



**SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ACİL SERVİSİNE İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE
BAŞVURAN ÇOCUKLARIN İNTİHAR
GİRİŞİMLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sinan ÇELİK

Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Serhat VANÇELİK

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**SAMSUN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL
SERVİSİNE İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN
ÇOCUKLARIN İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Sinan ÇELİK

**Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Serhat VANÇELİK**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İntihar Davranışı	3
2.1.1. İntiharın Tanımı	3
2.1.2. İntihar İle İlgili Temel Kavram ve Teoriler	4
2.1.3. İntihar Epidemiyolojisi	7
2.2. İntihar İle İlişkili Risk Faktörleri	10
2.2.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri	10
2.2.2. Ailesel Risk Faktörleri ve Stres	11
2.3. Gelişimsel Faktörler.....	13
2.3.1. Dürtüsellik ve İntihar	13
2.3.2. Öfke ve İntihar	14
2.3.3. Benlik Algısı ve İntihar.....	15
2.3.4. Umutsuzluk.....	16
2.4. Biyolojik Etmenler.....	17
2.5. Covid-19 Pandemisi ve İntihar	18
2.6. Çocuk ve Adolesanlarda İntiharlar	19
3. MATERYAL VE METOT.....	23

3.1. Yöntem.....	23
3.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	24
4.2. İntihar Girişimi İle İlişkili Faktörler	26
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR	44
EKLER	57
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	57
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	57
EK-3. GÖRÜŞME FORMU.....	60

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Serhat VANÇELİK'e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmalarım sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına, yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen eşime ve aileme teşekkür ederim.

Sinan ÇELİK



ÖZET

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Çocukların İntihar Girişimlerini Etkileyen Faktörler

Amaç: Bu çalışmada giderek sıklığı artan çocukluk çağı intiharlarını önlemek için nedensel sosyodemografik faktörlerin tanımlanması amaçlandı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmada, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine intihar girişimi ile başvuran çocukların kayıtları değerlendirme kapsamına alındı. Acil Servise 2018-2023 yılları arasında intihar girişimi ile başvuran on sekiz yaşından küçük 67 başvuru mevcuttu. Sosyal Hizmet Uzmanı tarafından doldurulan 'İntihar Kayıt Formları' retrospektif olarak incelendi. Formlarda çocukların cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyleri, intihar girişiminin nedeni ve türü, önceki intihar girişimi sayısı, önceki psikiyatrik tanı, tedavi türü, ayrıca çocuğun ev ve okul yaşamı hakkında bilgiler gibi özellikler yer almakta idi.

Veri analizleri için SPSS (versiyon 20.0) programı kullanıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. İntihar girişim sayılarının zamansal eğilimi trend analizi ile değerlendirilmiş, kategorik değişkenler arası ilişkiler ki-kare testi ile araştırılmıştır. Analizlerde $p < 0.05$ şartı sağlandığında sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmaya toplam 67 intihar girişimi kaydı dahil edildi. Vakaların yaş ortalaması 15.0 ± 2.0 yıl idi. İntihar girişimlerinin %88.1'i kızlardan oluşuyor ve bu oran erkek vakalardan anlamlı düzeyde yüksek idi ($p < 0.001$). Çalışma kapsamına alınan vakalar arasında hayatını kaybeden yoktu. En sık intihar girişimi yöntemi yüksek doz ilaç alımı (%91.0) idi. İntihar girişimlerinin öne çıkan nedeni ise ailesel sorunlar (%25.4) olarak belirtilmişti. Vakaların %32.8'i daha önce psikiyatrik hastalık tanısı almıştı.

Sonuç: İntiharları önlemek için belirli yaş gruplarına özgü sorunların incelenmesi, belirtilere dikkat edilmesi, hastane acil servislerinde psikososyal destek ünitelerinin kurulup aktif hale getirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının uyanık tutulması gerekir. Ailelere çocuk gelişimi ve ruh sağlığı konularında eğitimler verilmesi, okullarda destek ünitelerinin kurulup, aktif olarak çalışması ve klinik protokollerin geliştirilmesi çocuk yaştaki intihar girişimlerini önlemede yardımcı olabilir.

İntihar girişiminin risk faktörlerinin belirlenmesi intiharların önlenmesini sağlayabilir. Araştırmamızda psikiyatrik hastalığa sahip olma, kız cinsiyet, aile içi sorunlar, okul başarısızlığı gibi faktörlerin intihar riskini artırdığı saptandı. Aileler özellikle adolesan sorunlarına yaklaşım hakkında eğitilmelidir. İlk kez intihar girişiminde bulunan adolesan ve ailesinin mutlaka psikososyal destek alması ve yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, adolesan, acil servis, intihar girişimi, sosyodemografik faktörler

ABSTRACT

Factors Affecting Suicide Attempts of Children Presenting to Samsun Training and Research Hospital Emergency Service with Suicide Attempts

Aim: This study aimed to understand the causal sociodemographic factors to prevent the increasing incidence of childhood suicides.

Material and method: In this cross-sectional, descriptive study, a descriptive, retrospective study was planned for the children who applied to Samsun Training and Research Hospital Emergency Service with a suicide attempt. Children applied emergency service in between 2018 to 2023 years of 67 children under the age of 18 were taken as a sample. 'Suicide Registration Forms' filled and recorded by the Social Worker were analyzed retrospectively. The forms include the gender, age, education level, residence address and employment status of the children, as well as reason and type of the suicide attempt, previous suicide attempt, previous psychiatric diagnosis, and type of treatment. In addition, information about the child's home and school life was also used from the registration forms.

SPSS (version 20.0) program was used for data analysis. Categorical variables will be expressed as numbers and percentages. The chi-square test will be used to compare the data and $p < 0.05$ will be considered statistically significant.

Personal information and health information records of people who attempted suicide were accessed in accordance with personal privacy.

Results: A total of 67 children were included in this study. There was no death record. The rate of recurrent suicide attempts was 20.9%. The rate of girls who attempted suicide was seven times higher than boys. While the most common suicide attempt was over dose drug intake, the most common reason for suicide attempt was communication problem with family. They were diagnosed with a psychiatric disorder rate was 32.8 %.

Conclusion: In order to prevent suicides, examining the problems specific to certain age groups, paying attention to the symptoms, establishing and activating the Psycho-Social Support Units in the Emergency Departments, keeping the primary health care institutions awake needs be done. It may be valuable to provide training to families on child development and mental health issues, to establish and actively operate School Psychosocial Service Units, and to develop clinical protocols for such cases.

Determining the risk factors of suicide attempt can prevent suicides. In our study, factors such as having a psychiatric illness, female gender and school failure increase the risk of suicide. Families should be especially trained about the approach to adolescent problems. The family and the adolescent who attempt suicide for the first time should definitely receive psychosocial support and be followed closely.

Key Words: Child, Hospital emergency department, Primary care, Suicide, Suicide Attempt, Social Demographic Characteristics, Suicide Prevention.

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 4.1. Çalışma kapsamına alınan yıllara ait intihar girişimi sayılarının trend analizi sonuçları	30
---	----



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. İntihar girişiminde bulunan çocukların cinsiyet ve başarı durumlarına göre dağılımı	24
Tablo 4.2. İntihar girişiminde bulunan çocukların ikamet ettiği yer ve evde yaşadığı kişilere göre dağılımı	25
Tablo 4.3. İntihar girişiminde bulunan çocukların barındığı evin özelliklerine göre dağılımı	25
Tablo 4.4. İntihar girişiminde bulunan çocukların yemek seçme durumları	26
Tablo 4.5. İntihar girişiminde bulunan çocukların kardeş sayılarına göre dağılımı	26
Tablo 4.6. İntihar girişiminde bulunan çocukların ailenin geçimini sağlayan kişilere göre dağılımı	26
Tablo 4.7. İntihar girişiminde bulunan çocukların ailelerinin ruhsal sağlık sorunları ve diğer özelliklere göre dağılımı	27
Tablo 4.8. Araştırma kapsamındaki çocukların arkadaş sayısı ve duygusal akran ilişkisi bulunma durumlarına göre dağılımı.....	27
Tablo 4.9. İntihar girişiminde bulunan çocukların girişim ile ilişkili bazı faktörlere göre dağılımı	28
Tablo 4.10. İntihar girişiminde bulunan çocukların psikiyatrik hastalık ve tedavi alma öykülerine göre dağılımları.....	29
Tablo 4.11. İntihar girişimi olgularının yıllara göre dağılımı	30

1. GİRİŞ

İntihar eylemi pek çok faktörün birleşimi sonucu oluşan, kişinin kendisine kasten zarar vermesi ve hatta yaşamını kaybetmesine neden olan bir eylem olarak tanımlanmaktadır (Hjelmeland ve ark., 2002).

Araştırmamız kapsamında bulunan 10 ile 18 yaş arasındaki grup adolesan (ergenlik) dönemi olarak tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler tarafından 1989 yılında kabul edilen ‘Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’ gereğince on sekiz yaş altı çocuk olarak değerlendirilmektedir. Üye 191 ülkenin de imza altına aldığı çocuk haklarına dair sözleşmenin birinci maddesi uyarınca: ‘Çocuğa uygulanabilecek kanuna göre on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır’ hükmü bulunmaktadır. Adolesan dönem hızlı bir gelişim dönemi olup bu dönemde özellikle sosyal ve psikolojik destek çok önemli bir role sahiptir (Altan T ve ark., 2016).

Adolesan dönemde görülen en önemli sağlık sorunlarından biri olan intihar davranışı sıklığının artması hem ülkemiz hem de tüm Dünya için önemli bir sorun olarak görünmektedir (Gredler ve ark., 2003).

Tüm Dünya’da 15-24 yaş arasında yer alan grupta ölüm ile sonuçlanan intihar oranı 100.000’de 13 olup ne yazık ki bu oran her yıl artmaktadır. Adolesanlarda yaşamları boyunca intihar girişim sıklığının %3,5 ile %11 arasında değiştiği saptanmıştır (Mc Keown RE ve ark., 1998).

İntihar girişimine yönelen adolesanlarda %80-90 oranında psikiyatrik bir hastalık olduğu belirlenmiştir (Levinson ve ark., 1996; Gould ve ark., 1996). İntihar girişiminde bulunanlarda en sık saptanan psikiyatrik sorunlar; duygu durum ve davranış bozuklukları ile madde bağımlılığıdır (Beautrais ve ark., 1996; Shaffer ve ark., 1996).

İntihar davranışında bulunan çocuk ve ergen grubunun ortalama %50 ile %75’inde duygu durum bozukluğu saptanmıştır. Yapılan başka araştırmalarda intihar girişiminde

bulunan adolesanlarda psikiyatrik hastalık tanısı olarak en sık depresyon belirlenmiştir (Sanchez ve ark., 2008).

Ergenlik dönemindeki intiharların diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda görülmesinin nedeni plansız ve dürtüsel olmasıdır. Yine bu dönemde intihar girişim oranı erişkinlere göre daha yüksek olmasına rağmen, ölümle sonuçlanan intihar oranı daha düşük olmaktadır (Parellada ve ark., 2008).

Bu çalışmada giderek sıklığı artan çocukluk çağı intiharlarını önlemek için nedensel sosyodemografik faktörlerin tanımlanması amaçlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar Davranışı

2.1.1. İntiharın Tanımı

İntihar, kişinin kendi yaşamını sonlandırmaya yönelik düşüncesini ve arzusunu içeren tüm davranışları kapsayan genel bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Hill RM ve ark., 2011).

İntiharın sadece ölümle sonuçlanmış olaylar olarak düşünülmesi bir yanılgıdır. Bu perspektif ile bakıldığında kişileri kendisini öldürmeye götüren süreç ihmal edilmiş olup intihar olayı tamamen kavranamamış olur (Eskin, 2012). Bir eylemin intihar davranışı olarak kabul edilmesi için üç temel unsur içermesi gerekir:

1. Kişinin kendisini öldürmek isteyip istemediğini yansıtan ‘intihar niyetinin bulunmasıdır’. Kişinin kendisini öldürmeye yönelik olarak yaptığı davranışa kendisini öldürme isteği de ekleniyor ise bu fiil intihar eylemi kapsamında değerlendirilir.
2. Kişinin kendisini öldürmek için bir eylemde bulunmuş olması gerekir. Bu aşamada gereken bazen eylemsizlik durumu da intihar davranışı ile ilişkili olabilir. Ciddi bir hastalığı bulunan bir kişinin tedavisi için gereken ilaçları kullanmaması bu duruma örnek teşkil edebilir.
3. İntihar eyleminde bulunan kişinin bu eylemi bilip isteyerek yaptığını yansıtan kendisini öldürme güdüsünün bulunmasıdır.

Ancak bu üç bileşen ile bilinçli bir fiil olarak kabul edilen intihar davranışına yönelik olarak bilinçdışı süreçlerin etkisi ve katkısını da unutmamak gerekir (Eskin, 2012).

Bazı yazarlara göre intihar, çaresizlik içerisindeki kişinin sorunlarından ümitsiz bir şekilde kaçışıdır (Yörükoğlu ve ark., 1986).

Amerikan Psikiyatri Birliği intihar girişimini yineleyen olumsuz düşünceler sonucu yineleyen intihar etme düşünceleri olarak tanımlamaktadır (Amerikan psikiyatri birliği ruhsal bozuklukların tanısıal kitabı, 2013). Sadock ise intiharı, kişinin ölmeyi hedeflediği veya ölmeye niyeti olduğunun kanıtıyla birlikte kendisini öldürmesi olarak tanımlamıştır (Sadock ve ark., 2010).

İntihar kavramı ile ilgili bazı önemli terimlerin tanımları şu şekildedir:

İntihar girişimi: Kişinin ölmeyi hedeflediği veya ölmeye niyetli olduğuna yönelik kanıtlar olup ölümle sonuçlanmayan kendine zarar verici davranış biçimidir.

İntihar düşüncesi: Ölümü isteme düşüncesinin bulunmasıdır.

İntihar niyeti: Bireyin kendi hayatını sonlandırma arzusunun mevcut olmasıdır. Durdurulmuş intihar girişimi: Bireyin ölmeyi hedeflediği veya ölmeye niyetli olduğuna yönelik kanıtların bulunduğu fakat fiziksel zarar oluşmadan engellendiği davranışları kapsar.

İntihar davranışının ölümcüllüğü: İntihar davranışı ile bağlantılı olarak yaşamsal tehlikenin oluşmasıdır (Eskin M, 2012).

2.1.2. İntihar İle İlgili Temel Kavram ve Teoriler

İntihar davranışını sergileyen bireyler için intihar, bulunulan durumdan kurtaran, sorunları böylece çözen ve tüm acıları sonlandıran bir durum olarak algılanabilir (Odağ C., 2013).

E. Dürerim' e göre: “Kurbanın kendisi tarafından, ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılmış olan olumlu veya olumsuz bir edinim doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüme intihar” denir. Bu şekilde özellikleri bulunan ancak olumsuz sonuç doğurmayan eylemler ise “intihar girişimi” olarak tanımlanmaktadır (Durkheim ve ark., 2013).

Durkheim'e göre üç tür intihar vardır:

1. Bencil intihar: Kişinin toplumsal çevresi ile bütünleşememesinden kaynaklı intihar olaylarını kapsar. Kişiyi çaresiz durumda bırakan faktörler ne kadar artar ise intihar davranışı görülme riski de aynı oranda artacaktır.

2. Elcil intihar: Kişinin aşırı toplumsal baskı altında kalması intihar riskini artırır. Gelenekler, dini, siyasal kurallar ve alışkanlıklardaki katı kurallar bu tür intiharları oluşturur.

3. Kuralsızlık intiharı: Kişinin toplumca genel kabul gören kurallara aykırı şekilde davranışlarda bulunması bu türden intiharlara zemin hazırlayabilir (Durkheim E ve ark., 2013).

Psikodinamik bakış açısına göre intihar davranışı ile ilişkili çeşitli teoriler ortaya konulmuştur. Yakınını veya sevdiğini kaybetme, ayrılık ve terk edilme gibi nedenler ile oluşabilen bilinçaltı düşmanlık ve öfke duyguları intihar davranışının meydana gelmesinde önemli faktörler olabilir (Eskin ve ark., 2012).

Freud'a göre öfke ve kızgınlık duygularını bireyin kendi benliğine yöneltmesi intihar davranışı ile sonuçlanabilir. Freud, bu nedenle intihar ile cinayetlerin ortak özellikleri bulunduğunu bildirmektedir (Eskin ve ark., 2012).

Mengen'e göre ise intihar davranışı sürekli intihara yönelik niyetin bulunmasının bir ileri aşamasını oluşturur.

Tüm intiharların üç temel bileşeni vardır:

1. Başkasını öldürme isteği
2. Başkaları tarafından öldürülme isteği
3. Kendisini öldürme isteği

Beck'e göre, intiharın içerdği en önemli duygu umutsuzluktur ve depresyon tanısı alan hastalardaki intihar davranışına belirli bilişsel çarpıtmalar neden olur. Beck, umutsuzluktan başka intiharın içerdği diğer önemli faktörlerin yetersiz düşünsel yetilere, katı düşünce tarzına ve yetersiz problem çözme becerilerine sahip olma olduğunu vurgulamaktadır.

Bu teoriye göre eğer birey yoğun stres ile karşı karşıya kalmışsa veya zayıf problem çözme becerilerine sahipse intihar riski artar. Yaşamı sürdürme nedenlerinin yeterli düzeyde olmamasının adolesanlardaki intihar girişimlerinde rol alan önemli bilişsel faktörlerden biri olduğu bildirilmektedir (Odağ ve ark., 2008).

Herpertz, intihara neden olan en bariz etkenin güç yetirilemeyen gerilimden kurtulma isteği olduğunu belirtmektedir. Bu gerilimi oluşturan temel faktörün aslında bireyin diğer kişilere yönelik olan saldırganlığından kaynaklandığını vurgulamaktadır. Herpertz, bireyin bu kişilerden biri ile özdeşleşmesi durumunda saldırganlık duygularının kendisine karşı yöneleceğinden bahsetmektedir (Herpertz ve ark.,1995).

Baeceler' göre intiharların gruplandırılması:

1. Kaçma intiharları: Çözumsuz olarak algılanan durum veya sorunlardan bireyler uzaklaşmak isterler. İntihar davranışı gösterenler sevdiklerini kaybetme, acı veya utanç verici bir olay yaşadıklarında bu olayları unutmak isterler.

Yine bu kişiler hastalık, yaşlılık, başarısızlık, yoksulluk gibi ciddi durumların oluşturduğu travmadan uzaklaşmak isterler. İntihar davranışı sergileyen kişiler için bu travmalar katlanılamaz olarak algılanabilir ve bu durumdan uzaklaşmak için kaçış intiharları veya sevdiği kişinin kaybedilmesi ile yas intiharları görülebilir (Eskin ve ark., 2003).

2. Saldırganlık intiharları: Bireyin başka bir kişiye hissettiği duygular nedeni ile oluşan intihar grubudur. Dört alt tipi bulunur:

- a. Başkalarından öç almak için yapılan intikam intiharları
- b. Kişinin başkasının ve kendisinin yaşamına son verdiği cinayet intiharları
- c. Diğer insanlara gözdağı vermek için yapılan şantaj intiharları
- d. Bireyin çevresine yardım talebi mesajı verdiği intiharlar

3. Adanma intiharları: İki alt tipi bulunmaktadır:

- a. Kurban intiharları: Bireyin kendi değerini artırmak kendisini bir kişi veya bir şeye adanmak için gerçekleştirdiği intiharlar
- b. Kişinin kendisini yüceleştirmek için (şehitlik mertebesine ulaşmak gibi) gerçekleştirdiği intiharlar

4. Oyun intiharları: İki alt tipi bulunmaktadır:

- a. Bireyin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği dayanıklılık intiharları
- b. Kişinin yaşamını riske atan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği oyun intiharları

Oyun intiharlarına başvuran bireyler ne yazık ki, daha çok heyecan veya mutluluk gibi duyguları denemek için ölümle sonuçlanabilecek eylemlere başvurmaktadırlar (Eskin ve ark., 2003).

2.1.3. İntihar Epidemiyolojisi

İntihar davranışı gösteren kişi sayısının ülkeden ülkeye, hatta aynı ülkenin değişik coğrafik bölgelerinde ciddi düzeyde farklılık gösterdiği bilinmektedir (De Leo ve ark., 2002). Ülkelerin intihar hızları arasındaki farklılıkların nedenleri ülkelerin yaşam standartları veya diğer risk faktörleri ile tam olarak açıklanamamaktadır (Neeleman, 2001).

İntihar davranışına yol açan temel etmenler biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ana başlıkları ile açıklanmaktadır. Çalışmalar intihar davranışına biyolojik ve

psikolojik açıdan duyarlı kişilerin uygun kültürel koşullarda bu davranışı sergilediklerini ortaya koymuştur (De Leo ve ark., 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intiharın ilk on ölüm nedeni arasında olduğunu ve artan boyutu ile günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturduğunu bildirmektedir. Dünyada yaklaşık olarak her kırk saniyede bir kişi intihar davranışı sergilemektedir.

Yine DSÖ, 15-24 yaş arasındaki her 100 bin gençten 13'ünün ne yazık ki kendi yaşamlarına son verdiğini bildirmektedir. Yine bu verilere göre dünya genelinde intiharlar, 15 ile 29 yaş arasındaki gençlerin ölüm nedenleri içerisinde ikinci sırada yer almıştır (World Health Organization, 2017).

İntihar düşüncelerinin gerçek bir intihar girişimine dönüşme ihtimali ülkeler arasında ciddi değişiklik göstermektedir. Ülkeler arasında farklılıklar olmasına rağmen intihar düşüncelerinin ergenlerde dünya genelinde görülme sıklığının %15 ile %25 arasında değiştiği bildirilmektedir (Bridge ve ark., 2006).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) intihar nedeniyle ortaya çıkan 15-19 yaş arası ergenler için intihar oranı 1950'den 1990'a kadar olan zaman aralığında dikkat çekici bir durum olarak %300 oranında arttığı saptanmıştır (O'Carroll ve ark., 1994). ABD verilerine göre tüm ölüm sebepleri arasında intiharlar sekizinci sıradadır ve yaklaşık olarak yılda 30 bin kişinin ölümü ile sonuçlanmaktadır ve intihar hızı ise ABD'de yıllık 11/100.000' dir (Yüksel N, 2001).

Avrupa kıtası ülkelerinde yapılan çalışmalarda 5-14 yaş grubunda intihar nedenli ölüm hızı erkeklerde 100 binde 0.9 iken, kızlarda 100 binde 0,3 olarak bulunmuştur. Ergen ve gençlerden oluşan 15 ile 24 yaş arasındaki grupta ise bu hız erkeklerde 100 binde 15.5, kızlarda ise 4.7 olarak ifade edilmiştir (Moens ve ark., 1988).

Avrupa ülkelerinde intihar oranı otuz yıl önce en fazla 15-24 yaş grubu arasında görülmekte idi. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda bu durumun değiştiği, intihar

edenlerin daha erken yaş gruplarında gözlemlendiği saptanmıştır (Moens ve ark., 1988). Avrupa kıtasında bulunan ve dört ülkeyi kapsayan bir çalışmada çocukluk çağı intiharlarının en sık 10-19 yaş arasındaki ergenlerde görüldüğü ve bu yaş grubundaki ölüm nedenleri arasında intiharların üçüncü sırada yer aldığı belirlenmiştir (Crepeau-Hobson ve ark., 2014).

Türkiye’de ise intiharla ilişkili istatistikler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanmaktadır. Veriler hastane, polis ve jandarma kayıtlarından elde edilmektedir. Toplumda intiharı gizleme nedeni ile resmi kayıtlara geçilememe eğilimi nedeni ile ortaya konulan rakamlar gerçek sayıdan daha azını yansıtabilir (Öztürk, 2015).

Türkiye’de intihar girişiminde bulunanların ve intiharı gerçekleştirenlerin oranı Avrupa ülkelerine göre daha düşük olmakla beraber büyük bir kısmını Avrupa ülkelerinde olduğu gibi 15-19 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır (Devrimci ve ark., 2003).

Türkiye’de intihar hızı yıldan yıla değişmekle beraber gençlerde daha belirgin artış olduğu görülmektedir. TÜİK 2022 yılı verilerine göre ülkemizde ölümle sonuçlanan veya sonuçlanmayan tüm intihar girişimlerini ifade eden kaba intihar hızı 100 binde 4.86 olup tüm intiharların %11.9’unu 20 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. 2021 yılında ise kaba intihar hızı 100 binde 4.95’tir ve tüm intiharların %10.7’sini 20 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. 2020 yılında ise kaba intihar hızı 100 binde 4.43’tür ve %10.3’ünü 20 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022).

Ülkemizde 100 bin kişiye düşen intihar oranını ifade eden kaba intihar hızının 4,86 ile dünya ölçeğinde çok düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Kaba intihar hızında dünya ortalaması 100 binde 9 ve Avrupa kıtasındaki ülkelerde ise ortalama olarak 100 binde 13’tür (TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022).

2.2. İntihar İle İlişkili Risk Faktörleri

2.2.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri

Lise dönemini kapsayan ergenlik dönemi, beden ve kişiliklerini etkileyen fiziksel, duygusal, sosyal değişim ve gelişimin gerçekleştiği bir dönemdir (Orbach ve ark., 2003). Çocuk ve ergen yaş grubu karşılaştırıldığında intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranları ergen yaş döneminde yüksek bir şekilde artmaktadır.

Ergen yaş grubunda oluşan bu yüksek riskin artmış olmasının nedenleri: Psikopatolojilerin artması, intihar planını hazırlama ve uygulama için yeterli bilişsel kapasiteye erişme, madde kullanımının artması ve ebeveyn gözetiminin azalmasıdır (Bridge ve ark., 2006; Goldstein ve ark., 2009).

Araştırmalar 15-19 yaş arası ergenlerde, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar cinsiyet ve etnik faktörler açısından belirgin değişkenlik göstermemektedir. Cinsiyet farklılıkları ile ilgili Amerika ve Batı Avrupa, Yeni Zelanda, Avusturalya, Kuzey Amerika gibi pek çok ülkede de yapılan çalışma sonuçları benzer olup, bu ülkelerde intihar düşünce ve girişimleri kız ergenlerde daha sık görülürken tamamlanmış intiharlar 15-19 yaş arası erkek ergenlerde daha fazla görülmektedir (Oliver ve ark., 2013; Cash ve ark., 2009).

Özgüven ve Sayıl'ın Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile yürüttükleri bir çalışmada, ülkemizde 1998-2002 yılları arasında, intihar girişim hızının %93.59 oranında arttığı ve girişimde bulunanların büyük bir kısmının 15-19 yaş arasındaki gençlerin oluşturduğu bildirilmiştir (Özgüven ve ark., 2004).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 ile 19 yaş arasındaki erkek ergenlerin tamamlanmış intihar oranı, kadın ergenlere göre 3 kat daha fazladır, oysa intihar girişimi oranı kızlarda erkeklere göre iki kat daha yüksek bulunmuştur (Grunbaum ve ark., 2003).

Ergenlerde intihar girişiminin tamamlanmış intiharlara oranının %2 dolayında olduğu tahmin edilmektedir (Husain, 1990).

Türkiye’de tüm intihar girişimlerinin %30-35’i 14-15 yaş grubunda görülmektedir (Atay İM KE, 2003). Ölümle sonuçlanan intihar vakalarında erkeklerin sayısı kızlardan 3-5 kat daha fazladır. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri ise, kızlarda erkeklerden en az iki kat daha fazla görülmektedir (Sanders ve ark., 1988).

İntihar girişiminde bulunan kızlarda depresyon veya içe kapanma şeklinde içe dönük bulgular görülürken, intihar girişiminde bulunan erkek ergenlerin öfke, saldırganlık ve kıskırtma gibi dışa dönük bulgular sergiledikleri belirtilmiştir. Başka bir ifade ile intihar davranışıyla ilgili etkenler her iki cins arasında farklılık gösterebilir (Bettes ve ark., 1986).

2.2.2. Ailesel Risk Faktörleri ve Stres

Çeşitli çalışmalarda aile içi ilişkilerin zayıf olması veya hiç olmaması adolesanlar arasında intihar sıklığını etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak belirlenmiştir. Yine intihar davranışı gösteren ergenlerin ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu ve hatta merhamet eksikliğine yönelik tutumların ön plana çıktığı tespit edilmiştir (Bayam ve ark., 1995).

Çocuk ile ebeveyn arasında eksik ilişki, yetersiz aile içi iletişim, çok yüksek ebeveyn beklentisi ve aşırı baskıcı ebeveyn kontrolüne yönelik tutumların adolesanlarda intihar ve intihar girişimi riskini 1,4 kat ile 3,6 kat arasında arttırdığı belirlenmiştir (Beautrais ve ark., 2000).

Yine ailelerin çocuk ve gençlere yönelik her türlü desteklerinin düşük olması ile intihar girişimi arasında yakın ilişki olduğu, ailede sosyal desteği düşük olan gençlerde intihar girişiminin daha yüksek oranda görüldüğü tespit edilmiştir (Suvarlı ve ark., 1995).

Parçalanmış aile, anne-babanın ayrılması veya yaşamlarını kaybetmeleri, üvey kardeş bulunması, aile içinde şiddete maruz kalma ve daha önceden intihar girişiminde bulunma ruhsal hastalıkların sıklığını arttıran belli başlı etkenlerdir.

Yine madde bağımlılığı, aile içi şiddet veya istismar ailede olumsuz ilişkiler, ülkede sosyal veya ekonomik krizlerin yaşanması, anne babanın eğitim düzeyleri ve ebeveynlerde herhangi bir psikiyatrik hastalığın varlığı da ruhsal hastalıklarda önemli predispozan faktörler olarak saptanmıştır (Yoder ve ark., 1998).

Aile üyelerinden herhangi bir kişinin intihar etmesi durumunun yanı sıra, yakın arkadaşın intihar girişiminde bulunması bile adolsanlarda intihar riskini arttırdığı tespit edilmiştir. (Crepeau-Hobson ve ark., 2014).

İntihar davranışı sonucu ölen kişilerin yaklaşık %44'ünün bu elim fiillerden önce intihar girişiminde bulundukları belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunduktan sonraki özellikle ilk 3 ile 6 aylık dönem başta olmak üzere ilk bir sene tekrar intihar girişimi yönünden en riskli dönem olarak bildirilmektedir (Can ve ark., 2004).

ABD'de adolesan öğrencilerde yapılan çalışmalarda öğrencilerin %8,6'sının son bir yılda intihar girişiminde bulundukları, bu grubun yarısının bir kez, %29'unun iki defa ve %13'ünün ise altı veya daha fazla sayıda intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır. Kız öğrencilerin %11'inin ve erkeklerin ise %6,2'sinin intihar girişimi öykülerinin bulunduğu belirlenmiştir.

Yine bu araştırmalarda fiziksel veya siber zorbalığın, madde bağımlılığının, şiddet davranışlarının bulunmasının ve güvenli olmayan cinsel davranışların intihar eylemi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Litwiller ve ark., 2013).

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ve özellikle derin yoksulluk yaşayan bir aileye sahip olunmasının yanı sıra, genç bireyin okul başarısızlığının da bulunması intihar davranışı ve intihar girişimi riskini önemli oranda artırmaktadır (Beautrais ve ark., 2000).

İşsizlik veya göç gibi faktörler toplumlarda kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkileyerek intihar davranışı için risk oluşturabilir. Eğitim alınırken yaşanan önemli sorunların ve okula gitmemenin de intihar riskini arttırdığı saptanmıştır (Gould ve ark., 1996).

Yaşam biçimi olarak düzenli fiziksel aktivite yapmanın özellikle erkek ergenlerde intihar riskini düşürdüğü tespit edilmiştir. Düzenli yapılan spor faaliyetine katılmanın her iki cinsiyette umutsuzluk ve intihar riskini düşürdüğü görülmüştür (Taliaferro ve ark., 2008).

2.3. Gelişimsel Faktörler

2.3.1. Dürtüsellik ve İntihar

Dürtüsellik; iç veya dış bir uyarıcı ile kişinin kendisine yönelik olarak oluşabilecek negatif sonuçları görmezden gelerek plan yapmadan ve hızlı bir şekilde cevap verme eğilimidir (Moeller ve ark., 2001).

Dürtüselligi kavramak için bilinmesi gereken bazı öğeler bulunmaktadır. Bu öğelerden birincisi dürtüsellik ile tek bir davranış değil, bu davranışa yatkınlığın ifade edilmesidir.

İkinci olarak ise dürtüsellik bir davranışın sonucunu düşünmeden çabuk ve plansız hareket etmeyi ifade eder. Dürtüsellik, bir davranışın sonucunu düşünmeden aksiyona geçme ve risk alma davranışını barındırmaktadır. Ancak bu daha fazla zevk alma isteği ile ilişkili olan riskleri göze alma davranışından farklıdır. Bu farklılık dürtüsellüğün biyolojik zeminin anlaşılması ve tedavi yöntemleri geliştirilebilmesi açısından önemli bir durumdur (Moeller ve ark., 2001).

Dürtüsellik tek başına bir psikiyatrik hastalık değildir. Ancak kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, depresyon ve

intihar girişimleri gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisi bulunmaktadır (Kalenscher ve ark., 2006).

Ergenlerin kendisine zarar verme davranışlarını inceleyen çalışmalarda, bu tür eylemlerin yüksek oranda dürtüsel olduğu ve araştırmacılar tarafından bu grubun eyleme geçmeden önce önemli oranda sadece birkaç dakika düşündükleri özellikle vurgulanmaktadır (Shaffer ve ark., 2001).

Yapılan araştırmalarda saldırganlık davranışı kontrol altına alındığında da intihar davranışı ile dürtüsellik arasında ilişki saptanmış olup ve erkeklerde bu ilişkinin daha güçlü olduğu tespit edilmiştir (Horeish N ve ark., 1999). Kingsbury ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adolesan grupta dürtüsellik ile yüksek doz ilaç kullanımı arasında diğer faktörlerden bağımsız olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yine bu çalışmada gençlerde dürtüsellik ile kendisine zarar verme davranışı arasında da ilişki belirlenmiştir (Kingsbury ve ark., 2015). Saldırganlık, dürtüsel davranış ve intihar arasındaki ilişkileri ortaya koyan pek çok çalışma bulunmaktadır (Michaelis ve ark., 2004).

2.3.2. Öfke ve İntihar

Ergenlerde öfke anındaki temel problem öfkeyi ifade etme biçimleri ve yönlendirme sorunlarıdır (Jang ve ark., 2014). Adolesanların ev, okul ve diğer toplumsal yaşamdaki sorumluluklarına yönelik olarak verdikleri tepkilerden biri olan öfke, sürekli öfke ve durumluk öfke olarak iki grup olarak incelenmekteydi (Patterson ve ark., 2015).

Durumluk öfke denilince, acil durumlarda verilen tepki sonucu oluşan ve yoğunluğu farklı boyutlarda olan ve yine kısa dönemde dalgalanmalar gösteren duygusal ve fizyolojik yaşantılar kastedilmektedir. Sürekli öfke ise durumluk öfke yaşama eğilimi veya öfke yatkınlığının durağan şekilde yansıtılması olarak tarif edilmektedir. Sürekli öfkenin artması bireyin daha sık ve daha yoğun durumluk öfke yaşadığını işaret etmektedir (Deffenbacher JL, ve ark., 1996).

Sürekli öfke duygusunun yüksek düzeyde yaşanmasının, psikolojik hastalıklara, eğitim ve iş yaşamında sorunlara ve benlik saygısının azalmasına neden olabileceği belirlenmiştir (Dahlen ve ark., 2005).

Spielberger, öfke duygusunu kendisini içte tutma, dışa vurma veya kontrol etme şeklinde gösterdiğini ifade etmektedir (Spielberger ve ark., 1983).

Yoğun öfke duygusu kişileri öfke krizlerine ve çaresizliğe yönelterek durumun kontrol edilememesine yol açabilir. Bu durum da çevrenin olumsuz tutumlarına maruz kalması ile sonuçlanabilir. Öfkeli kişilerin yaşadığı bu senaryonun genelde kısır döngü şeklinde devam ettiği bildirilmektedir (Palabıyıkoglu ve ark., 1995). İntihar düşüncesi içerisindeki adolesanlardaki çalışmalarda öfke düzeylerinin yüksek olduğu ve yine bu gruplarda erkeklerin kızlara göre daha yüksek öfke düzeylerine sahip oldukları saptanmıştır (Miotto ve ark., 1995).

2.3.3. Benlik Algısı ve İntihar

Öz yeterlik beklentisi kavramı herhangi bir davranışın gerçekleştirilmesi ile bağlantılı olan beklentiler şeklinde tarif edilmektedir. Öz yeterlik algı kavramı ise bireylerin sorunlar karşısında kendilerini yeterli görme konusundaki algı ve inançlarının toplamıdır (Eskin ve ark., 2011).

Adolesan dönemde benlik saygısı çok önemli bir kavramdır. Benlik saygısı ergenin psikososyal gelişimini önemli düzeyde etkiler. Ergenlik döneminde içsel ve çevresel faktörler benlik algısını geliştirir ve bu gelişen benlik algısı adolesanın kendisine bakış açısını da belirler. Bu bakış açısı ile adolesan kendisini değerli veya değersiz bir kişi olarak görmektedir.

Benlik saygısı adolesan bireyin hayatında tüm duygu, düşünce ve davranışları belirleyen temel kimliğin ana bölümünü meydana getirir (Erbil ve ark., 2006).

Yapılan çalışmalarda adolesan bireylerin benlik algılarının iyi yönde gelişmesi, başa çıkma stratejilerinin yüksek olması, olumlu motivasyon ve duygusal duruma bağlı olduğu belirlenmiştir (Quatman ve ark., 2001).

Ebeveynlerin, kaygı veya güvensizlik yaratan davranışları çocukta, öz değer gelişiminin bozulmasına ve psikososyal stres etkenlerine karşı dayanıksızlığını ortaya çıkarmaktadır (Parker ve ark., 2001).

Benlik algısı ile ilgili olumsuz tutumların intihar girişimi riskini arttırdığı çeşitli araştırmalarda saptanmıştır (Baumeister ve ark., 1990). Duprey ve ark. düşük benlik saygısının intihar düşüncesinin artmasında etkili bir faktör olduğunu ortaya koymuştur (Duprey ve ark., 2019). Yine bazı çalışmalarda benlik saygısının yaşamdaki stresörlere ve intihar düşüncelerine karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu belirtilmektedir (Jang ve ark., 2014).

2.3.4. Umutsuzluk

Umutsuzluk, ergenin sorun çözme becerisini ve zorlukları yenebilme yeteneğini olumsuz yönde etkilemektedir (Vairo ve ark., 2003). İntihar girişimine neden olan risk faktörleri arasında bilişsel faktörler de önemli bir yere sahiptir. Bu yüzden yapılan çalışmalarda adolesan intiharlarında umutsuzluk duygusu ile intihar girişimi davranışı arasında ilişki olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Shahtahmasebi ve ark., 2013).

Beck ve arkadaşlarının geliştirdikleri umutsuzluk ölçeği kullanılarak hastanede tedavi görüp intihar girişiminde bulunan hastalarda yapılan araştırmalarda depresyon ile umutsuzluk duygusunun intihara eğilim açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Yine umutsuzluğun kontrol edilmesi durumunda depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin ortadan kalktığı belirlenmiştir (Beck ve ark., 1975).

Çocuk yaş grubunda yapılan çalışmada umutsuzluğun depresyon sıklığı ile ilişkili olduğu ve özgüven ile de negatif yönde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Yine bu

çalışmada intihar girişimi ile umutsuzluk arasında güçlü bir korelasyon bulunduğu tespit edilmiştir (Kazdin ve ark., 1983).

Yapılan başka bir vaka-kontrol çalışmasında ise intihar girişimi ile başvuran kişilerde intiharın depresyondan ziyade umutsuzluk ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Richard ve ark., 2006).

2.4. Biyolojik Etmenler

İntihar düşüncesi veya girişiminin biyolojik kökenine yönelik olarak prepubertal dönem içerisindeki yapılan çalışmalar, erişkinlere benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Yapılan bir çalışmada intihar ile ilgili alanların orta beyindeki dorsal raphe nukleusu ve ventral prefrontal korteks olduğu bulunmuştur (Kamali ve ark., 2001).

Yine adolesan grupta hipotalamus ile adrenal korteks arasındaki uyumun bozulmalarının da intihar davranışı ile ilişkili olduğu deneysel çalışmalar ile ortaya konulmuştur.

Bir çalışmada intihar davranışı gösteren puberte öncesi çocuklarda deksametazon supresyon testinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek seyrettiği saptanmıştır (Pfeffer ve ark., 1991). Başka bir çalışmada da intihar girişimi ile sağlık kurumuna başvurmuş olan adolesanlarda, uyku öncesinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dahl ve ark., 1990).

Yapılan bazı çalışmalar adolesan grupta serotonerjik sistemle ilişkisi bulunan öfke ile intihar girişimi arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yine serotonerjik sistemin intihar davranışından başka saldırganlık ve bunaltı duygusu ile de ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Coccaro ve ark., 1994).

İntihar girişimi ile başvuran kişilerin santral sinir sistemindeki serotonin düzeylerinin daha düşük olduğu ve bu durumun agresyon ve intihar davranışı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Bridge ve ark., 2003; Pandey ve ark., 2002).

2.5. Covid-19 Pandemisi ve İntihar

COVID-19 hem fiziksel hem de ruhsal belirtileri açısından tedavi konusunda ciddi adımlar atılması gereken bir salgındır. COVID-19 pandemisi bireyleri ve toplumları yalnızca fiziksel açıdan etkilemekle kalmamış, ruhsal olarak da etkilemiştir. Nedenleri ve sonuçları itibarıyla bir halk sağlığı problemi olarak ele alınması gereken intihar vakaları bu gibi kriz dönemlerinde artmaktadır (Erol ve ark., 2021).

Enfeksiyonun fiziksel belirtilerini atlatsa dahi intihar riski ve davranışı açısından COVID-19 enfeksiyonunu geçiren ve iyileşen bireylerin psikolojik açıdan taranması ve izlenmesi gerekmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde ve hastane odalarında hasta mahremiyeti gözetilecek şekilde kameralı gözetim, düzenli aralıklarla hastanın dijital platformlar veya telefon aracılığı ile ruhsal açıdan kontrol edilmesi alınabilecek önlemlerdendir. Aynı zamanda hastane odalarının ve yoğun bakım ünitelerinin fiziki şartlarının da bireylerin intihar davranışına yardımcı olmayacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Karantina ve izolasyon süreci boyunca gerekli tedavi ve gıda konusunda özellikle risk altındaki gruplar için devletler gerekli güveni sağlamaya çalışmışlardır.

Çoğu ülkede erken ekonomik müdahaleler ile özellikle örselenebilir gruplarda ortaya çıkabilecek birçok intihar vakası engellenmeye çalışılmıştır. Karantina süresince toplumun güvenilir kaynaktan doğru bilgiyi edinmesi psikolojik etkilenimi azaltmaktadır. Sosyal medya ve internet kullanımının artması, güvenilir olmayan birçok habere ve bilgiye erişimin kolay olması nedeniyle enfeksiyon konusunda doğru bilgi kaynağının olması insanların psikolojik olarak hassasiyetini azaltacaktır. Bu süreçte sosyal medya kullanılması ve zararlı içeriğe maruz kalınmaması açısından toplumun bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Karantina altında, sevdiklerinden uzakta olan ve fiziksel olarak insanlarla iletişim kuramayan bireyler internet üzerinden telefonları veya bilgisayarları ile bu eksikliği

kapatmaktadır. Karantina süreci boyunca sosyal medya ve internet üzerinden toplantılar, etkinlikler ve bireysel görüşmeler sağlanmıştır. Bu açıdan bakıldığında internet ve elektrik alt yapısının gerekli ölçüde sağlam ve gelişmiş olması, akıllı telefon yaygınlığının olması, toplum ve bireyin pandemiden psikolojik etkilenimini azaltmaktadır ((Erol ve ark., 2021).

2.6. Çocuk ve Adolesanlarda İntiharlar

İntiharlar, küresel olarak, düşük ve orta gelirli ülkelerde 10-19 yaş arasında önde gelen ölüm nedeni ve Avrupa Bölgesi'ndeki yüksek gelirli ülkelerde ikinci önde gelen ölüm nedeni olarak önemli bir sağlık sorununu temsil etmektedir (World Health Organization, 2018). Çocuk intiharlarının oranı ve raporlanması ülkeler arasında değişmektedir (Kölves ark., 2014). DSÖ'ye göre depresyon ve anksiyete bozuklukları, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki çocuk ve ergenlerde genel hastalık yükünün ilk beş nedeni arasındadır (World Health Organization, 2018).

İsveç'te son yıllarda 15-24 yaş grubunda intihar girişimlerinin önemli oranda arttığı resmi kayıtlarda gösterilmiştir. İsveç Halk Sağlığı Kurumu, gençlerde artan ruh sağlığı sorunlarına katkıda bulunan en önemli risk faktörlerinin psikosomatik bozukluklar, okulla ilgili performans kaygısı ve sosyoekonomik düzey düşüklüğü olduğunu bildirmiştir (Public Health Agency of Sweden, 2019).

Tüm çocuk intiharlarında (<18 yaş) intihar oranı eğilimleri ve intihar yöntemleri ile ilgili önceki çalışmalar az olup genellikle geç ergenlik dönemindeki yaş grupları araştırılmıştır (Lahti ve ark., 2014; Aguilar-Velázquez ve ark., 2017). Ancak 15 yaş altında intihar eden çocuklar araştırmalarda değil, sadece resmi ulusal raporlarda yer almıştır (WHO Report, 2018).

Çocuk intiharlarıyla ilgili Amerika Birleşik Devletleri'nde ülke çapındaki mevcut çalışma 2000–2018 yılları arasında yapılmıştır. Bu çalışmaya göre intihar oranı, yaş

grubu ve cinsiyet gibi demografik faktörler incelenmiştir. Yine bu çalışma çocuk intihar yöntemleri hakkında kanıt ve bilgi sunmayı ve çocuk intiharını önleme stratejileri hakkında bilgi vermeyi amaçlamıştır. Bu çalışmaya göre ABD’de adolesanlarda yıllar içerisinde intihar girişim sıklığının arttığı ve bu artışın kızlarda daha yüksek olduğu saptandı. Yine bu çalışma adolesanlarda intihar girişimi ile ilgili sosyodemografik ve madde bağımlılığı gibi diğer faktörlerin ilişkisi de ortaya konulmuştur (National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, 2021).

İntihar dünya çapında 15 yaş altı çocuklarda hala önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. İntihar epidemiyolojisine yönelik artan araştırma ilgisine rağmen, az sayıda çalışma özellikle 10-14 yaş arasında ve hatta daha küçük yaştaki çocuklarda intiharın zaman eğilimlerine odaklanmıştır (Apter ve ark., 2009). Dünya Sağlık Örgütü, eski Sovyet bloğu ülkelerinde çok sayıda intihar olması nedeniyle 1990'larda çocuk intiharlarını istatistiklerine dahil etmiş; ancak, bazı ülkeler hala resmi istatistiklerinde 15 yaşın altındaki çocuklar hakkında bilgi sunmamaktadır (Malone ve ark., 2012; Chang ve ark., 2008).

Yirmi yıl boyunca 81 ülkede 10-14 yaş arası çocuklardaki intiharlara ilişkin yapılan analizler erkeklerde genel intihar oranında hafif bir düşüş olduğunu (100 binde 1.61 ve 100 binde 1.52) ve kız çocuklarında hafif bir artış olduğunu (100 binde 0.85 ve 100 binde 0.94) göstermiştir.

İntihar oranlarının özellikle erkek çocuklar için yüksek olduğu Kazakistan, Kırgızistan ve Rusya gibi bazı ülkelerde intiharların hala önemli düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu ülkelerin son yıllarda önemli ekonomik ve finansal sorunlar yaşaması temel etken olabilir. Olumsuz ekonomik koşullar, kötü çevre ve ebeveyn işsizliği gibi faktörler de çocuklarda intihara neden olmaktadır (Kölves ve ark., 2014 ; ve ark., 2015).

İntihar davranışları genellikle bireysel düzeyde ruhsal bozukluklarla (özellikle duygudurum bozuklukları) bağlantılı olsa da, belirli bir ülke veya bölgedeki ruhsal bozuklukların yaygınlığı, ulusal veya bölgesel düzeydeki intihar oranlarını yansıtmayabilir. Majör depresif bozukluğun yaygınlığına ilişkin 116 epidemiyolojik çalışmanın meta-analizi, dünyadaki nokta yaygınlığının %4,7 olduğunu, en düşük Kuzey Amerika (%3,7), doğu ve güneydoğu Asya'da (%4,0) ve Güney Amerika'da olduğu ve en yüksek ise Güney Asya (%8,6) ile Afrika ve Orta Doğu'da (%6,6) saptandığı bildirilmiştir (Ferrari ve ark., 2013).

10-14 yaş arası kız çocukları için dünyanın en yüksek intihar oranlarına sahip ülkeleri Guyana ve Surinam'dır (Graafsma ve ark., 2006). Orta ve Güney Amerika'da intihar oranlarının artmasına neden olan önemli bir faktör, yerli etnik gruplarda farklı intihar risk faktörlerinin yüksek yaygınlığıdır (Botega ve ark., 2009). Avustralya'daki grupların analizi, Aborjin ve Torres Strait Adalı popülasyonlarının 2,2 kat daha yüksek intihar riskine sahip olduğunu gösterdi; bu risk 5-14 yaş arası çocuklarda daha belirgindi ve yerli çocukların yerli olmayan çocuklara göre 9,6 kat daha yüksek intihar riski vardı (De Leo ve ark., 2011).

10-14 yaş arası erkek çocuklar için dünyanın en yüksek intihar oranına sahip olan Kazakistan'da çocuk intiharlarının nedenleri hakkında sistematik bir bilgi yoktur. Ancak Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tarafından hazırlanan son raporlar Kazakistan'daki çocukların şiddet ve intihara meyilli davranışları hakkında bazı bilgiler sunmuştur. Bu raporlar çocukların riskli davranışlara, cinsel sömürüye ve insan ticaretine karşı savunmasızlıklarının değerlendirilmesine imkan tanımıştır. Yine bu raporlara göre intihar davranışlarıyla ilgili faktörlerin değiştiği gösterilmiştir (Haar ve ark., 2012).

UNICEF raporuna göre Kazakistan'da çocuklara yönelik intihar girişimi şiddet, istismar ve ihmal ile ilişkilidir. Kazakistan'daki okullarda şiddetin analizi, kendisine zarar

verme ve intihara meyilli davranışlarda bulunan çocukların okulda şiddete ve akranları tarafından ayrımcılığa maruz kalma olasılıklarının önemli ölçüde yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Haar ve ark., 2012).

Az gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çocuk intihar ölümlerinin eksik bildirilmesi ve/veya yanlış sınıflandırılması nedeniyle çocuklarda intihar prevalansının aslında daha yüksek düzeyde olduğu tahmin edilmektedir. Yapılan araştırmalar çocuk intihar vakalarının yetişkinlere göre daha az bildirildiğini göstermektedir.

Bu durumun nedeni, intiharla ilgili toplumsal damgalama, ailenin utanç duygusu ve adli tıp görevlilerinin bir çocukta intihar kararı verme konusundaki isteksizlikleri gibi pek çok faktörden kaynaklanabilir (Pritchard ve ark., 2005).

3. MATERYAL VE METOT

Retrospektif olarak planlanan bu araştırmada, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne 1 Ocak 2018 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında intihar girişimi ile başvuran veya ambulans ile getirilen ve 18 yaşından küçük çocuklar araştırmanın evrenini ve aynı zamanda örneklem grubunu oluşturdu. Hastaneye başvuru sırasında bilinci açık olan, resmi kayıt belgesi olan 'İntihar Kayıt Formu' yanı sıra acil kliniği uzmanlarınca oluşturulan anket formunu eksiksiz olarak dolduran 67 çocuk çalışmaya dahil edildi.

Çalışmanın etik izni Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (Tarih: 26/01/2023 ve Sayı: B.30.2.ATA.0.01.00/260).

3.1. Yöntem

Veri analizleri için SPSS (Versiyon 20.0) programı kullanıldı. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler olarak ifade edildi. Vakaların zamansal eğilimini değerlendirmek için trend analizi kullanıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkiler ki-kare testi ile değerlendirildi. Tüm analizlerde $p < 0.05$ şartı sağlandığında sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma sadece belirli bir tarih aralığında üçüncü basamak bir merkezin acil servisine başvuran olguları kapsamaktadır. Bu nedenle çalışma kapsamına alınan olgular, çocukluk yaş grubunda gözlenen intihar girişimlerinin nedenlerini ortaya koyma açısından yeterli olmayabilir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan çocukların yaş ortalaması 15.0 ± 2.0 yıl ve vakalar 10 ile 18 yaş aralığında idi. Vakaların %88.1'ini kızlar ve %11.9'unu erkekler oluşturuyordu. Vakalar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde %16.4'ü ortaokul, %83.6'sı liseye devam etmekte idi. İntihar girişiminde bulunan çocukların %59.7'sinin okul başarı durumu kötü idi. İntihar girişiminde bulunan vakaların cinsiyet, devam edilen okul ve başarı durumlarına göre dağılımı Tablo 4.1'de sunuldu.

Tablo 4.1. İntihar girişiminde bulunan çocukların cinsiyet ve başarı durumlarına göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	8	11.9
Kız	59	88.1
Okul başarı durumu		
İyi	2	3.0
Orta	25	37.3
Kötü	40	59.7

Çalışmaya dahil edilen olguların %89.5'i il merkezinde ikamet ediyordu. Katılımcıların %64.1'nin anne-baba ve kardeşleriyle beraber yaşadıkları saptandı. İntihar girişiminde bulunan vakaların ikamet ettiği yer ve evde yaşadığı kişilere göre dağılımı Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.2. İntihar girişiminde bulunan çocukların ikamet ettiği yer ve evde yaşadığı kişilere göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
İkamet edilen yer		
Merkezi ilçe	60	89.5
İlçe	6	9.0
Köy	1	1.5
Evde yaşadığı kişiler		
Anne ile birlikte	18	26.9
Baba ile birlikte	6	9.0
Tüm aile ile birlikte	43	64.1

İntihar girişiminde bulunan vakaların %50.7'si kiralık evde ikamet ediyordu. Olguların %50.7'sinin barındığı ev üç odalı ve %73.1'inin evi klorifer ile ısıniyordu. İntihar girişiminde bulunan vakaların barındığı evin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3'te sunuldu.

Tablo 4.3. İntihar girişiminde bulunan çocukların barındığı evin özelliklerine göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Barındığı ev		
Ailenin	22	32.8
Kira	34	50.7
Akranın	11	16.5
Evdeki oda sayısı		
1	2	3.0
2	29	43.3
3	34	50.7
4 ≤	2	3.0
Evin ısınma şekli		
Soba	18	26.9
Kalorifer	49	73.1

Çalışma kapsamına dahil edilen vakaların %50.7'si yemek seçtiğini, %49.3'ü ise yemek seçmediğini belirtmişti. İntihar girişiminde bulunan vakaların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.4'te sunuldu.

Tablo 4.4. İntihar girişiminde bulunan çocukların yemek seçme durumları

	Sayı	Yüzde
Yemek seçiyor	34	50.7
Yemek seçmiyor	32	49.3

İntihar girişiminde bulunan olguların %53.7'sinin iki, %31.3'nün ise üç kardeşi bulunuyordu. Vakaların kardeş sayısına göre dağılımı Tablo 4.5'te sunuldu.

Tablo 4.5. İntihar girişiminde bulunan çocukların kardeş sayılarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
1	6	9.0
2	36	53.7
3	21	31.3
4 ≤	4	6.0

Çalışma kapsamına dahil edilen vakaların %62.7'sinde ailenin geçimini baba, %29.9'unda anne ve %7.4'ünde kardeşler sağlıyordu. İntihar girişiminde bulunan vakaların ailenin geçimini sağlayan kişilere göre dağılımı Tablo 4.6'da sunuldu.

Tablo 4.6. İntihar girişiminde bulunan çocukların ailenin geçimini sağlayan kişilere göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Baba	42	62.7
Anne	20	29.9
Kardeş	5	7.4

4.2. İntihar Girişimi İle İlişkili Faktörler

İntihar olgularının %4.5'inin ailelerinde psikiyatrik hastalık ve %1.5'inde ise intihar girişimi öyküsü bulunuyordu. Vakaların %56.7'si çekirdek aileye sahip ve %35.8'sinin ebeveynleri boşanmış ya da ayrı yaşıyordu. Çalışmaya dahil edilen vakaların %97.0'si ile anneleri ilgileniyordu. Vakaların %14.9'unun aileleri sosyal destek alıyordu. İntihar girişiminde bulunan vakaların ailelerinin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.7'de sunuldu.

Tablo 4.7. İntihar girişiminde bulunan çocukların ailelerinin ruhsal sağlık sorunları ve diğer özelliklere göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü		
Var	3	4.5
Yok	64	95.5
Ailede İntihar Girişim Öyküsü		
Var	1	1.5
Yok	66	98.5
Aile yapısı		
Çekirdek	38	56.7
Geniş	5	7.5
Parçalanmış	24	35.8
Sosyal Destek Durumu		
Evet	10	14.9
Hayır	57	85.1

Çalışma kapsamına alınan olguların %74.6'sının hiç arkadaşı bulunmaz iken, %25.4'ünün en az bir arkadaşı vardı. Yine araştırma kapsamındaki çocukların %25.4'nün duygusal akran ilişkisi mevcut olup, %62.7'sinin ise duygusal akran ilişkisi yoktu. İntihar girişimi vakalarının arkadaş sayısı ve duygusal akran ilişkisi bulunma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.8'de sunuldu.

Tablo 4.8. Araştırma kapsamındaki çocukların arkadaş sayısı ve duygusal akran ilişkisi bulunma durumlarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Arkadaş Sayısı		
Yok	50	74.6
1≤	17	25.4
Duygusal Akran İlişkisi		
Evet	17	25.4
Hayır	42	62.7
Yanıtsız	8	11.9

Çalışmaya dahil edilen olguların %91.0'i yüksek doz ilaç alımı ile intihar girişiminde bulunmuştu. İntihar girişimi nedenlerinin başında ise ailesel sorunlar (%25.4) ve ardından iletişim sorunları (%22.4) geliyordu. İntihar girişiminde bulunan vakaların %20.9'unda geçmişte intihar girişimi öyküsü bulunuyordu. İntihar girişiminde bulunan çocukların %3.0'ünün geçmişinde ise istismar öyküsü vardı. İntihar girişiminde bulunan çocukların intihar girişim şekli, intihar nedeni, geçmişinde intihar girişimi ve istismara uğrama öyküsü bulunma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.9'da sunuldu.

Tablo 4.9. İntihar girişiminde bulunan çocukların girişim ile ilişkili bazı faktörlere göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Girişim şekli		
Aşırı doz ilaç	61	91.0
Kesici alet	4	6.0
Diğer	2	3.0
İntihar nedeni		
Ailesel sorunlar	17	25.4
İletişim sorunları	15	22.4
Sınav kaygısı	5	10.5
Gelişimsel sorunlar	7	10.4
Yalnızlık	5	7.5
Ailede ölüm	4	6.0
Şiddet görme	3	4.5
Diğer	9	13.5
Girişim öyküsü		
Var	14	20.9
Yok	53	79.1
İstismar Öyküsü		
Evet	2	3.0
Hayır	65	97.0

Çalışma kapsamına alınan vakaların %32.8'inin psikiyatrik hastalık öyküsü vardı ve %28.4'ü son altı ay içerisinde psikiyatrik tedavi görmüştü. Bu çalışmaya dahil edilen vakaların ise %68.7'sine acil servis başvurusu sırasında psikiyatri konsültasyonu talep edilmişti. İntihar girişiminde bulunan vakaların psikiyatrik hastalık, psikiyatrik tedavi alma öyküsü ve başvuruda psikiyatri konsültasyonu istenme durumlarına göre dağılımları Tablo 4.10'da sunuldu.

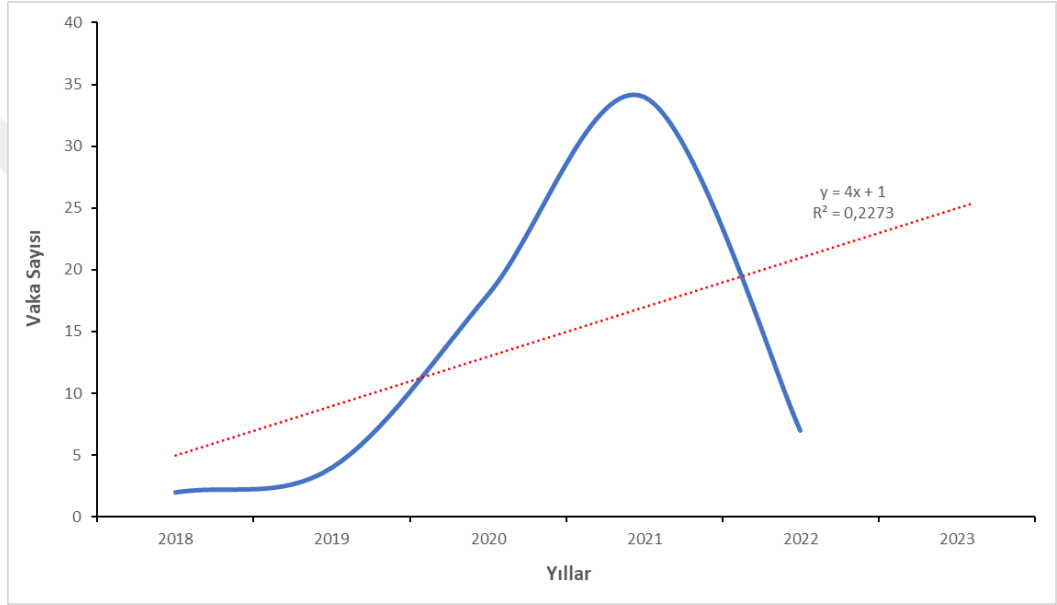
Tablo 4.10. İntihar girişiminde bulunan çocukların psikiyatrik hastalık ve tedavi alma öykülerine göre dağılımları

	Sayı	Yüzde
Psikiyatrik hastalık öyküsü		
Var	22	32.8
Yok	45	67.2
Psikiyatrik tedavi öyküsü		
Var	19	28.4
Yok	48	71.6
Psikiyatrik konsültasyon isteme		
Evet	46	68.7
Hayır	21	31.3

Araştırma kapsamına dahil edilen yıllarda gözlenen intihar girişimi sayıları 2019 yılından itibaren artmakta ve 2021 yılında pik yapmakta idi. Vaka sayıları, beş yıllık dönemde anlamlı olmayan bir yükselme eğilimine sahipti ($R^2= 0.227$, $p>0.05$). Tablo 4.11'de intihar girişimi vaka sayılarının yıllara göre dağılımı, Şekil 4.1'de ise vaka sayılarının trend analizi sonuçları sunuldu.

Tablo 4.11. İntihar girişimi olgularının yıllara göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
2018	2	3.0
2019	4	6.0
2020	20	30.0
2021	34	51.0
2022	7	10.0



Şekil 4.1. Çalışma kapsamına alınan yıllara ait intihar girişimi sayılarının trend analizi sonuçları

5. TARTIŞMA

Bu araştırma intihar girişiminde bulunan 10-18 yaş arasındaki çocukların sosyodemografik özelliklerini değerlendiren tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan çocukların kendilerinde ve anne-babalarındaki psikiyatrik hastalık öyküsünü, çalışma-okul durumlarını, aile ve arkadaşlık ilişkilerini incelemek amaçlanmıştır.

Araştırmamızda sosyodemografik verilerden yaş ve cinsiyet özelliklerine göre intihar girişiminde bulunanların yaş ortalaması 15.03 ± 2.0 yıl olarak bulunmuştur. Bu yaş değeri orta ergenlik ile geç ergenlik dönemine denk gelmektedir. Le Heuzey ve arkadaşlarının intiharla ilgili yaptıkları çalışmada vakaların %81'inin 13 yaş ve üzerinde olduğunu bulmuşlardır (Heuzey ve ark., 1995). Başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların %73'ünün 14-17 yaş aralığında olduğu görülmüştür (Osana ve ark, 2000).

Türkiye'de intihar girişimlerinin %30-35'inin 14-15 yaş arasında olduğu görülmektedir (Harmancı ve ark., 2015). Hatip AY'nin Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi ile başvuran olguları değerlendirdiği çalışmada yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde en sık 15-19 yaş aralığında başvuru olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki olguların yaş aralığı bizim çalışmamıza benzerdir. Bu durum 15-19 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlere yönelik ulusal ruh sağlığı politikalarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Hatip ve ark., 2018).

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan çocuklardan oluşan 67 vakanın %88,1'i kız ve %11,9'u erkek idi. Diğer bir değişle araştırmamızda kız çocukların erkeklere göre 7 kattan daha fazla intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır.

Keser B'nin İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na intihar girişimi ile başvuran ergenleri değerlendirdiği

çalışmada katılımcıların %71.4'ünün kız ve %28.6'sının erkek olduğu belirlenmiştir (Keser ve ark.,2020).

Eraslan ve arkadaşlarının 2021 yılında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine 2018 yılında başvuran 38 çocukta yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunanların %92.1'ini kız çocuklarının oluşturduğunu saptamışlardır. Çeşitli çalışmalarda intihar girişiminde bulunanlar arasında kızların oranı %70 ile %96 arasında değiştiği bildirilmiştir (Ertan ve ark., 1994).

Literatürdeki bu yaş grubunda ölümcül olmayan intihar girişimlerinin kız çocuklarında daha fazla, erkeklerde ise ölümcül intiharların daha sık görülmesi bilgisi bulgularımız ile örtüşmektedir. Türkiye'de farklı çalışmalarda intihar girişiminde bulunan kız/erkek oranları 4/1 ile 3/1 arasında değiştiği bildirilmiştir (Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 2019). Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan çocuklar, cinsiyete göre değerlendirildiğinde kızların erkeklerin yedi katı sayıda olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle çalışmamızda ülke genelinden çok daha yüksek oranda kızlar intihar girişiminde bulunmuştur. Bu durum bölgesel, sosyoekonomik veya diğer pek çok nedenden kaynaklanıyor olabilir. Bu önemli farklılığın nedenini ortaya koymak için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Kız çocuklarının erkek çocuklarına oranla daha fazla intihar girişiminde bulunmasının nedeni olarak kız çocuklarının daha erken ergenliğe girmeleri ve erkeklerin stresle baş etmede alkol kullanımı ve saldırgan davranışlar gibi başka yöntemlere başvurmaları gösterilmektedir. Yine kız çocuklarının bu dönemde yaşamlarında ve ailelerinde daha fazla sorumluluk almaları ve dolayısıyla aile içi sorunlarla daha fazla muhatap olmalarının bu duruma yol açabileceği belirtilmektedir (Özçelik B, 2002).

Yine Aktepe ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada adolesan dönemde kız çocuklarında duygulanım bozukluklarının daha sık görülmesinin bu durumun nedeni

olabileceği bildirilmektedir. (Aktepe ve ark., 2006). Bu sonuçlar toplumda çocukluk ve ergenlik döneminde kapsamlı psikososyal hizmet politikalarının pozitif ayrımcılık yapılarak özellikle kız çocuklarına yönelik uygulanması gereğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan çocukların %59.7'sinin okul başarı durumunun düşük olduğu ve sadece %3'ünün okul başarı durumunun iyi olduğu belirlenmiştir. Yıldırım'ın 2017 yılında Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk servisine intihar girişimi ile başvuran 12-17 yaş aralığındaki çocuklara yönelik yaptığı araştırmada çalışma kapsamındaki çocukların %26'sının eğitim ve öğretim hayatına devam etmediğini tespit etmiştir. Okul başarı durumu ile intihar girişimi arasında neden-sonuç veya sonuç-neden paralelliği olduğu bilinmektedir.

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan çocukların %64.2'sinin anne-babalarının birlikte yaşadıkları ve %35.8'inin ise parçalanmış aileye sahip oldukları saptanmıştır. Eraslan'ın adolesanlarda yaptığı araştırmada bulgularımıza benzer olarak parçalanmış aile oranının %34.2 olduğu saptanmıştır (Eraslan ve ark., 2021).

Parçalanmış aile yapısının psikososyal açıdan büyük bir stres oluşturu faktör olması nedeni ile intihar girişim riskini arttırdığı bildirilmektedir (Ekici ve ark., 2001). Batman'da 2019-2021 yılları arasında yapılan bir araştırmada intihar girişimi ile başvuran intihar girişiminde bulunan 15-25 yaş arası bireylerin %25'inin ebeveynlerinin boşanmış veya ayrı yaşadığı saptanmıştır (İpek., 2022). Yine Güleç G'nin Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi aciline intihar girişimi ile başvuran 63 genç kapsamında yaptığı çalışmada gençlerin ebeveynlerinin %11.1'inin boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Parçalanmış ailelerin ergen intihar girişimi açısından tek başına bile risk faktörü olabileceği belirtilmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların %81'inin iki veya daha fazla kardeşe sahip oldukları saptanmıştır. Eraslan ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada iki ve

üzeri sayıda kardeşe sahip olan aile oranı %39,5 olarak bulunmuştur. Adolesan dönemdeki intihar girişimlerinde ailede çocuk sayısının fazlalığının bir risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (Aktepe ve ark.,2006).

Çuhadaroğlu'nun yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin ailelerinde çocuk sayısı fazlalığının ek bir etmen olabileceği belirtilmiştir (Çuhadaroğlu ve ark., 1993). Araştırmamızda kardeş sayısı ile intihar girişimi vakaları arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır.

Araştırmamızda anne veya babanın bir işte çalışıp çalışmaması ile intihar girişimi arasındaki ilişki de araştırılmıştır. İntihar girişiminde bulunan çocukların annelerinin %70.1'inin çalışmadığı saptanmıştır. Anne- baba çalışma durumu ile intihar girişimi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanamasa da literatürde intihar girişiminde bulunan çocukların özellikle ailenin geçiminde ilk sırada sorumluluk sahibi olan babalarının işsiz olması önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Kienhorst ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan on bine yakın ergenin babalarının büyük çoğunluğunun işsiz olduğu belirtilmiştir (Kienhorst ve ark.,1990).

Araştırma kapsamındaki çocukların ailelerinin %4,5'inde ruhsal hastalık tespit edilmiştir. Güleç G'nin 2004 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi acil kliniğine intihar girişimi ile başvuran gençlerde yaptığı çalışmada araştırma kapsamındaki gençlerin ailelerinin %23.8'inde psikiyatrik bir hastalık bulunduğu saptanmıştır. Turgay''ın yaptığı araştırmada ailede intihar öyküsü, ruhsal hastalık ve boşanmanın çocuk ve ergenin kendine zarar verici davranışları arasında ilişki saptanmıştır (Turgay A., 1989).

Toros ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişimi açısından akrabalarda ruhsal sorunların olmasının intihar girişiminde en önemli risk faktörlerinden biri olduğu belirtilmiştir (Toros ve ark., 2003).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların annelerinde duygudurum bozukluklarının yüksek olduğu ve yine ebeveyn psikopatolojisinin ergen intiharıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2018).

Çalışmamızda katılımcı çocukların %74,6'sının arkadaşının bulunmadığı ve intihar girişiminde bulunan bu çocukların sadece %4,5'inin üç veya daha fazla arkadaşı bulunduğu belirlendi. Sosyal izolasyonun intihar girişimleri de dahil olmak üzere tüm ruhsal hastalıklar ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Yoder KA ve ark.,1998). Bu açıdan bakıldığında araştırma kapsamındaki çocukların çok önemli bir kısmının akran ilişkisinin bulunmaması önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bu nedenle aile ve öğretmenler başta olmak üzere kendisini akranlarından veya toplumdan izole eden çocuklara çok daha hassas yaklaşımları ve bu çocuklara yönelik destek verici politikaların geliştirilmesi gerekir.

Çalışmamızın yaş, psikiyatrik hastalık mevcudiyetinin sıklığı, intihar türü ve nedenine yönelik sonuçlar mevcut literatürle uyumludur. Araştırmamızda intihar girişim yöntemleri incelendiğinde %91'inin aşırı doz ilaç kullandığı görülmektedir.

Molina ve arkadaşlarının çalışmasında da kız çocuklarında en yaygın intihar yöntemlerinin ateşli silah yaralanması, kendisini asma ve ilaç zehirlenmesi olduğu ve kızlarda intihar oranının daha yüksek seyrettiği belirlenmiştir. Yine bu çalışmada altta yatan nedenler incelendiğinde ailevi sorunların, kronik hastalıkların ve bilinmeyen nedenlerle intihar oranlarının çok daha yüksek olduğu görülmüştür (Hill RM, Castellanos D, Pettit JW, 2011).

Hatip AY'nin Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi ile başvuruları kapsayan çalışmada bulgularımız ile paralel şekilde şiddet içermeyen yöntem olarak en sık ilaç içerek intihar girişiminde

bulunduklarını tespit etmiştir (Hatip AY, 2018). Yıldırım, intihar girişimi ile kliniğe başvuran çocuklarda yaptığı çalışmada olguların %84'ünün intihar girişim yöntemi olarak yüksek doz ilaç alımını seçtiklerini tespit etmiştir.

İpek Z'nin yaptığı araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin en sık intihar girişim yöntemlerinin %21.5 ile ası ve aynı oranda kesi olduğu bu yöntemleri %15.3 ile ateşli silahla yaralanmanın takip ettiği görülmüştür. İntihar girişimlerinde yaş arttıkça kullanılan intihar yönteminde değiştiği anlaşılmaktadır. Keser'in İstanbul'da yaptığı çalışmada intihar öyküsü bulunanların oranı %25.7 olarak saptanmıştır (Keser B, 2020). İpek Z'nin yaptığı araştırmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %42.9'unun daha öncede intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır.

Hatip ise yaptığı çalışmada vakaların %10.9'unun mükerrer intihar girişimi ile acil servise başvurduğunu tespit etmiştir (Hatip, 2018). Ayrıca bu çalışmada mükerrer intihar girişiminde kız cinsiyetin daha çok ön planda olduğunu tespit etmiştir. Yıldırım, intihar girişimi ile kliniğe başvuran çocuklarda yaptığı çalışmada katılımcıların %26'sının daha önce en az bir defa intihar girişim öyküsü bulunduğunu tespit etmiştir.

Araştırmamızda çalışmaya dahil edilen çocukların %91'i yüksek doz ilaç ile intihar girişiminde bulunmuştur. Güleç G'nin Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi aciline intihar girişimi ile başvuran 63 genç kapsamında yaptığı araştırmada intihar girişiminde bulunanların en sık intihar etme yöntemlerinin %52.1 ile yük doz ilaç içme olduğu saptanmıştır (Güleç ve ark., 2006).

Yine Eraslan ve arkadaşlarının ergenlerde yaptığı araştırmada intihar girişiminde %92.1 ile en sık yöntem yüksek doz ilaç kullanıldığı saptanmıştır (Eraslan ve ark., 2021). Pek çok çalışmada bu yöntemin intihar girişimlerinde ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (Ateşci ve ark., 2002; Ünlü ve ark., 2014). Bu durumun nedeni olarak ilaçlara ulaşımın

daha kolay olması düşünülmektedir. Yaş arttıkça daha yüksek oranda şiddet içeren intihar girişimlerinin oluştuğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Yüksek doz ilaç alımı pek çok çalışmada adolesanlarda en fazla oranda kullanılan intihar yöntemi olarak saptanmıştır. Çocukların intihar eylemini yüksek doz ilaç alarak gerçekleştirdikleri bu sebepten dolayı evlerde ilaç kullanım ve saklanma biçimleri hakkında ailelerine ve çocuklarına eğitim verilmesi gerekmektedir.

Araştırmamıza dahil olan intihar girişiminde bulunan her beş çocuktan birinin öykülerinde daha önceki dönemlerde de intihar girişimlerinin olduğu saptandı.

Adolesanlarda sonraki intihar davranışının en önemli öncül risk faktörlerinden biri geçmişte intihar girişim öyküsünün bulunması çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmalardan biri de Bridge'nin yaptığı çalışmadır. Yapılan bu araştırmada tamamlanmış intiharlarda, en önemli risk faktörünün önceki intihar girişim öyküsünün olduğu saptanmıştır (Bridge ve ark., 2006). Yine Miller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer bir bulgu olarak tamamlanmış intiharlarda adolesanların %10-40'ında daha önceden bir intihar girişi olduğu belirlenmiştir (Miller ve ark., 2000).

Bizim çalışmamızda da bu çalışmaların bulgularına benzer şekilde tekrarlayan intihar girişimi vaka oranının fazla olduğu ve özellikle kızlarda erkeklere göre tekrarlayan intihar girişiminin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum intihar girişimlerinin özellikle bu yaş grubunda yüksek oranda mükerrer olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle ilk intihar girişiminde bulunanların hastanede tedavisinin yanı sıra, bu kritik fiilin tekrar etmemesi için girişimde bulunan kişi, aile ve yakın çevresi başta olmak üzere tüm bileşenlerin sosyal ve ekonomik yoldan desteklenmesi ve davranış değişikliği oluşturacak çok boyutlu çalışmayı elzem kılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki intihar girişiminde bulunan çocukların öykülerinde %32,8 oranında psikiyatrik bir hastalık bulunduğu belirtilmiştir. Akın ve arkadaşlarının

36 ergenin dahil edildiği bir araştırmada da intihar girişiminde bulunan çocukların %77.8'inin psikiyatrik bozukluğa sahip oldukları saptanmıştır (Akın E ve ark., 2012). Ünsal E'nin 2022 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Servisine intihar girişimi ile başvuran 18-24 yaş arasındaki gençlerde %12.5 oranında daha önce ruhsal hastalık öykülerinin bulunduğu saptanmıştır.

Çalışmamız kapsamındaki çocukların yaklaşık üçte birinde (%32.8) psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edilmiştir. Güleç G'nin yaptığı çalışmada acil servise intihar girişimi ile başvuran gençlerin %22.2'sinde önceden psikiyatrik hastalık tanısı bulunduğunu saptamıştır. Bu yüksek oranlar nedeniyle ilk defa intihar girişiminde bulunanların hastanelerde uzman ekiplerce psikiyatrik açıdan geniş kapsamlı değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de tüm ülkeyi temsil eden örnekleme olup psikiyatrik tanı ölçeği kullanılarak veri toplanan ve Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ile yapılan ilk epidemiyolojik araştırma "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında 5-18 yaş arasındaki çocuklarda klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %12 olduğu saptanmıştır (Erol N, Kılıç C,Ulusoy M,Keçeci M,Şimşek Z, 1998).

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan çocuklarda saptadığımız psikiyatrik hastalık oranının ülke genelinden yaklaşık üç kat daha fazla olması son 25 yılda çocuklarda herhangi bir psikiyatrik hastalık sıklığının ciddi oranda arttığı yönünde şüphe uyandırmaktadır. Üstelik yine Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre 11-18 yaş grubunda bulunanların ruh sağlığı sorunu sıklığının %5 olmasına rağmen, sağlık kurumlarına başvuru oranının sadece %0.2 ile diğer yaş gruplarından oldukça düşük olması da ayrı bir sorun olarak görülmektedir.

Araştırmamızda intihar girişim nedenleri araştırıldığında ilk sırada %25.4 ile ailesel sorunlar ve ardından %22.4 ile iletişim sorunları en önde gelen intihar nedeni olarak belirtilmiştir.

Ülkemizde 2022 yılında çocuk yaş grubundaki tüm intihar vakalarının birinci nedeni olarak hastalık (%15.8), ikinci nedeni aile geçimsizliği (%11.8) olduğu saptanmıştır (TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022). Eraslan'ın yaptığı çalışmada çocuklarda intihar nedeni olarak ilk sırada %44,7 ile ailesel sorunlar belirtilmiştir (Eraslan ve ark., 2021). Literatürde benzer şekilde ailevi nedenlerin ilk sırada yer aldığı pek çok çalışma bulunmaktadır (Aktepe ve ark., 2006; Ünlü ve ark., 2014). Özgüven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde intihar girişiminde bulunan adolesanların %90.1'i aileleri tarafından durumlarının anlaşılmadığı gerekçesiyle bu yönetime başvurduklarını belirtmişlerdir (Özgüven ve ark., 2003).

Çocukluk ile yetişkinlik arasındaki bir dönem olan adolesan çağda sosyal destek çok önemli bir hal alır. Bu desteğin de en büyük kaynağının doğal olarak aile olması beklenir. Ailenin sosyal destek işlevselliğinin düşük olduğu veya tam tersine aile içi ilişkilerin yük oluşturduğu durumların adolesan gruplar için ciddi stresler oluşturup ve yanlış davranış biçimlerine yönlendirebileceği çalışmalarda da gösterilmiştir (Özçelik ve ark., 2002).

Yine çalışmamızda intihar nedeni sıralamasında Eraslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da %15.4 ile aile dışı sosyal ilişkilerin kötü olmasının ikinci en sık intihar nedeni olması bulgularımız ile paralellik göstermektedir (Eraslan ve ark., 2021).

Çalışmamıza dahil olan çocukların %28.4'ü son altı ay içerisinde psikiyatrik tedavi gördüklerini ifade etmişlerdir. Eraslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin %52.6'sında daha önceden psikiyatrik hastalık bulunduğu

saptanmıştır (Eraslan ve ark., 2021). Psikiyatrik bir hastalığın bireyde bulunmasının diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak risk oluşturduğu ve altta yatan psikiyatrik hastalığın intihar girişimine yol açabileceği belirtilmektedir (Ekici ve ark., 2001).

Benzer şekilde Hatip'in yaptığı çalışmada olguların %38.6'sının önceden psikiyatrik hastalık nedeniyle ilaç kullandığını tespit etmiştir. İntihar girişiminde bulunan çocukların önceki ve sonraki yaşamlarında ruhsal sağlıklarının tam olarak iyilik hali içinde olmadığı anlaşılmaktadır (Hatip AY, 2018).

Çalışmamızda intihar girişimi ile başvuran çocukların %68'ine psikiyatrik muayene konsültasyonu istenmiştir. Hatip'in araştırmasında ise acil kliniğine intihar girişimi ile başvuranların %74.1'ine psikiyatri konsültasyonu istendiği tespit edilmiştir (Hatip AY, 2018). İntihar girişiminde bulunan çocuklara istenen konsültasyon sonucu geçmiş psikiyatrik öykülerinin öğrenilmesi, gelecekle ilgili uygulanacak psikososyal hizmetlerin planlamasında etkili olacağı kanısındayız.

Araştırmamızda intihar vakalarında Covid-19 pandemisi nedeniyle 2020 yılı itibariyle intihar girişim vakalarının artış gösterdiği, 2021 yılında en yüksek seviyeye ulaştığı, pandeminin etkilerinin azalmasıyla düşüşe geçtiği görülmüştür. Bu durum pandeminin yarattığı tüm psikolojik stresler başta olmak üzere, bu süreçte evde çok daha fazla zaman geçiren çocukların sosyal medya platformlarının aşırı kullanımı sonucu meydana gelen olumsuzlukların intihar girişiminde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda yazılı veya sosyal mecralardaki intihar haberlerinin veriliş şekli ve süresi de ergen intiharları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Crepeau-Hobson MF, et all, 2014).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- İntihar girişimi veya diğer davranış bozukluğu gösteren çocuklara başta aileleri olmak üzere tüm toplumun daha özenli davranması önemli bir sorumluluktur. Özellikle bu grubun aileleri ve öğretmenleri ile birlikte aile hekimlerince yakın takip edilmesi ve intiharları önlemek için intihar girişimi vakalarını yönetmeye yönelik klinik protokoller geliştirilmesi gerekmektedir.
- Araştırmaya dahil edilen çocukların üçte birinden fazlasının anne ve babasının ayrı yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Anne ve babanın ayrı yaşaması çocuğun davranış gelişimine olumsuz etki edebileceği düşünüldüğünde bu grubun başta okullarında görev yapan psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmeti veren öğretmenler olmak üzere kamusal sosyal destek hizmet verme gerekliliğini göstermektedir.
- Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan çocukların yaklaşık üçte birine daha önce psikiyatrik hastalık teşhisi konulduğu saptanmıştır. Bu durum psikiyatrik hastalığı bulunan çocukların tıbbi rehabilitasyon hizmetine ek olarak sosyal rehabilitasyonu da önemli hale getirmektedir. Bu çocukların ilaçlarını almalarından emin olunacağı bir sistemin kurulmasının yanı sıra, aile ve yakın çevresinin de tedaviye destek olmak üzere eğitime ihtiyacını göstermektedir.
- Araştırmamız kapsamında yaklaşık beş çocuktan birinin intihar girişimini tekrarladığı saptanmıştır. Bu durum özellikle ilk intihar girişiminden itibaren ailesel ve çevresel faktörlere yönelik olarak, aile ve sosyal politikalar il müdürlüklerinde görev yapan sosyal çalışmacılar başta olmak üzere çocuğa tüm sosyal ve diğer desteklerin en üst düzeyde verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

- Çalışmaya dahil edilen çocukların yaklaşık üçte birinin herhangi bir psikiyatrik hastalık nedeni ile tıbbi tedavi aldıkları görülmüştür. Tedaviye ve profesyonel yardıma ihtiyacı olduğu halde bu hizmetlerden yararlanamama durumu olup olmadığı konusunda bu çocuklara yönelik olarak daha fazla araştırma yapılması gerekir.
- Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan çocukların %3'ü daha önceki zamanlarda istismarın herhangi bir türüne uğradıklarını ifade etmişlerdir. Bu çocukların istismar konusunda eğitimlerinin ana sınıfından itibaren başlanması gerekliliği bilinen bir gerçek olmakla birlikte, ek olarak istismara maruz kalan çocukların durumlarını bildirme mekanizmaları, maruz kalındığında verilecek sosyal ve diğer destek konuları da önemli bir hal almaktadır.
- Çocuk intiharlarının önlenmesi önemli bir ulusal önceliği temsil etmektedir. Çocuk intihar oranlarındaki bariz bölgesel farklılıkları aydınlatmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.
- Adolesan grup ile ilgili intihar eğilimlerinin, ileri yaşlardaki intihar eğilimlerinden ayrı olarak daha ayrıntılı incelenmesi ve izlenmesi ile birlikte ulusal intihar girişimi istatistiksel verilerinin daha derinlemesine iyileştirilmesi gerekir.
- İntihar riski ve savunmasızlık faktörleri ile intihar yöntemlerinin yaygınlığı yetişkinlerden farklıdır; bu nedenle koruyucu stratejilerin özellikle çocuk nüfusuna yönelik uyarlanması gerekir.
- Adolesan dönemde artış gösteren intihar ile ilişkili sosyodemografik faktörlerin değerlendirildiği çalışmamız bu yaş grubundaki intihar girişimlerinin köken aldığı nedenlere yönelik daha derinlemesine araştırmalara ihtiyaç olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır.

- Adolesan intiharları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Klinik yöntemler ile risk altındaki çocukları belirlemek ve etkin intiharları önleyici müdahale programlarının geliştirilmesi öncelikli alanlar olarak görünmektedir.



KAYNAKLAR

- Aguilar-Velázquez DG, González-Castro TB, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop E, I, López-Narváez ML, Ana Frézan, Hernández-Díaz
- Akin E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik. Marmara Med J. 2012;25(3):148–152
- Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006; 5:444-54
- Altan T, Şahin Baltacı H. Lise Öğrencilerinde Benlik Saygısının Yordayıcısı Olarak Depresyon, Bağlanma ve Şiddet Eğilimi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2016;1(40).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5).; 2013.
- Apter, A, Bursztein, C, Bertolote, JM, Fleischmann, A, Wasserman, D. Suicide on all continents in the young. In Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (eds Wasserman, D, Wasserman, C): 621–8. OUP, 2009.
- Atay İM KE. Ergenlerde intihar davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2003;10(3):128-136.
- Ateşçi FÇ Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M..İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. Klinik Psikiyatri, 22-7, 2002
- Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev. 1990;97(1):90– 113. 66
- Bayam G, Dilbaz N HH ve ark. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 1995;2–2(Genel Bir Hastanede Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri):5763.

- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(9):1174–1182.
- Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(3):420–436.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *JAMA J Am Med Assoc*. 1975;234(11):1146–1149.
- Bettes BA, Walker E. Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 1986;14(4):591–604.
- Bilgiç A. İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme. Pekcanlar AA, Ercan ES (Ed). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* Ankara, 580-90, 2016
- Botega, NJ, D'Oliveira, CFA, Bertolote, JM. Suicide prevention in Brazil. In *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (eds Wasserman, D, Wasserman, C): 841–2. OUP, 2009
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2006;47(3–4):372–394.
- Can, S., Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Derg*. 2004:53–62.
- Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009.
- Chang, SS, Stuckler, D, Yip, P, Gunnell, D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347: f5239.
- Coccaro EF, Silverman JM, Klar HM, Horvath TB, Siever LJ. Familial Correlates of Reduced Central Serotonergic System Function in Patients with Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(4):318–324.

- Crepeau-Hobson MF, Leech NL. The impact of exposure to peer suicidal self-directed violence on youth suicidal behavior: A critical review of the literature. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2014;44(1):58–77.
- Çuhadaroğlu Ç SB. *Türk Psikiyatr Derg.* 1993;4(Adolesan intiharları ve kendilik imgesi):29-38.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda Benlik Saygısı*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara
- Dahl 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(1):63–5.
- Dahlen ER, Martin RC. The experience, expression, and control of anger in perceived social support. *Pers Individ Dif.* 2005;39(2):391–401. d
- De Leo D. Struggling against suicide: the need for an integrative approach. *Crisis.* 2002;23(1):23–31
- De Leo, D, Svetcic, J, Milner, A. Suicide in Indigenous people in Queensland, Australia: trends and methods, 1994–2007.
- Deffenbacher JL, Lynch RS, Oetting ER, Kemper CC. Anger Reduction in Early Adolescents. *J Couns Psychol.* 1996;43(2):149–157.
- Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry.* 2003;J Psychiat(48):324–329.
- Dickman SJ. Functional and Dysfunctional Impulsivity: Personality and Cognitive Correlates. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(1):95–102.
- Duprey EB, Oshri A, Liu S. Childhood Maltreatment, Self-esteem, and Suicidal Ideation in a Low-SES Emerging Adult Sample: The Moderating Role of Heart Rate Variability. *Arch Suicide Res.* 2019;23(2):333–352.

- Durkheim E. İntihar Çev Ö Ozankaya. 2013.
- Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2:204-12, 2001)
- Eraslan AN, Görücü RA, Öztürk M, Yılmaz A ve Taşar MA. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi ve Depresyon açısından değerlendirilmesi. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 322-32, 2021.
- Erbil N ve ark. Ergenlerin Benlik Saygısına Ailelerinin Tutum ve Davranışlarının Etkisi. Sos Polit Çalışmaları Derg. 2006;10(10):7–16.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M ve Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı. 2021, Ankara
- Eskin M, Voracek M, Stieger S, Altinyazar V. A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46(9):813–823.
- Eskin M. İçinde: İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Tanım ve Anlama. ; 2003:3–28.
- Eskin M. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara: HYB Yayıncılık, 2012.
- Ferrari, AJ, Somerville, AJ, Baxter, AJ, Norman, R, Patten, SB, Vos, T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. Psychol Med 2013; 43: 471–81.
- Goldstein TR BD. Youth Suicide Dulcan's Textb Child Adolesc psychiatry Am Psychiatr Pub. 2015.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(12):1155–1162.

- 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 Adolesc Psychiatry*. 2003;42(4):386–405.
- Graafsma, T, Kerkhof, A, Gibson, D, Badloe, R, et al. High rates of suicide and attempted suicide using pesticides in Nickerie, Suriname, South America. *Crisis* 2006; 27: 77–81
- Gredler GR, Sandoval, J. (Ed.) (2002). *Handbook of crisis counseling, intervention and prevention in the schools*. 2nd ed. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. 444 pp. *Psychol Sch*. 2003;40(4):439–441.
- Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance-- United States, 2003. *MMWR Surveill Summ Morb Mortal Wkly report Surveill* 63 Summ / CDC. 2004;53(2):1–96.
- Güleç G, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2005
- Haarr, RN. *Assessment of Violence Against Children in Schools in Kazakhstan*. Office of the Commissioner for Human Rights in the Republic of Kazakhstan and UNICEF Office in Kazakhstan, 2013
- Hatip AY, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran intihar İntihar Girişimi olgularının değerlendirilmesi Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018
- Hawton, K, Haw, C. Economic recession and suicide. *BMJ* 2013; 347: f5612.
- Herpertz S. Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(1):57–68.
- Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clin Psychol Rev*. 2011. 61

- Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. Clin Psychol Rev. 2011
- Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, et al. Why People Engage in Parasuicide: A Cross-Cultural Study of Intentions. Suicide Life-Threatening Behav. 2002;32(4):380–393.
- Horesh N, Gothelf D, Ofek H, Weizman T, Apter A. Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. Crisis. 1999;20(1):8–14.
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>
- Hultén A, Wasserman D (1992) Suicide among young people aged 10–29 in Sweden. Scand J Soc Med 20:65–72. <https://doi.org/10.1177/1403494>
- Husain SA. Current Perspective on the Role of Psychosocial Factors in Adolescent Suicide. Psychiatr Ann. 1990;20(3):122–127.
- İpek Z, İntihar girişimde bulunmuş Ergenlerin Psiko Sosyal Durumlarının çocukluk çağı Travmaları, kendine Zarar Verme Davranışı, Anksiyete ve Depresyon düzeyleri açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2022.
- Jang JM, Park J Il, Oh KY, et al. Predictors of suicidal ideation in a community sample: Roles of anger, self-esteem, and depression. Psychiatry Res. 2014;216(1):74–81.
- Johansson L, Stenlund H, Lindqvist P, Eriksson A (2005) A survey of teenager unnatural deaths in northern Sweden 1981–2000. Accid Anal Prev 37:253–258. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2004.09.002>
- Kalenscher T, Ohmann T, Güntürkün O. The neuroscience of impulsive and self-controlled decisions. Int J Psychophysiol. 2006;62(2):203–211.
- Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. Depress Anxiety. 2001;14(3):164–176

- Kazdin AE, et al. Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(4):504–510.
- Keser B, Betül K, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'na İntihar Girişimi İle Başvuran Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve İnternet Bağımlılığının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2020
- Kingsbury S, Hawton K, Steinhardt K, James A. Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(9):1125–1131.
- Kölves K, De Leo D (2014) Suicide rates in children aged 10–14 years worldwide: changes in the past two decades. *Br J Psychiatry* 205:283–285. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144402>. Accessed 22.06.2023
- Kölves, K. Child suicide, family environment, and economic crisis. *Crisis* 2010; 31: 115–7.
- Lahti A, Harju A, Hakko H, Riala K, Räsänen P (2014) Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. *J Psychiatr Res* 58:123–128. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.020>. 22.06.2023.
- Le Heuzey MF, Isnard P, Badoual AM, Dugas M. Enfants et adolescents suicidants. *Arch Pediatr.* 1995;2(2):130–135.
- Lee J, Choi H, Kim MJ, Park CG, Shin DS. Anger as a predictor of suicidal ideation in middle-school students in Korea: Gender difference in threshold point. *Adolescence.* 2009;44(174):433–446.

- Levinson DF, Mowry BJ, Sharpe L, Endicott J. Penetrance of schizophreniarelated disorders in multiplex families after correction for ascertainment. *Genet Epidemiol.* 1996;13(1):11–21.
- Litwiller BJ, Brausch AM. Cyber Bullying and Physical Bullying in 64 Adolescent Suicide: The Role of Violent Behavior and Substance Use. *J Youth Adolesc.* 2013;42(5):675–684.
- Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 65 2017;26(4):387–402.
- M. Eskin İçinde: Eskin M.İntihar:Açıklama ,Değerlendirme ,Tedavi ve Önleme .Ankara :HYB Yayıncılık. ; 2012.
- Malone, K, Quinlivan, L, McGuinness, S, McNicholas, F, Kelleher, C. Suicide in children over two decades: 1993–2008. *Ir Med J* 2012; 105: 231–3.
- McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(6):612–619.
- Michaelis BH, Goldberg JF, Davis GP, Singer TM, Garno JL, Wenzel SJ. Dimensions of Impulsivity and Aggression Associated with Suicide Attempts Among Bipolar Patients: A Preliminary Study. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2004;34(2):172–176.
- Miller AL, Glinski J. Youth suicidal behavior: Assessment and intervention. *J Clin Psychol.* 2000;56(9):1131–1152.
- Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Res.* 2003;120(3):247–255
- Moeller FG et al. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2001;21(4):193–198.

- Moens GFG, Haenen W, Van de Voorde H. Epidemiological aspects of suicide among the young in selected European countries. *J Epidemiol Community Health*. 1988;42(3):279–285.
- Molina S, Borkovec TD. The Penn State Worry Questionnaire: psychometric properties and associated characteristics. *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*, GCL Davey, F Tallis (Ed.), 265-83, 1994
- National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (2021) Suicide in Sweden [Själv mord i Sverige]. <https://ki.se/nasp/sjalvmord-i-sverige>. Accessed 9 May 2023 (In Swedish)
- Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol*. 2001;30(1):154–162
- O’Carroll PW, Potter LB, Mercy JA. Programs for the prevention of suicide 62 among adolescents and young adults. *MMWR Recomm Rep*. 1994;43(RR-6):1– 7.
- Odağ C. İçinde: İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği. 1995.
- Odağ, C., (2008) İNTİHAR. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri, Org. Ltd. Şti Yayınları No:1, İzmir
- Oliver J. İçinde: *Journal of Chemical Information and Modeling*. C 53. ; 2013:1689–1699.
- Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P. Mental Pain and Its Relationship to Suicidality and Life Meaning. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2003;33(3):231–241.
- Osona Rodríguez B, González Vicent M, Mencía Bartolomé S, Casado Flores J. Suicidio en la edad pediátrica: Presentación de 30 casos. *An Esp Pediatr*. 2000;52(1):31–35.
- Özçelik B. Ergenlik Dönemi ve Ergenlerde Suisid Açısından Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 15(2):68,67, 2002

- Özgüven-Devrimci, H. ve Sayıl I. Can J Psychiatry. 2003;48(Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behavior.):324–329.
- Özgvén HD, Soykan Ç, Harun S. İntihar Girişiminde Sorun Alanları ve Tetikleyiciler Kriz Dergisi, 2003, 11(11): 13-24
- Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri. 2015.
- Palabıykoğlu R. No Title. Türk Psikol Bülteni. 1995;(3):15–20.
- Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, et al. Higher expression of serotonin 5- 67 HT2A receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. Am J Psychiatry. 2002;159(3):419–429.
- Parellada M, Saiz P, Moreno D, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? Psychiatry Res. 2008;157(1–3):131–137.
- Parker G, Roy K. Adolescent depression: A review. Aust N Z J Psychiatry. 2001;35(5):572–580.
- Patterson CJ, Farr RH, Hastings PD. Socialization in the context of family diversity. Handb Social Theory Res 2nd ed. 2015:202–227.
- Pfeffer CR, Stokes P, Shindledecker R. Suicidal behavior and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis indices in child psychiatric inpatients. Biol Psychiatry. 1991;29(9):909–917.
- Pisani AR, Wyman PA, Petrova Met al. Emotion Regulation Difficulties, Youth-Adult Relationships, and Suicide Attempts Among High School Students in Underserved Communities. J Youth Adolesc. 2013;42(6):807–820.
- Pritchard, C, Hansen, L. Adolescent and youth suicide in England and Wales: an international comparison. Int J Adolesc Med Health 2005; 17: 239–53.
- Public Health Agency of Sweden (2019) The reasons for increase mental health issues in youth. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk->

halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/. Accessed 9 May 2021

- Quatman, T. ve Watson C. *J Genet Psychol.* 2001;162(1):93–117.
- Richard D. Wetzel P. *Arch Gen Psychiatr.* 1976;33(Hopelessness, Depression, and Suicide Intent):1069–1073.
- Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry.* 1995;152(7):1075–1076.
- Sadock BJ, Sadock VA. Suicide, Violence, and Other Psychiatric Emergencies. In: Kaplan&Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 5th Editio. Philedelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2010:332-348.
- Sanchez LE, Le LT. Suicide in mood disorders. *Depress Anxiety.* 2001;14(3):177–82.
- Sanders JM, Beach RK, Brookman RR, et al. Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults. *Pediatrics.* 1988;81(2):322–324.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(4):339–348.
- Shaffer D, Pfeiffer CR, Bernet W, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(7 SUPPL.):24S-51S.
- Shahtahmasebi S. Youth suicide prevention. *Child Violence Bullying Int Perspect.* 2013;31:271–281.
- Soole, R, Kölves, K, De Leo, D. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland child death register. In *Crisis* 2014; in press.
- Spielberger CD, Jacobs GA, Russell S, Crane RJ. Assessment of anger: The state-trait anger scale. İçinde: *Advances in personality assessment.* C 2. ; 1983:112–134.
- Stuckler, D, Basu, S. *The Body Economic: Why Austerity Kills.* Allen Lane, 2013.

- Suvarlı MK. Çocuklarda Ve Adolesans Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler Ve Çözümleri. Kriz Derg. 1995;3(Çocuklarda ve adolesans çağında intihar: araştırmalar, önlemler ve çözümler):89–101.
- Taliaferro LA, Rienzo BA, Miller MD, Pigg RM, Dodd VJ. High school youth and suicide risk: Exploring protection afforded through physical activity and sport participation. J Sch Health. 2008;78(10):545–553.
- Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R, ve ark T. Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R ve ark 114. Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R, ve ark T. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve risk faktörleri. Adli Bilimler Dergisi 2003: 2: 11-17):11–17
- Turgay A. An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am. 1989;12(4):971–985.
- Ünlü G, Aksoy Z, Ersan E. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk Ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 2014 (3): 176-82
- Ünsal E, İntihar girişiminde bulunmuş 18-24 yaş arasındaki gençlerin psikososyal güçlüklerinin ve destek gereksinimlerinin açıklanması. Dokuz Eylül üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022
- Vairo MC, Ruiz M BM, et al. No.vertex. 2003;14(53)(Suicidal behavior in adolescents. Risk factors. 179,14 (53): 179-184 , 2003
- World Health Organization (2017). Surveillance of suicide and suicide attempts.
- World Health Organization (2018) Adolescent mental health in the European Region. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf. Accessed 9 May 2021
- Y, Guzmán-Priego CG, (2017) Gender differences of suicides in children and adolescents: analysis of 167 suicides in a Mexican population from 2003

to2013.PsychiatryRes258:83–87. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.083>.

Erişim tarihi 22.06.2023.

Yıldırım A, İntihar girişiminde bulunan ergenlerde epidemiyolojik, Sosyodemografik, psikososyal özellikler Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2017

Yoder KA, Hoyt DR, Whitbeck LB. Suicidal behavior among homeless and runaway adolescents. J Youth Adolesc. 1998;27(6):753–771.

Yörükoğlu A. Gençlik Çağı.; 1986.

Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. 3 Biyolojik Psikiyatr Kongresi. 2001:18– 20.

Ziyalar A. İçinde: Sosyal Psikiyatri. ; 1980:263–276.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Sinan ÇELİK	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%9	% 15
II. Genel Bilgiler	%24	% 35
III. Materyal ve Metod	%23	% 35
IV. Bulgular	%3	% 15
V. Tartışma	%9	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		
¹ Bu form bilgisayar ortamında doldurulmalı, çıktısı imzalanıp Tez Savunması Jüri Öneri Formu'yla birlikte Ana Bilim Dalı Başkanlığı aracılığıyla ÜBYS üzerinden Enstitüye iletilmelidir.		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/ 260
Konu : Etik Kurul Kararı

26.01.2023

Sayın: Sinan ÇELİK
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Çocukların
İntihar Girişimlerini Etkileyen Faktörler" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte
sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Serhat VANÇELİK
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Çocukların İntihar Girişimlerini Etkileyen Faktörler
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:01 Karar No:9	Tarih:26.01.2023
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.	
	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. GÖRÜŞME FORMU

..... İLİ
...HASTANESİ

ACİL SERVİS ÜNİTESİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ KAYIT FORMU

1.Adı Soyadı: 2.Protokol No:
3 Cinsiyet: Kadın() Erkek () 4 Tarih:
5 İntihar Girişim Saati: 6.Acile Geliş Saati:
7 Adres-Telefon (Hastanın) İl Merkezi() İlçe()... Köy() ...
Telefonu.....
8 Adres-Telefon: (Yakınının) İl Merkezi()İlçe().Köy()...
Telefonu.
9 Yaş: 9-14() 15-24() Tam Yaşı...
10 Medeni Durumu: Evli() Bekâr() Nişanlı()
11 Eğitim Durumu: Okuryazar değil() İlköğretim () İlkokul-Ortaokul() Lise()
Halen Devam ettiği okul...
12 Meslek-Yaptığı İş:
13 İntihar Şekli:
İlaç Toksik Madde()Kendini Asarak()Suya Atlama()Tüp Gaz Doğalgaz()
Kesici Aletle()Ateşli Silahla()Yakma()Araç Altına Atlama()Yüksekten Atlama()Diğer()
Bilinmiyor()
14 İntihar Nedeni:
Aile()Aile İçi şiddet()Çocuklar()Ebeveyn Çatışmaları()Ölüm/Kayıp()Yalnızlık()Taciz()
İletişim Sorunları()Tecavüz()Karşı Cinsle Sorunlar()Cinsel Sorunlar()Okul()İş()
Evsiz Kalma()Ekonomik()Gelişim Dönemi Sorunları()Sınav Kaygısı()Evlilik()
Alkol ve Madde Bağımlılığı()Hastalık()Süreğen Hastalık()Ruhsal Hastalık()
15 Daha Önceki İntihar Girişimleri:
Kendisinde: Var() Yok ().*(Var ise sayı belirtilecek)
Ailesinde: Var() Yok ().*(Var ise sayı belirtilecek)
16 Daha Önceki Psikiyatrik Tanı:
Kendisinde: Var() Yok().*(Var ise sayı belirtilecek)
...*(Var ise tanı belirtilecek)

17 Son altı ay içinde Psikiyatrik tedavi veya takip yapılmış mı?

Evet() ise tedavi şekli...

Hayır()

18 Uygulanan Tedavi şekli:

İlaç Tedavisi: Evet() Hayır()

Diğer.

19 Psikiyatrik görüş alışverişi yapıldı mı?

Evet() Hayır()

20 Ebeveynlerin sağlık durumu:

İyi() Hasta() Kronik Hasta() Kronik Hastalığının Adı...

21 İntihar girişimi sonrasında kişiyle kim ilgileniyor?

Annesi () Babası() Kardeşi() Halası() Komşusu() Diğer...

22 Aile Çeşidi:

Çekirdek Aile() Geniş Aile () Parçalanmış Aile() Diğer...

23 Ailede Çalışan Kişiler/Aylık parasal gelir tutarı:

Kendisi() Babası() Annesi() Kardeşi() Diğer... Aylık Parasal Miktar...

24 Kaç Kardeş/Üvey kardeş durumu:

1() 1-3() 3-6() 6-9() Diğer... Üvey kardeşi var() Yok ()

25 İntihar girişiminde bulunan kişinin ailesi özel veya kamuya ait Kurumlardan ekonomik destek alıyor mu?

Evet() Hayır() Kısmi Destek() Destek Türü...

26 İntihar Girişimi sonrasında kişinin yanında kim kalmaktadır?

Annesi() Babası() Komşusu() Devlet Görevlisi() Diğer...

27 İntihar girişiminde bulunanla görüşme şekli:

Acil Serviste() Normal Serviste() Yoğun Bakımda() Telefonla() Yakınıyla() Diğer...

28 İntihar girişimde bulunan kişide Kronik Hastalık Durumu:

Var() Yok () Kronik Hastalığının Adı:

29 İntihar Girişimde bulunan ikamet Durumu:

Annesi() Babası() Annesi, Babası, Kardeşleriyle() Yatılı Sosyal Hizmet Kurumu() Hapishane/İslahevi()

Diğer...

30 İntihar Girişiminde bulunan kişinin alışkanlıkları ve zevkleri:

Sigara() Alkol() Kitap okumak() Seyahat() Spor Aktiviteleri() Diğer...

31 İntihar eden kişinin uyuşturucu madde kullanma durumu:

Yok() Var() Var ise Kullandığı Madde...

32 İntihar girişiminde bulunan kişinin ikametgâhın durumu:

Kiracı()☐Mal Sahibi()☐Yatılı Sosyal Hizmet Kurumu()☐Hapishane/İslahevi ()☐Diğer...

33 İkametgâhın oda sayısı:

1-2 Odalı()☐2-4 Odalı()☐Diğer...

34 İkamet yerinde yapılan yemekler:

Sadece Çorba()☐Sadece Makarna()☐Çorba Makarna Sulu Yemek()☐Diğer...

35 Evde ısınma şekli:

Isınma sağlanamıyor()☐Sobalı()☐Kömürlü()☐Kat Kaloriferli()☐Diğer...

36 Kalınan Evde Banyo Tuvalet Mevcudiyeti:

Var()☐Yok()☐İkisi beraber aynı yerde()☐Diğer...

37 Kalınan evde suya erişim durumu:

Evde su akıyor()☐Suyu Akmıyor()☐Su dışarıdan getiriliyor()☐Diğer...

38 İntihar Eden Kişinin Okul Başarı durumu:

Çok İyi()☐Orta()☐Kötü()☐Öğrenilmedi()☐

39 intihar Girişiminde bulunan kişinin görüştüğü arkadaşı sayısı:

Yok()☐1()☐1-2()☐2 ve üstü()☐

40 Sevgilisi olup olmama durumu:

Yok()☐Var()☐Söylemek istemedi()☐Diğer...

41 İntihar Girişimi sonrasında kişide fiziksel vuruk durumu var mı?

Var()☐Yok()☐

42.İntihar girişiminde bulunan kişinin korunma ve sığınma talebi durumu:

Var()☐Yok ()☐ Resen Tıbbi ve Sosyal nedenlerle korunma ve sığınma işlemi başlatılanlar ()