında %35,1'inde (n=73) depresyon olmadığı, %38'inde (n=79) orta derecede depresyonda olduğu ve % 26,9'unun (n=56)şiddetli depresyonda olduğu saptandı. Kontrol grubunun ise %72,5'inde (n=103)depresyon saptanmadı. %26'sında (n=18,3) orta derecede depresyon ve %9,2'sinde (n=13) şiddetli depresyon saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001).

İntihar girişiminde bulunanların cinsiyetlere göre Beck Depresyon Ölçeği'ne göre aldıkları puanlara bakıldığında erkeklerin %34,3'ünde (n=10) depresyon olmadığı, %28,6'sında (n=10) orta derecede depresyonda olduğu ve % 37,1'inin (n=13) şiddetli depresyonda olduğu saptandı. Kontrol grubundaki erkeklerin ise %77,8'inde (n=49)depresyon saptanmadı. %19'unda (n=12) orta derecede depresyon ve %3,2'sinde (n=2) şiddetli depresyon saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001).

İntihar girişiminde bulunan kızların %35,3'ünde (n=61) depresyon olmadığı, %39,9'unda (n=69) orta derecede depresyonda olduğu ve % 24,9'unun (n=43) şiddetli depresyonda olduğu saptandı. Kontrol grubundaki kızların ise %68,4'ünde (n=54)depresyon saptanmadı. %17,7'sinde (n=14) orta derecede depresyon ve %13,9'unda (n=11) şiddetli depresyon saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,022).

Yaş gruplarına göre bakıldığında intihar girişiminde bulunan 10-12 yaş grubundaki hastaların %60'ında (n=9) depresyon saptandı, 13-15 yaş grubundaki hastaların %62,7 ve 16-18 yaş grubundaki hastaların %68,1'inde depresyon saptandı (p=0,676). Kontrol grubunda ise 10-12 yaş grubunda %6,7, 13-15 yaş grubunda %24,4 ve 16-18 yaş grubunda %41,5 oranında depresyon saptandı.

Sigara, alkol ve madde kullanımı, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, nerede yaşadığı, aile tipi, anne ve babanın alkol kullanımı, arkadaşlarının alkol ve madde kullanımı ile Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlara bakıldığında intihar girişiminde bulunan grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

İntihar girişiminde bulunanların Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 12,28 idi. Kontrol grubunda ise 9,45 olarak saptandı. İntihar girişiminde bulunanların aldıkları puanlar kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,02$) (Tablo 14).

Tablo 14. İntihar girişimi olan ve olmayan grupların Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması.

İntihar girişimi	N	Ortalama puan	Standart sapma	Minimum Puan	Maximum Puan	P
Var	208	12,28	4,32	1	19	0,02
Yok	142	9,45	4,16	1	19	

İntihar girişiminde bulunanların Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puanların Beck depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile korelasyonuna bakıldığında iki ölçekten alınan puanlar arasında yüksek korelasyon saptanmıştır ($p=0,01$).

6. TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı 10-18 yaş grubu ergenlerde intihar davranışı ile sigara, alkol, madde kullanımı ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisini ortaya koymaktır. Bu amaçla intihar girişiminde bulunmuş olan 208 ergen ile kontrol grubunu oluşturan 142 ergenin, sosyodemografik özellikleri ile sigara, alkol ve madde kullanımları incelenmiştir. Elde edilen veriler literatürdeki diğer bulgular ışığında tartışılmaya çalışılacaktır.

Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 83,2'sini kız olguların oluşturduğu, kız/erkek oranının 4,9/1 olduğu saptanmıştır. Tüm yaşlar için kadınlarda intihar girişimlerinin daha sık olduğu konusunda görüş birliği vardır (74-80). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde kız/erkek oranının 3/1-9/1 arasında değiştiği bildirilmektedir (75,76). Turgay ve ark.(77) intihar girişiminde bulunan 202 ergen üzerinde yaptığı bir araştırmada, kız olguların erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek oranda intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Borowsky ve ark.'nın (78) 10-19 yaşları arasındaki 13110 ergende yaptıkları araştırmada intihar girişiminde bulunan olguların çoğunluğunun kız olduğu bildirmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da kızların erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır (79,80).

Çalışmamıza 10-18 yaş arası ergenler dahil edildi. Steinberg, ile Steiner (59) ve Feldman (62) günümüzün değişen koşulları da dikkate alındığında ergenlik için yaş sınırlarının on yaş dolaylarında başlayıp yirmili yaşların başlarına kadar devam ettiğini belirtmektedirler. Literatürde de intihar girişiminde bulunan vakalar çeşitli çalışmalarda 7-15 yaş, 9-15 yaş, 12-17 yaş, 12-18 yaş grubu esas alınarak olarak gruplandırılmıştır (80-85).

Yaptığımız çalışmada en fazla vaka 13-15 yaş (%49) grubundaydı ve bunu 16-18 yaş grubu %43,7 oranında takip etmekteydi. Türkiye'de tüm intihar girişimlerinin %30-35'i 14-

15 yaş grubu arasında görülmektedir (86). Le Heuzey ve ark. (83) çalışmasında vakaların %81'i 13 yaş ve üzerinde, Osana ve ark. (87) çalışmasında %73'ü 14-17 yaş grubunda bulunmuştur.

İntihar girişiminde bulunanın eğitim süreleri incelendiğinde çalışmamızda ergenlerin kontrol grubundakilere oranla eğitim sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür. Shaffer (87) ve Brent (88) tarafından intihar girişimi nedeniyle incelenen ergenlerde düşük okul başarısına rastlanmıştır. Beautrais ve ark. (20) yetersiz eğitim alan ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip ergenlerde artmış intihar girişimi riskini saptadıklarını bildirmiştir. İntihar girişiminde bulunan Türk ve İsveç'li ergenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, Türk ergenlerin okul başarısızlığından İsveç'li yaşıtlarına göre daha fazla etkilendikleri görülmüştür. Türkiye'de ileride meslek edinme ve ekonomik güçlüklerinin orta eğitimden başlayarak ergenler üzerinde baskı oluşturmaya başlamasının bu sonuçtan sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (89). Bizim araştırmamızda yer alan intihar girişiminde bulunan ergenlerde saptanan eğitimi sürdürme ve okul başarısındaki düşüklüğün aile, okul ve arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamalarına (% 95,7) bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Yerleşim yerlerine bakıldığında çalışmamızdaki intihar girişiminde bulunan vakaların büyük çoğunluğu şehir merkezinde yaşamaktaydı. Lifshitz ve Gavrilov (85) yaptıkları çalışmada 1990-1998 yılları arasında intihar girişimi nedeniyle hastaneye başvuran 12-18 yaş arası 324 ergen vakanın büyük çoğunluğunun kentsel bölgede yaşamakta olduğunu belirtmişlerdir. Vakaların büyük çoğunluğunun şehir merkezinde yaşıyor olması kentlilerin hastane hizmetlerine daha kolay ulaşmalarından kaynaklanıyor olabileceği gibi kentlerde intiharı kolaylaştıran sosyal etkenlerin daha yaygın olmasından da kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin %15,8'nin parçalanmış ailelerden geldiği saptanmıştır. Parçalanmış ailelerden gelen ergenlerde intihar girişimlerinin sıklığının oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (18,88). Turgay (77) intihar girişiminde bulunmuş olan çocuk ve ergenlerin % 54,6'sının, Yüksel ve arkadaşları (91) % 36,4'ünün parçalanmış ailelerden geldiğini belirtmişlerdir. Eğrilmez (69), intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarında boşanma oranının (% 15), anne veya babadan birisinin kaybının (% 20) ve anne-babalarından uzun süre ayrı kalmanın (% 50) kontrollerden anlamlı olarak daha sık olduğunu bildirmiştir. Eskin (89) intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarının boşanma oranının Türkiye'deki ortalama boşanma sıklığından yüksek olduğunu ve anne-babanın boşanmasının Türkiye'deki ergenler için çok önemli bir stres etkeni olduğunu öne sürmüştür. Bu araştırmada da literatürle uyumlu olarak, intihar girişiminde bulunan ergenlerin kontrollere oranla anlamlı olarak daha sık parçalanmış ailelerden geldikleri görülmüştür.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların kontrol grubuna göre daha düşük gelir düzeyine sahip olduğu görüldü, ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,086$). Bugüne kadar yapılmış olan çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzey ve intihar davranışı ilişkisi konusunda görüş birliği bulunmamakla birlikte intihar ve intihar girişimiyle düşük sosyoekonomik düzey arasında ilişki bulunduğunu gösteren birçok çalışma vardır (37,92). İskoçya'da işsizlik, fakirlik ve suç oranlarının fazla olduğu bölgelerde intihar girişimlerinin sık olduğu bulunmuştur (93). Ülkemizde yapılan iki araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin büyük çoğunluğunun alt gelir ve eğitim düzeyinde olan ailelerden geldiği bulunmuştur (69, 91). Buna karşın Pfefer ve ark. (40), 6-8 yıllık bir izlem çalışması sonucunda, intihar davranışının sosyal durum, ırk ve dinle ilgisi olmadığını bildirmiştir.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin anne ve babalarının eğitim düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu çalışmamızda saptanmıştır. Literatürde düşük anne eğitim düzeyinin intihar girişimi riskini arttırdığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (94). Yaptığımız çalışmada intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunu kızlar oluşturmaktadır. Kreitman'a (95) göre sıklıkla kızlarda görülen ve genellikle çok kötü sonuçlanmayan, ilaç içmeyi içeren intihar girişiminin, eğitim düzeyi ve problem çözme yeteneği düşük olan anneleri model almasıyla ilişkili olabilir.

Stres verici yaşam olayları ve gençlerde intihar davranışı arasında yakın bir ilişki bulunduğu çok çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. Hem kısa süreli, hem de uzun süreli yaşam olaylarının ergenlerin intihar girişimlerinde tetik çekici rol oynadıkları bilinmektedir (37, 96-100). Özellikle bozuk aile yapısı ve işleyişinin ergen intiharları için çok önemli bir risk etkeni olduğu üzerinde durulmaktadır (95). İntihar davranışı gösteren ergen ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu bildirilmiştir (81). Çalışmamızda da vakaların yarısından fazlasında ailesel problemler intihar girişimini tetikleyici etken olarak bulunmuştur. Sayar (81), Lifshitz ve Gavrilov (85), Le Heuzey (87), Kocabaş (101), Nehall ve Beharry ve ark.(102) çalışmalarında tetikleyici etken olarak ailesel sorunların ilk sırada yer aldığı saptanmıştır. Ergenin yaşamında çok önemli bir yer tutan arkadaş ilişkilerindeki aksaklıkların da bu dönemde tetikleyici olabileceği bildirilmiştir (81). Çalışmamızda arkadaş ilişkilerindeki sorunların %12,1 oranında bulunduğu saptanmıştır. Literatürde ergen intiharları konusunda yapılmış olan pek çok çalışmada arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamının intihar girişimleri için önemli bir risk etkeni olduğu belirtilmekte ve gençlerde bu sorunun daha da önem kazandığı ileri sürülmektedir (18, 69, 103).

Çalışmamızda intihar girişimi en fazla aralık ayında (%17,2) olup, bunu mart (%13,8) ve haziran ve eylül ayları (%13,8) takip etmektedir. Mevsimsel dağılımda ise en fazla girişim kış mevsiminde (%29) olmuştur. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün yayınladığı

verilere dayanılarak aylara göre dağılıma bakıldığında çocuk intiharlarının en çok mayıs ayında rapor edildiği anlaşılmaktadır (104). Yendur ve ark. (101) çalışmasında intihar girişimi için nisan, mayıs, haziran, temmuz aylarında olgu sayısının belirgin olarak yüksek saptandığı bildirilmekte, bu ayların okulların dönem sonlarına rastladığı ve olgu sayısının artışının da buna bağlandığı belirtilmektedir. Aktepe ve ark. (105) yaptıkları çalışmada intihar girişimlerinin en fazla mayıs, haziran ve aralık aylarında gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Ülkemizde aralık ve haziran ayları okulların tatile girme ve eylül ayı da okulların açılma ayı olup, çalışmamızda saptanan bu aylardaki girişim sayısının fazlalığı okul ile ilişkili sorunlar nedeni ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki olguların tamamı ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuştur. İngiltere'de yapılan bir çalışmada intihar girişimlerinin % 90'ının aşırı doz ilaç alınarak gerçekleştirildiği bildirilmiştir (52). Ülkemizde yapılmış olan pek çok çalışmada da aşırı doz ilaç alımının intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem olduğu belirlenmiştir (106-110). Sonuvar ark. (37) ve Eğrilmez ve ark. (92) intihar girişiminde bulunan ergenlerin neredeyse tamamının ilaç içerek intihara kalkıştıklarını belirtmişlerdir.

Olgularımızda intihar girişiminde kullanılan ilaç türü en çok santral sinir sistemi etkili ilaç grubu oluştuyordu. Literatürde intihar amaçlı içilen ilaç gruplarının başında santral sinir sistemi etkili ilaçlar ve analjezik-antiinflamatuarlar yer almaktadır (112, 113). Bu durumun, ilaçların evlerde, eczanelerde kolay ulaşılabilir olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ayrıca evlerde fazla ilaç bulundurulmaması, riskli hastalara fazla çeşit ve fazla kutu ilaç yazılmaması, ama mutlaka yeterli dozda ilaç kullandırılması ve bu hastaların belli bir dönem için sık aralarla görülmesi gerekmektedir (114).

Çalışmamızda intihar girişimi sayısına bakıldığında vakaların %89,4'ünün ilk girişimi ve %10,6'sının de tekrarlayan intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Vakaların %89,4'ünün ilk intihar girişimi olması yaş değişkeninden etkilenmiş bir bulgu olabilir.

İntihar ve intihar girişimleri için en büyük risk faktörlerinden birinin daha önce girişimde bulunulması olduğu bildirilmektedir (114, 115). Bir çalışmada, intihar edenlerin %49'unun daha önce intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (114). İlaçla intihar girişimlerinin incelendiği bir çalışmada hastaların %34'ünün daha önce de girişimde bulunduğu belirtilmiştir (116). Ergen intihar girişimlerinin incelendiği diğer bir çalışmada, %21'inin daha önce de girişimde bulunduğu bildirilmiştir (81). Neehall ve Beharry'nin (102) çalışmasında ise %85'inin ilk intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir. Ercan ve ark.'nın (79) intihar girişimi olan ergenlerde yaptıkları çalışmada daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunma oranını %46,7 olarak saptanmıştır. Deveci ve ark.'nın (112) 15-45 yaşları arasında intihar girişimi olan olgularda yaptıkları çalışmada da en az bir kez intihar girişiminde bulunma oranı %24 olarak saptanmıştır. Bu oranların bizde tekrarlayan girişimlerin azlığına değil, ilaçla intihar girişimini seçen yeni vakaların çokluğunu gösterdiğini düşünmekteyiz. Bunun tam olarak belirlenebilmesi; ciddi epidemiyolojik çalışmalarla veya il genelinde intihar ve intihar girişimlerinin kayıtların iyi tutulduğu prospektif çalışmalarla mümkündür.

Bu çalışmada olgular sigara kullanımı açısından incelendiğinde intihar kontrol grubunda ise %13,4'ünün sigara kullandığı saptanmıştır. Ülkemizde sigara kullanımı konusunda yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı %18-43 arasında değişmektedir (117-118). İtalya'da lise öğrencileri arasında sigara içme sıklığı %24,1 (119), Amerika'da lise 1. sınıfı öğrencilerinde %31,2, son sınıf öğrencilerinde %38,2 (120) olarak bulunmuştur. Ülkemizde lise öğrencilerindeki sigara içme sıklığı diğer ülke verilerine benzer olduğu görülmektedir. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %32,3'ü sigara kullandığını belirtti. İntihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ise sigara kullanımı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Yaworski, D ve ark. (121) yaptığı bir araştırmada nikotin bağımlılığı ve intihar girişimi incelenmiştir. Yaşam boyu ve

bir sene önceki nikotin bağımlılık düzeyinin yaşam boyu intihar girişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Nikotin bağımlılığının kesildiği dönemlerde ise, nikotin bağımlılığı devam eden katılımcılara nazaran intihar girişimi olasılığının azaldığı belirtilmiştir. Artan günlük sigara kullanımının da intihar girişimlerinde etkili olduğu saptanmıştır. Riala K ve ark. (122) yaptığı çalışmada nikotin bağımlılık derecesi ile intihar girişimi riski incelenmiştir. Çalışmada ergen kızlarda artmış nikotin bağımlılığı ile intihar girişimi riskinde artış saptanmıştır. Erkeklerde ise nikotin bağımlılık düzeyi ile intihar girişimi riski arasında bağlantı kurulamamıştır. Bunun yanında birçok epidemiyolojik ve klinik çalışmalar sigara içme durumu ile intihar girişimi ve intihar fikri arasında pozitif bağlantı bildirmişlerdir (123-127).

Hasta grubu ve kontrol grubunda yaş arttıkça sigara içme sıklığı da artış gösterdiği saptandı. Düzenli sigara içme oranı 16 yaş altında %28,9 iken 16 yaş üzerinde %39,6 olarak bulundu. Ülkemizde ve yurt dışında bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı ortaokul öğrencilerinde %5,6, lise öğrencilerinde %17,9-43,0 (117-120,128,129), üniversite öğrencileri arasında %20,1-51,2 (128-130) arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan bu çalışmalarda öğrenim gören öğrencilerde sınıf düzeyi arttıkça sigara içme sıklığının da artması dikkat çekicidir.

Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre belirli düzeyde daha çok sigara içtikleri görülmektedir. Kocabaş ve ark. (117) yaptığı çalışmada sigara içme hızı erkeklerde %31,2, kızlarda %4,9 olarak saptanmıştır. Erkeklerin kızlardan daha yüksek sigara içme oranına sahip olmasının Türkiye geneline ve geleneksel kültürüne uygun olduğu düşünülmüştür.

Öğrencilerin sigara kullanımını etkileyen faktörlerden birisi ailesinde sigara içen birey olmasıdır.(121) Bu çalışmada anne veya babası sigara içenlerde sigara içme oranı yüksek olarak saptanmıştır. Napoli’de yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin sigara içme oranlarının, annelerinin ve kardeşlerinin sigara alışkanlığı ile, kız öğrencilerin ise

annesinin, babasının ve kardeşinin sigara alışkanlığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (119). Pek çok araştırmada sigara içme alışkanlığının aile bireylerinin sigara alışkanlığı ile yakın ilişkili olduğu saptanmıştır (111,132). Bu durum öğrencilerin hem sigaraya başlamasını hem de düzenli sigara içici olmalarını kolaylaştırmaktadır.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grupta alkol kullananların oranı %14,8 idi. İntihar girişiminde bulunan grupla kontrol grubu arasında alkol kullanımı konusunda anlamlı farklılık saptanmadı. Yapılan çalışmalarda alkol ya da madde bağımlılığının hastanın intihar riskini beş kat arttırdığı gösterilmiştir (133). Kendi bildirimleri ile yapılan okul çalışmalarında alkol ve madde kullanan öğrencilerin intihar oranı yüksek bulunmuştur (134). Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre Türkiye’de alkol kullanım oranı %19,6, alkol bağımlılığı oranı ise %1,6 olarak belirtilmiştir (137). Üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda da Yüzüncü Yıl Üniversitesi’nde katılımcıların %33,6’sının hayatı boyunca en az bir kez (138), Gaziantep Üniversite’sinde ise %38,7’sinin hayatı boyunca en az bir kez alkol kullandığı saptanmıştır (139).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan erkekler kızlara göre daha fazla alkol kullanmaktaydı. Yapılan çalışmalar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; alkolle ilgili davranışlar sigara kullanımında olduğu gibi erkeklerde kızlardan daha yüksek sıklıkta görülmektedir (138-140).

Bu çalışmada intihar girişimi olan ergenlerin anne ve babasında alkol veya madde kullanımı kontrol grubundan yüksek olarak bulundu. Fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Literatürde intihar edenleri yetiştirenlerin daha fazla alkol ya da madde kötüye kullandıkları bildirilmiştir (145, 146). Cohen-Sandler ve ark. (97), suicidal, depresif ve psikotik kontrollerle yaptıkları çalışmada, suicidal çocukların ebeveynlerinin diğer gruplardan çok daha yüksek oranda (% 40) alkol ve ilaç kötüye kullandıklarını göstermişlerdir. Eğrilmez (92) intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 25’inin ailelerinde

alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı bulunduğunu saptamıştır. Ülkemizde intihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılmış olan bir diğer çalışmada, ailede sorun oluşturacak düzeyde alkol alışkanlığı % 16,2 olarak saptanmıştır (111). Yakın çevresinde alkol ya da madde kullanımı, kişinin alkol ve madde kullanımını doğal karşılamasına, alkol ve maddeye ulaşılabilirliğini kolaylaştırmaya, alkol ve madde kullanımına daha erken yaşlarda başlamasına neden olabilir (147).

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunmayan grupta madde kullanımı %7 olarak bulunmuştur. 1995 yılında İstanbul'da 15 ayrı okulda 2800 öğrenci ile yürütülen bir çalışmada herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez kullanan gençlerin oranı %7 bulunmuştur (141). İki bin dört yılında 3483 lise iki öğrencisi ile İstanbul'da yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanım yaygınlığı %5,9, esrar kullanım yaygınlığı %5,8, ecstasy kullanım yaygınlığı %3,1 ve eroin kullanım yaygınlığı %1,6 bulunmuştur (142). Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan grupta madde kullanımı kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Literatürde madde kullanımı ile tamamlanmış intihar ve intihar girişimi arasında kuvvetli ilişki saptanmıştır (140,143). Kandel ve ark.'nın (143) yaptığı çalışmada madde kullanımı depresyon ile birlikte intihar girişiminin en önemli risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmada erkeklerde madde kullanımı kızlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ögel ve ark.(142) yaptığı çalışmada madde kullanım riski erkeklerde eroin kullanımı için 10 kat, esrar için yaklaşık 4 kat, ecstasy için ise yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Yine 2001 yılında yapılan bir çalışmada ilköğretim çağında erkeklerde kızlara göre esrar kullanım riski 3,3 ve uyarıcı madde kullanım riski 3,2 kat daha fazla olduğu, ortaöğretim çağında da erkeklerde kızlara göre esrar kullanım riski 3,7 ve uyarıcı madde kullanım riski 5,1 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (144).

Gelir düzeyi ile madde kullanımı arasında çalışmamızda anlamlı ilişki kurulamamıştır. Yapılan bir çalışmada ilköğretim çağında gelir düzeyi düşük olanlarda uçucu madde kullanım riski artmış olarak bulunurken, diğer maddelerde gelir düzeyi ile ilişki kurulamamıştır. Aynı çalışmada ortaöğretim çağında ise yüksek gelir düzeyine sahip olan ailelerin çocuklarında düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre uyarıcı madde kullanım riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (144).

Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre intihar girişiminde bulunan ergenlerin önemli bir bölümünün depresif bozukluk içerisinde oldukları saptanmıştır ve kontrollerden anlamlılık düzeyinde yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki araştırmaların pek çoğu diğer yaş gruplarında olduğu gibi, ergenlik döneminde de depresyonun intihar ve intihar girişimi için en önemli risk faktörlerinden olduğunu göstermektedir (37,148,149). Majör depresyon bozuklarında yaşam boyu intihar etme riskinin % 20 dolaylarında olduğu ve intihar sonucu yaşamını yitiren bireylerin % 13-70'nin depresyonu olan bireyler olduğu öne sürülmektedir (150). Pfeffer ve ark (151) intihar girişiminde bulunan ergenler arasında en sık rastlanan psikiyatrik tanı grubunun % 33,5'le duygudurum bozuklukları olduğunu göstermişlerdir. Aynı grubun intihar girişiminde bulunan ergenlerle yaptıkları bir izlem çalışmasında, intihar girişimlerinin yinelemesinde de duygudurum bozukluklarının önemli rol oynadığı gösterilmiştir (40). Diğer bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerde, majör depresyona olguların % 42'sinde rastlandığı gösterilmiştir (152). İntihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin tanısal sınıflamasının yapıldığı bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergenlerin neredeyse tümünde duygulanım bozukluklarına rastlandığı bildirilmiştir (153). İntihar sonucu yaşamlarını yitiren ergenlerin aileleriyle yapılan görüşmeler sonucunda % 63-76'sının duygudurum bozukluğu bulunan bireyler oldukları görülmüştür. İlgi çekici olarak bu olguların yarısından azının daha önce bir psikiyatri kliniğine başvuruda bulunmuş olduğu

ve sadece çok küçük bir kısmının intiharı gerçekleştirdikleri sırada psikiyatrik tedavi almakta olduğu bulunmuştur (154).

Sonuç olarak ergenlerde intihar davranışında birçok faktörün etkili olduğu görölmüştür. Cinsiyet, eğitim düzeyi, aile yapısı, aile özellikleri, anne-baba eğitim düzeyi gibi demografik faktörlerin yanında daha önceden intihar girişiminde bulunma, sigara, alkol ve madde kullanımı, depresyon ve umutsuzluk durumunun intihar davranışını ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminin belirleyicisi olma özelliğini taşıyan bulgular konusunda yapılan çalışmaların yaygınlaştırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi, bu konuda çalışan profesyonellerin intihar girişimini önceden saptayabilmeleri konusunda yol gösterici olacaktır.

7. SONUÇLAR

1. Araştırmaya katılan hastaların 173'ü (%83,2) kız, 35'i (%16,8) erkekti. Hastaların yaş ortalaması $15,54 \pm 1,55$ yıl olarak tespit edildi.
2. İntihar girişiminde bulunanların eğitim durumlarına bakıldığında %14,9'u (n=31) halen herhangi bir okula gitmiyorken, % 30,8'i (n=64) ilköğretim okuluna, %53,8'i (n=112) liseye, % 0,5'i (n=1) Üniversite/Yüksekokula gidiyordu. İntihar girişiminde bulunanların %14,3'ü(n=31)herhangi bir okula devam etmiyordu. Kontrol grubunda ise okula devam etmeyenlerin oranı %4,9 (n=7) idi. İntihar girişiminde bulunanlar ile bulunmayanlar arasında eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,002**)
3. İntihar girişiminde bulunan hastaların kiminle yaşadıklarına bakıldığında %84,6'sı (n=176) anne ve baba ile yaşıyordu. Hastaların %15,4'ü (n=32) ise annesiyle ya da babası ile veya her ikisinden ayrı yaşıyordu. Kontrol grubunun ise %95,1'i (n=135) anne ve baba ile, %4,9'u (n=7) annesiyle ya da babası ile veya her ikisinden ayrı yaşıyordu. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,022**)
4. Aile tipine bakıldığında intihar girişiminde bulunanların %75,5'i (n=157) çekirdek ailede, %9,1'sinin (n=18) geniş ailede, %15,4'unun(n=32) dağılmış ailede yaşadığı görüldü. İntihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,003**)
5. İntihar girişiminde bulunan hastaların %56,7'sinin annesi (n=118) ilkokul mezunu, %26,4'ünün (n=55) annesi ortaokul mezunu, %10,1'inin (n=21)annesi lise mezunu idi. İntihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu arasında annenin eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,028**)

6. İntihar girişiminde bulunan hastaların %48,1'inin (n=100) babası ilkokul mezunu, %30,8'inin (n=64) babası ortaokul mezunu, %13,9'unun (n=29) babası lise mezunuydu. İntihar girişiminde bulunanlar ile kontrol grubu arasında babanın eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$)

7. İntihar girişiminde bulunan grupta sigara kullandıklarını belirtenler %32,3 idi. Hasta grubunun %11,1'i seyrek(ayda birkaç kez ve haftada birkaç kez kullanım) ve %21,2'si sık olarak (her gün) sigara kullandıklarını belirtti. Kontrol grubunun ise %4,9'u seyrek olarak ve %8,5'i sık olarak sigara kullandıklarını belirtti. Her iki grup arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).

8. İntihar girişiminde bulunan erkeklerin %60'ı seyrek veya sık olarak sigara kullandıklarını ifade etmekteyken, kızların %26'sı sigara kullandıklarını ifade ettiler. Kızlar ve erkekler arasında sigara kullanımı konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

9. İntihar girişiminde bulunanların yaş gruplarına göre sigara kullanım durumlarına bakıldığında 10-12 yaş grubundaki hastaların %13,3'ü (n=2), 13-15 yaş grubundaki hastaların %28,4'ü (n=29) ve 16-18 yaş grubundaki hastaların %39,6'sı (n=36) sigara içtiğini belirtti. Yaş arttıkça sigara içen sayısının arttığı görüldü, fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,068$).

10. Tekrarlayan intihar girişiminde bulunanlar hastaların %54,5'i sigara içtiklerini belirtirken ilk kez intihar girişiminde bulunanların ise %29,6'sı sigara içtiklerini belirtti. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,012$).

11. İntihar girişiminde bulunanların anne veya babasında sigara kullanımı %50,4 idi. İntihar girişiminde bulunanlarda anne veya babası sigara içmeyenlerin %17,5'i sigara

içmekteyken, anne veya babası sigara içenlerin %46,7'si sigara içmekte idi. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$).

12.İntihar girişiminde bulunanların arkadaşlarında sigara içimi %36,1 (n=75) olarak saptandı. Arkadaşları sigara kullanan erkeklerde sigara kullanımı %57,1 iken kızlarda %31,8 olarak saptandı($p=0,006$).

13.İntihar girişiminde bulunanların %14,4'ü alkol kullandıklarını belirtti. Kontrol grubunun ise %14,8'i alkol kullandıklarını belirtti. Alkol kullanımında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,605$).

14.Tekrarlayan intihar girişiminde bulunan hastaların %27,3'ü alkol kullandıklarını belirtti. İlk kez intihar girişiminde bulunanların ise %12'si alkol kullandıklarını belirtti. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,101$).

15.İntihar girişiminde bulunanların %11'i madde kullandıklarını belirtti. Kontrol grubunun ise %7'si madde kullandıklarını belirtti. Madde kullanımında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,136$).

16.Tekrarlayan intihar girişiminde bulunan hastaların %36,4'ü (n=8) madde kullandıklarını belirtti. İlk kez intihar girişiminde bulunanların ise %8,6'sı madde kullandıklarını belirtti. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$).

17. İntihar girişiminde bulunanların Beck Depresyon Ölçeği'ne göre aldıkları puanlara bakıldığında %35,1'inde (n=73) depresyon olmadığı, %38'inde (n=79) orta derecede depresyonve %26,9'nda şiddetli depresyon saptandı. Kontrol grubunun ise %72,5'inde (n=103) depresyon saptanmadı. %18,3'sında (n=26) orta derecede depresyon ve

%9,2'sinde (n=13) şiddetli depresyon saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,001**).

18.İntihar girişiminde bulunanların cinsiyetlere göre Beck Depresyon Ölçeği'ne göre aldıkları puanlara bakıldığında erkeklerin %34,3'ünde (n=12) depresyon olmadığı, %28,6'sında (n=10) orta derecede depresyon ve %37,1'inde (n=13) şiddetli depresyon saptandı. Kontrol grubunun ise %77,8'inde (n=49) depresyon saptanmadı. %19'unda (n=12) orta derecede depresyon ve %3,2'sinde (n=2) şiddetli depresyon saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,001**).

19. İntihar girişiminde bulunan kızların %35,3'ünde (n=61) depresyonda olmadığı, %39,9'unda (n=69) orta derecede depresyon ve %24,9'unda (n=43) şiddetli depresyon saptandı. Kontrol grubundaki kızların ise %68,4'ünde (n=54) depresyon saptanmadı. %17,7'sinde (n=14) orta derecede depresyon ve %13,9'unda (n=11) şiddetli depresyon saptandı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (**p=0,022**).

20.İntihar girişiminde bulunanların Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması 12,28 idi. Kontrol grubunda ise 9,45 olarak saptandı. İntihar girişiminde bulunanların aldıkları puanlar kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,02**).

21.İntihar girişiminde bulunanların Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puanların Beck depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile korelasyonuna bakıldığında iki ölçekten alınan puanlar arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır (**p=0,01**).

8. KAYNAKLAR

1. Durkheim E. İntihar. Çeviren: Ozankaya Ö, Türkiye Tarih Kurumu Basımevi, Ankara 1986, s.14.
2. Özgüven HD. Özkıyım riskinin değerlendirilmesi. İçinde: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. Depresyon Sağaltım Klavuzu Kaynak Kitabı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2008. s.35-53.
3. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psyc 2006;47:372-94.
4. Shaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and adolescents. J. Am Acad Child Adolesc Psyc 1981;20: 545-65.
5. Arkun N. İntihar Psikodinamikleri. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Matbaası, İstanbul,1978, s.25.
6. Odağ C. İntihar, tanım-kuram-sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir. 1995, s.143.
7. Roy A. Emergency Psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry/5. Baskı içinde, Kaplan HI, Sadock BJ (ed). Williams & Wilkins, Baltimore : 1989; s.1414-1427.
8. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. J Am Acad Child Psy 1999;38:1497-505.
9. Spirito A, Overholser J. The suicidal child: assesment of manegement of adolescent after a suicide attempt; psychiatric emergencies. Child Adol Psych Cl 2003;12:649-65.
10. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Psy 2003;42:4.
11. Dulcan MK, Wiener JM. Essentials of child and adolescent Psychiatry, American Psychiatric Publishing 2006 s.55.

12. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, et al. Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiat 1988;45:581-8
13. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyo-demografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin araştırılması. Yeni sempozyum 2006;44:3.
14. Beautris AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust Nz J Psychiat 2000;34:420-36.
15. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiat 1996;53: 1155-62.
16. Pfeffer, C.R.: Suicidal Behavior among Children and Adolescents: Risk Identification and Intervention. American Psychiatric Press. Review of Psychiatry Vol 7. Edited by Allen J. Frances, Robert E. Halles 1988; 386- 402.
17. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiat 1996;53:339-48.
18. Pfeffer CR. Suicidal Behavior in Children and Adolescents: Cause and Management. Child and Adolescent Psychiatry, Lewis M (ed), Williams & Wilkins, Maryland:1996; 666-673.
19. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and cooccurrence with psychiatric disorders. J Am Acad Child Psy 1992;31:655-62.
20. Beautris AL, Joyce PR, Mulder RT. Psychiatric illness in New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. N Z Med J. 1998;27;111:44-8.
21. Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation, attempts among children and adolescent, J Am Acad Child Psy 1998;37:915-23.

22. Atay IM, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2003;3:128-36.
23. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Psy 1993;32:521-9.
24. Allebeck P, Allgulander C, Fisher LD. Predictors of completed suicide in a cohort of 50,465 young men: Role of personality and deviant behaviour. Brit Med J 1988;297:176-8.
25. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psyc 2006;47:372-94.
26. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat 1961; 1: 561-571.
27. Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, 2. Basım. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul 1996, s13-20.
28. Öncü B. İntihar davranışı. İçinde: Çuhadaroğlu F. Coşkun A, Pehlivan Türk B. ve ark. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008. 503-12.
29. Wild LG, Flisher AJ, Lombard C. Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem, J Adolescence 2004;27: 611-624.
30. Roberts RE, Roberts CR, Chen R. Suicidal Thinking among adolescent with a history of attempted suicide. J Am Acad Child Psy 1998;37:1294-300.
31. Csorba J, Rozsa S, Gadoros J et al. Suicidal depressed vs. nonsuicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. J Affect Disorders 2003;74: 229-236.

32. Pinto A, Whisman MA. Negative affect and cognitive biases in suicidal and nonsuicidal hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Psy* 1996;35:158-65.
33. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861-5.
34. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği, *Kriz Dergisi* 1993;1:139-42.
35. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Kriz Dergisi* 1994;2:311-19.
36. Brent DA, Perper JA, Moritz G. Familial Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:52-8.
37. Çuhadaroglu F, Sonuvar B. Adolesan İntiharları: Risk Faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyat Derg*, 1992;3:222-6.
38. Shaffer D. Çocuk ve ergende depresif bozukluk ve özkıyım. İçinde: Sadock BJ. Sadock VA, Comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı Türkçe çevirisi. Güneş Kitabevi; 2007. 3262-74.
39. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, et al. Higher expression of serotonin 5-HT (2A) receptors In the postmortem brains of teenage suicide victims. *Am J Psychiatry* 2002; 59:419-29.
40. Pfeffer CR, Stokes P, Shindledecker R. Suicidal behavior and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis indices in child psychiatric inpatients. *Biol Psychiat* 1991;29:909-17.
41. Dahi RE, Puig-Antich J, Ryan ND, et al. EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *J Affect Disord* 1990;19:63-75.
42. Apter A. Biological factors in adolescent suicidal behavior. In: King RA ve Apter A. Suicide in children and adolescents. Cambridge University Pres; 2006;1-40.

43. Correa H, Duval F, Mokrani M, et al. Prolactin response to D-fenfluramine and suicidal behavior in depressed patients. *Psychiatry Res* 2000;93:189-99.
44. Mırsal, H., Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., Mırsal, N. & Beyazyürek, M. Alkol bağımlılarında intihar davranışının araştırılması, *Bağımlılık Dergisi*,2001; 2(1), 21-24.
45. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, Guildford Press, London 1993 s.120-26.
46. Sadock, B. J. and Sadock, V. A. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, New York 2007, 1354-71.
47. Borczykowski, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B., & Hjern, A. Gender differences in risk factors for suicide: findings from a Swedish national cohort study. *Can J Psychiat*,2010;55(2), 108-111.
48. Kposowa, A., & McElvain, J. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psych Psych Epid*,2006;41(6), 435-443.
49. Nordentoft, M., & Branner, J. Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis*, 2008;29(4), 209-212.
50. O'connor, R., & Sheehy, N. Suicide and gender. *Mortality*, 1997; 2(3), 239-254.
51. Have, M., Graaf, R., Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Land, H., Vollebergh, W., et al. (2009) Incidence and course of suicidal ideation and suicide Attempts in the general population. *Can J Psychiat*, 2009;54(12), 824-833.
52. Sancak, S. Van'da 2000-2003 yılları arasında meydana gelen intihar ve intihar girişimleri: Çeşitli değişkenler açısından bir karşılaştırma. *Sosyoloji Dergisi*, 2007; (18), 225-247.
53. TÜİK. *Türkiye İstatistik Yıllığı 2010*. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011, s.91-93.

54. Uğurlu U. D., & Uğur, M. Bir vak'a dolayisiyla intiharların gözden geçirilmesi. Yeni Symposium: Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi, 2001;39(1), 19-25.
55. Yalvaç, H. D. (2006) İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.
56. Altındag, A., Ozkan, M., & Oto, R. Suicide in Batman, Southeastern Turkey. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2005;35(4), 478-482.
57. Hurlock, Elisabeth B. "Ergenlikte Beden Gelişimi" Çeviren: Gülseren Günce (Editör: Bekir Onur) Egemenlik Psikolojisi Ankara Hacettepe-Taş Kitapçılık 1987, s.105-139.
58. Yavuzer, Haluk. Çocuk Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi,1992, s.277.
59. Steinberg, Laurence. Ergenlik. Ankara: İmge kitapevi 2007, s.22.
60. Siyez, Diğdem Müge, Aysan Ferda (2007). "Ergenlerde Görülen Problem Davranışların Psiko-Sosyal Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Açısından Yordanması", Dokuz Eylül Ün. Eğitim Fak. Dergisi,2007; Xx (1),s.145-171.
61. Bahadır, Abdülkerim "Temel Gelişim Özellikleri Açısından Ergenlik Dönemi". Tabula Rasa, 2001; Yıl: 1, Sayı: 3, s. 109-119.
62. Steiner, Hans, Feldman, Shirley s. "Genel Prensipler ve özel problemler" Ergen Terapisi içinde, İstanbul: prestij yayınları 2008,s,20.
63. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E., Bem, D., Hoeksema, S. Psikolojiye Giriş. 4. Baskı. Çeviri: Yavuz Alogan. Ankara: Arkadaş yayınevi 2008, s.108.
64. Siyez, Diğdem Müge. Ergenlerde Problem Davranışlar, Ankara: Pegem A Yayınları 2009.
65. Akın, Münevver. "Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Sağlık Eğitim Gereksinimleri". Bağımlılık Dergisi, 2000; 1(1), s. 14-17.

- 66.- Köknel, Özcan. "Alkol Ve Madde Bağımlılığı". Ben Hasta Değilim, İstanbul: Nobel Tıp Kitapları 2011, s. 278-309.
67. Geçtan, Engin Psikodinamik Psikiyatri Ve Normal dışı Davranışlar,. 10.Basım İstanbul: Remzi Kitabevi 1993.
68. Powers, Rebecca, Matano, Robert. "Madde Kullanımı Ve Suistimali" Ergen Terapisi, İstanbul: Prestij Yayınları 2008.
69. Eğrilmez A 15-19 Yaş Grubu Ergenlerin Suisid Girişimlerinde Predispozan Etkenler ve Aile Özellikleri. Uzmanlık Tezi, İzmir,1988.
70. Ögel K., Tamar, D., Evren C., Çakmak, D. "İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı" Klinik Psikiyatri 2000;4, 242-245.
71. International Labour Organization (ILO). (2009). International Standard Classification of Occupations (ISCO-08). In ISCO-08 Group definitions- Final draft. [http:// www. ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm](http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm).
72. International Standard Classification of Education (ISCED-97). [www. uis.unesco.org](http://www.uis.unesco.org).
73. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik uygulama kitabı, Hatiboğlu yayınları, 2. Basım: Ankara;1991.
74. Oral G. İntihar ve adli bilimler. Yeni Symposium 1997; 35:46-47.
75. Garfinkel BD, Forese A, Hood J Suicide attempts in children and adolescents. Am J Psychiat 1982;139:1257-1261.
76. Hawton K Assessment of suicide risk. Br J Psychiat 1987; 150:145-153.
77. Turgay A Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1992;3(3): 183-189.

78. Borowsky IW, Ireland M, Resnick M. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 2001; 107:485-493.
79. Ercan EE, Varan A, Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2000, 7: 81-91.
80. Şener Ş, Şenol S. İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 100-107.
81. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10: 133-138.
82. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Prevalence and risk factors for depression in children: an outpatient pediatric sample. *J Med Assoc Thai* 199; 80: 303-310.
83. Osona Rodriguez B, Gonzalez Vicent M, Menica Bartolome S, et al. Suicide in pediatric patients : 30 cases. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 31-35.
84. Jay MS, Graham CJ, Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. *Adolescence* 1989; 24: 467-472 .
85. Lifshitz M, Gavrilov V. Deliberate self-poisoning in adolescents. *Isr Med Assoc J* 2002; 4: 252-254.
86. Atay IM, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003; 10: 128-136.
87. Le Heuzey MF, Isnard P, Badoyal AM, et al. Suicidal children and adolescents. *Arch Pediatr* 1995; 2: 130-135.
88. Brent DA, Perper JA, Airman C. Alcohol, firearms and suicide among youth. *Jama* 1987; 257:3369-3372.
89. Eskin M Suicidal Behavior in Swedish and Turkish Adolescents. *Stocholm University, Stocholm* 1995.

90. Brent DA, Kolko D J .Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents içinde. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (Ed), ABD, Saunders Company 1990:372-392.
91. Yüksel N, Özgentaş U, Çalangu S ve ark. Adelosanlarda intihar nedenleriyle ilgili bir çalışma, XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı 1985 :s.220-230.
92. Kotila L, Lonnquist J. Adolescents who make suicide attempts repeatedly. Acta Psychiatrica Scand 1987; 76:389-393.
93. Buglass D, Duffy JC. The ecological pattern of suicide and parasuicide in Edinburgh. Soc Sci Med 1978; 12:241-253.
94. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study, Lancet, 2004 Sep 25-Oct 1;364(9440):1135-40.
95. Kreitman N. Can suicide and parasuicide be prevented? J R Soc Med. 1989 November; 82(11): 648–652.
96. Brown JH .Suicide in Britain. Arch Gen Psychiat 1979;36:1119-1124.
97. Cohen-Sandier R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: Determinants of suicidal behavior in children. J Am Acad Child Psychiat 1982; 21:178-186.
98. Gispert M, David MS, March L ve ark. Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. Hosp Community Psychiat 1987; 38:390-393.
99. Goodyer IM, Wright C, Altham PME. Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and deressed children. J Child Psychol Psychiat 1988; 29 (5):651-667.

- 100.**Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. Suicide attempts and recent life events. Arch Gen Psychiat 1975; 32:327-333.
- 101.**Kocabaş Ö, Kavaklı T, Ecevit Ç, ve ark. Çocukluk çağı intihar girişimleri. Ege Pediatri Bülteni 2004; 11: 119-124.
- 102.**Neehall J, Beharry N. Demographic and clinical features of adolescent parasuicides. West Indian Med J 1994; 43: 123-126.
- 103.**Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA ve ark. (1988) San Diego suicide study 2, relationship between diagnoses and stressors. Arch Gen Psychiat 45: 589-592.
- 104.**Fidaner C, Fidaner H. Türkiye’de çocuk intiharları epidemiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 1992; 3: 255-260.
- 105.**Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006; 5 (6): 444-454.
- 106.**Maner F, Pınar Z, Yeşilbursa D Psikiyatrik hastalarda suisid girişimi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Ankara 1988, s. 227-237.
- 107.**Önal C. Özkıyım girişiminde bulunan bir grup erişkinde girişimi güdüleyici etkenlerin ve yakınlarının tepkilerinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, İzmir 1995.
- 108.**Özbek A, Ceyhun B, Kumbasar H (1987) Tedavi ortamında intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, İstanbul 1987,s.321-326.
- 109.**Özşahin A, Aydın H, Boz Ü (1988) İntihar girişimi sonucu acil servise başvuranlar üzerinde bir çalışma. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, Ankara 1988,s. 208-213.

- 110.**Ulamış Y, Aydın N, Çetin Ş (1992) Özkıym girişimi ile yatırılan hastaların sosyodemografik özellikleri. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Ankara 1992, s.78.
- 111.**Göksel T, Cirit M, Bayındır Ü, Saçaklıoğlu F. Factor associated with smoking among high school students. Eur Respir J 1999,Supp 29; 14: 217.
- 112.**Deveci A, Taskın O, Dünder P, ve ark. Manisa ili kent merkezinde özkıym düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16: 170-178.
- 113.**Aktepe E, Kandil S, Topbas M. Çocuk ve ergenlerde özkıym davranısı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4: 88-97.
- 114.**Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM ve ark: Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. Am J Psychiat 2002; 159:1746-1751.
- 115.**Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG: Clinical correlates of inpatient suicide. J Clin Psychiat 2003; 64:14-19.
- 116.**Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu, PİAR, Ocak 1988.
- 117.**Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlıkları. Ankara Tıp Mecmuası 1988; 41: 9-22.
- 118.**Tümerdem Y, Ayhan B, Emekli U ve ark. İstanbul kentinde öğrenim gençliğinde sigara içme olayı etkinliklerinin araştırılması. Solunum II 1986; 412-6.
- 119.**Gaeta G, Del Castello E, Cuomo S et al. Personal, familial and environmental factors influencing the inclination of smoking in adolescents: differences between sexes and between city and small-town dwellers. Cardiologia 1998; 43: 417-26.
- 120.**Everett SA, Husten CG, Warren CW et al. Trends in tobacco use among high school students in the United States, 1991-1995. J Sch Health 1998; 68: 137-40.

- 121.**Yaworski, D., Robinson, J., Sareen, J., & Bolton, J.M. The relation between nicotine dependence and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiat*, 2011;56 (3), 161-170.
- 122.**Riala K, Hakko H, Räsänen P. Nicotine dependence is associated with suicide attempts and self-mutilation among adolescent females. *Compr Psychiat*. 2009 Jul-Aug;50(4):293-8.
- 123.**Tervdal, A., Thelle, D., Stensvold, I., Leren, P., Bjartveit, K., 1993. Mortality in relation to smoking history: 13 years' follow-up of 68000 Norwegian men and women 35–49 years. *J Clin Epidemiol* 46, 475–487.
- 124.**Paffenbarger Jr, R.S., Lee, I.-M., Leung, R., 1994. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 377, 16–22.
- 125.**Hemmingsson, T., Kriebel, D., 2003. Smoking at age 18–20 and suicide during 26 years of follow-up-how can the association be explained? *Int J Epidemiol* 32, 1000–1005.
- 126.**Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, J., Lehtonen, J., Viinamäki, H., 2001. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Soc Psych Psych Epid* 36, 590–594.
- 127.**Zhang, J.,McKeowan, R.E., Hussey, J.R., Thompson, S.J.,Woods, J.R. Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from the Third National Health and Nutrition Survey. *Annals of Epid* 2004;15, 167–173.
- 128.**Önder R, Egemen A. Lise çağı gençliğinin sigara içme durumu. *Türk Hij Den Biyol Derg* 1987; 44: 121-30.

- 129.**Saltık A, Yılmaz T, Yorulmaz F ve ark. Edirne merkezinde 5100 orta-lise öğrencisinde sigara içme davranışı ve Spielberger testi ile ölçülen kaygı düzeyinin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 1992; 31: 53-9.
- 130.**Blackford KA, Bailey PH, Coutu-Wakulczk GM. Tobacco use in northeastern Ontario teenagers: Prevalence of use and associated factors. Can J Public Health 1994; 85: 89-92.
- 131.**Kocabaş A. Öğrencilerde ve öğretmenlerde sigara içimiyle ilgili tutum ve inanışlar. Ankara Tıp Mecmuası 1988; 41: 365-80.
- 132.**Metintaş S, Sarıboyacı MA, Nuhoglu S ve ark. Eskişehir ilindeki üniversite öğrencilerinde sigara içme alışkanlığına ait özellikler. Tüberküloz ve Toraks 1996; 44: 77-83.
- 133.**Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK, ve arkadaşları. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. 3 P Dergisi 1997; 5: 29-34.
- 134.**Doğan YB. Alkol kullanımı ve intihar davranışı. İzmir: Ege Tıp Bülteni .Özel Sayı. 2000 : s.1-6.
- 135.**World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004. Switzerland.
- 136.**Yılmaz, M. E. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Öğrencilerinde Alkol, Sigara Kullanımı ve İlişkili Olduğu Etmenler, Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van 2007.
- 137.**Coşkun, F. Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinde Alkol ve Madde Kullanım Durumu, Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep 2008.
- 138.**Güler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31(4): 340-5.

- 139.Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, ve ark. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2): 112-8.
- 140.Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2007. *MMWR Surveill Summ* 2008; 57(4): 1-131.
- 141.Yazman Ü. Lise gençliğinin psikoaktif maddelere bakışı ve kullanım oranlarının Türkiye-İstanbul örneği ile incelenmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; 1995. s.16.
- 142.Ögel K, Taner S, Eke C, Erol B. İstanbul’da Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı Raporu. İstanbul: Yeniden Yayın no:15; 2004.
- 143.Kandel DB, Raveis V, Davies M. Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolescence*. 1991; 20:289–309.
- 144.Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A ve ark. Türkiye’de Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:112-8.
- 145.Johnsson E, Fridell M. Suicide attempts in a cohort of drug abusers: A 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 1997;96(5):362-366.
- 146.Rossow I, Lauritzen G (2001) Shattered childhood: A key issue in suicidal behavior among drug addicts. *Addiction*, 2001;96:227-240.
- 147.Evren C, Ögel K, Tamar D ve ark. Eroini damar yoluyla kullanan ve kullanmayanlar arasındaki özelliklerin karşılaştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2000;(2):121-128.
- 148.Morrissey RF, Dicker R, Abikoff H ve ark (1995) Hospitalizing the suicidal adolescent, an empirical investigation of decision-making criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 34: 902-911.

- 149.**Robbins D, Ailesi NE. Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. Am J Psychiat 1985;142:588-592.
- 150.**Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM ve ark. Suicide in majör depression. Am J Psychiat 1994; 151:530-536.
- 151.**Pfeffer CR, Newcom , Kaplan G ve ark. Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1988; 3:357-361.
- 152.** Rotheram-Borus MJ. Evaluation of imminent danger for suicide among youth. Am J Otrhopsychiatr 1987;57:102-110.
- 153.**Freedman AM, Blumenfield M. Recognizing the role of bereavement and reactive depression in modern psychiatry. Psychopatology 1986;2:37-46.
- 154.**Bakim, B., Karamustafalıoğlu, K., & Akpınar, A. Alkol ve diğerk madde kullanım bozukluklarında intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar. Journal of Dependence, 2007;8(2), 91-96.

8.EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN 10-18 YAŞ GRUBU ERGENLERDE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIM ALİŞKANLIKLARININ ARAŞTIRILMASI ONAM FORMU

Dünya üzerinde her yıl yaklaşık olarak bir milyon kişi intihar etmektedir. Her yıl intihar nedeni ile kaybedilen hayat sayısı, cinayet ve savaşlar nedeni ile kaybedilenden çok daha fazladır. Bu nedenle intihar davranışı bütün dünyada önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. İntihar riski, kişinin yakın bir gelecekte kendini öldürme olasılığıdır. İntihara eğilimli ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerde bu olasılığın değerlendirilmesi, tanı ve sağaltım planının oluşturulması sırasında öncelik verilmesi gereken bir durumdur. İntihar davranışı ile ilgili birçok risk etkeni bilinmektedir ve bu risk etkenlerine yönelik önlemler almak mümkündür.

Bu araştırma intihar girişiminde risk faktörlerinin belirlenmesi için yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler araştırma dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Kendime ait bilgilerin doğru olduğunu ve araştırmaya kendi isteğim ile katıldığımı onaylıyorum.

Protokol no:

Ad-soyad:

İmza:

Tarih

Ek-2. Sosyodemografik Veri Formu

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Kliniği

Tarih: .../.../20...

Lütfen aşağıda yer alan tüm bilgileri açık ve net bir şekilde belirtiniz.

HASTA

Adı-Soyadı:
Doğum Tarihi:
Cinsiyeti: Kız ☐ Erkek ☐
Protokol No:
Hastaneye Yattığı Tarih:

Adres:
Telefon:

ANNE

Doğum Tarihi:
Eğitim Düzeyi:
Mesleği:
Sağ ☐ Vefat ☐
Öz ☐ Üvey ☐

BABA

Doğum Tarihi:
Eğitim Düzeyi:
Mesleği:
Sağ ☐ Vefat ☐
Öz ☐ Üvey ☐

SOSYO-EKONOMİK BİLGİLER

Ailenin Aylık Gelir Düzeyi:

Ev: Kira ☐ Mülk ☐ Bedelsiz Oturma ☐

Yaşadığı Şehir:

İkametgâh Bölgesi: Köy ☐ Kasaba ☐ Şehir ☐ Diğer ☐

Aile Tipi: Çekirdek ☐ Geniş ☐ Yarı Geniş ☐

Ek-3. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Veri Formu

-Sigara kullanıyor mu:	(evet)	(hayır)
Ne kadar süredir kullanıyor:		
Ne sıklıkla kullanıyor:	Kullanmıyor.....	
	Haftada birkaç kez.....	
	Hergün	
Ailesinde kullanan var mı:		
Annesi kullanıyor mu:	(evet)	(hayır)
Babası kullanıyor mu:	(evet)	(hayır)
Arkadaşlarından içen var mı:	(evet)	(hayır)
-Alkollü içecek içiyor mu:		
Ne kadar süredir içiyor:	(evet)	(hayır)
Ne sıklıkla içiyor:		
	kullanmıyor	
	Yaşam boyu 3-9 kullanım	
	Yaşam boyu >9 kullanım	
Annesi içiyor mu:	(evet)	(hayır)
Babası içiyor mu:	(evet)	(hayır)
Arkadaşlarından içen var mı:	(evet)	(hayır)
-Uyuşturucu madde kullanıyor mu:		
Kullanılan madde:	(evet)	(hayır)
Ne sıklıkla kullanıyor:		
Ne kadar süredir kullanıyor:	Kullanmıyor.....	
	Yaşam boyu 3-9 kullanım.....	
	Yaşam boyu >9 kullanım.....	
Annesi kullanıyor mu:	(evet)	(hayır)
Babası kullanıyor mu:	(evet)	(hayır)
Arkadaşlarından kullanan var mı:	(evet)	(hayır)
-İntihar girişimi nedeni:		
a- ailesel sorunlar		
b-okul sorunları		
c- arkadaş sorunları		
d- aile+okul sorunları		
e- sorun belirtmedi		
-İntihar girişimde kullandığı ilaç/ilaçlar:		
.....		
-Kaçıncı intihar girişimi:	(1)	(2) (3) (4) (5) (6+).....

Ek- 4. Beck Depresyon Ölçeği

Adı-Soyadı:..... Protokol No :.....

Tarih:

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, bugün dahil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- a. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
b. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
c. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
d. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- a. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
b. Gelecek hakkında karamsarım.
c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- a. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
b. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
c. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
d. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- a. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
b. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
c. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
d. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- a. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
b. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
c. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
d. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- a. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
b. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
c. Cezalandırılmayı bekliyorum.
d. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7- a. Kendimden memnunum.
b.Kendi kendimden pek memnun değilim.
c.Kendime çok kızıyorum.
d.Kendimden nefret ediyorum.
- 8- a. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
b.zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
c.Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
d.Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b.Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
c.Kendimi öldürmek isterdim.
d.Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- a. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
b.Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
c.Çoğu zaman ağlıyorum.
d.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- a. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
b.Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
c.Şimdi hep sinirliyim.
d.Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- a.Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
b.Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
c.Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
d.Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- a. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
d.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
c.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
d.Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
b.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
c.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
d.Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
c.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
d.Hiçbir şey yapamıyorum.

- 16- a. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
b.Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
c.Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
d.Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- a. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
b.Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
c.Yaptığım her şey beni yoruyor.
d.Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- a. İştahım her zamanki gibi.
b.İştahım her zamanki kadar iyi değil.
c.İştahım çok azaldı.
d.Artık hiç iştahım yok.
- 19- a. Son zamanlarda kilo vermedim.
b.İki kilodan fazla kilo verdim.
c.Dört kilodan fazla kilo verdim.
d.Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Evet Hayır
- 20- a. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
b.Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
c.Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
d.Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- a.Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
b.Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
c.Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
d.Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek-5. Beck Umutsuzluk Ölçeği

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

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

Ek-6. Eğitim, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Onay Kararı



**T.C.
Sağlık Bakanlığı
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
“Eğitim, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Karar Defteri”**

Toplantı No: 0440

16.11.2011

BAŞKAN
Prof.Dr.Osman Güler
Başhekim

EPKK ASIL ÜYELERİ

EPKK YEDEK ÜYELERİ

Doç.Dr.Yalçın Aral Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Klinik Şefi	Doç.Dr.Yıldız Dallar Bilge Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi
Op.Dr.Erdal Samim I. K.B.B. Hastalıkları Klinik Şefi	Dr.Uğur Koşar I. Radyoloji Klinik Şefi
Doç.Dr.Gül Gürsoy III. İç Hastalıkları Klinik Şefi	Prof.Dr.Uğur Koçer I. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Klinik Şefi
Doç.Dr.Rüştü Cankon Germiyanoglu II. Üroloji Klinik Şefi	Doç.Dr.Gürkan Aslan II. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Klinik Şefi
Doç.Dr.Hüseyin Üstün Patoloji Laboratuvarı Klinik Şefi	

KARAR:

3664.Suisid nedeni ile takip edilen hastalarda bağımlılık durumunun incelenmesi.

T.C.Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği**, (Dr.Denizhan Bağrul, Doç.Dr.Fatma İnci Arıkan, Psikolog İlyas Çakır, Doç.Dr.Yıldız Dallar Bilge) çalışması. **Prospektif** çalışmanın protokol, usul, yaklaşım ve yöntem yönünden **“ETİK”** değerlendirmesinde **“UYGUN” “OLDUĞUNA” / “OLMADIĞINA” “OYÇOKLUĞU” “OYBİRLİĞİ”** ile karar verilmiş ve araştırma için belirlenen uygulama, tetkik ve girişimlerin araştırma gurubunca karşılanması kaydı ile çalışmanın yapılmasına ve Hastanemiz arşiv bilgi ve belgelerinin kullanılmasına **“İZİN” “VERİLMİŞTİR” / “VERİLMEMİŞTİR”**.

S.B. ANKARA EĞİT. ve ARAŞT. HASTANESİ
Doç.Dr. Yıldız BİLGE
Dip.No: 4225
Çocuk Hastalıkları Klinik Şefi

Doç.Dr.Yalçın Aral

Op.Dr.Erdal Samim

Doç.Dr.Gül Gürsoy

Doç.Dr.R.Cankon Germiyanoglu

Doç.Dr.Hüseyin Üstün

Prof.Dr.Osman Güler
Başhekim