

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI BULUNAN
ERGENLERDE AKRAN ZORBALIĞI VE RUHSAL TANILARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Elif GÜNGÖRDÜ

TEZ DANIŞMANI
Dr.Öğr. Üyesi Hamza AYAYDIN

ŞANLIURFA

2021

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI BULUNAN
ERGENLERDE AKRAN ZORBALIĞI VE RUHSAL TANILARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Elif GÜNGÖRDÜ

TEZ DANIŞMANI
Dr.Öğr. Üyesi Hamza AYAYDIN

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğü tarafından tarih ve protokol numarası ile desteklenmiştir/desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA

2021

TEŞEKKÜR

Öncelikle hem asistanlık eğitim boyunca hem de tez çalışmam sırasında, bilgisinden ve deneyiminden çok fazla yararlandığım Dr. Öğr. Üyesi Hamza Ayaydın'a ve kısa bir süre de olsa birlikte çalışma fırsatı bulduğum anabilim dalı başkanımız Doc. Dr. İsmail Akaltun'a,

Asistanlık dönemim boyunca hem kıdemlim hem hocam olan ve bu süreç zarfında bilgi ve deneyimini her zaman cömertçe paylaşan, birçok şey öğrendiğim Dr. Öğr. Üyesi Fethiye Kılıçaslan'a

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlanma şansına ulaştığım Doç. Dr. Mustafa Çalık ve Doç. Dr. Mehmet Asoğlu'na,

Asistanlık sürem boyunca birlikte çalıştığım çocuk ve ergen psikiyatri, psikiyatri kliniklerindeki asistan, psikolog, hemşire arkadaşlarıma,

Tez sürecinde desteklerini esirgemeyen Dr. Esra Delebe'ye, Dr. Şule Hür Allahverdi'ye ve Dr. Asiye Arıcı Gürbüz'e,

Asistanlık süresi boyunca her zaman yanımda olan, zamanı kıymetli kılan ve bu süreçteki en büyük destekçilerim olan başta Dr. Fatma Aydoğ olmak üzere Dr. Zeynep Acar'a, Dr. Nur Alparslan'a, Dr. Büşra Hallaç'a ve aile hekimliğindeki arkadaşlarıma,

Tıp hayatı boyunca her türlü durumda yanımda olan ve beni motive eden başta Nur Süreyya Alptekin olmak üzere, Nazlı Tutkaoğlu'na, Şeyma Uslu'ya, Özlem Öz'e, Dr. Fatma Bolat'a, Duygu Mamur'a, Dr. Nurdan Durmuş ve ismini burada yazamadığım tüm kardeşlerime ve dostlarıma,

Hayatım boyunca her zaman olduğu gibi bu zor süreçte de destekleklerini, sevgilerini benden hiç esirgemeyen, her zaman motive eden, her zaman yanımda olan ve bugünün en büyük mimarları olan annem Nuran Güngördü'ye, babam Mehmet Güngördü'ye ve abilerim Ömer Faruk ve Fahrettin Güngördü'ye,

Sonsuz sevgi, teşekkür ve saygılarımla...

Dr. Elif GÜNGÖRDÜ

TEŞEKKÜR	I
İÇİNEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI
KISALTMALAR	VII
ÖZET	IX
ABSTRAC	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kendine zarar verme davranışı	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tanı	4
2.1.3. Tarihçe	5
2.1.4. Sınıflandırma	6
2.1.5. İşlevler	7
2.1.6. Epidemiyoloji	8
2.1.7. Etiyoloji	9
2.1.7.1. Çevresel ve Ailesel Faktörler	9
2.1.7.2. Psikiyatrik Bozukluklar	10
2.1.7.3. Biyolojik Modeller	12
2.1.7.4. Psikodinamik Modeller	13
2.2. Akran Zorbalığı	14
2.2.1. Tanım ve tarihçesi	14
2.2.2. Sınıflandırılma	16
2.2.3. Akran zorbalığına katılanların özellikleri	17
2.2.4. Epidemiyoloji	19
2.2.5. Araştırmanın Amacı	20
2.2.5.1. Araştırmanın Amacı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMİ	21
3.1. Araştırmanın Örneklemi	21
3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme/Edilmeme Kriterleri	21

3.3. Veri Toplama Araçları	22
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	22
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T)	22
3.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri	22
3.3.4. Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği	23
3.4. İstatistiksel Analiz	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	53
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	53
5.2. Olgu Grubunun Kendine Zarar Verme Davranışının Özellikleri	56
5.3. Olgu Grubunun Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevleri	58
5.4. Katılımcıların Ruhsal Tanılarının Değerlendirilmesi	63
5.5. Katılımcıların Akran Zorbalığı Açısından Değerlendirilmesi	66
5.6. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıklar	69
6. SONUÇ	70
7. KAYNAKLAR	73
8. EKLER	87
Ek-1: Etik Kurul Kararı	87
Ek-2: Turnittin Raporu	88

Tablo-1: KZVD terminolojisi	3
Tablo-2: DSM-5'te Önerilen Tanı Ölçütleri	5
Tablo-3: KZVD işlevleri	7
Tablo-4: Akran zorbalığı sınıflandırılmaları	17
Tablo-5: Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu	24
Tablo-6: Çalışma Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	25
Tablo-7: Çalışma Gruplarının Annelerine Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	26
Tablo-8: Çalışma Gruplarının Babalarına Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	27
Tablo -9: Çalışma Grupları Arasında Ailevi Özelliklerin Karşılaştırılması	28
Tablo-10: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması	29
Tablo-11: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması	30
Tablo-12: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo-13: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo-14: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığı Yapma Durumlarının Karşılaştırılması	34
Tablo-15: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığı Yapma Durumlarının Karşılaştırılması	35
Tablo-16: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığı Yapma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo-17: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığı Yapma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo-18: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında İntihar Girişimi Durumlarının Karşılaştırılması	38
Tablo-19: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Kendine Zarar Verme Davranışı Türlerinin Karşılaştırılması	39
Tablo-20: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışı Türlerinin Kaç Kere Yapıldığı	40
Tablo-21: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışı Yöntem Sayısı	41
Tablo-22: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili	

Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması	42
Tablo-23: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Otonom İşlevsellik Durumlarının Karşılaştırılması	43
Tablo-24: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Otonom İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo-25: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Sosyal İşlevsellik Durumlarının Karşılaştırılması	45
Tablo-26: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Sosyal İşlev Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo-27: Çalışma Gruplarında Eşlik Eden Tanılarının Karşılaştırılması	47
Tablo-28: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Eşlik Eden Tanılarının Karşılaştırılması	49
Tablo-29: Olgu Grubunda Zorbalığa Maruz Kalma ile Kalmama Arasında Zorbalık Yapma Durumlarının Karşılaştırılması	50
Tablo-30: Olgu Grubunda Zorbalığa Maruz Kalma Puanı ile Zorbalık Yapma Puanı Arasındaki Korelasyon İlişkisi	51
Tablo-31: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Yöntem Sayısı ile Zorbalığa Maruz Kalma Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisi	52

Œekil-1: Saldırganlık, Œiddet ve zorbalık arasındaki ilişki	16
Œekil-2: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışı Türlerinin Dağılımı	40
Œekil-3: İlk Kez Kendine Zarar Verme Yaşı Dağılımı	43



KISALTMALAR

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden geçirilmiş Baskısı
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
KVZD	: Kendine Zarar Verme Davranışı
KZVDDE	: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
NSSI	: Nonsuicidal Kendine Zarar Verme
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar
SED	: Sosyoekonomik Düzey
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZET

Kendine Zarar Verme Davranışı Bulunan Ergenlerde Akran Zorbalığı Ve Ruhsal Tanıların Değerlendirilmesi

Dr. Elif GÜNGÖRDÜ

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Giriş ve Amaç: Kendine zarar verme davranışı (KVZD), son dönemlerde prevalansı gittikçe artmakta olan ve daha sık orta ergenlik döneminde görülmeye başlayan bir halk sağlığı problemidir. Çalışmamızda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran 13-18 yaş aralığında kendine zarar verme davranışında bulunan olgu grubu ile diğer polikliniklere başvuran KZVD’de bulunmayan kontrol grubunun sosyodemografik özellikler, akran zorbalığı ve ruhsal tanıları açısından karşılaştırılması ayrıca kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerde bu davranışı yordayan etkenleri saptanması ve klinik uygulamalarda kendine zarar verme davranışını önleyecek önerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın sonunda klinisyenler için yeterince anlaşılamamış olan kendine zarar verme davranışı ile akran zorbalığı arasındaki ilişkiyi saptamak, koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmektedir.

Yöntem: Araştırmaya Harran Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 13-18 yaş arası kendine zarar verme davranışı olan (n=50) ergenler ve diğer polikliniklere başvuran herhangi kendine zarar verme davranışı olmayan ergenlerden (n=60) oluşmak üzere toplam 110 ergen dahil edilmiştir. Okula devam etmeyen kendine zarar verme davranışı olan olgu grubundan 6 ergen ve kontrol grubundan 3 ergen çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalar değerlendirilirken ÇDŞG–ŞY yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi, kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri ve akran zorbalığı belirleme ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Kendine zarar verme davranışının genellikle orta ergenlikte (13-14 yaş) başladığı, daha çok kızlarda görüldüğü, kontrol grubuna göre parçalanmış aileden gelme oranlarının daha fazla olduğu, baba eğitim düzeyinin daha düşük olduğu ve sigara ile alkol kullanımının daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Olgu grubunun %40’nın intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. En sık görülen kendine zarar verme davranışı kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma olmuştur.

Affekt regölasyonu en sık kullanılan kendine zarar verme işlevi olmuştur. Olgu grubundaki kızlarda eşlik eden ilk üç ruhsal tanı sırasıyla; depresyon, anksiyete bozukluğu ve KOKGB'dir. Erkeklerde ise sırasıyla KOKGB, DEHB ve depresyon bozukluğudur. KZVD bulunan ergenlerde akran zorbalığı yapma oranları kontrol grubuna göre farklılık göstermemiştir. Olgu grubunda cinsiyetler arasında da farklılık bulunmamaktadır. Zorbalığa maruz kalma arttıkça KZVD'de kullanılan yöntem sayısının da arttığı belirlenmiştir. KZVD bulunan ergenlerde akran zorbalığına uğrama alt tipler incelendiğinde fiziksel, sözel, izolasyon ve eşyalarına zarar verilmesi gibi tiplerde oranların ve puanların daha yüksek olduğu gözlenirken olgu grubu içerisinde cinsiyete göre farklılık gözlenmemiştir.

Sonuç: Çalışmamızın verileri kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin psikiyatrik belirtiler ve komplikasyonlar açısından oldukça yüksek riskli bir grubu oluşturduğunu vurgularken, bu ergenlerde akran zorbalığına maruz kalmanın daha yüksek oranda görüldüğünü ve akran zorbalığına uğrama sıklığı arttıkça da KZVD sıklığının arttığını göstermektedir. Buna ilaveten akran zorbalığına uğrayanların daha sonrasında zorbaya dönme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunlara yönelik KZVD'de bulunan ergenlerde psikiyatrik değerlendirme ve sağaltımlarının sağlanması, akran zorbalığına yönelik okul ve aile ile birlikte iş birliği kurulması, önleyici ruh sağlığı politikalarının ve etkili müdahale programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kendine zarar verme davranışı, akran zorbalığı, ruhsal tanı, ergen, intihar

ABSTRACT

Evaluation of Peer Bullying and Psychological Diagnoses in Adolescents with Self-Harm Behaviors

Elif GÜNGÖRDÜ, Md

Specialty Thesis, Department of Child and Adolescent Psychiatry

Introduction and objective: Self-harming behavior (DVD) is a public health problem that has been increasing in prevalence in recent years and is more common in middle adolescence. In our study, the 13-18 age group who applied to the child and adolescent mental health and diseases polyclinic, who had self-harming behavior, and the healthy control group who applied to other polyclinics were compared in terms of sociodemographic characteristics, peer bullying and psychiatric diagnoses. It is aimed to determine the factors that predict this behavior in adolescents who engage in self-harming behavior and to develop recommendations to prevent self-harming behavior in clinical practice. At the end of the study, it is aimed to determine the relationship between self-harming behavior and peer bullying, which is not understood enough for clinicians, and to reach information on developing protective, preventive and therapeutic approaches.

Method: A total of 110 adolescents, including adolescents aged 13-18 with self-harming behavior who applied to the Harran University Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic, and healthy adolescents who applied to other polyclinics without any self-harming behavior, participated in the study. 6 adolescents from the case group and 3 adolescents from the control group with self-harming behavior who did not attend school were not included in the study. While evaluating the patients, the CBDS-PL semi-structured scale, the self-harming behavior assessment inventory and the peer bullying scale were used.

Results: It was determined that the self-harming behavior generally started in middle adolescence (13-14 years old), it was seen more in girls, the rate of coming from a broken family was higher than the control group, the father's education level was lower, and the use of cigarettes and alcohol was more common. It was determined that 40% of the case group attempted suicide. The most common self-harming behavior was hitting/hitting oneself on a hard surface. Affect regulation was the most frequently used self-harming function. The first three accompanying

psychiatric diagnoses in the girls in the case group are respectively; depression, anxiety disorder and ODD. In males, they are ODD, ADHD, and depression, respectively. The rate of peer bullying in adolescents with SIB did not differ compared to the control group. There was no difference between the genders in the case group. It was determined that as the exposure to bullying increased, the number of methods used in SIB also increased. When peer bullying subtypes were examined in adolescents with SIB, it was observed that rates and scores were higher in types such as physical, verbal, isolation, and damage to their belongings, while no gender difference was observed in the case group.

Conclusion: While the data of our study emphasize that adolescents with self-harming behavior constitute a very high risk group in terms of psychiatric symptoms and complications, it shows that exposure to peer bullying is higher in these adolescents and the frequency of SIB increases as the frequency of being bullied increases. In addition, it has been determined that those who are bullied have a high risk of returning to the bully later on. For these, it is necessary to provide psychiatric evaluation and treatment for adolescents in SIBS, to establish cooperation with school and family against peer bullying, to develop preventive mental health policies and effective intervention programs.

Keywords: Self-harming behavior, peer bullying, mental diagnosis, adolescent, suicide

1. GİRİŞ

Kendine zarar verme davranışı (KVZD), son dönemlerde prevalansı gittikçe artmakta olan ve daha sık orta ergenlik döneminde görülmeye başlayan bir halk sağlığı problemidir (1).

KZVD, intihar amaçlı olmayan ve toplumsal olarak kabul edilebilir zarar verme davranışlarının dışında kalan, kişinin kasten kendi vücut dokularını bozmak amacıyla yaptığı davranışlar olarak tanımlanmaktadır (2). Kendine zarar verme davranışı, DSM-5'te 'klinik odağı olabilecek diğer durumlar' başlığı altında incelenmiş ve ne amaçla yapıldığı, ne kadar sıklıkta yapıldığı ve bu davranışa yol açan durumlarla ilgili bazı tanı kriterleri belirtilmiştir (2).

KZVD, çocukluk döneminde daha az görülmekle birlikte başlangıç yaşının ortalama olarak 13-14 yaş civarında olduğu ve kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir (3-5). Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda prevalansları %14 ile %46 arasında değişmekte iken (6) ülkemizde yapılan bir çalışmada KVZD prevalansı %21,4 şeklinde bulunmuştur (7). Toplum örnekleminde yapılan bir meta-analiz çalışmasında ergenlerin %17,2'sinde, genç yetişkinlerin %13,4'ünde yaşam boyu en az bir kez KZVD'de bulunduğu bildirilmektedir (8). Ergenlerde KZVD ilerleyen yaş dönemlerinde daha ileri ruh sağlığı problemleri ve intihar riski için belirleyici olabileceği gibi sadece sıkıntı dönemleriyle de sınırlı olabilir (9). Yapılan çalışmalarda KVZD ne kadar erken dönemde başlarsa sıklığının, çeşitliliğinin ve intihar riskinin o kadar artabileceği bildirilmiştir (10).

Kendine zarar verme davranışının psikolojik, sosyal ve tıbbi olarak birçok olumsuz etkisi olmasına rağmen bu davranışın sürdürülmesinin nedenleri araştırma konusu olmuştur (11, 12). Araştırmalarda kendine zarar verme davranışının işlevleri gruplandırılmış ve bu işlevlerden en sık affekt (duygu) regülasyonunun kullanıldığı bildirilmiştir (11, 12). Affekt regülasyonunda güçlük yaşayan ergenlerde kendine zarar verme davranışını geçici olarak rahatlama sağladığı ve bu rahatlamanın KZVD için pekiştireç görevi gördüğü belirtilmiştir (13).

Kendine zarar verme davranışı; akran zorbalığı, ihmal, istismar gibi olumsuz yaşam olayları, düşük akademik başarı ve çeşitli psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (14). Akran zorbalığı bireyin, aynı yaş grubundan bir kişi veya grup tarafından, amaçlı ve tekrarlayıcı olarak, fiziksel ya da sözel şiddete maruz kalması, ayrıca hakkında söylenti yayılması, dışlanma, yalnız bırakılma, eşyalarına zarar verilmesi, eşyalarının çalınması gibi agresif davranışlara maruz

kalmasını tanımlamaktadır. Zorbalığa maruz kalan birey ile zorba davranışları sergileyenler arasında genellikle fiziksel, maddi veya popülerite açısından bir güç dengesizliği bulunmaktadır (15). 40 ülkede yapılan araştırmaya göre, akran zorbalığına maruz kalmanın çocuk ve ergenler arasında yaygınlığı %32 olarak bulunmuştur (16).

Akran zorbalığı, çocuk ve ergenlerin ruhsal ve/veya davranışsal gelişimi açısından olumsuz etkileri olması nedeni ile üzerinde önemle durulan bir konudur. Zorbalığa maruz kalma, çocuk ve ergenlerde ileriki dönemde depresyon, kaygı bozuklukları, kendine zarar verme davranışı, intihar, alkol ve madde kullanımı gibi ruhsal sorunların gelişme riskini arttırmaktadır (17). Akranlarla olumsuz ilişkiler, akran reddi, zorbalık ve mağduriyet, gençlerde kendine zarar verme davranışı ile ilişkilendirilmiştir (18). 38 ülkedeki okul çocuklarının yaklaşık % 32'si akran mağduriyeti sonrasında duygusal sıkıntı yaşadıkları ve % 10'nun kendine zarar verme davranışları geliştirebileceği gözlenmiştir (19).

Çalışmamızda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran 13-18 yaş aralığında kendine zarar verme davranışında bulunan olgu grubu ile diğer polikliniklere başvuran KZVD bulunmayan kontrol grubunun sosyodemografik özellikler, akran zorbalığı ve ruhsal tanılar açısından karşılaştırılması ayrıca kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerde bu davranışı yordayan etkenleri saptanması ve klinik uygulamalarda kendine zarar verme davranışını önleyecek önerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın sonunda klinisyenler için yeterince anlaşılamamış olan kendine zarar verme davranışı ile akran zorbalığı arasındaki ilişkiyi saptamak, koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kendine zarar verme davranışı

2. 1. 1. Tanım

KZVD, intihar amaçlı olmayan ve toplumsal olarak kabul edilebilir zarar verme davranışlarının dışında kalan, kişinin kasten kendi vücut dokularını bozmak amacıyla yaptığı davranışlara denir (1). Yazında tanımlanmış terminojilere bakıldığında KZVD ile ilgili birçok terim kullanılmaktadır (20, 21). Bunlardan bazıları tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo-1: KZVD terminolojisi

Deliberate self-harm (Kasten kendine zarar verme):	Bilinçli intihar niyeti olmaksızın, kasıtlı ve doğrudan vücut dokusunun hasarının meydana gelmesine yetecek kadar ciddi yaralanmadır.
Self Mutilation (Kendini yaralama):	Ölüm niyeti olmaksızın yalnızca bir kez, ara sıra veya tekrarlı olarak meydana gelebilen ve değişen derecelerde doku tahribatına yol açan doğrudan istemli bir kendini tahrip etme davranışı biçimidir.
Self injury (Kendini zarar verme):	Bilinçli intihar amacı olmayan, tekrarlı, kasti, doğrudan fiziksel bir kendine zarar verme davranışı anlamına gelir
Self-Destructive Behavior (Fiziksel olarak kendini tahrip etme davranışı):	İntihar girişiminden, riskli işler, davranışlar ve alışkanlıkları da kapsan geniş kapsamlı bir terimdir.
Self Harming Behavior (Kendine zarar verme davranışı):	Kendini yaralama davranışlarına ek olarak ayrıca, yeme, içki ve sigara içme alışkanlıkları gibi sağlığa zarar veren dolaylı kendine zarar verme modlarını da içeren kendine zarar verme davranışları için kullanılır.
Parasuiside:	Ölüm amacı taşımayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarını tanımlamaktadır.

Geçmişten günümüze kendine zarar verme davranışıyla ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Farberow tarafından kişinin kendini ciddi bir şekilde zarar verecek biçimde kesmesi ya da

vücudunun belirli bölümlerine zarar vermesi olarak tanımlanmıştır (22). Walsh ve Rosen ise isteyerek ve amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumsal olarak kabul edilmeyen davranış olarak tanımlanmıştır (23). Favazza, kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı olarak ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar verilmesi olarak belirtmiştir (22). Ghaziuddin ve ark. (24) kişinin bilinçli ölüm isteği olmadan doku hasarı ile sonuçlanan kendi bedenine yönelik girişimi olarak tanımlarken, LeBlanch'de (25) ortama uyamamanın ve hoşnutsuzluğun aynada bir yansıması olduğunu belirtmiştir. 2006 yılında Uluslararası Kendine Zarar Verme Davranışı Çalışmaları Topluluğu (ISSS) bu alanda tanım ve terminoloji birliği oluşması için çalışmalarda bulunmuştur ve kendine zarar verme davranışını, ölüm niyeti veya sosyal yaptırım amacı olmadan, kişinin kendisi tarafından, istemli olarak, vücut dokularında oluşturulan hasar olarak tanımlamış (23). Non-suicidal self injury (NSSI) ortak teriminin kullanılmasını uygun bulmuştur (23). KZVD ile ilgili tanımlarda ortak olan özellikler; vücudun belirli bölümlerine zarar verilmesi, kasıtlı olması ve ölüm niyetinin olmamasıdır. Vücut bütünlüğünün zarar gördüğü ancak kültürel olarak kabul gören piercing, dövme yaptırma gibi durumlar ya da nesiller arası aktarılan kültürel ritüeller, dinsel ayinler bu kavramın dışında bırakılmıştır. Kasıtlı olarak yapılan kendini kesme, çizme, yakma, kafayı duvara vurma, duvara yumruk atma, saç çekme ve benzeri davranışlar KZVD'ler arasında yer almaktadır (26, 27). Bu tanımlamalarda görüldüğü gibi KZVD'de intihar niyeti dışlanmış olsa da klinik olarak bunu ayırt etmek her zaman mümkün değildir. İntihar girişimi olan kişilerde genel olarak KZVD'nin görülmesi bu kişilerde ölüm niyetinin değişken olabileceğini veya kişi tarafından saklanabileceğini düşündürmüştür (28).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-5) beşinci basımından önce kasıtlı kendine zarar verme (deliberate self –harm), ölme niyetine bakılmaksızın vücuda zarar verebilecek her olası davranış şeklinde geniş bir davranış yelpazesini kapsamaktadır (29). Bunun aksine, yakın zamanda DSM-5'e dahil edilen nonsuicidal kendine zarar verme (NSSI), bilinçli olarak ölmek niyetinde olmadan vücudunun yüzeyine kasıtlı olarak kendi kendine zarar verme eylemi olarak tanımlanmaktadır (2).

2.1.2. Tanı

DSM-5'te gelecek araştırmalarda kullanılmak ve profesyoneller arasında ortak bir dil oluşturmak üzere KZVD için klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar başlığı altında 'Kendine zarar verme davranışı' olarak geçmektedir (2). Tablo 2'de DSM-5 tanı kriterleri gösterilmiştir.

Tablo-2: DSM-5'te Önerilen Tanı Ölçütleri

A. Kişinin son bir yıl içinde, beş veya daha fazla günde, kendi bedeni üzerinde ağrı, kanama veya yaraya yol açacak şekilde istemli olarak hasar oluşturması (örn.; kesme, yakma, bıçaklama, vurma, aşırı miktarda ovalama) ve bunu sosyal amaçlı (küpe, dövme vb.) değil sadece hafif veya orta düzeyde bir fiziksel zarara yol açma beklentisiyle yapması. Ölüm niyeti olmadığı ya hasta tarafından bildirilir ya da hastanın deneyimlerinden, ölüme yol açma potansiyeli olmadığını bildiği yöntemleri kullanmasından anlaşılır (Eğer emin olunamıyorsa, BTA Tip 2 ile kodlanır). Bu davranış sık görülen ve önemsiz bir nitelikte olmamalıdır, örneğin yara yolma veya tırnak yeme gibi.
B. İstemli yapılan bu yaralama aşağıdakilerden en az ikisi ile ilintili olmalıdır: 1. Kendine zarar verme eyleminin hemen öncesinde depresyon, kaygı, gerginlik, öfke ve genel bir huzursuzluk hali veya özeleştirme gibi olumsuz duygu ve düşüncelerin ortaya çıkması. 2. Bu eylemde bulunmadan önce kişinin bir süre yapmak istenen ve karşı konması güç olan bu davranışla meşgul olması. 3. Her seferinde kendine zarar verme eyleminin ortaya konmasına neden olmasa da, kendini yaralama itkisinin sık olarak hissedilmesi. 4. Bu eylem bir amaç için yapılır: olumsuz bir duygu/biliş durumunu veya kişiler arası oluşan bir zorluğu giderebilmek veya olumlu bir duygudurumu başlatabilmek için. Hasta bunları ya kendine zarar verdiği sırada veya hemen sonrasında elde edebilmek için yapar.
C. Bu davranış ve bu davranışın sonuçları kişiler arası, akademik veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin düzeyde sıkıntı veya bozulma yaratır.
D. Bu davranış özellikle psikoz, deliryum veya entoksikasyon durumlarında ortaya çıkmamalıdır. Gelişimsel bozukluğu olan kişilerde bu davranış, tekrarlayıcı stereotipi örüntüsünün bir parçası olmamalıdır. Bu davranış, diğer akıl hastalıkları veya tıbbi bozukluklardan dolayı ortaya çıkmamalıdır. (Psikotik bozukluk, YGB, zihinsel yetersizlik, Lesch-Nyhan Sendromu)
Potansiyel BTA Kategorileri: Tip1, Eşik-altı: Son 12 ay içinde 5'ten daha az sayıda kendine zarar verir. Tip2, Niyet belirsizdir; özkıyımına da eğilimlidir.

2.1.3. Tarihçe

Kendine zarar verme davranışı konusundaki yazılar antik çağa kadar uzanmaktadır. Tarih boyunca din kitaplarında 'kendini dilim dilim kesen bir kişiyi', 'bıçak ve neşterle kendilerini kesen gruptan' ve 'bir adamın gece ve gündüz bağırarak ve kendisini taşla kestiğinden' vb. kişilerden söz edilmiştir (30). Yunan mitolojisinde Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiğinde suçluluk ve günahkârlık duyguları içinde nasıl gözlerini çıkarıp Tebai kentini terk

ettiği anlatılırken, Norveç mitolojisinde ise Odin'nin sularında bilgelik ve zekâ taşıyan Mirmir Irmağı'nın suyundan tek bir yudum içebilmek için gözlerinden birini verdiği anlatılmaktadır (30). 13. yüzyılda ise Marco Polo anılarında Bağdat'ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin müşterilerinden bir bayanın terliklerini onarırken bağına baktığı için günah duyguları ile sağ gözünü nasıl kör ettiği anlatılmıştır (31). Tıbbi literatürde KZVD ile ilgili ilk tıbbi makalede 1946 yılında orta yaş manik depresif bir kadının kendini çok büyük bir günahkar olmakla suçlayıp iki gözünü çıkardığı anlatılmaktadır (31).

Kendine zarar verme davranışı tek başına hastalık tanısı olarak yer almamakla beraber birçok hastalık içerisinde yer almıştır. Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El kitabının gözden geçirilmiş IV. sürümünde (DSM-IV-TR) trikotillomani, stereotipik hareket bozuklukları, sınır kişilik bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozuklukları gibi tanı grupları içerisinde yer almıştır (32). Bu hastalıklar ya tanısal ölçüt olarak kendini yaralama davranışını içermekte ya da doğrudan kendini yaralama davranışına uyarlanabilmektedir. İlk kez hastalık olarak KZVD, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 5. Sürümünde (DSM-5) 'Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar' başlığı altında 'nonsuicidal kendine zarar verme (NSSI)' olarak geçmektedir (2).

2.1.4. Sınıflandırma

Kendine zarar verme davranışı major, stereotipik, kompulsif ve dürtüsel kendine zarar verme olarak dört gruba ayrılmaktadır (33, 34).

a) Major kendine zarar verme: Özellikle psikotik bozukluklarda görülen gözünü çıkartma, kastrasyon, organ ampütasyonu gibi hayatı ciddi oranda tehdit edebilen veya geri dönüşümsüz organ veya vücut hasarı oluşturan davranışları tanımlamaktadır.

b) Stereotipik kendine zarar verme: Entelektüel yeti eksikliği ve otizm spektrum bozukluğu olan olgularda daha sık gözlemlenen çoğu zaman dürtüsel, ritmik, tekrarlayıcı şekilde genelde hafif bazen de yaşamı tehdit edici boyutlara kadar çıkabilen davranışları içerir.

c) Kompulsif kendine zarar verme: Tırnak yeme, saç yolma, deri kopartma ve çizme gibi genelde bilinçsiz ve ritüelistik bir şekilde olan ve gün içinde tekrarlayan davranışları içermektedir.

Stres sırasında bilinçsiz olarak ortaya çıkabilir ve bunu engellemeye çalışmak kişide stres oluşturabilir.

d) Dürtüsel kendine zarar verme: Kesme, yakma, kazıma, iğne batırma, yara iyileşmesine engel olma, kendine vurma gibi stres karşısında veya agresyon duygusunun dışı vurulması sonucunda hızlı ve kısa süreli rahatlama sağlayan davranışlara denir. Bu davranışlar kişinin uyarılara karşı otomatik yanıt yöntemi olarak değerlendirilmektedir.

2.1.5. İşlevler

Kendine zarar verme davranışının işlevlerinin anlamaya yönelik farklı modeller geliştirilmiştir. Klonsky ve Muehlenkamp'a göre kendine zarar verme davranışı işlevleri otonom ve sosyal işlevler olmak üzere ikiye ayrılmış ve bunların alt grupları belirlenmiştir (3). Tablo-3'te işlevler gösterilmiştir.

Tablo-3: KZVD işlevleri

A) OTONOM İŞLEVLER	1) Affekt regülasyonu: Yoğun ve olumsuz duyguları azaltmak ya da sonlandırmak için kullanılır. Çalışmalarda en sık kullanılan işlevin affekt regülasyonu olduğu (11) ve KZVD sonrasında kişilerin yarıdan fazlasının kendilerini daha iyi hissettikleri bildirilmiştir (35).
	2) Sıkıntı etiketleme: Yaşanılan stresin somutlaştırma için kullanılır.
	3) Çözümü önleme: Dissosiyatif atak halindeyken kişinin kendi varlığını hissetmesi ve hiçlik duygusundan kurtulması için kullanılır.
	4) Kendini cezalandırma: Olumsuz benlik algısı ve kendine yönelen öfkesi olanlarda kendini rahatlatmak için kullanılır.
	5) Özkıyım önleme: Özkıyım önlemek için bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılır.
B) SOSYAL İŞLEVLER	1) Kişiler arası sınırlar: Kişi kendini çevreden ve başkalarından ayırmak ve benlik sınırlarını belirlemek için bu davranışı kullanır.
	2) Kişiler arası etkileşim: Kişi tarafından etrafındaki kişileri etkilemek ve manipüle etmek için kullanılır.
	3) Heyecan arama: Bu davranış daha çok heyecan arayışı için yapılır ve diğer işlevlerin aksine çoğunlukla yakınındaki kişilerle birlikte yapılır.

	4) İntikam alma: Yakın ilişkide olduğu birinin canını yakmak ve öfkesini o kişiden çıkarmak için kullanılır.
	5) Akranlarla bağ kurma: Arkadaşları ile uyum sağlama ve onlarla bağ kurmak için kullanılır.
	6) Dayanıklılık: Gücünü ve acıya dayanıklılığını kendine ve başkalarına göstermek için kullanılır.
	7) Özerklik: Başkalarının yardımına ihtiyacı olmadığını göstermek için kullanılır.
	8) Kendi ile ilgilenme: Kendi ile ilgilenilecek başka bir uğraş bulmak için kullanılır. Duygusal stresi fiziksel bir hale dönüştürüp onunla ilgilenmeye başlanılır.

2.1.6. Epidemiyoloji

Kendine zarar verme davranışının genellikle ergenler tarafından saklanması ya da başka bir nedenle psikiyatriye başvuruları sırasında açığa çıkması, bu alanda büyük ölçekli çalışmaların bulunmaması ve KZVD'nin nasıl tanımlandığı, davranışın nerede değerlendirildiği ve kullanılan değerlendirme araçları gibi metodolojik farklılıklara bağlı olarak değişkenlik göstermesi gibi nedenlerden dolayı literatürde bu davranışla ilgili yeterli ve tutarlı bilgi bulunmamaktadır (8, 36).

KZVD'nin çocukluk döneminde daha az görülmekle birlikte başlangıç yaşının ortalama olarak orta ergenlik dönemi olan 13-14 yaş civarında olduğu ve kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir (3-5). Ergenlerde KZVD'nin erişkinlere göre yaklaşık üç kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (37, 38) ve yurtdışında yapılan bir metaanaliz çalışmasında tahmini yaşam boyu yaygınlığının ergenler % 17, genç yetişkinler %13, yetişkinler %6 olarak bulunmuştur (8). Çalışmaların çoğu, kendine zarar verme davranışının kızlarda daha yaygın olduğunu göstermiştir; kızlar/erkek oranları sırasıyla %20.3/% 8.5 (39) , % 24.3/% 8.4(40) ve % 45.2/% 38.1'dir (5). Bununla birlikte, KZVD'nin erkeklerde daha önce tahmin edilenden daha yaygın olabileceği belirtilmiş (41) ve bazı çalışmalarda genç erişkinler arasında cinsiyet farklılığı bulunmamıştır (42, 43).

KVZD hem klinik hem de toplum ortamlarında yaygındır; ancak klinik ortamlarda yaygınlık oranları toplum örneklerinden daha yüksektir (44, 45). Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda prevalansları %14 ile %46.5 arasında değişmekte iken (6) ülkemizde yapılan bir

çalışmada KVZD prevalansı %21.4 şeklinde bulunmuştur (7). Toplum örnekleminde yapılan bir meta-analiz çalışmasında ergenlerin %17,2'sinde görülürken genç yetişkinlerin %13,4'ünde yaşam boyu en az bir kez KZVD olduğunu bildirilmektedir (8). Avrupa'daki ergen topluluk örneklerinde, yaşam boyu yaygınlık oranını %21.4 olarak bulmuşlardır (46). Klinik örnekleme yapılan çalışmalarda ergenlerde prevalans %50-70 arasındadır (44, 45, 47-50).

KZVD yapılış şekilleri incelendiğinde; yapılan bir çalışmada en sık %72 ile kendini kesme görülürken onu kendini yakma (%35), kendine vurma (%30), yaraların iyileşmesine izin vermeme (%22) izlemektedir (51). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada en sık yere veya duvara kafa ve yumruk vurma %11,3, kendini kesme %8,4, saç çekme %4,3, sigara söndürme %2,1 ve diğer tipler %2,3 olarak bulunmuştur (46). Olguların birçoğu birkaç yöntemi birlikte kullanmaktadır (52). En çok zarar verilen bölgeler kolay ulaşılabilir olması nedeniyle %74 ile kollar iken daha sonrasında sırasıyla bacaklar, karın, kafa, göğüs ve genital bölgeler gelmektedir (51). Daha erken yaşta KZVD'de bulunan hastaların daha fazla kendine zarar verme yöntemi deneme, daha sık KZVD'de bulunma ve daha fazla hastane başvurusu bulunmaktadır (53).

Akranlarla olumsuz ilişkiler, akran reddi, zorbalık ve mağduriyet, gençlerde kasıtlı kendine zarar verme ile ilişkilendirilmiştir (18). 38 ülkedeki okul çocuklarının yaklaşık % 32'si akran mağduriyeti ve ardından duygusal sıkıntı yaşadıklarından, % 10'u kendine zarar verme davranışları geliştirebildiğinden, zorbalık bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir (19).

2.1.7. Etiyoloji

Kendine zarar verme davranışı genetik yatkınlıklar, çevresel olaylar, stresörler, bireysel kırılganlıkların etkileşimi, psikiyatrik problemler ve bozukluklar gibi birçok etkene bağlı olarak meydana gelebilir.

2.1.7.1. Çevresel ve Ailesel Faktörler

KZVD'de bulunan ergenlerde psikososyal etkenler arasında yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, aile özellikleri, akran ilişkileri ve çocukluk çağı travmaları gibi birçok neden bulunmaktadır. Genellikle 12-14 yaş arasında başladığı, kızlarda erkeklere oranla az bir farkla daha sık görüldüğü ve yapılış şekillerinin birbirinden farklı olduğu yayınlarda belirtilmiştir (4). Sosyoekonomik düzeyle (SED) ilgili yapılan çalışmalar az sayıdadır ancak düşük SED'in risk etkeni olduğu

belirtilmiştir (54). Ailede madde ve alkol kullanımı öyküsünün olması (55) ve aile içi sorunların bulunması (56) KVZD için riski arttırmaktadır. Bu ergenlerin aileleri ile daha az paylaşımda bulundukları (57) ve fiziksel istismara daha çok maruz kaldıkları bildirilmiştir (58).

Çocukluk ve ergenlik döneminde istismar ve ihmal gibi olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmak KVZD için risk faktörlerinden birisidir (58). Fiziksel, cinsel veya duygusal istismara uğrayan ergenin yaşadığı travmatik olay sonrasında flashbacklar yaşaması, huzursuzluk ve gerginlikte artış sonrasında duygudurumunu dengelemekte güçlük yaşamakta ve baş edebilmek için daha fazla kendine zarar verme davranışını daha fazla yaptığı gözlenmiştir (58). Fiziksel istismara uğrayanların bedeninin ve kendilik duygusunun ayrıştığı, ağrıya daha az duyarlı olduğu ve buna bağlı olarak bedene zarar verme riski artabileceği belirtilmiştir (59).

Akran zorbalığına maruz kalma ve yalnızlık, sosyal izolasyon, arkadaş edinmede güçlük, otorite ile tartışmalara girme gibi sosyal iletişimde bozukluklar kendine zarar verme davranışını arttırmaktadır (60, 61). Akran zorbalığı ve kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkisi bazı çalışmalarda genel gerilme teorisi ve kişilerarası model ile açıklanmaya çalışılmıştır (62). İnsanlarla rahatsız edici ilişkilerden veya kişilerin karşıdan istedikleri gibi muamele görmediği stresli durumlardan gerilim meydana gelmektedir. Akran mağduriyeti ise önemli bir gerginlik kaynağıdır (62). Oluşan gerginlik ile olumsuz duyguların uyarılması, kendine zarar verme davranışında bulunma riskini artıracaktır (62). Akran mağduriyeti ile KZVD arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek bir diğer teorik bakış açısı da kişilerarası modelidir. Bu model, genellikle KZVD ve KZVD'den önceki negatif kişilerarası olayların, bu deneyimlerden kaynaklanan stres veya gerginliği azaltmak için uyumsuz bir başa çıkma stratejisi olarak hizmet ettiğini öne sürmektedir (63). Ergenler için akran mağduriyeti önemli ve nispeten yaygın bir negatif kişilerarası olaydır. Mağdur olduktan sonra, ergenler kontrol duygusunu yeniden kazanmak ve mağduriyetten kaynaklanan olumsuz duyguları hafifletmek için kendine zarar verme davranışına başvurabilirler (64). Akran zorbalığına maruz kalma, çocuk ve ergenlerde ileriki dönemde depresyon, kaygı bozuklukları, kendine zarar verme davranışı, intihar, alkol ve madde kullanımı gibi ruhsal sorunların gelişme riskini arttırmaktadır (65).

2.1.7.2. Psikiyatrik Bozukluklar

KZVD ile birçok psikiyatrik hastalıklığın birlikteliğinin yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (3, 66, 67). Haw ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 15 yaşından büyük KZVD'de

bulunan ergenlerin %92'sinde en az bir psikiyatrik tanı bulunduğu bunlardan %45.3'ünde bir , %36.7'sinde iki, %10'da 3 veya daha fazla psikiyatrik tanı aldığı belirtilmiştir (67). KZVD'ye en sık eşlik eden ruhsal tanı major depresif bozukluktur (68, 69). Kendine zarar veren ergenlerde diğer sıklıkla konulan tanılar; davranım bozukluğu (DB), anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), disosiyatif bozukluk, madde kullanım bozuklukları ve yeme bozukluklarıdır (68, 69). Tanılar açısından cinsiyet farklarına bakıldığında, kızlarda depresif bozukluk; erkeklerde de madde kullanım bozuklukları daha sık görölmektedir (66, 67, 70).

Psikiyatrik hastalığı olanlarda ise KZVD oranlarına bakıldığında 12-17 yaş arasında anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve DB tanısı alan hastaların %18'nin kendine zarar verici davranışta bulunduğu ortaya konmuştur (71). Ancak major depresif bozuklukta bu oran %46,6'a çıkmaktadır (71).

Yapılan çalışmalarda major depresif bozukluk %42- 68'inde olarak belirtilse de toplum örneklemli bir çalışmada %63 olarak bulunmuştur (69, 72). Toplum örneklemli çalışmalarda depresif belirtiler sağlıklı ergenlere göre fazla bulunmuştur ve bu KVZD için risk faktörü olduğu bulunmuştur (73). KZVD bulunan ergenlerin klinik örnekleme %39'unda anksiyete bozukluğu belirlenirken toplum örnekleminde %37 olarak belirlenmiştir (73, 74). Anksiyete bozuklukları içerisinde özgöl fobi tanısı olanlarda kendine zarar verme davranışının 8.5 kat arttığı, obsesif kompulsif bozukluğu olanlarda ise bu davranışın 3,5 kat arttığı gösterilmiştir (69).

Klinik örneklemin değerlendirildiği çalışmalarda yıkıcı davranım bozuklukları KZVD'si olan ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır (75, 76). Toplum örneklemelerinde yıkıcı davranım bozuklukları belirtileri arasında görölen davranış problemlerinin, suça yönelik davranışların kendine zarar verme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (77, 78). Yeme bozukluklarından bulimiya nervosa tanılı olanların %26-55'inde, anoreksiya nervosa tanılı olanların %27-61' inde KZVD olduğu saptanmıştır (79).

Madde bağımlılığı olan ergenlerin %25-33'ünde KZVD görülürken (80) klinik örnekleme yapılan bir çalışmada KZVD bulunan ergenlerin %60'ında bir madde kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır (76). Madde etkisi altında olan kişilerin kendine yönelik şiddeti daha kolay yapabildiği belirtilmiştir (81).

Disosiyatif bozukluğu olan kişilerin %69'unda KZVD bulunduğu belirtilmiştir (4). Klinik, toplum ve adli örneklemleri yapılan çalışmalarda disosiyatif belirtilerin, ergenlerdeki KZVD ile ilişkisi belirtilmiştir (82, 83).

Ergenlerde gelişimsel olarak kişilik bozukluğu tanısı sık konulmamakla beraber borderline kişilik bozuklukları özellikleri KZVD bulunan ergenlerde %37-52 oranında görüldüğü belirtilmiştir (75, 84). Erişkinlerde KZVD'ı kişilik bozuklukları ile yakından ilişkilidir ve DSM-5'de borderline kişilik bozukluğunun tanı kriterleri arasında KZVD bulunmaktadır (2). Borderline kişilik bozukluğunda ve kendine zarar verme davranışında temel çekirdek özellikler olarak olumsuz kendilik ve emosyon disregülasyonu yer alması her ikisi arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanılmıştır (69).

Psikiyatrik hastalığı bulunanların eylemleri ertelemeye güçlük ve eylem öncesi aciliyet hissi, dürtüsellik ve kendini düzenleme zorlukları, mükemmeliyetçilik, kendini eleştirme, kendine güvensizlik, his arama, çaresizlik, aşırı rahatlatılma arayışı, duygusal bağımlılık gibi kişilik özelliklerinin bulunması KZVD'yle ilişkisini güçlendirmektedir (85-90).

2.1.7.3. Biyolojik Modeller

Kendine zarar verme davranışının ve intiharın genetik ve nörobiyolojik nedenleri bulunmaktadır. Genetik nedenler incelendiğinde birinci derece akrabalarında intihar öyküsü bulunan çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve tamamlanmış intihar riskinin yaklaşık 2-6 kat arttığı bildirilmektedir (91). Monozigot ikizlerde (%11,3), intihar oranı dizigotlara (%1,8) göre daha yüksektir (92). Evlat edinilmiş bireylerin biyolojik akrabalarında intihar öyküsünün bulunması bulunmayanlara göre bu bireylerde intihar riskini artması genetik faktörlere işaret etmektedir (93).

Ergenlerde kendine zarar verme davranışının nörobiyolojisi ile ilgili serotonerjik, dopamirejik, opiyat ve hipotalamik-hipofizer-adrenokortikal sistemleri üzerine çalışmalar yapılmıştır. Kendine zarar verme davranışının agresyon ve impulsif kısmı açısından serotonin; kompulsif kısmı açısından dopamin; bağımlılık ve ağrı ile ilişkisinden dolayı endojen opiyatlar üzerinde çalışmalara yoğunlaşmıştır. Ancak kendine zarar verme davranışının, nörobiyolojik yönü henüz açık olarak anlaşılmış değildir. Serotonerjik sistemdeki bireysel farklılıklar, FK506-binding protein 5 polimorfizmi, hipotalamo-pituiter-adrenal sistem düzensizliği, düşük aktiviteli MAO-A genotipi ve BOS incelemesinde 5-HIAA düzeylerinin düşüklüğü ve periferik serotonin

düşüklüğünün KZVD ile intihar davranışına yatkın olma ile ilişkili olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (79, 94-99).

Kendine zarar verme davranışların stereotipik, tekrarlayıcı, kompulsif olarak görüldüğü yaygın gelişimsel bozukluk, mental retardasyon (100) ve Lesch –Nyan sendromu gibi hastalıklarda KZVD ‘nı dopaminerjik sistemle ilişkilendirilmiştir. Bu bulguların aksine KZVD kişilerin BOS dopamin metabolitleri açısından kontrol grubundan farklı olmadığı bildirilmiştir (101). Mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu ve borderline kişilik bozuklukları olan bireylerde kendine zarar verme davranışı ile opiyat sistemi arasında ilişkisi olduğu belli çalışmalarda belirtilmiştir (102, 103). Opiyat reseptör antagonistlerinin bu hastalıklarda KZVD’yi azalttığı gösterilmiştir ve bu da kendine zarar verme davranışının bağımlılık yapma özelliğini açıklayabilir (104, 105). Bazı çalışmalarda KZVD’de bulunan grubun BOS endorfin ve met-enkefalin düzeyleri belirgin derecede düşük bulunmuştur (101). Endojen opiyatların kendine zarar verme davranışlarındaki rollerinden birisi kişinin endojen opiyatlarına bağımlı hale gelmesi iken diğeri ise opiyatların ağrı eşliğini yükseltip eylem sırasında ağrı duyulmasını azaltmasıdır (106, 107).

2.1.7.4. Psikodinamik Modeller

Doğumdan itibaren irritabilite ve öfke bütün bireylerde bulunur ve zararlı uyarandan organizmanın kurtulma reaksiyonudur. Dokuzuncu ve onaltıncı aylar arasında bebeğin giderek gelişmesine yönelik çabaları kaçınılmaz olan çatışmayı başlatır ve içte artan bir ambivalans halini alır. İnhibisyon, inkar, düşmanlığın yer değiştirmesi, bölünme ortaya çıkmaya başlar ve ileride süperegounun öncülleri olacak annenin hükümlerinin içselleştirilmesi bunu takip eder. Çocuk sadece annenin sevgisini yitirmek ile değil, aynı zamanda kendisinin öfkesinin ona yönelmesi ve onun yıkıcılığı konusunda da endişelidir. Çocuk iyi ilişkiler kurma yönünde hareket ederken ve simbiyoz alarmı ile otonominin çekici yönü arasında kalmışken, içselleştirilmiş olan içerleme ve düşmanlık duyguları artık nefret olarak yapılanabilir. Böyle bir duygu obje olarak kendiliğine yönelik olarak canını acıtma ve mazoşizm olarak yer değiştirebilir (108).

KZVD ile ilgili duygu düzenleme modeli, depersonalizasyon/disosiyasyon modeli, dürtü-özkıyım modeli ve davranışsal/çevresel modelleri geliştirilmiştir. Duygu düzenleme modeli kişinin KZVD öncesinde yoğun gerilim hissetmesini ve içinde olduğu kaygı, düşmanlık, artan gerginlik hissi, yoğun üzüntü gibi duyguları fark etmekte zorlanmasını kapsamaktadır (51, 109). Ancak bunlardan kurtulma için sağlıklı baş etme yöntemlerini kullanmadıklarını bunun yerine KZVD’na

başvurduklarını fakat bu davranış sonucunda da kişinin KZVD'dan dolayı suçluluk, pişmanlık, iğrenme gibi duygular hissettiğini belirtmişlerdir (26, 34, 109). Yazında bu modele destek gün geçtikçe artmaktadır. Depersonalizasyon/ Disosiyasyon modelinde benliği ve kimliği koruma amaçlı KZVD' nin ortaya çıktığını belirtmektedir. Bireyde terk edilmişlik ve izolasyon sonucu disosiyasyon duygusunun meydana geldiği ve bunun gerçekdışılık hissine yol açtığı ve bireyin bu duyguyu sonlandırabilmek için kendine zarar verdiği belirtilmektedir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada KZVD sırasında bireylerin sıklıkla depersonalize olduğunu ve akan kan ile birlikte rahatlama hissini gelmesi birlikte kişilerin canlı olduğunun kanıtıdır ve yara izlerinin kendi kimliklerinin hatırlatıcısı olduğu öne sürülmektedir (55, 109). Bu modeli destekleyen çalışmalar genellikle TSSB ile birliktelik göstermektedir (110). Dürtü/anti-özkıyım modeli geleneksel psikodinamik modellerden biri olan bu modele göre bireyde temel olarak yaşam ve ölüm dürtüleri bulunmaktadır ve bu dürtüler bilinçdışı çatışma halindedir. Bu çatışma sonucu ortaya çıkan bilinçdışı depresyona verilen tepki, kısmi bir özkıyım türü olan KZVD ile sonuçlanır ve böylece ölüm korkusunun kısmen kontrol edildiğini düşünürler (51, 63, 111, 112). Davranışsal-çevresel model, kendine zarar verme davranışının başlamasını ve devam etmesine neden olan çevresel etkenlere vurgu yapmaktadır ve olumlu ya da olumsuz pekiştirme sonucu davranışın görüleceğini ileri sürer. KZVD'ı için hoş olmayan, sıkıntılı durumlardan kaçması olumsuz pekiştirici görevi görürken, çevrenin dikkatini çekmesi ise olumlu pekiştirici görevi gördüğü belirtilmektedir (109). KZVD' yi yordayan çevresel nedenleri ve bu nedenlerin işlevlerini anlamamız ve hastayla görüşme boyunca müdahaleleri belirlememiz açısından önem taşıyan bir modeldir (112).

2.2. Akran Zorbalığı

2.2.1. Tanım ve tarihçesi

Zorbalık okullarda önemli bir halk sorunu olması üzerine ilk defa 1970'li yıllarda Dan Olweus tarafından araştırılmaya başlanmış (113) ve daha sonrasında batı ülkelerinde araştırmalar devam etmiştir (114). Olweus ilk eserlerinde okul zorbalığını tanımlamak için birçok kişi tarafından uygulanan şiddet anlamında 'mobbing' terimini kullanırken daha sonrasında bu kelimenin tam olarak okul zorbalığını ifade etmediğini zorbalığın tek kişi tarafından da yapılabileceğini belirterek 'bullying' terimini kullanmaya başlamıştır (115, 116).

Olweus'a göre okul zorbalığı, bir kişi veya grup tarafından kendisini savunamayacak bir kişiye karşı zarar verme kastıyla yapılan ve zamansal sürekliliği olan saldırgan bir davranış şeklidir

(117). Bu tanımda zorbalığın hem doğrudan fiziksel boyutu, hem de dolaylı sözel boyutu söz konusudur (116). Süreç içerisinde araştırmacılar tarafından birçok tanımlama yapılmıştır ve okul zorbalığının farklı boyutlarını ön plana çıkardıkları gözlenmiştir. Bazıları Olweus gibi okul zorbalığının merkezine grup şiddetini koyarken, bazılarının bireysel şiddeti, bazılarının ise daha çok fiziksel saldırıları ön plana koyduğu görülmektedir. Sonraki yıllarda kavramın daha da genişletildiği ve içine alay etme, dalga geçme, taciz etme ve grup dışına itip yalnızlaştırma gibi eylemlerin de katıldığı dikkati çekmektedir (118). Literatürde farklı okul zorbalığı tanımlamaları bulunsa da ortak özellikleri; saldırgan davranışın kasıtlı zarar verme amacı olması, sürekliliğinin olması ve kişiler arası güç dengesizliğinin bulunmasıdır (119). Güç dengesizliği; fiziksel, sosyal statü, bir gruba dahil olma veya bir başkasının zayıf yanlarını bilme ve zarar verme amacıyla kullanabilecek güçte olmaktan da kaynaklanabilir (120).

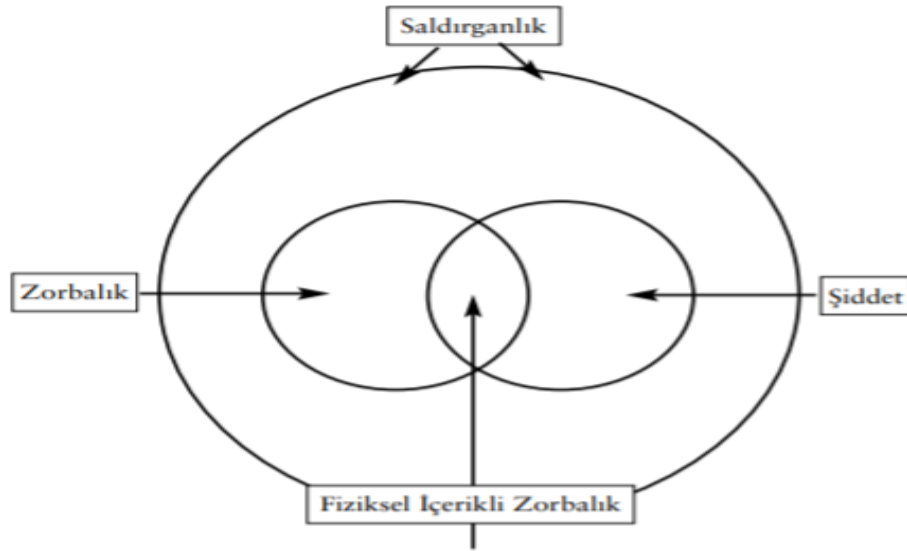
Ülkemizde de akran zorbalığıyla ilgili ilk çalışmalar Pişkin tarafından yapılmıştır (118). Zorbalık, bir öğrencinin veya grup halinde birkaç öğrencinin kendilerinden daha güçsüz olan diğer öğrencileri tekrarlayıcı şekilde ve kasıtlı olarak rahatsız etmesi ve mağdurun kendisini koruyamayacak bir durumda olduğu saldırganlık türü olarak tanımlanmıştır (118). Pişkin'e göre zorbalık davranışı özellikleri şöyle tanımlanmıştır (118);

- 1) Zorbalık, kasten ve bilerek yapılan, amacı mağdura fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal zarar verme olan sözler veya davranışlardır.
- 2) Zorbalığın tekrarlanma özelliği vardır.
- 3) Zorbalık olaylarında mağdur kendini koruyamayan ve savunamayan kişidir.
- 4) Zorbalar zorbaca davranışları bireysel veya grupla da yapabilirler ve mağdurlar da bu zorbaca davranışlardan birey veya grup olarak zarar görebilirler.
- 5) Zorbalar, zorbaca davranışları nedeniyle çoğu zaman kendilerine çıkar sağlayabilirler.

Literatürde saldırganlık, şiddet ve zorbalık gibi birçok terim kullanılmaktadır. Saldırganlık, hem şiddeti hem de zorbalığı kapsayan bir tanımlamadır. Zorbalıkla ilgili literatür incelendiğinde, zorbaca eylemlerin bir çeşit saldırganlık olduğu fakat yalnızca saldırganlık özelliği tanımlamasının yeterli olmadığı bir eylemin zorbalık olarak nitelendirilebilmesi için iki taraf arasında güç dengesizliğinin olması, kasıtlı yapılması ve süreklilik göstermesi gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir. Örneğin bedensel veya zihinsel güçleri yaklaşık olarak eşit olan öğrencilerden birinin ilk kez gördüğü diğer bir öğrenciyle tartışması ya da kavga etmesi saldırganlık olsa da süreklilik göstermediği için zorbalık olarak nitelendirilemez. Ancak Olweus süreklilik özelliği

taşımasa bile, şiddetli bir dozda ortaya çıkan saldırganca bir eylemin de zorbalık olarak adlandırılabilceğini belirtmektedir (116). Şiddet, bir kimsenin fiziksel ya da bir nesne kullanarak diğer bir bireyi göreceli olarak ciddi sayılabilecek biçimde yaralaması ya da zarar vermesidir (116). Adam öldürme, soygun, ırza geçme gibi şiddet içeren davranışlar ile fiziksel gücü kullanmak şiddetin ana unsurlarındandır. Saldırganlık, şiddet ve zorbalık arasındaki bu ilişki şekil-1’de gösterilmiştir.

Saldırganlık, Şiddet ve Zorbalık Terimleri Arasındaki İlişki (Olweus, 1999a)



Şekil-1: Saldırganlık, şiddet ve zorbalık arasındaki ilişki (116)

2.2.2. Sınıflandırılma

Literatürde zorbalığın farklı sınıflandırmalar olmasına karşın genellikle Olweus’un yapmış olduğu sınıflama daha sık kullanılmaktadır. Olweus (1993) üç tip zorbalıktan bahsetmektedir: fiziksel, sözel ve sosyal olarak dışlama (115). Bu zorbalık çeşitlerinden fiziksel ve sözel zorbalık gözlenebilir olduğundan doğrudan zorbalık içinde yer alırken, sosyal dışlama dolaylı zorbalık olarak tanımlanmaktadır (121). Doğrudan uygulanan akran zorbalığı, kurbanı yönelik yapılan açık saldırıyı içermektedir (121). Dolaylı zorbalık ise, mağduru sosyal olarak yalnız bırakma, gruptan dışlama, dedikodu yayma, söylenti çıkarma gibi davranışları içerir. Aşağıdaki tablo-4’te sınıflandırmalar gösterilmiştir (121).

Tablo-4: Akran zorbalığı sınıflandırılmaları

Olweus (1993)	1) Fiziksel (itmek, tekme atmak, yumruk atmak vb.) 2) Sözel (isim takma, hakaret etme vb.) 3) Sosyal dışlama (başkasını görmezlikten gelme, umursamama ya da hiçbir şeye dahil etmeme vb.)
Kochenderfer-Ladd ve Skinner (2002)	1) Fiziksel 2) Sözel 3) Dolaylı sözel zorbalık (diğerlerinin kurbanla arkadaşlık yapmalarını sözel yolla engelleme)
Elliott (1997)	1) Fiziksel 2) Sözel 3) Sosyal dışlama 4) Duygusal (gruptan dışlama, küçük düşürme, eşyalarına zarar verme) 5) Cinsel (karşı cinsten olanlara sözlü ve elle taciz ve sarkıntılık yapma vb.)
Pişkin ve Ayas (2007), (2011)	1) Fiziksel zorbalık 2) Sözel zorbalık 3) Dışlama 4) Söylenti yayma ve 5) Eşyalara zarar verme 6) Cinsel zorbalık

Akran zorbalığı sınıflandırmaları incelendiğinde, genellikle fiziksel (örn: dövme, tükürme vb.), sözel (örn: lakap takmak, küfretmek vb.), sosyal/ilişkisel (örn: arkadaş grubundan dışlamak, dedikodu yaymak vb.), siber zorbalıklar (örn: uygunsuz resimler çekip paylaşmak, e-posta ve mesaj ile rahatsız etmek vb.) şeklinde gruplandırıldığı ve bazı yayınlarda cinsel zorbalık (örn: etek kaldırma, cinsel içerikli sözler söyleme vb.) kategorisi de olduğu belirtilmiştir (122).

2.2.3. Akran zorbalığına katılanların özellikleri

Akran zorbalığına katılanlar ele alındığında; kendisinden güçlü olan diğer kişiler tarafından zorbalığa maruz kalanlar ‘kurban (victim)’, kendisinden daha zayıf, daha güçsüz durumdaki diğer kişilere karşı zorbaca davrananlar ‘zorba (bully)’ ve kimi zaman zorbalık yapan kimi zamanda

diğerlerinin zorbalığına maruz kalanlar ‘zorba-kurban (bully-victim)’ şeklinde belirtilmektedir (115). Birde zorbalık vakalarına karışmamakla birlikte zorbalık vakalarından etkilenen seyirci ya da izleyici olarak tanımlanan bir grup daha bulunmaktadır.

Zorbalar; fiziksel olarak güçlü olma, daha çok erkek olma, çatışmalarda şiddete başvurma, akademik olarak başarısız olma, genellikle bulundukları çevrede popüler olma gibi özelliklere sahiptir (123). Bu grupta yer alanların daha sık psikiyatrik problem yaşadıkları; depresyon, DEHB, karışit olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), madde kullanımı, intihar davranışları, yeme bozuklukları ve suça karışma gibi durumların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (124-126). Son dönemde yapılan çalışmalar ile zorbalığın kendini haklı görme, katı- duygusuz tutum, artmış benlik algısı ve narsistik özellikler ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (127, 128).

Kurbanlar; çekingen, utangaç, pasif, kaygılı, olumsuz benlik algısı ve zayıf arkadaş ilişkilerine sahip olma gibi özelliklere sahiptir. Bu özelliklerinden dolayı genellikle zorbalığa uğradıklarında ağlama, geri çekilme ve nadiren kendilerini savunma eğilimindedirler (121, 129-131). Genellikle kurbanların zayıf sosyal ilişkilerinin olduğu, çok fazla arkadaşlık kurmadıkları için yalnız ve güçsüz oldukları, olumsuz algılanacakları düşüncesinden dolayı kendilerini ifade edemedikleri ve bunlardan dolayı daha fazla zorbalığa maruz kaldıkları görülmüştür (129). Her tür zorbalığın ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini, bu etkilenmenin yanı sıra duygusal zorbalığa maruz kalmanın da ruh sağlığı açısından önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (130). Bu grupta depresyon, anksiyete bozuklukları, fiziksel sağlık problemleri (uyku problemleri, altını ıslatma, başağrıları, mide ağrıları, yorgunluk gibi) ve içe atım problemleri görülürken; dışa atım problemleri ve düşük prososyal davranış gösteren çocukların kurban olma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (120, 124).

Zorba kurbanlar; geçmişte başkaları tarafından zorbalığa uğrayan ve daha sonrasında reaktif saldırganlık göstermeye başlayan, sorun çözme ve akranlarıyla sosyal ilişki becerileri zayıf olan, saf zorbalara göre daha fazla kaygılı ve daha az popüler olan gruptur. Bu grupta uyum bozuklukları, depresyon, DEHB, KOKGB ve DB tanılarının sık görüldüğü bildirilmiştir (125, 127, 128, 132, 133).

2.2.4. Epidemiyoloji

1970'lerin başlarına kadar sistematik bir çalışma yapılmamış olan akran zorbalığı günümüzde dünya genelinde yaygın olan önemli bir sosyal problemdir. Akran zorbalığının sıklığı ile ilgili çalışmalarda yaş, cinsiyet, kültürel farklılıkların olması ve çalışmalarda farklı yöntemlerin kullanılmasından dolayı verilerin oldukça farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Akran zorbalığı prevalans oranının ortaokul yıllarında en yüksek seviyeye ulaştığı ve lise dönemlerinde düşüş gösterdiği belirtilmiştir (134, 135). Fiziksel zorbalık sıklığı yaşla birlikte azalırken, ilişkisel zorbalık erken ergenlik döneminde genellikle artar (136).

Yapılan çalışmalarda erkeklerin genellikle kızlardan daha fazla zorbalık yaptıkları ve zorbalığa daha fazla maruz kaldıkları görülürken (121) bazılarında cinsiyet farklılık gözlenmediği hatta diğer çalışmaların aksine (137) bazılarında kızların daha fazla etkilendiği belirtilmiştir (138, 139). Erkeklerde daha çok fiziksel zorbalık, kızlarda ise daha çok söylenti çıkarma ve dışlama türü dolaylı zorbalık yapma eğiliminde oldukları bildirilmiştir (121).

Okul zorbalığı, tüm dünyada yaygın olan ve önemli bir sorun olmakla birlikte yapılan araştırmalarda öğrencilerin %50 gibi yüksek bir oranda okul yaşamı boyunca en az 1 kez bile olsa zorbalığa maruz kaldığı veya zorbalık yaptığı bildirilmiştir (140). Pişkin, dünya çapında zorbalık ve kurbanlık olaylarının yaygınlığına ilişkin yaptığı taramalardan ulaştığı oranları şöyle özetlemektedir: Kurban öğrenci oranları; Avustralya'da %30 – 50; İtalya'da %28 – 40; İngiltere'de %4– 36; Yunanistan'da %15 – 30; Portekiz'de %20 – 22; Kanada'da %21; ABD'de %10; Norveç'te %10'dur (118, 140). Zorba öğrenci oranları ise; İngiltere'de %20; İtalya'da %15 – 20; Yunanistan'da %6; Kanada'da %12; ABD'de %13; Norveç'te %7; Türkiye'de ise % 11 ile %50 arasındadır(118, 140). Dünya sağlık örgütünün yaptığı araştırmaya göre 43 ülkede 10-15 yaş arası çocuklar arasında zorbalık sıklığını %1-36, kurban olma sıklığını ise %2-32 arasında değiştiğini bildirmiştir (141). Bir başka çalışmada okul çağı çocuklarının yaklaşık %10-20'sinin kurban, %5-15'inin zorba olarak yer aldığı bildirilmiştir (141). İstanbul'da lise çocukları arasında yapılmış bir çalışmada öğrencilerin %59,4'ünün akran zorbalığı içerisinde bulunmadığı, %9,2'sinin zorba, %22'sinin kurban ve %9,4'ünün zorba kurban olarak akran zorbalığı içerisinde yer aldığı bildirilmiştir (142). Modecki ve arkadaşlarının (2014), ergenlerde yapılan çalışmaları derlemesi sonucu kurban ve zorba rollerinde katılım oranları geleneksel zorbalık için %35'tir (143). Lise

öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, ergenlerin %24.0'ının zorbalığa uğradığı ve %29.3'ünün ise zorbalık yaptığı raporlanmıştır (144).

2.2.5. Araştırmanın Amacı

2.2.5.1. Araştırmanın Amacı

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılacak olan bu çalışmada 13-18 yaş aralığında kendine zarar verme davranışında bulunan ergenler olgu grubu oluştururken, diğer polikliniklere başvuran KZVD'si bulunmayan ergenler ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Her iki grup sosyodemografik özellikler, akran zorbalığı ve ruhsal tanılar açısından karşılaştırıldı. Ayrıca kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerde bu davranışı yordayan etkenlerin saptanması ve klinik uygulamalarda kendine zarar verme davranışını önleyecek önerilerin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMİ

Araştırma olgu kontrollü kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurul onayı alınmıştır. (Karar no: 05)

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya 2020 Mart – 2021 Mayıs tarihleri arasında Harran Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 13-18 yaş arası kendine zarar verme davranışı olan (n=50) ergenler ve başka polikliniklere başvuran herhangi kendine zarar verme davranışı olmayan sağlıklı ergenlerden (n=60) oluşmak üzere toplam 110 ergen dahil edilmiştir. Okula devam etmeyen kendine zarar verme davranışı olan olgu grubundan 6 ergen ve kontrol grubundan 3 ergen çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme/Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- a. Harran Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurmuş olmak
- b. 13-18 yaş aralığında olmak
- c. Okur-yazar olmak
- d. Okula devam ediyor olmak
- e. Gönüllü olmak ve onam vermek

Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- a. Bilişsel olarak çalışmada kullanılan ölçeklerde sorulan soruları anlamada ve doldurmada zorlanmak
- b. Klinik olarak zihinsel engellilik, akut mani, psikotik belirti, otizm spektrum bozukluğu ya da nörolojik bir hastalık bulunması
- c. Okula devam etmiyor olmak
- d. Gönüllü olamamak ve onam vermemek

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup ergenin yaşı, cinsiyet, eğitim durumu, kaçınıcı sınıf olduğu, sigara/alkol/madde kullanım durumları, daha önceki psikiyatrik öyküsünün varlığı, varsa intihar girişimi, intihar girişimi sayısı, ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sigara/alkol/madde kullanım durumları, daha önceki psikiyatrik öyküsünün varlığı, çalışma durumları, birliktelik durumları, ailenin sosyoekonomik düzeyi, aile tipi gibi bilgileri sorgulamaktadır.

3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T)

Çalışmaya alınan ergenler ve annelerine “Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli”- (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children-Present and Lifetime version: K-SADS) uygulanmıştır.

Bu görüşme çizelgesinin kökeni Endicott ve Spitzer (1978) tarafından erişkinler için geliştirilen ve Chambers ve arkadaşlarının (1985) çocuklara uyarladığı Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesine (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-SADS) dayanmaktadır. Bu çizelgenin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlenmiş “Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli”, Kaufman ve ark. tarafından geliştirilmiş; aynı görüşme çizelgesi DSM sistemi 2013 yılında yenilendikten sonra, DSM-5 tanıları ile uyumlu olacak şekilde yenilenmiştir. Ünal ve arkadaşları tarafından DSM-5 ölçütlerini içeren versiyonu dilimize çevrilmiş, geçerli ve güvenilirliği yapılmıştır (145).

3.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), 2009 yılında Klonsky ve Glenn tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bildik ve ark. tarafından yapılmıştır (146). İki bölümden oluşan bir ölçektir. İlk bölümde (Davranışlar), “kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan” 12 çeşit kendine zarar verici davranışın yaşam boyu

sıklığı sorgulanır. Kendini kesme, kendini ısırma, cilde harf/şekil kazıma, yakma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma sorgulanan davranışlardır. Bu bölümde katılımcılara, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği sorulur. Ayrıca beş ek soru ile bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özellikleri araştırılır.

Envanterin ilk bölümünde “bir ve daha fazla sayıda KZVD belirten” katılımcılar, ölçeğin ikinci bölümünü (İşlevler) yanıtlamaya yönlendirilir. Bu bölümde toplam 39 soru ile iki ayrı boyut altında (Otonom ve Sosyal işlevler) bulunan 13 alt boyut sorgulanır. Otonom işlevler 5 alt boyuttan oluşmaktadır: affekt regülasyonu, özkıyımı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme. Sosyal işlevler ise 8 alt boyuttan oluşmaktadır: kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik ve kendiyle ilgilenme. Her işlevdeki sorular, “hiç uygun değil-0”, “kısmen uygun-1”, “çok uygun-2” olmak üzere 3 dereceli bir ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. Sosyal ve otonom işlevlere ait her bir alt işlev puanı toplanarak “toplam sosyal” ve “toplam otonom işlev” puanları elde edilir. Ayrıca envanterin tüm maddelerinin toplanması ile “KZVDDE İşlevler toplam puanı” da elde edilmektedir.

3.3.4. Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği

Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği çeşitli araştırmalara konu olmuş; Ayas ve Pişkin tarafından zorbalık yapan ve zorbalığa uğrayan (kurban) öğrencilerin belirlenmesi amacıyla 6 alt boyutta 53 madde şeklinde geliştirilmiştir (147). Ölçeğin alt boyutları; fiziksel zorbalık (1-15. Sorular), sözel zorbalık (16-22. Sorular), izolasyon (23-28. Sorular), söylenti yayma (29-33. Sorular), eşyalara zarar verme (34-43. Sorular), cinsel zorbalık (44-53. Sorular)’dır. Ölçekte puanlar arttıkça öğrencilerin zorba ve kurban olma düzeyleri artmaktadır. Zorba ve Kurban boyutlarından alınabilecek en yüksek puan 265, en düşük puan ise 53’tür. Ölçeğin kurban boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,89, zorba boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,86 olarak hesaplanmıştır. Akran zorbalığı belirleme ölçeği güvenilirlik analizi sonucuna göre; fiziksel zorbalık alt boyutuna ait güvenilirlik katsayısı (Cronbach’s Alpa) zorba için 0,891 iken kurban için 0,897; sözel zorbalık alt boyutu zorba için 0,894 iken kurban için 0,895; izolasyon alt boyutu zorba için 0,895 iken kurban için 0,903; söylenti Yayma alt boyutu zorba için 0,890 iken kurban için 0,894; eşyalara zarar verme alt boyutu zorba için 0,890 iken kurban için 0,897; cinsel zorbalık alt boyutu zorba için 0,893 iken kurban için 0,899 olarak bulunmuştur. Değerlere göre ölçeğin güvenilirliği yüksek ve yeterli olarak görülmüştür. Zorba, kurban, zorba/kurban ve karışmayanların

sınıflandırılması: araştırmaya katılan öğrencilerin akran zorbalığı gruplarına (kurban, zorba, zorba/kurban ve karışmayan) katılım oranlarını belirleyebilmek için akran zorbalığı belirleme ölçeğinin değerlendirilmesindeki kriterler dikkate alınarak frekans dağılımları hesaplanmıştır. Buna göre “Haftada en az bir kere” herhangi bir zorbaca davranışa maruz kalan ve diğerlerine zorbaca davranışlarda bulunmayanlar “kurban”, “Haftada en az bir kere” diğerlerine karşı zorbaca davranışlarda bulunan ve diğerleri tarafından zorbalığa maruz kalmayanlar “zorba”, “Haftada en az bir kere” hem zorbaca davranışlarda bulunanlar hem de zorbalığa maruz kalanlar “zorba/kurban”, “Haftada en az bir kere” hem zorbaca davranışlarda bulunmayanlar hem de zorbalığa maruz kalmayanlar ise “karışmayan” olarak gruplandırılmıştır (148).

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca (medyan) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testleri kullanılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırmalarında farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için ikişerli karşılaştırmalar yapılmıştır. Sürekli değişkenler, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile yapılan normallik değerlendirmesine göre normal dağılıma uyduğu yerlerde parametrik testler (bağımsız gruplarda t testi) ile normal dağılıma uymadığı yerlerde ise nonparametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi) ile karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısına göre ilişki durumu tablo 5’te sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo-5: Korelasyon Katsayısına Göre İlişki Durumu (149)

Korelasyon Katsayısı	İlişki Durumu
0,00-0,24	Zayıf ilişki
0,25-0,49	Orta ilişki
0,50-0,74	Güçlü ilişki
0,75-1,00	Çok güçlü ilişki

4. BULGULAR

Kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerde akran zorbalığı ve ruhsal tanılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya kendine zarar verme davranışı bulunan 50 ergen olgu grubu olarak, 60 ergen ise kontrol grubu olarak alındı.

Olgu grubunda ortalama yaş $15,4 \pm 1,4$ (ortanca yaş=16) iken, kontrol grubunda $15,5 \pm 1,3$ (ortanca yaş=16) idi. Olguların %70,0'i, kontrollerin ise %66,7'si kızdı. Katılımcıların çoğu (olgu grubunda %84,0, kontrol grubunda %81,7) lise öğrencisiydi. Her iki gruptaki çocukların yaş, cinsiyet ve eğitim durumları benzerdi ($p > 0,05$). Sınıf dağılımına bakıldığında olguların en çok olarak olgularda %36,0 ile 10. sınıf, kontrollerde ise %30,0 ile 12. sınıf vardı. Fakat sınıf düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p = 0,163$).

Sigara kullanımı kontrol grubunda %6,7 iken, olgu grubunda anlamlı olarak fazla olup %26,0 idi ($p = 0,005$). Kontrol grubunda alkol kullanan çocuk yokken (%0,0), olgu grubunda alkol kullanım sıklığı %12,0 ile anlamlı olarak daha fazlaydı ($p = 0,007$). Her iki grupta da madde kullandığını söyleyen çocuk çıkmadı (tablo 6).

Tablo-6: Çalışma Gruplarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Çalışma grubu				Toplam		p*
		Olgu		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	Ort.±SS	15,4±1,4		15,5±1,3		15,5±1,3		0,909**
	Ortanca (min-maks)	16 (13-17)		16 (13-17)		16 (13-17)		
Cinsiyet	Kız	35	70,0	40	66,7	75	68,2	0,709
	Erkek	15	30,0	20	33,3	35	31,8	
Eğitim durumu	Ortaokul	8	16,0	11	18,3	19	17,3	0,747
	Lise	42	84,0	49	81,7	91	82,7	
Sınıf	8	8	16,0	11	18,3	19	17,3	0,163
	9	9	18,0	10	16,7	19	17,3	
	10	18	36,0	13	21,7	31	28,2	
	11	9	18,0	8	13,3	17	15,5	
	12	6	12,0	18	30,0	24	21,8	
Sigara kullanımı	Var	13	26,0	4	6,7	17	15,5	0,005
	Yok	37	74,0	56	93,3	93	84,5	
Alkol kullanımı	Var	6	12,0	0	0,0	6	5,5	0,007
	Yok	44	88,0	60	100,0	104	94,5	
Madde kullanımı	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	60	100,0	110	100,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, SS=standart sapma, *Ki-kare testi, **Mann Whitney U testi

Tablo-7’de çalışma gruplarının annelerine ait tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Ortalama anne yaşı olgu grubunda $41,4 \pm 6,1$, kontrol grubunda $41,9 \pm 6,1$ ile benzerdi ($p=0,577$). Olgularda en sık %30,0 ile ilkokul mezunu anne varken, kontrollerde %43,3 ile okuryazar olmayan anne vardı fakat gruplar arasında anne eğitim durumu açısından fark yoktu ($p=0,258$).

Anne çalışma durumu olgu grubunda %12,0, kontrol grubunda %15,0, anne sigara kullanımı olgu grubunda %30,0, kontrol grubunda %16,7, anne alkol kullanımı ise olgu grubunda %2,0, kontrol grubunda %0,0 idi. Her üç değişken açısından da gruplar arasında fark yoktu. Her iki grupta da madde kullandığını beyan eden anneye rastlanmadı.

Tablo-7: Çalışma Gruplarının Annelerine Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Çalışma grubu				Toplam		p*
		Olgu		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	Ort.±SS Ortanca (min-maks)	41,4±6,1 40 (32-56)		41,9±6,1 41 (32-56)		41,7±6,1 40 (32-56)		0,577**
Eğitim durumu	Okuryazar değil	14	28,0	26	43,3	40	36,4	0,258
	İlkokul	15	30,0	15	25,0	30	27,3	
	Ortaokul	9	18,0	6	10,0	15	13,6	
	Lise	7	14,0	4	6,7	11	10,0	
	Üniversite	5	10,0	9	15,0	14	12,7	
Çalışma durumu	Evet	6	12,0	9	15,0	15	13,6	0,648
	Hayır	44	88,0	51	85,0	95	86,4	
Sigara kullanımı	Var	15	30,0	10	16,7	25	22,7	0,097
	Yok	35	70,0	50	83,3	85	77,3	
Alkol kullanımı	Var	1	2,0	0	0,0	1	0,9	0,455
	Yok	49	98,0	60	100,0	109	99,1	
Madde kullanımı	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	60	100,0	110	100,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, SS=standart sapma, *Ki-kare testi, **Mann Whitney U testi

Tablo-8’te çalışma gruplarının babalarına ait tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Ortalama baba yaşı olgu grubunda $45,8 \pm 5,3$, kontrol grubunda $47,0 \pm 6,9$ ile benzerdi ($p=0,455$). Olgularda %8,0 okuryazar olmayan baba varken, %34,0 ilkokul, %18,0 ortaokul, %26,0 lise ve %14,0 üniversite mezunu baba vardı. Kontrollerde ise %6,7 okuryazar olmayan baba varken,

%51,7 ilkököl, %5,0 ortaokul, %10,0 lise ve %26,7 üniversite mezunu baba vardı. Gruplar arasında baba eğitim durumu açısından fark vardı ($p=0,015$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın ortaokul-üniversite arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü. Olgu grubunda ortaokul mezunu istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazlayken, kontrol grubunda da üniversite mezunu anlamlı olarak fazlaydı.

Baba çalışma durumu olgu grubunda %80,0, kontrol grubunda %75,0, baba sigara kullanımı olgu grubunda %62,0, kontrol grubunda %48,3, baba alkol kullanımı ise olgu grubunda %10,0, kontrol grubunda %10,0 idi. Her üç değişken açısından da gruplar arasında fark yoktu. Her iki grupta da madde kullandığını beyan eden babaya rastlanmadı.

Tablo-8: Çalışma Gruplarının Babalarına Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Çalışma grubu				Toplam		p*
		Olgu		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	Ort.±SS	45,8±5,3		47,0±6,9		46,4±6,2		0,455**
	Ortanca (min-maks)	45 (35-57)		46 (35-66)		46 (35-66)		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	4	8,0	4	6,7	8	7,3	0,015
	İlkokul	17	34,0	31	51,7	48	43,6	
	Ortaokul	9	18,0	3	5,0	12	10,9	
	Lise	13	26,0	6	10,0	19	17,3	
	Üniversite	7	14,0	16	26,7	23	20,9	
Çalışma durumu	Evet	40	80,0	45	75,0	85	77,3	0,533
	Hayır	10	20,0	15	25,0	25	22,7	
Sigara kullanımı	Var	31	62,0	29	48,3	60	54,5	0,152
	Yok	19	38,0	31	51,7	50	45,5	
Alkol kullanımı	Var	5	10,0	6	10,0	11	10,0	1,000
	Yok	45	90,0	54	90,0	99	90,0	
Madde kullanımı	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
	Yok	50	100,0	60	100,0	110	100,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, SS=standart sapma, *Ki-kare testi, **Mann Whitney U testi

Ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olma sıklığı olgu grubunda %24,0, kontrol grubunda %13,3 idi. Annede psikiyatrik hastalık öyküsü olma sıklığı olgu grubunda %20,0, kontrol grubunda %8,3 idi. Babada psikiyatrik hastalık öyküsü olma sıklığı olgu grubunda %8,0, kontrol grubunda %6,7 idi. Her üç değişken açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Anne-babanın boşanmış olma veya en az birinin vefat etmiş olma sıklığı kontrol grubunda %8,3 iken olgu grubunda anlamlı olarak fazla olup %26,0 idi ($p=0,013$).

Olgu grubunun %70,0'i çekirdek aile yapısına sahipken, %4,0'ü geniş aile, %26,0'sı parçalanmış aile yapısındaydı. Kontrol grubunun ise %86,7'si çekirdek aile yapısına sahipken, %11,7'si geniş aile, %1,7'si parçalanmış aile yapısındaydı. Gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın çekirdek-parçalanmış aile arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü. Kontrol grubunda çekirdek aile tipi anlamlı olarak fazla iken, olgu grubunda parçalanmış aile tipi fazlaydı ($p<0,001$).

Gruplar arasında ailedeki çocuk sayısı, katılımcının ailede kaçınıcı çocuk olduğu ve ailenin sosyoekonomik düzeyi açısından fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Tablo 9'u inceleyiniz.

Tablo -9: Çalışma Grupları Arasında Ailevi Özelliklerin Karşılaştırılması

		Çalışma grubu				Toplam		p*
		Olgu		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	12	24,0	8	13,3	20	18,2	0,149
	Yok	38	76,0	52	86,7	90	81,8	
Annede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	10	20,0	5	8,3	15	13,6	0,076
	Yok	40	80,0	55	91,7	95	86,4	
Babada psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	4	8,0	4	6,7	8	7,3	0,536
	Yok	46	92,0	56	93,3	102	92,7	
Anne-babanın birliktelik durumu	Birlikte	37	74,0	55	91,7	92	83,6	0,013
	Boşanmış/vefat	13	26,0	5	8,3	18	16,4	
Aile tipi	Çekirdek aile	35	70,0	52	86,7	87	79,1	<0,001
	Geniş aile	2	4,0	7	11,7	9	8,2	
	Parçalanmış aile	13	26,0	1	1,7	14	12,7	
Çocuk sayısı	1 çocuk	4	8,0	1	1,7	5	4,5	0,214
	2 çocuk	5	10,0	8	13,3	13	11,8	
	3 çocuk	12	24,0	10	16,7	22	20,0	
	4 çocuk	10	20,0	8	13,3	18	16,4	
	5 ve üzeri çocuk	19	38,0	33	55,0	52	47,3	
Kaçınıcı çocuk olduğu	1	16	32,0	24	40,0	40	36,4	0,330
	2	15	30,0	8	13,3	23	20,9	
	3	7	14,0	11	18,3	18	16,4	
	4	5	10,0	7	11,7	12	10,9	
	5 ve üzeri	7	14,0	10	16,7	17	15,5	
Ailenin sosyoekonomik düzeyi	Alt	16	32,0	13	21,7	29	26,4	0,198
	Orta	30	60,0	36	60,0	66	60,0	
	Üst/ yüksek	4	8,0	11	18,3	15	13,6	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

Tablo-10'da çalışma grupları arasında akran zorbalığına maruz kalma durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Olgu grubunda fiziksel zorbalığa maruz kalma %72,0, sözel zorbalığa maruz kalma %72,0, izolasyona maruz kalma %44,0, söylenti yayma davranışına maruz kalma %46,0, eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma %46,0, cinsel zorbalığa maruz kalma %18,0 ve herhangi bir zorbalığa maruz kalma %86,0 sıklıktaydı. Kontrol grubunda ise fiziksel zorbalığa maruz kalma %55,0, sözel zorbalığa maruz kalma %38,3, izolasyona maruz kalma %25,0, söylenti yayma davranışına maruz kalma %30,0, eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma %26,7, cinsel zorbalığa maruz kalma %15,0 ve herhangi bir zorbalığa maruz kalma %71,7 sıklıktaydı. Sözel zorbalığa maruz kalma, izolasyona maruz kalma ve eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma olgu grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha fazla iken, diğer akran zorbalığı türlerine maruz kalma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-10: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması

		Çalışma grubu				Toplam		p*
		Olgu		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Fiziksel zorbalığa maruz kalma durumu	Var	36	72,0	33	55,0	69	62,7	0,066
	Yok	14	28,0	27	45,0	41	37,3	
Sözel zorbalığa maruz kalma durumu	Var	36	72,0	23	38,3	59	53,6	<0,001
	Yok	14	28,0	37	61,7	51	46,4	
İzolasyona maruz kalma durumu	Var	22	44,0	15	25,0	37	33,6	0,036
	Yok	28	56,0	45	75,0	73	66,4	
Söylenti yaymaya maruz kalma durumu	Var	23	46,0	18	30,0	41	37,3	0,084
	Yok	27	54,0	42	70,0	69	62,7	
Eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma durumu	Var	23	46,0	16	26,7	39	35,5	0,035
	Yok	16	54,0	44	73,3	71	64,5	
Cinsel zorbalığa maruz kalma durumu	Var	9	18,0	9	15,0	18	16,4	0,672
	Yok	41	82,0	51	85,0	92	83,6	
Zorbalığa maruz kalma durumu (toplam)	Var	43	86,0	43	71,7	86	78,2	0,070
	Yok	7	14,0	17	28,3	24	21,8	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

Tablo-6’da olgu grubunda cinsiyet grupları arasında akran zorbalığına maruz kalma durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Kızlarda fiziksel zorbalığa maruz kalma %68,6, sözel zorbalığa maruz kalma %65,7, izolasyona maruz kalma %42,9, söylenti yayma davranışına maruz kalma %40,0, eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma %42,9, cinsel zorbalığa maruz kalma %20,0 ve herhangi bir zorbalığa maruz kalma %82,9 sıklıktaydı. Erkeklerde ise fiziksel zorbalığa maruz kalma %80,0, sözel zorbalığa maruz kalma %86,7, izolasyona maruz kalma %46,7, söylenti yayma davranışına maruz kalma %60,0, eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma %53,3, cinsel zorbalığa maruz kalma %13,3 ve herhangi bir zorbalığa maruz kalma %93,3 sıklıktaydı. Olgularda akran zorbalığı türlerine maruz kalma açısından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-11: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Durumlarının Karşılaştırılması

		Olgu grubu				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	n	%	n	%	
Fiziksel zorbalığa maruz kalma durumu	Var	24	68,6	12	80,0	36	72,0	0,322
	Yok	11	31,4	3	20,0	14	28,0	
Sözel zorbalığa maruz kalma durumu	Var	23	65,7	13	86,7	36	72,0	0,120
	Yok	12	34,3	2	13,3	14	28,0	
İzolasyona maruz kalma durumu	Var	15	42,9	7	46,7	22	44,0	0,804
	Yok	20	57,1	8	53,3	28	56,0	
Söylenti yaymaya maruz kalma durumu	Var	14	40,0	9	60,0	23	46,0	0,193
	Yok	21	60,0	6	40,0	27	54,0	
Eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma durumu	Var	15	42,9	8	53,3	23	46,0	0,496
	Yok	20	57,1	7	46,7	27	54,0	
Cinsel zorbalığa maruz kalma durumu	Var	7	20,0	2	13,3	9	18,0	0,451
	Yok	28	80,0	13	86,7	41	82,0	
Zorbalığa maruz kalma durumu (toplam)	Var	29	82,9	14	93,3	43	86,0	0,311
	Yok	6	17,1	1	6,7	7	14,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

Tablo-12’de çalışma grupları arasında akran zorbalığına maruz kalma ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Olgu grubunda fiziksel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı $26,2 \pm 10,7$ (ortanca=24), sözel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı $14,2 \pm 7,0$ (ortanca=12), izolasyona maruz kalma ortalama puanı $11,6 \pm 8,0$ (ortanca=8), söylenti yayma davranışına maruz kalma ortalama puanı $9,1 \pm 4,8$ (ortanca=7), eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma ortalama puanı $14,0 \pm 6,9$ (ortanca=11), cinsel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı $12,5 \pm 5,7$ (ortanca=10) ve zorbalığa

maruz kalma ortalama toplam puanı $87,7 \pm 36,0$ (ortanca=76) idi. Kontrol grubunda ise fiziksel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı $21,6 \pm 7,3$ (ortanca=19), sözel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı $9,8 \pm 4,0$ (ortanca=8), izolasyona maruz kalma ortalama puanı $8,1 \pm 3,7$ (ortanca=6), söylenti yayma davranışına maruz kalma ortalama puanı $7,1 \pm 3,0$ (ortanca=6), eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma ortalama puanı $11,8 \pm 2,8$ (ortanca=10), cinsel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı $11,3 \pm 3,1$ (ortanca=10) ve zorbalığa maruz kalma ortalama toplam puanı $69,7 \pm 20,6$ (ortanca=61) idi. Fiziksel, sözel zorbalığa maruz kalma puanı, izolasyona maruz kalma puanı ve söylenti yayma davranışına maruz kalma puanı ile zorbalığa maruz kalma toplam puanı olgu grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha fazla iken, eşyalara zarar verme davranışına ve cinsel zorbalığa maruz kalma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Tablo-12: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Olgu (n=50)		Kontrol (n=60)		Toplam (n=110)		p*
	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	
Fiziksel zorbalığa maruz kalma puanı	$26,2 \pm 10,7$	24 (15-60)	$21,6 \pm 7,3$	19 (15-43)	$23,7 \pm 9,3$	21 (15-60)	0,012
Sözel zorbalığa maruz kalma puanı	$14,2 \pm 7,0$	12 (7-31)	$9,8 \pm 4,0$	8 (7-24)	$11,8 \pm 6,0$	10 (7-31)	<0,001
İzolasyona maruz kalma puanı	$11,6 \pm 8,0$	8 (6-32)	$8,1 \pm 3,7$	6 (6-21)	$9,7 \pm 6,3$	7 (6-32)	0,016
Söylenti yaymaya maruz kalma puanı	$9,1 \pm 4,8$	7 (5-23)	$7,1 \pm 3,0$	6 (5-18)	$8,0 \pm 4,1$	6 (5-23)	0,032
Eşyalara zarar vermeye maruz kalma puanı	$14,0 \pm 6,9$	11 (10-42)	$11,8 \pm 2,8$	10 (10-24)	$12,8 \pm 5,2$	10 (10-42)	0,122
Cinsel zorbalığa maruz kalma puanı	$12,5 \pm 5,7$	10 (10-31)	$11,3 \pm 3,1$	10 (10-27)	$11,9 \pm 4,5$	10 (10-31)	0,834

Zorbalığa maruz kalma puanı (toplam)	87,7±36,0	76 (53-180)	69,7±20,6	61 (53-137)	77,9±29,9	68 (53-180)	0,002
---	-----------	----------------	-----------	----------------	-----------	----------------	--------------

n=sayı, SS=standart sapma, *Mann Whitney U testi

Tablo-13’de olgu grubunda cinsiyet grupları arasında akran zorbalığına maruz kalma ölçek puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Kızlarda fiziksel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı 25,5±10,3 (ortanca=21), sözel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı 13,7±6,9 (ortanca=12), izolasyona maruz kalma ortalama puanı 11,7±7,8 (ortanca=8), söylenti yayma davranışına maruz kalma ortalama puanı 8,8±4,9 (ortanca=6), eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma ortalama puanı 14,3±7,3 (ortanca=11), cinsel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı 12,5±5,6 (ortanca=10) ve zorbalığa maruz kalma ortalama toplam puanı 86,5±35,6 (ortanca=77) idi. Erkeklerde ise fiziksel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı 27,9±11,6 (ortanca=26), sözel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı 15,3±7,5 (ortanca=13), izolasyona maruz kalma ortalama puanı 11,3±8,6 (ortanca=7), söylenti yayma davranışına maruz kalma ortalama puanı 9,7±4,8 (ortanca=8), eşyalara zarar verme davranışına maruz kalma ortalama puanı 13,5±6,1 (ortanca=10), cinsel zorbalığa maruz kalma ortalama puanı 12,7±6,1 (ortanca=10) ve zorbalığa maruz kalma ortalama toplam puanı 90,4±37,9 (ortanca=75) idi. Olgularda akran zorbalığı türlerine maruz kalma ölçek puanları açısından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-13: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığına Maruz Kalma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Kız (n=35)		Erkek (n=15)		Toplam (n=50)		p*
	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	
Fiziksel zorbalığa maruz kalma puanı	25,5±10,3	21 (15-50)	27,9±11,6	26 (15-60)	26,2±10,7	24 (15-60)	0,408
Sözel zorbalığa maruz kalma puanı	13,7±6,9	12 (7-31)	15,3±7,5	13 (7-31)	14,2±7,0	12 (7-31)	0,474
İzolasyona maruz kalma puanı	11,7±7,8	8 (6-30)	11,3±8,6	7 (6-32)	11,6±8,0	7,5 (6-32)	0,751
Söylenti yaymaya maruz kalma puanı	8,8±4,9	6 (5-23)	9,7±4,8	8 (5-17)	9,1±4,8	7 (5-23)	0,329
Eşyalara zarar vermeye maruz kalma puanı	14,3±7,3	11 (10-42)	13,5±6,1	10 (33-50)	14,0±6,9	11 (10-42)	0,664
Cinsel zorbalığa maruz kalma puanı	12,5±5,6	10 (10-31)	12,7±6,1	10 (10-30)	12,5±5,7	10 (10-31)	0,528
Zorbalığa maruz kalma puanı (toplam)	86,5±35,6	77 (53-180)	90,4±37,9	75 (55-166)	87,7±36,0	76 (53-180)	0,511

n=sayı, SS=standart sapma, *Mann Whitney U testi

Tablo-14'de çalışma grupları arasında akran zorbalığı yapma durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Olgu grubunda fiziksel zorbalık yapma %50,0, sözel zorbalık yapma %36,0, izolasyona maruz bırakma %10,0, söylenti yayma durumu %12,0, eşyalara zarar verme durumu %16,0, cinsel zorbalık yapma durumu %12,0 ve herhangi bir zorbalığı yapma durumu %62,0 sıklıkta idi. Kontrol grubunda ise fiziksel zorbalık yapma %40,0, sözel zorbalık yapma %23,3, izolasyona maruz

birakma %10,0, söylenti yayma durumu %5,0, eşyalara zarar verme durumu %11,7, cinsel zorbalık yapma durumu %8,3 ve herhangi bir zorbalığı yapma durumu %51,7 sıklıkta idi. Çalışma grupları arasında akran zorbalığı yapma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-14: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığı Yapma Durumlarının Karşılaştırılması

		Çalışma grubu				Toplam		p*
		Olgu		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Fiziksel zorbalık yapma durumu	Var	25	50,0	24	40,0	49	44,5	0,293
	Yok	25	50,0	36	60,0	61	55,5	
Sözel zorbalık yapma durumu	Var	18	36,0	14	23,3	32	29,1	0,145
	Yok	32	64,0	46	76,7	78	70,9	
İzolasyona maruz bırakma durumu	Var	5	10,0	6	10,0	11	10,0	1,000
	Yok	45	90,0	54	90,0	99	90,0	
Söylenti yayma durumu	Var	6	12,0	3	5,0	9	8,2	0,163
	Yok	44	88,0	57	95,0	101	91,8	
Eşyalara zarar verme durumu	Var	8	16,0	7	11,7	15	13,6	0,510
	Yok	42	84,0	53	88,3	95	86,4	
Cinsel zorbalık yapma durumu	Var	6	12,0	5	8,3	11	10,0	0,523
	Yok	44	88,0	55	91,7	99	90,0	
Zorbalık yapma durumu (toplam)	Var	31	62,0	31	51,7	62	56,4	0,277
	Yok	19	38,0	29	48,3	48	43,6	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

Tablo-15’de olgu grubunda cinsiyet grupları arasında akran zorbalığı yapma durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Kızlarda fiziksel zorbalık yapma %45,7, sözel zorbalık yapma %28,6, izolasyona maruz bırakma %8,6, söylenti yayma durumu %8,6, eşyalara zarar verme durumu %11,4, cinsel zorbalık yapma durumu %5,7 ve herhangi bir zorbalığı yapma durumu %57,1 sıklıkta idi. Erkeklerde ise fiziksel zorbalık yapma %60,0, sözel zorbalık yapma %53,3, izolasyona maruz bırakma %13,3, söylenti yayma durumu %20,0, eşyalara zarar verme durumu %26,7, cinsel zorbalık yapma durumu %26,7 ve herhangi bir zorbalığı yapma durumu %73,3 sıklıkta idi. Cinsiyet grupları arasında akran zorbalığı yapma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-15: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığı Yapma Durumlarının Karşılaştırılması

		Olgu grubu				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	n	%	n	%	
Fiziksel zorbalık yapma durumu	Var	16	45,7	9	60,0	25	50,0	0,355
	Yok	19	54,3	6	40,0	25	50,0	
Sözel zorbalık yapma durumu	Var	10	28,6	8	53,3	18	36,0	0,095
	Yok	25	71,4	7	46,7	32	64,0	
İzolasyona maruz bırakma durumu	Var	3	8,6	2	13,3	5	10,0	0,476
	Yok	32	91,4	13	86,7	45	90,0	
Söylenti yayma durumu	Var	3	8,6	3	20,0	6	12,0	0,245
	Yok	32	91,4	12	80,0	44	88,0	
Eşyalara zarar verme durumu	Var	4	11,4	4	26,7	8	16,0	0,176
	Yok	31	88,6	11	73,3	42	84,0	
Cinsel zorbalık yapma durumu	Var	2	5,7	4	26,7	6	12,0	0,058
	Yok	33	94,3	11	73,3	44	88,0	
Zorbalığa yapma durumu (toplam)	Var	20	57,1	11	73,3	31	62,0	0,280
	Yok	15	42,9	4	26,7	19	38,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

Tablo-16’da çalışma grupları arasında akran zorbalığı yapma ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Olgu grubunda fiziksel zorbalık yapma ortalama puanı $20,4 \pm 7,8$ (ortanca=17,5), sözel zorbalık yapma ortalama puanı $9,4 \pm 3,5$ (ortanca=7,5), izolasyona maruz bırakma ortalama puanı $6,8 \pm 1,9$ (ortanca=6,0), söylenti yayma ortalama puanı $6,1 \pm 2,9$ (ortanca=5), eşyalara zarar verme davranışı ortalama puanı $11,3 \pm 2,8$ (ortanca=10), cinsel zorbalık ortalama puanı $11,2 \pm 4,0$ (ortanca=10) ve zorbalık yapma toplam puanı ortalaması $65,3 \pm 18,7$ (ortanca=58) idi. Kontrol grubunda ise fiziksel zorbalık yapma ortalama puanı $18,6 \pm 5,2$ (ortanca=15,0), sözel zorbalık yapma ortalama puanı $8,7 \pm 2,8$ (ortanca=7,0), izolasyona maruz bırakma ortalama puanı $6,5 \pm 1,1$ (ortanca=6,0), söylenti yayma ortalama puanı $5,5 \pm 1,1$ (ortanca=5), eşyalara zarar verme davranışı ortalama puanı $10,9 \pm 2,0$ (ortanca=10), cinsel zorbalık ortalama puanı $10,4 \pm 1,0$ (ortanca=10) ve zorbalık yapma toplam puanı ortalaması $60,6 \pm 10,0$ (ortanca=56) idi. Çalışma grupları arasında akran zorbalığı yapma ölçek puanları açısından anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Tablo-16: Çalışma Grupları Arasında Akran Zorbalığı Yapma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Olgu (n=50)		Kontrol (n=60)		Toplam (n=110)		p*
	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	
Fiziksel zorbalık yapma puanı	20,4±7,8	17,5 (15-44)	18,6±5,2	15 (15-35)	19,4±6,5	16 (15-44)	0,228
Sözel zorbalık yapma puanı	9,4±3,5	7,5 (7-19)	8,7±2,8	7 (7-18)	9,1±3,1	7 (7-19)	0,231
İzolasyona maruz bırakma puanı	6,8±1,9	6 (6-17)	6,5±1,1	6 (6-10)	6,6±1,5	6 (6-17)	0,351
Söylenti yayma puanı	6,1±2,9	5 (5-20)	5,5±1,1	5 (5-10)	5,8±2,1	5 (5-20)	0,171
Eşyalara zarar verme puanı	11,3±2,8	10 (10-23)	10,9±2,0	10 (10-20)	11,1±2,4	10 (10-23)	0,402
Cinsel zorbalık yapma puanı	11,2±4,0	10 (10-33)	10,4±1,0	10 (10-14)	10,8±2,8	10 (10-33)	0,955
Zorbalık yapma puanı (toplam)	65,3±18,7	58 (53-142)	60,6±10,0	56 (53-93)	62,7±14,7	57 (53-142)	0,184

n=sayı, SS=standart sapma, *Mann Whitney U testi

Tablo-17’de olgu grubunda cinsiyet grupları arasında akran zorbalığı yapma ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Kızlarda fiziksel zorbalık yapma ortalama puanı 19,8±7,9 (ortanca=16,0), sözel zorbalık yapma ortalama puanı 9,1±3,4 (ortanca=7,0), izolasyona maruz bırakma ortalama puanı 6,5±1,2 (ortanca=6,0), söylenti yayma ortalama puanı 6,1±3,3 (ortanca=5), eşyalara zarar verme davranışı ortalama puanı 11,1±2,6 (ortanca=10), cinsel zorbalık ortalama puanı 11,1±2,6 (ortanca=10) ve zorbalık yapma toplam puanı ortalaması 63,7±19,6 (ortanca=57) idi. Erkeklerde ise fiziksel zorbalık yapma ortalama puanı 21,8±7,6 (ortanca=18,0), sözel zorbalık yapma ortalama puanı 10,1±3,6 (ortanca=10,0), izolasyona maruz bırakma ortalama puanı 7,5±2,9 (ortanca=7,0), söylenti yayma ortalama puanı 6,2±1,5 (ortanca=6), eşyalara zarar verme davranışı ortalama puanı 11,9±3,3 (ortanca=10), cinsel zorbalık ortalama puanı 11,9±3,3 (ortanca=10) ve zorbalık yapma toplam puanı ortalaması 68,9±16,4 (ortanca=65) idi. İzolasyona maruz bırakma puanı ve söylenti yayma puanı erkeklerde, kızlara göre anlamlı şekilde daha fazlaydı. Diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-17: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Akran Zorbalığı Yapma Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Kız (n=35)		Erkek (n=15)		Toplam (n=50)		p*
	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	Ort.±SS	Ortanca (min- maks)	
Fiziksel zorbalık yapma puanı	19,8±7,9	16 (15-44)	21,8±7,6	18 (15-39)	20,4±7,8	17,5 (15-44)	0,337
Sözel zorbalık yapma puanı	9,1±3,4	7 (7-19)	10,1±3,6	10 (7-19)	9,4±3,5	7,5 (7-19)	0,421
İzolasyona maruz bırakma puanı	6,5±1,2	6 (6-11)	7,5±2,9	7 (6-17)	6,8±1,9	6 (6-17)	0,040
Söylenti yayma puanı	6,1±3,3	5 (5-20)	6,2±1,5	6 (5-9)	6,1±2,9	5 (5-20)	0,039
Eşyalara zarar verme puanı	11,1±2,6	10 (10-23)	11,9±3,3	10 (10-21)	11,3±2,8	10 (10-23)	0,214
Cinsel zorbalık yapma puanı	11,1±2,6	10 (10-23)	11,9±3,3	10 (10-21)	11,3±2,8	10 (10-23)	0,069
Zorbalık yapma puanı (toplam)	63,7±19,6	57 (53-142)	68,9±16,4	65 (53-107)	65,3±18,7	58 (53-142)	0,095

n=sayı, SS=standart sapma, *Mann Whitney U testi

Olgu grubundaki kızların %28,6'sı bir kez, %14,3'ü birden çok defa olmak üzere toplamda %45,7'si daha önceden intihar girişimde bulunmuştu. Erkeklerin ise %26,7'si daha önceden intihar girişimde bulunmuştu. Bunların tamamının birden çok teşebbüsü olmuştu. Olgu grubunda cinsiyetler arasında intihar girişimi varlığı ve intihar sayısı açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (tablo-18).

Tablo-18: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında İntihar Girişimi Durumlarının Karşılaştırılması

		Cinsiyet				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	n	%	n	%	
İntihar girişimi	Var	16	45,7	4	26,7	20	40,0	0,208
	Yok	19	54,3	11	73,3	30	60,0	
İntihar sayısı	0	20	57,1	11	73,3	31	62,0	0,060
	1	10	28,6	0	0,0	10	20,0	
	1'den çok	5	14,3	4	26,7	9	18,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

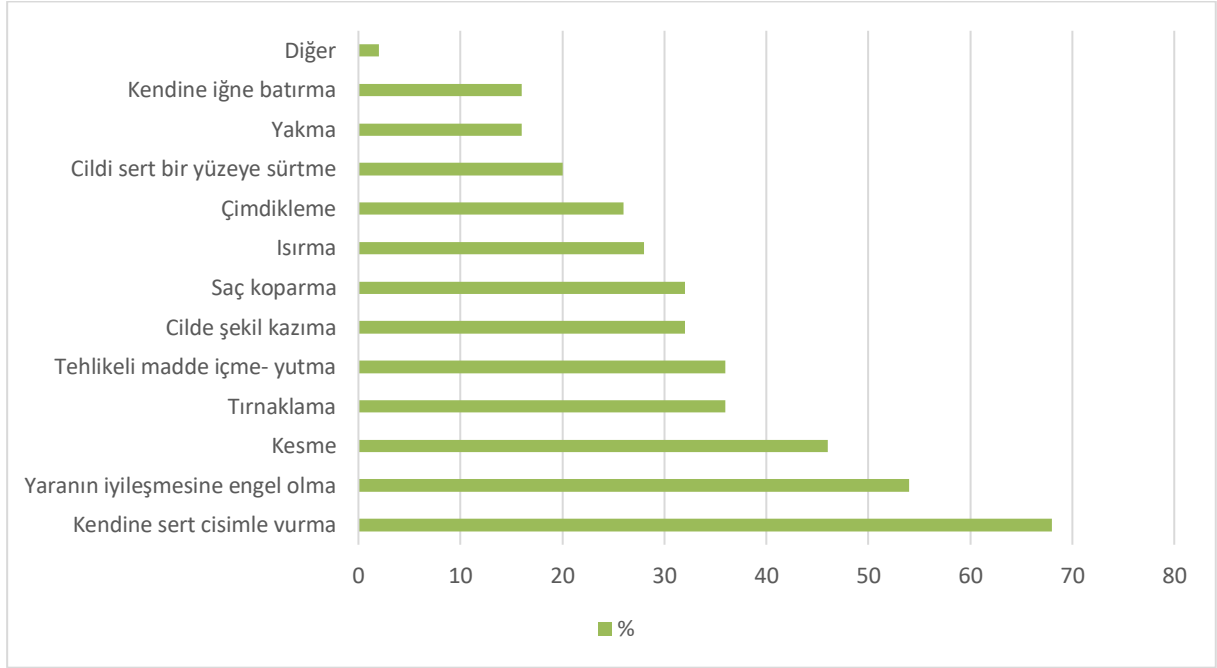
Tablo 19'da olgu grubunda cinsiyet grupları arasında kendine zarar verme davranışı türlerinin karşılaştırılması sunulmuştur.

Kızlarda kendine zarar verme sıklığı kendine sert cisimle vurma %65,7, yaranın iyileşmesine engel olma %57,1, kesme davranışı %51,4, tırnaklama %48,6, saç koparma %42,9, tehlikeli madde içme-yutma %42,9, ısırma %31,4, yakma %14,3, cilde şekil kazıma %31,4, çimdikleme %31,4, cildi sert bir yüzeye sürme %22,9, kendine iğne batırma %22,9 sıklıktaydı. Erkeklerde kendine zarar verme sıklığı kendine sert cisimle vurma %73,3, yaranın iyileşmesine engel olma %46,7, kesme%33,3, cilde şekil kazıma %33,3, ısırma %20,0, yakma %20,0, tehlikeli madde içme-yutma %20,0, cildi sert bir yüzeye sürme %13, çimdikleme %13,3, saç koparma %6,7, tırnaklama %6,7, kendine iğne batırma %0,0 sıklıktaydı. Saç koparma, tırnaklama ve kendine iğne batırma davranışı kızlarda erkeklerden anlamlı şekilde daha sık olup diğer kendine zarar verme davranışı türleri açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-19: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Kendine Zarar Verme Davranışı Türlerinin Karşılaştırılması

		Cinsiyet				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	n	%	n	%	
Kesme davranışı	Var	18	51,4	5	33,3	23	46,0	0,239
	Yok	17	48,6	10	66,7	37	54,0	
Isırma davranışı	Var	11	31,4	3	20,0	14	28,0	0,322
	Yok	24	68,6	12	80,0	36	72,0	
Yakma davranışı	Var	5	14,3	3	20,0	8	16,0	0,451
	Yok	30	85,7	12	80,0	42	84,0	
Cilde şekil kazıma davranışı	Var	11	31,4	5	33,3	16	32,0	0,572
	Yok	24	68,6	10	66,7	34	68,0	
Çimdikleme davranışı	Var	11	31,4	2	13,3	13	26,0	0,163
	Yok	24	68,6	13	86,7	37	74,0	
Saç koparma davranışı	Var	15	42,9	1	6,7	16	32,0	0,011
	Yok	20	57,1	14	93,3	34	68,0	
Tırnaklama davranışı	Var	17	48,6	1	6,7	18	36,0	0,005
	Yok	18	51,4	14	93,3	32	64,0	
Kendine sert cisimle vurma davranışı	Var	23	65,7	11	73,3	34	68,0	0,428
	Yok	12	34,3	4	26,7	16	32,0	
Yaranın iyileşmesine engel olma davranışı	Var	20	57,1	7	46,7	27	54,0	0,496
	Yok	15	42,9	8	53,3	23	46,0	
Cildi sert bir yüzeye sürtme davranışı	Var	8	22,9	2	13,3	10	20,0	0,362
	Yok	27	77,1	13	86,7	40	80,0	
Kendine iğne batırma davranışı	Var	8	22,9	0	0,0	8	16,0	0,044
	Yok	27	77,1	15	100,0	42	84,0	
Tehlikeli madde içme-yutma davranışı	Var	15	42,9	3	20,0	18	36,0	0,123
	Yok	20	57,1	12	80,0	32	64,0	
Diğer kendine zarar verme davranışı	Var	0	0,0	1	6,7	1	2,0	0,300
	Yok	35	100,0	14	93,3	49	98,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi



Şekil-2: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışı Türlerinin Dağılımı

Şekil-2’de olgu grubunda kendine zarar verme davranışı türlerinin dağılımı yer almaktadır.

Olgu grubunda en çok yapılan kendine zarar verme türü ortalanca olarak kişi başına 2,5 kez yapılan kendine sert cisimle vurma ve 1,0 kez yapılan yaranın iyileşmesine engel olma davranışlarıydı (tablo 20).

Tablo-20: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışı Türlerinin Kaç Kere Yapıldığı

	Ortalama±SS	Ortanca	Min-Maks
Kendine sert cisimle vurma davranışı	7,7±14,7	2,5	0-80
Yaranın iyileşmesine engel olma davranışı	12,3±26,1	1,0	0-100
Çimdikleme davranışı	9,0±27,2	0,0	0-100
Tırnaklama davranışı	5,8±19,7	0,0	0-100
Cildi sert bir yüzeye sürtme davranışı	4,9±19,9	0,0	0-100
Isırma davranışı	3,2±10,0	0,0	0-50
Saç koparma davranışı	2,6±7,6	0,0	0-50
Kesme davranışı	2,0±3,5	0,0	0-19
Cilde şekil kazıma davranışı	1,9±7,2	0,0	0-50
Tehlikeli madde içme- yutma davranışı	1,1±2,3	0,0	0-10
Kendine iğne batırma davranışı sayısı	0,7±1,9	0,0	0-10
Yakma davranışı	0,5±1,5	0,0	0-10
Diğer kendine zarar verme davranışı	0,1±0,7	0,0	0-5

SS=standart sapma

Olgu grubunda bugüne kadar 2 kişi 10 farklı yöntemle kendine zarar vermişken, 3 kişi 8 farklı yöntem, 6 kişi 7 farklı yöntem, 7 kişi 6 farklı yöntem, 2 kişi 5 farklı yöntem, 5 kişi 4 farklı yöntem, 6 kişi 3 farklı yöntem, 11 kişi 2 farklı yöntem ve 8 kişi de 1 yöntem ile kendine zarar vermişti (tablo-21).

Tablo-21: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Davranışı Yöntem Sayısı

Yöntem sayısı	n	%
1	8	16,0
2	11	22,0
3	6	12,0
4	5	10,0
5	2	4,0
6	7	14,0
7	6	12,0
8	3	6,0
10	2	4,0
Toplam	50	100,0

n=sayı, %=sütun yüzdesi

Tablo-22’de olgu grubunda cinsiyet grupları arasında kendine zarar verme davranışı ile ilgili sorulara verilen yanıtların karşılaştırılması verilmiştir.

“Fiziksel acı hisseder misiniz” sorusuna kızların %17,1’i “evet”, %48,6’sı “bazen” derken, erkeklerin %13,3’ü “evet”, %40,0’ı “bazen” dedi. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,709$).

“Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz” sorusuna kızların %62,9’u “evet”, %28,6’sı “bazen” derken, erkeklerin %73,3’ü “evet”, %26,7’si “bazen” dedi. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,479$).

“Dürtüden ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz” sorusuna kızların %77,1’i “1 saatten önce”, %14,3’ü “1-3 saat”, %2,9’u “12-24 saat”, %5,7’si 1 günden sonra derken, erkeklerin %73,3’ü “1 saatten önce”, %6,7’si “1-3 saat”, %6,7’si “12-24 saat”, %13,3’ü 1 günden sonra dedi. Gruplar arasında fark yoktu ($p=0,843$).

“Kendine zarar verme davranışını sona erdirmek ister mi” sorusuna erkeklerin %53,3’ü “evet” derken, kızlarda bu oran anlamlı bir şekilde fazla olup %82,9’dur (p=0,036).

“En son kendine ne zaman zarar verdi” sorusu 1 günden önce deme sıklığı kızlarda %14,3, erkeklerde %6,7’dir. Bu soru açısından da gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p=0,896).

Tablo-22: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

		Cinsiyet				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	n	%	n	%	
İlk kez kendine zarar verme yaşı	Ortalama±SS Ortanca (min-maks)	13,5±1,2 14 (8-17)		13,6±1,8 13 (10-16)		13,6±2,0 14 (8-17)		0,929**
Fiziksel acı hisseder mi?	Evet Bazen Hayır	6 17 12	17,1 48,6 34,3	2 6 7	13,3 40,0 46,7	8 23 19	16,0 46,0 38,0	0,709
Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mısınız?	Evet Bazen Hayır	22 10 3	62,9 28,6 8,6	11 4 0	73,3 26,7 0,0	33 14 3	66,0 28,0 6,0	0,479
Dürtüden ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirir?	1 saatten önce 1-3 saat 12-24 saat 1 günden sonra	27 5 1 2	77,1 14,3 2,9 5,7	11 1 1 2	73,3 6,7 6,7 13,3	38 6 2 4	76,0 12,0 4,0 8,0	0,843
Kendine zarar verme davranışını sona erdirmek ister mi?	Evet Hayır	29 6	82,9 17,1	8 7	53,3 46,7	37 13	74,0 26,0	0,036
En son kendine ne zaman zarar verdi?	1 gün önce 1-2 hafta önce 1 ay önce 1 aydan eski	5 9 10 11	14,3 25,7 28,6 31,4	1 4 5 5	6,7 26,7 33,3 33,3	6 13 15 16	12,0 26,0 30,0 32,0	0,896

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi, **Student T testi

Tablo-23’de olgu grubunda cinsiyet grupları arasında otonom işlevsellik durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

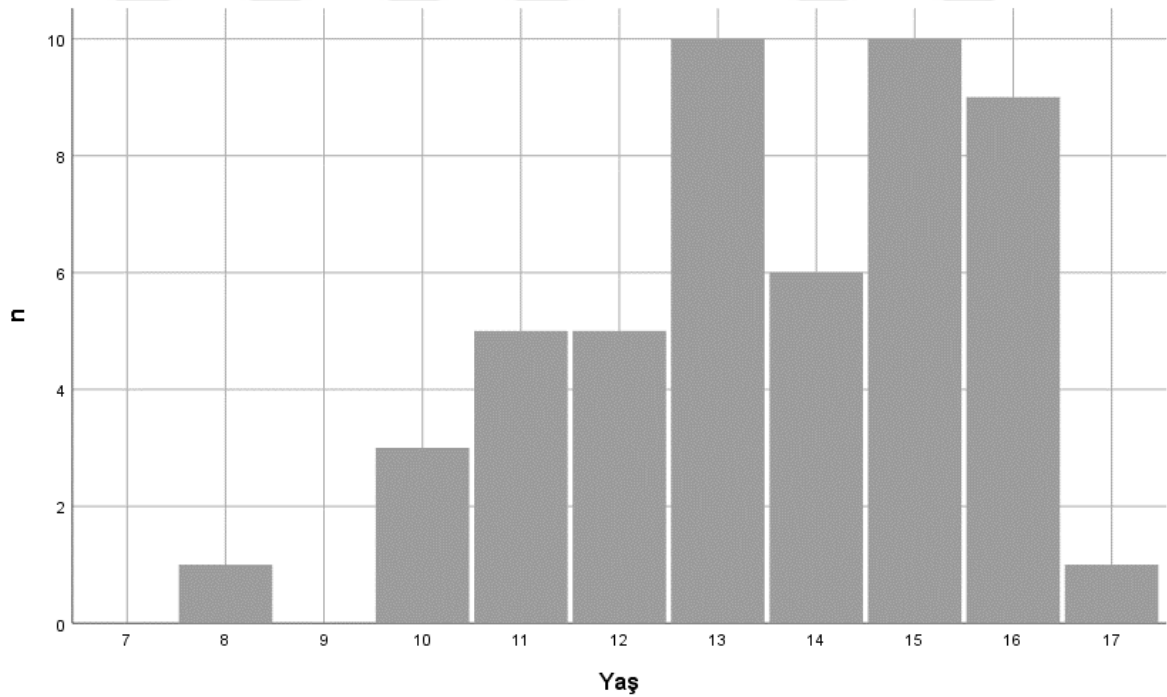
Kızlarda uygunluk sıklıkları; affekt regülasyonu için %94,3, sıkıntıyı etiketleme için %80,0, kendini cezalandırma için %77,1, özkıyımı önleme için %68,6, çözülmeyi önleme için %68,6 ve herhangi bir otonom işlevsellik için %100,0’dü. Sıkıntıyı etiketleme için %78,6, özkıyımı önleme için %73,3 ve herhangi bir otonom işlevsellik için %100,0’dü. Olgu grubunda cinsiyetler

arasında otonom işlevsellik durumlarının uygunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Şekil 3’de ilk kez kendine zarar verme yaş dağılımı verilmiştir.

Tablo-23: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Otonom İşlevsellik Durumlarının Karşılaştırılması

		Cinsiyet				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	n	%	n	%	
Affekt regülasyonu	Uygun	33	94,3	15	100,0	48	96,0	0,486
	Uygun değil	2	5,7	0	0,0	2	4,0	
Özkıyımı önleme	Uygun	24	68,6	11	73,3	35	70,0	0,507
	Uygun değil	11	31,4	4	26,7	15	30,0	
Sıkıntıyı etiketleme	Uygun	28	80,0	11	78,6	39	79,6	0,597
	Uygun değil	7	20,0	3	21,4	10	20,4	
Kendini cezalandırma	Uygun	27	77,1	12	80,0	39	78,0	0,570
	Uygun değil	8	22,9	3	20,0	11	22,0	
Çözölmeyi önleme	Uygun	24	68,6	12	80,0	36	72,0	0,322
	Uygun değil	11	31,4	3	20,0	14	28,0	
Otonom işlevsellik (toplam)	Uygun	35	100,0	15	100,0	50	100,0	-
	Uygun değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi



Şekil-3: İlk Kez Kendine Zarar Verme Yaşı Dağılımı

Tablo-24’de olgu grubunda cinsiyet grupları arasında otonom işlevsellik puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Puanlar kız grubunda daha fazla olmasına rağmen cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-24: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Otonom İşlevsellik Puanlarının Karşılaştırılması

	Kız (n=35)		Erkek (n=15)		Toplam (n=50)		p*
	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	
Affekt regülasyonu puanı	3,7±1,9	4 (0-6)	3,5±1,6	3 (1-6)	3,6±1,8	4 (0-6)	0,715
Özkıyımı önleme puanı	2,3±2,0	3 (0-6)	1,4±1,2	1 (0-4)	2,0±1,8	2 (0-6)	0,138
Sıkıntıyı etiketleme puanı	2,4±1,8	2 (0-6)	2,2±1,9	2 (0-6)	2,3±1,8	2 (0-6)	0,683
Kendini cezalandırma puanı	2,4±2,0	2 (0-6)	2,3±2,2	1 (0-6)	2,4±2,1	2 (0-6)	0,813
Çözölmeyi önleme puanı	2,1±1,9	2 (0-6)	1,9±1,4	2 (0-4)	2,0±1,7	2 (0-6)	0,829
Otonom işlevsellik toplam puanı	12,9±7,1	13 (1-29)	11,5±5,6	10 (3-21)	12,5±6,6	12,5 (1-29)	0,515*

n=sayı, Ort.=ortalama, SS=standart sapma, *Mann Whitney U testi, **Student T testi

Tablo-25’de olgu grubunda cinsiyet grupları arasında sosyal işlevsellik durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Kızlarda uygunluk sıklıkları; kişilerarası sınırlar için %77,1 intikam alma için %74,3, kendi ile ilgilenme için %68,6, özerklik için %57,1, dayanıklılık için %51,4, kişilerarası etkileşim için %48,6, heyecan arama için %37,1, akrabalarla bağ kurma için %14,3 ve herhangi bir sosyal işlevsellik için %94,3’tü. Erkeklerde ise sıklıklar; kişilerarası sınırlar için %80,0, kendi ile ilgilenme için %73,3, kişilerarası etkileşim için %66,7, intikam alma için %53,3, heyecan arama için %60,0, dayanıklılık için %60,0, özerklik için %60,0, akrabalarla bağ kurma için %46,7 ve herhangi bir sosyal işlevsellik için %100,0’dü. Akranlarla bağ kurma durumunun uygunluğu erkeklerde kızlara göre anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p=0,020$). Diğer sosyal işlevsellik durumlarının uygunluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-25: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Sosyal İşlevsellik Durumlarının Karşılaştırılması

		Cinsiyet				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	N	%	n	%	
Kişilerarası sınırlar	Uygun	27	77,1	12	80,0	39	78,0	0,570
	Uygun değil	8	22,9	3	20,0	11	22,0	
Kişilerarası etkileşim	Uygun	17	48,6	10	66,7	27	54,0	0,239
	Uygun değil	18	51,4	5	33,3	23	46,0	
İntikam alma	Uygun	26	74,3	8	53,3	34	68,0	0,131
	Uygun değil	9	25,7	7	46,7	16	32,0	
Heyecan arama	Uygun	13	37,1	9	60,0	22	44,0	0,136
	Uygun değil	22	62,9	6	40,0	28	56,0	
Akranlarla bağ kurma	Uygun	5	14,3	7	46,7	12	24,0	0,020
	Uygun değil	30	85,7	8	53,3	38	76,0	
Dayanıklılık	Uygun	18	51,4	9	60,0	27	54,0	0,577
	Uygun değil	17	48,6	6	40,0	23	46,0	
Özerklik	Uygun	20	57,1	9	60,0	29	58,0	0,851
	Uygun değil	15	42,9	6	40,0	21	42,0	
Kendi ile ilgilenme	Uygun	24	68,6	11	73,3	35	70,0	0,507
	Uygun değil	11	31,4	4	26,7	15	30,0	
Sosyal işlevsellik (toplam)	Uygun	33	94,3	15	100,0	48	96,0	0,486
	Uygun değil	2	5,7	0	0,0	2	4,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

Tablo-26’da olgu grubunda cinsiyet grupları arasında sosyal işlevsellik puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Akranlarla bağ kurma işlevsellik puanı erkeklerde kızlara göre anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,006$). Diğer sosyal işlevsellik puanları açısından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-26: Olgu Grubunda Cinsiyet Grupları Arasında Sosyal İşlev Puanlarının Karşılaştırılması

	Kız		Erkek		Toplam		p*
	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	Ort.±SS	Ortanca (min-maks)	
Kişilerarası sınırlar puanı	2,0±1,7	2 (0-6)	1,9±1,4	2 (0-4)	2,0±1,6	2 (0-6)	0,837
Kişilerarası etkileşim puanı	1,0±1,3	0 (0-5)	1,6±1,5	2 (0-4)	1,2±1,4	1 (0-5)	0,167
İntikam alma puanı	2,0±1,7	2 (0-6)	1,1±1,3	1 (0-3)	1,8±1,6	1,5 (0-6)	0,081
Heyecan arama puanı	0,7±1,1	0 (0-4)	1,5±1,6	1 (0-4)	0,9±1,3	0 (0-4)	0,086
Akranlarla bağ kurma puanı	0,2±0,6	0 (0-2)	1,4±1,7	0 (0-4)	0,6±1,2	0 (0-4)	0,006
Dayanıklılık puanı	1,6±2,0	1 (0-6)	1,5±1,8	1 (0-5)	1,6±1,9	1 (0-6)	0,876
Özerklik puanı	1,2±1,8	1 (0-4)	1,3±1,4	1 (0-4)	1,2±1,3	1 (0,4)	0,807
Kendi ile ilgilenme	1,7±1,5	2 (0-6)	1,8±1,3	2 (0-4)	1,7±1,4	2 (0,6)	0,692
Sosyal işlevsellik toplam puanı	10,4±7,6	9 (0-24)	12,5±8,4	11 (2-26)	11,0±7,8	10 (0-26)	0,379

n=sayı, Ort.=ortalama, SS=standart sapma, *Mann Whitney U testi

Tablo-27’de çalışma gruplarında eşlik eden nörogelişimsel bozukluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları ile yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Olgularda eşlik eden nörogelişimsel bozukluklar %40,0, depresyon bozukluklarının %70,0, yıkıcı duygudurum bozukluğu %2,0, majör depresyon bozukluğu %70,0 olduğu görüldü. Kontrol grubunda ise eşlik eden nörogelişimsel bozukluklar %1,7, DEHB %1,7, depresyon bozuklukları %5,0, yıkıcı duygudurum bozukluğu %0,0, majör depresyon bozukluğu %5,0 olduğu görüldü. Yıkıcı duygudurum bozukluğu harici patolojiler olgu grubunda kontrol grubun göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p<0,05$). Olgularda eşlik eden anksiyete bozuklukları %58,0, yaygın anksiyete bozukluğu %28,0, özgül fobi %20,0, sosyal fobi/ seçici mutizm %10,0, panik bozukluğu %14,0, ayrılma anksiyetesi bozukluğu %22,0, agorafobi %4,0 görüldü. Kontrol grubunda ise eşlik eden anksiyete bozuklukları %11,7, yaygın anksiyete bozukluğu %3,3, özgül fobi %0,0, sosyal fobi/ seçici mutizm %8,3, panik bozukluğu %0,0, ayrılma anksiyetesi bozukluğu %3,3, agorafobi %0,0 görüldü. Sosyal fobi/ seçici mutizm ve agorafobi harici patolojiler olgu

grubunda kontrol grubun göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p<0,05$). Olgularda eşlik eden obsesif-kompulsif bozukluk %2,0, TSSB %12,0, beslenme ve yeme bozuklukları (anoreksiya nervoza) %2,0 olarak görüldü. Kontrol grubunda ise eşlik eden obsesif-kompulsif bozukluk %0,0, TSSB %0,0, akut stres bozukluğu %0,0, beslenme ve yeme bozuklukları %0,0, anoreksiya nervoza %0,0 görüldü. TSSB olgu grubunda kontrol grubun göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p<0,05$). Olgularda eşlik eden dışa atım bozuklukları (enürezis) %4,0, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları %74,0, KOKGB %52,0, DB %36,0 görüldü. Kontrol grubunda ise eşlik eden dışa atım bozuklukları %0,0, enürezis %0,0, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları %3,3, KOKGB %3,3, DB %0,0 görüldü. Dışa atım bozuklukları, enürezis harici diğer bozukluklar olgu grubunda kontrol grubun göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p<0,05$).

Tablo-27: Çalışma Gruplarında Eşlik Eden Tanıların Karşılaştırılması

		Çalışma grubu				Toplam		p*
		Olgu		Kontrol				
		n	%	n	%	n	%	
Yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları	Var	37	74,0	2	3,3	39	35,5	<0,001
	Yok	13	26,0	58	96,7	71	64,5	
Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB)	Var	26	52,0	2	3,3	28	25,5	<0,001
	Yok	24	48,0	58	96,7	82	74,5	
Davranım bozukluğu (DB)	Var	18	36,0	0	0,0	18	16,4	<0,001
	Yok	32	64,0	60	100,0	82	83,6	
Depresyon bozuklukları	Var	35	70,0	3	5,0	38	34,5	<0,001
	Yok	15	30,0	57	95,0	72	65,5	
Yıkıcı duygudurum bozukluğu	Var	1	2,0	0	0,0	1	0,9	0,455
	Yok	49	98,0	60	100,0	109	99,1	
Majör depresyon bozukluğu	Var	35	70,0	3	5,0	38	34,5	<0,001
	Yok	15	30,0	57	95,0	72	65,5	
Anksiyete bozuklukları	Var	29	58,0	7	11,7	36	32,7	<0,001
	Yok	21	42,0	53	88,3	74	67,3	
Yaygın anksiyete bozukluğu	Var	14	28,0	2	3,3	16	14,5	<0,001
	Yok	36	72,0	58	96,7	94	85,5	
Özgül fobi	Var	10	20,0	0	0,0	10	9,1	<0,001
	Yok	40	80,0	60	100,0	100	90,9	
Sosyal fobi/ seçici mutizm	Var	5	10,0	5	8,3	10	9,1	0,509
	Yok	45	90,0	55	91,7	100	90,9	
Panik bozukluğu	Var	7	14,0	0	0,0	7	6,4	0,003
	Yok	43	86,0	60	100,0	103	93,6	
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	Var	11	22,0	2	3,3	13	11,8	0,003
	Yok	39	78,0	58	96,7	97	88,2	

Agorafobi	Var	2	4,0	0	0,0	2	1,8	0,204
	Yok	48	96,0	60	100,0	108	98,2	
Obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar (OKB)	Var	1	2,0	0	0,0	1	0,9	0,455
	Yok	49	98,0	60	100,0	109	99,1	
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (TSSB)	Var	6	12,0	0	0,0	6	5,5	0,007
	Yok	44	88,0	60	100,0	104	94,5	
Beslenme ve yeme bozuklukları (Anoreksiya nervoza)	Var	1	2,0	0	0,0	1	0,9	0,455
	Yok	49	98,0	60	100,0	109	99,1	
Dışa atım bozuklukları (Enürezis)	Var	2	4,0	0	0,0	2	1,8	0,204
	Yok	48	96,0	60	100,0	108	98,2	
Nörogelişimsel bozukluklar (DEHB)	Var	20	40,0	1	1,7	21	19,1	<0,001
	Yok	30	60,0	59	98,3	89	80,9	

Tablo-28'de olgu grubunda cinsiyetler arasında eşlik eden nörogelişimsel bozukluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, travma ve stresörle ilişkili bozukluklar ve yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları ile yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Kızlarda eşlik eden nörogelişimsel bozukluklar (DEHB) %31,4, depresyon bozuklukları %80,0, yıkıcı duygudurum bozukluğu %2,9, majör depresyon bozukluğu %80,0 olduğu görüldü. Erkek grubunda ise eşlik eden nörogelişimsel bozukluklar (DEHB)%60,0, depresyon bozuklukları %46,7, yıkıcı duygudurum bozukluğu %0,0, majör depresyon bozukluğu %46,7 olduğu görüldü. Depresyon bozuklukları ve majör depresyon bozukluğu kızlarda, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p<0,05$).

Kızlarda eşlik eden anksiyete bozuklukları %68,6, yaygın anksiyete bozukluğu %31,4, özgül fobi %28,6, sosyal fobi/ seçici mutizm %11,4, panik bozukluğu %20,0, ayrılma anksiyetesi bozukluğu %22,9, agorafobi %5,7 görüldü. Erkek grubunda ise eşlik eden anksiyete bozuklukları %33,3, yaygın anksiyete bozukluğu %20,0, özgül fobi %0,0, sosyal fobi/ seçici mutizm %6,7, panik bozukluğu %0,0, ayrılma anksiyetesi bozukluğu %20,0, agorafobi %0,0 görüldü. Anksiyete bozuklukları ve özgül fobi kızlarda, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p<0,05$).

Kızlarda eşlik eden obsesif-kompulsif bozukluk %2,9, TSSB %11,4, akut stres bozukluğu %0,0, beslenme ve yeme bozuklukları %2,9, anoreksiya nervoza %2,9 görüldü. Erkek grubunda ise eşlik eden obsesif-kompulsif bozukluk %0,0, TSSB %13,3, akut stres bozukluğu %0,0, beslenme ve

yeme bozuklukları %0,0, anoreksiya nervoza %0,0 görüldü. Gruplar arasında patolojiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Kızlarda eşlik eden dışa atım bozuklukları %2,9, enürezis %2,9, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları %68,6, KOKGB %40,0, DB %31,4 görüldü. Erkek grubunda ise eşlik eden dışa atım bozuklukları %6,7, enürezis %6,7, yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları %86,7, KOKGB %80,0, DB%46,7 görüldü. Karşıt olma karşı gelme bozukluğu erkeklerde anlamlı şekilde daha yaygındı ($p=0,009$). Gruplar arasında diğer patolojiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo-28: Olgu Grubunda Cinsiyetler Arasında Eşlik Eden Tanıların Karşılaştırılması

		Cinsiyet				Toplam		p*
		Kız		Erkek				
		n	%	n	%	n	%	
Nörogelişimsel bozukluklar (DEHB)	Var	11	31,4	9	60,0	20	40,0	0,059
	Yok	24	68,6	6	40,0	30	60,0	
Depresyon bozuklukları	Var	28	80,0	7	46,7	35	70,0	0,023
	Yok	7	20,0	8	53,3	15	30,0	
Yıkıcı duygudurum bozukluğu	Var	1	2,9	0	0,0	1	2,0	0,700
	Yok	34	97,1	15	100,0	49	98,0	
Majör depresyon bozukluğu	Var	28	80,0	7	46,7	35	70,0	0,023
	Yok	7	20,0	8	53,3	15	30,0	
Anksiyete bozuklukları	Var	24	68,6	5	33,3	29	58,0	0,021
	Yok	11	31,4	10	66,7	21	42,0	
Yaygın anksiyete bozukluğu	Var	11	31,4	3	20,0	14	28,0	0,322
	Yok	24	68,6	12	80,0	36	72,0	
Özgül fobi	Var	10	28,6	0	0,0	10	20,0	0,018
	Yok	25	71,4	15	100,0	40	80,0	
Sosyal fobi/ seçici mutizm	Var	4	11,4	1	6,7	5	10,0	0,524
	Yok	31	88,6	14	93,3	45	90,0	
Panik bozukluğu	Var	7	20,0	0	0,0	7	14,0	0,067
	Yok	28	80,0	15	100,0	43	86,0	
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	Var	8	22,9	3	20,0	11	22,0	0,570
	Yok	27	77,1	12	80,0	39	78,0	
Agorafobi	Var	2	5,7	0	0,0	2	4,0	0,486
	Yok	33	94,3	15	100,0	48	96,0	
Obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar (OKB)	Var	1	2,9	0	0,0	1	2,0	0,700
	Yok	34	97,1	15	100,0	49	98,0	
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar (TSSB)	Var	4	11,4	2	13,3	6	12,0	0,591
	Yok	31	88,6	13	86,7	44	88,0	
Beslenme ve yeme bozuklukları	Var	1	2,9	0	0,0	1	2,0	0,700

(Anoreksiya nevroza)	Yok	34	97,1	15	100,0	49	98,0	
Dışa atım bozuklukları (Enürezis)	Var	1	2,9	1	6,7	2	4,0	0,514
	Yok	34	97,1	14	93,3	48	96,0	
Yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları	Var	24	68,6	13	86,7	37	74,0	0,163
	Yok	11	31,4	2	13,3	13	26,0	
Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB)	Var	14	40,0	12	80,0	26	52,0	0,009
	Yok	21	60,0	3	20,0	24	48,0	
Davranım bozukluğu (DB)	Var	11	31,4	7	46,7	18	36,0	0,304
	Yok	24	68,6	8	53,3	32	64,0	

n=sayı, %=sütun yüzdesi, *Ki-kare testi

Olgu grubunda zorbalığa maruz kalanların %69,8'i zorbalık yaparken, zorbalığa maruz kalmayanların yalnızca %14,3'ü zorbalık yapmıştı. Buna göre; zorbalığa maruz kalanlarda kalmayanlara göre zorbalık yapma sıklığı anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p=0,009$) (tablo 29).

Tablo-29: Olgu Grubunda Zorbalığa Maruz Kalma ile Kalmama Arasında Zorbalık Yapma Durumlarının Karşılaştırılması

		Zorbalık yapma durumu				Toplam	
		Var		Yok			
		n	%	n	%		
Zorbalığa maruz kalma durumu	Var	30	69,8	13	30,2	43	100,0
	Yok	1	14,3	6	85,7	7	100,0
Toplam		31	62,0	19	38,0	50	100,0

n=sayı, %=satır yüzdesi, Ki-kare $p=0,009$

Tablo-30'da olgu grubunda zorbalığa maruz kalma puanı ile zorbalık yapma puanı arasındaki korelasyon ilişkisi yer almaktadır.

Genel olarak zorbalığa maruz kalma ve zorbalık yapma alt grupları arasında anlamlı korelasyonlar görüldü ($p<0,05$). En yüksek korelasyonlar $r=0,916$ ile sözel zorbalığa maruz kalma puanı ile zorbalığa maruz kalma toplam puanı arasında ve $r=0,874$ ile fiziksel zorbalığa maruz kalma puanı ile zorbalığa maruz kalma toplam puanı arasındaydı.

Tablo-30: Olgu Grubunda Zorbalığa Maruz Kalma Puanı ile Zorbalık Yapma Puanı Arasındaki Korelasyon İlişkisi

		Fiziksel zorbalığa maruz kalma	Sözel zorbalığa maruz kalma	İzolasyona maruz kalma	Söylenti yaymaya maruz kalma	Eşyalara zarar vermeye maruz kalma	Cinsel zorbalığa maruz kalma	Zorbalığ a maruz kalma toplam
Fiziksel zorbalığa maruz kalma	r	1,000						
	p	-						
Sözel zorbalığa maruz kalma	r	0,819						
	p	0,000	-					
İzolasyona maruz kalma	r	0,623	0,730					
	p	0,000	0,000	-				
Söylenti yaymaya maruz kalma	r	0,465	0,552	0,657				
	p	0,001	0,000	0,000	-			
Eşyalara zarar vermeye maruz kalma	r	0,610	0,715	0,698	0,762			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	-		
Cinsel zorbalığa maruz kalma	r	0,554	0,596	0,491	0,453	0,692	1,000	0,627
	p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	-	0,000
Zorbalığa maruz kalma toplam	r	0,874	0,916	0,845	0,728	0,818	0,627	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-
Fiziksel zorbalık yapma	r	0,438	0,336	0,182	0,270	0,347	0,357	0,424
	p	0,001	0,017	0,207	0,058	0,013	0,011	0,002
Sözel zorbalık yapma	r	0,451	0,456	0,226	0,310	0,449	0,456	0,459
	p	0,001	0,001	0,115	0,029	0,001	0,001	0,001
İzolasyona maruz bırakma	r	0,246	0,218	0,289	0,273	0,266	0,160	0,344
	p	0,085	0,128	0,042	0,055	0,062	0,266	0,015
Söylenti yayma	r	0,357	0,288	0,114	0,265	0,346	0,301	0,341
	p	0,011	0,043	0,429	0,063	0,014	0,034	0,015
Eşyalara zarar verme	r	0,314	0,246	0,191	0,312	0,372	0,387	0,355
	p	0,026	0,085	0,184	0,028	0,008	0,006	0,012
Cinsel zorbalık yapma	r	0,291	0,220	0,134	0,259	0,352	0,359	0,300
	p	0,040	0,125	0,353	0,070	0,012	0,010	0,034
Zorbalık yapma toplam	r	0,496	0,417	0,246	0,354	0,431	0,438	0,502
	p	0,000	0,003	0,085	0,012	0,002	0,001	0,000

r=korelasyon katsayısı, p=anlamlılık düzeyi

Tablo-31’de olgu grubunda kendine zarar verme yöntem sayısı ile zorbalığa maruz kalma puanları arasındaki korelasyon ilişkisi yer almaktadır.

Kendine zarar verme yöntem sayısı arttıkça; fiziksel ve sözel zorbalığa maruz kalma, izolasyona ve eşyalara zarar vermeye maruz kalma, cinsel zorbalığa maruz kalma ile zorbalığa maruz kalma toplam puanı orta derecede korele ($0,25 < r < 0,49$) şekilde artıyordu.

Tablo-31: Olgu Grubunda Kendine Zarar Verme Yöntem Sayısı ile Zorbalığa Maruz Kalma Puanları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

		Kendine zarar verme yöntem sayısı
Fiziksel zorbalığa maruz kalma puanı	r	0,440
	P	0,001
Sözel zorbalığa maruz kalma puanı	r	0,308
	p	0,030
İzolasyona maruz kalma puanı	r	0,444
	p	0,001
Söylenti yaymaya maruz kalma puanı	r	0,261
	p	0,067
Eşyalara zarar vermeye maruz kalma puanı	r	0,281
	p	0,048
Cinsel zorbalığa maruz kalma puanı	r	0,354
	p	0,012
Zorbalığa maruz kalma toplam puanı	r	0,425
	p	0,002

r=korelasyon katsayısı, p=anlamlılık düzeyi

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, 13-18 yaş arası kendine zarar verme davranışı olan ergenlerden oluşan olgu grubu ile kontrol grubu değerlendirilerek; sosyodemografik özellikler, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve akran zorbalığı verilerinin karşılaştırılması planlanmıştır. Olgu grubunun ise kendine zarar verme davranışı özellikleri ve işlevleri detaylandırılmıştır. Bu bölümde, elde edilen araştırma bulguları güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışılacak ve sonuçlar yorumlanmaya çalışılacaktır.

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Olgu grubu (n=50) sosyodemografik veri açısından, kontrol grubu (n=60) ve yazınla karşılaştırılmıştır. Çalışmamıza katılan ergenlerde ortalama yaş $15,4 \pm 1,4$ (ortanca yaş=16) iken, kontrol grubunda $15,5 \pm 1,3$ (ortanca yaş=16) olarak bulundu. Yaş açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu.

Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak genellikle kızlarda erkeklere göre daha yüksek oranda KZVD'nin görüldüğü bildirilmiştir (12, 46, 54, 77, 150-153) ancak erkeklerle kızlar arasında fark olmadığına dair birkaç çalışma da bulunmaktadır (154, 155). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında kızların erkeklerden 1,5 kat (150) daha fazla KZVD'de bulunduğunu ve klinik örneklemli çalışmalarda bu oranın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (12, 150, 152). KZVD'de bulunan erkeklerin kızların aksine tedavi amaçlı kliniğe başvurusunun diğer ruhsal sorunları olan erkeklere göre daha az olması örneklemde kızların erkeklerden daha fazla temsil edilmesine neden olabileceği bildirilmiştir (150). Kliniğe başka nedenlerle başvuran özellikle erkek ergenlerde KZVD'nin sorgulanması erken tanı ve tedavi için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Verilerimizin sonuçlarına göre olgu ve kontrol grubu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sınıf, sigara, alkol, madde kullanımı, anne babanın yaşı, çalışma durumu, anne babanın sigara, alkol, madde kullanımı, anne baba birliktelik durumu, aile tipi, kardeş sayısı, kaçınıcı kardeş olduğu, sosyoekonomik düzeyi ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün olup olmadığı karşılaştırıldığında birbirine benzer bulunmuştur. Her iki grubun benzer sosyodemografik özellikler göstermesi diğer verilerin karşılaştırılması açısından çalışmamızı güçlü kılabilir.

2015 yılında KZVD’de bulunan yatan hastalarda yapılan klinik örneklemliler bir çalışmada sadece 1/3’nün parçalanmış aile tipine sahip olduğu bildirilmiştir (152). Bizim çalışmamızda da olgu grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda parçalanmış aileden geldiği belirlenmiştir. Yapılan toplum örneklemliler birkaç çalışmada ise aile tipi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir (27,156). Çalışmamızda olgu grubunun kontrol grubuna göre parçalanmış aileden gelme oranının anlamlı olarak yüksek olmasının nedeni klinik örneklemlilerde çalışılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

KZVD’de bulunma açısından ailede psikiyatrik hastalık bulunmasının risk etkeni olabileceği birkaç çalışmada gösterilmiştir (152, 157) ancak bizim çalışmamızda olgu grubunda yüksek olarak bulunmamıştır. Ebeveynlerde depresyon ve antisosyal kişilik bozukluğuna ait kalıplarının bulunması, çocuklarda psikopatoloji oluşumu açısından yüksek riske neden olmaktadır (152). Kendine zarar verme davranışı ile ailede geçmişte kendine zarar verme, fiziksel ve cinsel istismar arasında güçlü bir ilişki olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (152). Çalışmamızda yüksek bulunmamasının nedeni ailede psikopatolojinin olup olmadığının sosyodemografik veri formuna dayanarak belirlenmesinden ve ebeveyn ile psikiyatrik bozukluklar açısından ayrıntılı görüşme yapılmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Düşük sosyoekonomik durumun KZVD için risk etkeni olabileceğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (54, 158) fakat çalışmamızda olgu grubumuzun sosyoekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve kontrol grubuyla benzer olduğu belirlenmiştir. Bu polikliniklere başvuran hastaların belli bir sosyal düzeyde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin sigara (%26) ve alkol kullanımı (%12) kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ülkemizde KZVD’de bulunanlarda yapılan bir çalışmada sigara kullanımının KZVD riskini 9 kat, alkol kullanımının ise 2,7 kat arttırdığı belirlenmiştir (156). Yurtdışında yapılan toplum örneklemliler bir çalışmada ise özellikle kızlarda sigara kullanımının KZVD riskini 2-3 kat arttırdığı bildirilmiştir (77). Çalışmamızda madde kullanımı olan ergen bulunmamaktadır ve bunun nedeni toplumsal/kültürel özelliklerden ve damgalanma korkusu nedeniyle ergen tarafından gizlenmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanı sıra KZVD bulunan ve/veya madde kullanımı olan ergenlerde okul başarısının düştüğü ve okula devamlılığın azaldığı bilinmektedir ve biz çalışmamıza okula devam eden ergenleri dahil ettiğimiz için madde kullanımı bu grupta görülmemiş olabilir. Favaza ve ark. hem alkol-madde kullananlarda KZVD’nin daha sık olduğu, hem de KZVD’si olan bireylerde alkol-madde

kullanımının daha fazla görüldüğü; bunun nedeninin maddeye yönelik yoksunluk, zayıf sorun çözme becerisi veya bu bireylerde dürtüsellik özelliklerin daha sık olması ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (51). Klinik görüşme sırasında ergenlerin sigara, alkol ve madde kullanımının sorulmasının, şüpheli bulunan vakalarda madde taramasının yapılmasının ve bıraktırmaya yönelik tedavilerin düzenlenmesinin KZVD'nin sağaltımında önem arz ettiğini düşünmekteyiz.

Literatürde KZVD bulunanlarda intihar girişimi riskinin arttığına dair çalışmalar bulunmaktadır (27, 35, 76, 77, 128, 159, 160) . İstanbul'da okuyan liseli ergenler üzerinde toplum örneklemine dayalı bir çalışmada, KZVD'si olanların %31'nin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (35). Literatür incelendiğinde KZVD sayısı, süresi ve kullanılan yöntem çeşitliliği intihar riskinde artışla ilişkilendirilmiş (76) ve yapılan çalışmalarda birden fazla ve tekrarlayıcı şekilde KZVD'si bulunanların %28-39 oranında intihar girişiminin olduğu bildirilmiştir (27, 161). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak KZVD'de bulunan olgu grubunun %40'ında intihar girişimi olduğu belirlenmiş. Topluma dayalı bir meta-analiz çalışmasında KZVD olan ergenlerin, KZVD olmayan ergenlere göre 10 kat daha fazla intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (160). KZVD'de bulunan kişinin bu davranışa belli süre sonra alıştığı ve ağrı duygusunun azaldığı, böylece intihar girişimi için motivasyon ve cesaret kazandığı öne sürülürken (81) bir yandan da kendine zarar vermenin intihar girişimi ile başa çıkma yolu olarak işlev gördüğü de belirtilmiştir (76). Yurtdışında yapılan toplum örneklemleri bir çalışmada hastane acil servislerinin, ruh sağlığı değerlendirmesi olmaksızın kendine zarar verdiğini bildiren gençlerin yaklaşık % 60'ını taburcu ettiğini belirtmektedir (159). KZVD, intihar davranışının habercisi olduğu için ayrıntılı olarak ruhsal muayenenin yapılmasının, daha öncesinde intihar girişiminin bulunup bulunmadığının sorgulanmasının ve hastane acillerine KZVD ile başvuranların da ayrıca belirlenip değerlendirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Ülkemizde 12-17 yaş arası KZVD'de bulunan ergenlerde yapılan klinik örneklemleri bir çalışmada baba eğitim düzeyleri arasında farklılık gözlenmezken (153) bizim çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin baba eğitim düzeylerinin kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olması yetersiz ebeveyn desteğinin olmasına ve aile içi çatışmaların daha sık görülmesine neden olabilir. Buna bağlı KZVD ve akran zorbalığı için risk faktörü olabilir daha kapsamlı çalışmalarla bu ilişkinin araştırılması fayda sağlayacaktır.

5.2. Olgu Grubunun Kendine Zarar Verme Davranışının Özellikleri

Çalışmamızda olgu grubunda ülkemizde yapılan birkaç çalışmayla uyumlu olarak ilk kez kendine zarar verme yaşı ortalaması $13,6 \pm 2$ (ortanca=14) olarak belirlenmiş (153, 162). Çalışmamızda ilk kez kendine zarar verme yaşı en küçük 8 yaş, en büyük 17 yaş olarak bulunmuş ve literatürle uyumlu olarak en sık 13-15 yaş orta ergenlik döneminde arttığı gözlenmiştir (3, 8, 35, 154, 162).

Yapılan birkaç çalışmayla uyumlu olarak çalışmamızdaki olgu grubundaki ergenler de KZVD'de bulunma sırasında sıklıkla yalnız olduklarını belirttiler (35, 156, 163). Genellikle yalnızken KZVD'de bulunmanın manipülasyon için değil daha çok kişinin kaygısını ve kendisine yönelttiği öfkesini azaltmak için kullandığı belirtilmiştir (35).

Yazın incelendiğinde kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerin %20-74'ünün bu sırada acı hissetmedikleri belirlenmiştir (156, 162, 164) ve çalışmamızda da %38'nin hiç acı hissetmediği %46'sının da bazen acı hissettiği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da gösterildiği gibi kendine zarar verme davranışında bulunan kişilerde kendine zarar verme davranışı sırasında endojen opiyatların salınmasının acı hissinin azalmasına neden olduğu ve zamanla ağrı duygusunun azaldığı düşünülmüştür (101).

Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin %76'sı dürtü geldikten sonraki ilk 1 saatte kendine zarar verdiğini belirtmiştir (74, 117, 162, 164). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da %78,9'nun dürtü geldikten sonraki ilk 1 saat içerisinde kendine zarar verdiğini belirtmiştir. KZVD'nin genellikle önceden herhangi bir planlama olmaksızın dürtüsel bir davranış olarak ortaya çıktığını veriler desteklemektedir (54).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada %75,6'sı KZVD'yi bırakmak istediğini belirtmiştir (162). Olgu grubumuzda da bu çalışma ile uyumlu olarak %74'ü KZVD'yi bırakmak istediğini belirtirken, bu oran kızlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda KZVD'de bulunan ergenlerde bu davranışın kontrol kaybı ve olumsuz olaylara neden olmasına rağmen sürdürülmesi; dürtüsel doğasından ve davranışın bağımlılık yapıcı bir özelliğinden olabilir (165, 166). Bundan dolayı davranışın bırakılmak istense de daha uzun devam edebileceğini belirtmişlerdir (167). Bununla birlikte kendine zarar veren ergenlerin önemli bir kısmının ergenliğin

ilerleyen yıllarında bu davranışı bıraktığı ve erişkin yaş grubunda KZVD yaygınlığının ergenlik dönemine göre daha az görüldüğü belirlenmiştir (156).

Yazın incelendiğinde genellikle kendine zarar verme davranışları içerisinde en sık kesme (8, 153, 160, 168) davranışının görüldüğü belirtilmiştir. Yurtdışında yapılan toplum temelli meta-analiz çalışmalarında kesme davranışı %45-55 oranında görülürken (160, 168), ülkemizde yapılan klinik örneklemli bir çalışmada yaklaşık %80 oranında görülmüştür (153). Yapılan bazı toplum temelli çalışmalarda ise en sık görülen kendine zarar verme yönteminin kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma (162, 163, 169) ve cilde harf veya şekil kazıma (170) olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda olgu grubunda en sık kendine zarar verme davranışı; kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma iken daha sonrasında bunu yara iyileşmesine engel olma ve kesme davranışı takip etmiştir.

2009-2015 yılları arasında 41 ülkede ergenler üzerinde yapılan toplum temelli çalışmaların meta-analiz sonucuna göre kesme davranışının %45 oranı ile en sık görülen kendine zarar verme şekli olduğu ve bunu yaraların iyileşmesine engel olmak %33, kendini sert bir yere çarpma/ kendine vurma %31, ısırma %29, kazıma %28, vurma %27, kendi kendine zehirlenme veya aşırı doz ilaç alımı %20 ve yakma %10 gibi davranışların takip ettiği belirlenmiştir (160). İzmir’de toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada kendine zarar verme davranışları sırasıyla kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma %50,9, yara iyileşmesine engel olma %46,9, kendini kesme %44, cilde harf/şekil kazıma %38,4, tırnaklama %27,6, çimdikleme 26,7, kendini ısırma %25,3, saç kopartma %21,7, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma %19,7, kendine iğne batırma %14,6, cildi sert bir yere sürtme %14,6 ve yakma %10,2 olduğu saptanmıştır (162). Çalışmamızda da kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma %68, yara iyileşmesine engel olma %54, kendini kesme %46, cilde harf/şekil kazıma %32, tırnaklama %36, çimdikleme%26, kendini ısırma %28, saç kopartma %32, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma %36, kendine iğne batırma %16, cildi sert bir yere sürtme %20 ve yakma %16 olarak belirlenmiştir. Ergenlerin genellikle KZVD’yi saklama eğiliminde olmasından dolayı depresyon, anksiyete bozuklukları, KOKGB gibi tanılar alan ve akran zorbalığına uğradığı düşünülen kişilerde öncelikle sık görülen kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma ve kesme davranışı gibi KZVD davranışlarının sorgulanmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kendine zarar verme yöntemlerinin cinsiyetle ilişkisine bakıldığında çalışmamızda her iki cinste de sırasıyla en sık sert bir yere çarpma/kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma ve

kesme olduğu belirlenmiştir. Toplum örneklemleri yapılan bir çalışmayla uyumlu olarak çalışmamızda kızlarda erkeklere göre saç koparma, tırnaklama ve kendine iğne batırma davranışı daha sık görülmüştür (169).

Çalışmamızda ve klinik örneklemleri başka bir çalışmada KZVD bulunan ergenlerin %80'den fazlasının birden fazla yöntem kullandığı saptanmışken (153), toplum örneklemleri bir çalışmada %58'nin birden fazla yöntem kullandığı saptanmıştır (27). Çalışmamızın klinik örneklemleri olması, ruhsal bozuklukların daha sık görülmesi ve akran zorbalığına maruziyetin daha fazla olması; KZVD sıklığının ve yöntem sayısının artmasına neden olmuş olabilir.

Genel olarak kendine zarar verme davranışı özelliklerinde bulduğumuz verilere göre, klinik görüşme sırasında özellikle orta ergenlik dönemindeki ergenlerde en sık görülen kendine zarar verme davranışlarından başlayarak; hangi yöntemleri kullandığı, bu davranışa ne zaman başladığı, bu davranışı dürtü veya düşünce geldikten ne kadar süre sonra yaptığı, bunu yaparken yalnız olup olmadığı ve intihar girişiminin olup olmadığı gibi ipucu niteliğindeki bilgilerin ayrıntılı sorgulanmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızın sonuçlarına göre olgu grubundaki ergenlerin kendine zarar verme davranışı olarak daha fazla ve çeşitli yöntem kullanması, intihar riskinin daha yüksek olması ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkların fazla olması; bize KZVD'yi yordayıcı faktörler üzerine çalışmaların artırılması ve bu yönde özellikle orta ergenlik dönemi öncesi koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması gerektiğini göstermektedir.

5.3. Olgu Grubunun Kendine Zarar Verme Davranışı İşlevleri

Çalışmamızda KZVD işlevleri, Klonsky ve ark. tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik güvenirliliği yapılmış 'kendine zarar verme envanteri' ile değerlendirilmiştir (146). KZVD envanterinde; otonom işlevler (affekt regülasyon, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma, çözülmeyi önleme, özkıyımı önleme) ve sosyal işlevler (kişiler arası sınırlar, kendi ile ilgilenme, intikam alma, özerklik, dayanıklılık, kişiler arası etkileşim, heyecan arama, akranlarla bağ kurma) incelenmektedir.

Çalışmamızda olgu grubunda kendine zarar verme davranışında kullanılan otonom işlevler sırasıyla; affekt regülasyon (%96), sıkıntıyı etiketleme (%79,6), kendini cezalandırma (%78), çözülmeyi önleme (%72) ve özkıyımı önlemedir (%70). Ülkemizde yapılan toplum örneklemleri bir çalışmada kendine zarar verme davranışında kullanılan otonom işlevler sırasıyla; affekt regülasyon

(%67,9), sıkıntıyı etiketleme (%46,4), kendini cezalandırma (%41,7), çözülmeyi önleme (%36,8) ve özkıyımı önlemedir (%36,8) (162). Çalışmamızda otonom işlevlerin sıralamalarına bakıldığında toplum örneklemleri yapılan birkaç çalışmayla benzer sıralamada olmasına rağmen oranların daha yüksek olduğu belirlenmiştir (156, 162). Yapılan bir çalışmada KZVD'nin sıklığı arttıkça özellikle otonom işlevlerinin kullanılma oranının da arttığı gösterilmiştir (156). KZVD'de genellikle birden çok işlev kullanılmakta olup bu işlevlerin belirlenmesi tedavi sürecinin daha etkin ilerlemesine ve o alanlara müdahalelerin daha etkin sonuçlar vermesine olanak sağlayabilir.

Affekt regülasyonun KZVD işlevleri içerisinde en sık görülen işlev olduğu yazında da belirtilmiştir (11, 156, 162, 163, 171). Klonsky tarafından yapılan hem erişkinleri hem ergenleri içeren klinik ve toplum temelli çalışmalardan oluşan bir derlemede kişiler 'gerilimden kurtulma, öfke duygusunu azaltma, kötü duygularla baş etme, stresi yönetme, bastırılmış duygulardan kurtulma, kendini rahat hissetme ve daha az depresif hissetme' gibi nedenlerden dolayı bu davranışta bulunduklarını belirtmişlerdir (11). Affekt regülasyonu işlevi; olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak, azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak olabileceği gibi olumlu duygular üretmek için de kullanılabilir (3, 11, 171). Nitekim öfke, anksiyete, depresyon ve yalnızlık gibi olumsuz duygular KZVD'den önce ortaya çıkma eğilimindeyken; daha sonrasında olumlu duygularda bir artış ve olumsuz duygularda bir azalma meydana gelecektir (171). KZVD'de bulunan ergenlerde eşlik eden tanılar en sık depresyon ve anksiyete bozuklukları olup bu ergenlerin olumsuz duygulardan kurtulmak amacıyla affekt regülasyonu işlevini daha sık kullanıyor olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda 'kişinin kendisini kötü hissettiğine dair bir işaret bırakması, yaşadığı duygusal acının gerçekliğini kendisine ispatlaması ve yaşadığı durumu anlamlandırması' gibi anlamlar taşıyan sıkıntıyı etiketleme işlevi ikinci sıklıkta bildirilen işlev olmuştur. Ülkemizde yapılan toplum örneklemleri bir çalışmada ise çalışmamızla uyumlu olarak sıkıntıyı etiketleme ikinci sırada gözlenmiştir ve KZVD sayısı arttıkça otonom işlevlerin de arttığı belirtilmiştir (156).

Kendini cezalandırma; suçluluk, öfke ve saldırganlık duygularını kişinin kendisine yöneltmesi ve kendisini değersizleştirilmesi anlamı taşır (11). Çalışmamızda kendini cezalandırma işlevi ülkemizde yapılan bir çalışma ve yurtdışında yapılan bir derlemeyle uyumlu olarak üçüncü en sık işlev olarak belirlenmiştir (11, 156). Kendinden hoşlanmama, kendini aşırı eleştirme ve kendine yöneltmiş yoğun öfke KZVD'de bulunan ergenlerde yoğun olarak bulunmaktadır ve bu KZVD için önemli bir motivasyon kaynağıdır. KZVD'de bulunmak olumsuz kendilik algısını artırır ve

özsaygıyı azaltır bunun sonucunda kendine zarar verme için kısır bir döngü oluşmaktadır (69) Walsh bilişsel kuramında kendine zarar verme işlevlerini açıklarken; 'kendilik ile ilişkili bilişsel yorum ve çarpıtmalardan' bahseder (172) ve geçmiş travmaların, bireyde kendilik algısının bozulmasına ve bilişsel çarpıtmaların gelişimini sağlayarak KZVD'ye neden olabilir. Çalışmamızda KZVD'de bulunan ergenlerde akran zorbalığına maruz kalma oranları yüksek olarak bulunmuştur. Akran zorbalığının kişinin kendilik algısında ciddi problemlere yol açabileceğini ve oluşan öfkenin kendine yönelmesinde artışa neden olabileceğini ve buna bağlı olarak KZVD için yordayıcı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çözülmeyi önleme işlevi; 'hissizlikten ve hiçlik, gerçek dışılık' şeklinde atak halinde gelen duygudan kurtulmak için yapılan KZVD işlevini tanımlar. Ergenlerle yapılmış olan iki ayrı çalışmada da katılımcıların yaklaşık 1/3'ü bu işlevi kendileri için "uygun" olarak belirtirlerken (39, 173) bizim çalışmamızda bu oranın daha yüksek olduğu gözlenmiştir. KZVD kişide tekrardan fiziksel duyum oluşturarak kişinin kendisini gerçek hissetmesini sağlayabilir. Ergenlik döneminde görülen bedensel değişikliklerden dolayı kişi kendiliği ile bedeni birbirinden ayırışmış gibi hissedebilir ve tekrardan bedeni üzerinde kontrol sağlayabilmek için KZVD'de bulunabilir (174). Hem ergenlik dönemine özgü sıkıntılardan hem de içselleştirme bozukluklarında görülebilen dissosiyatif belirtilerden kurtulmak için bu işlevin kullanımının daha sık görülebileceği düşünülmektedir. Yarı yapılandırılmış görüşme içerisinde incelenmeyen dissosiyatif belirtilerin daha kapsamlı çalışmalarla KZVD işlevleri ile ilişkisi incelenebilir.

Toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada ergenlerde yarıya yakınında (39), yataklı serviste tedavi gören ergenlerde yapılan bir çalışmada ise bizim çalışmamızla uyumlu olarak yarıdan daha fazlasında özkıyım önleme işlevi belirlenmiştir (40). KZVD, özkıyım düşüncelerini ifade etme biçimi veya özkıyım isteği ile yer değiştirme işlevi görür (12). Daha fazla sıklıkta kendine zarar veren ergenlerin, daha yoğun özkıyım düşüncesi bulunmakta olup (76, 161); özkıyımı önlemek için bu işlevi daha sık kullanmakta olduklarını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda KZVD'de bulunan ergenlerde belirlenen sosyal işlevler ise sırasıyla; kişiler arası sınırlar (%78), kendi ile ilgilenme (%70), intikam alma (%68), özerklik (%58), dayanıklılık (%54), kişiler arası etkileşim (%54), heyecan arama (%44) ve akranlarla bağ kurmadır (%24). Ülkemizde yapılan toplum örneklemleri bir çalışmada ise sosyal işlevler sırasıyla; dayanıklılık (%39,2), intikam alma (38,3), kendiyle ilgilenme (%30,2), kişiler arası sınırlar (%29), kişiler arası etkileşim (%29), özerklik (%28,4), heyecan arama (%22,1) ve akranlarla bağ kurmadır (%13,4)

(162). Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı sosyal işlevlerinden en sık kişilerarası sınırlar (%78) görülürken en az akranlarla bağ kurma (%24) görülmüştür.

Temelini nesne ilişkileri kuramından alan kişiler arası sınırlar modeli, ‘kendiliğin sınırlarını belirleme, sadece kendisinin kontrol edebileceği ve başka kimsenin kontrol edemeyeceği bir şeyi yapma, bedene sahip olma’ işlevi taşır (12). Güvensiz bağlanma ve anneden ayrışamama sebebiyle, normal kendilik algısının gelişmesinin bozulduğu belirtilmektedir (175, 176). Ergen KZVD’de bulunarak kendini çevreden ve başkalarından ayırır; bu yolla kendilik duygusunu hisseder. Akran ilişkilerinin önem kazandığı ergenlik döneminde kişinin akranları tarafından reddedilmesi, fiziksel ve cinsel zorbalık gibi çeşitli zorbalıklara maruz kalması kendilik algısının bozulmasına ve kontrol kaybına neden olabilir bunun sonucunda kişi KZVD’ye yönelebilir.

Kendi ile ilgilenme işlevi; ‘stresinin yerine başka bir ilgi alanı koyma, kendisine özen göstermek için bir yol bulma ve yara iyileşmesine odaklanarak kendisi için tatmin edici başka bir durum oluşturma’ gibi anlamlar taşır. Kişi belki de olumsuz beden algısı sebebiyle uyuma yönelik bireysel uğraşlar oluşturmamasından dolayı kendine zarar vererek fiziksel bir uğraş kaynağı oluşturuyor olabilir.

İntikam alma işlevi; ‘yakınındakileri incitmeye çalışma, hıncını çıkartma ve intikam alma’ gibi anlamlar taşır. Glasser tarafından içe döndürülmüş agresyon; ruhsal çatışmanın düşmanlık yoluyla çözüm bulması ve bu düşmanlığın dışarıya ve dış nesnelere yönlendirilmek yerine içeride kendiliğe ve bedene yönlendirilmesi olarak tanımlanmıştır ve bunun KZVD ile sonuçlanabileceği belirtilmiştir (175). Ross ve Heath tarafından oluşturulan kendisini ve başkasını cezalandırıcı düşmanlığı içeren model; dışarıya yöneltilemeyen ve ifade edilemeyen öfke ve düşmanlık duygularının gerginliği arttırdığını ve artan bu gerginliğin KZVD’ye yol açabileceğini öne sürmüştür (12). Ross ve Heath tarafından yapılan bir çalışmada KZVD’si olan ergenlerin kendini ve dışarıyı cezalandırma işlevini sıklıkla kullandığı belirtilmiştir (40). Akran zorbalığına uğrayan ergenlerin öfkelerini güç dengesizliği olması nedeniyle karşıya değil kendilerine yöneltebileceğini ve bu durumun kişinin KZVD’ye yönelimine neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Özerklik işlevi; kişinin ‘bağımsızlığını ortaya koyabilmesi, kendisine yetebilmesi ve başkalarının yardımına ihtiyacı olmadığı’ gibi anlamları taşır. Ergenin özerkliğini kazanma çabaları aslında normal gelişimsel sürecin bir parçası olsa da kişilerle bağların tamamen koparılmaya

alışılması ya da bu ihtiyacın inkâr edilmesi ve bunun savunma olarak kullanılması normal süreçten sapma anlamını taşır.

Dayanıklılık işlevi; ‘kişinin fiziksel ağrıya katlanabileceğini kanıtlaması, acıya dayanıklılığını görmesi ve güçlü/dayanıklı olduğunu göstermesi’ anlamında kullanılır. Kendine zarar veren ergenler korunma gereği duymadıklarından ve tehlikeli eylemler ile tüm güçlölüklerini sergilemek istediklerinden bu işlevi kullanabileceklerinden bahsedilmektedir (162). Gardner, beden üzerindeki eylemler ile bazı durumlarda kişinin ‘güç’ ve ‘özerklik’ kazanabileceğinden bahsetmiştir (174). Korunma gereği duymama, tehlikeli işlerden kaçınmayıp güçlölüğünü sergilemeye çalışma, otoriteye karşı koyma, kurallara uymak istememe, özerkliğini ispat etmeye çalışma gibi özellikler DB ve KOKGB tanısı bulunan ergenlerde de görülmektedir ve KZVD bulunanlarda DB ve KOKGB gibi tanıları eşlik ediyorsa ‘özerklik’ ve ‘dayanıklılık’ işlevlerinin ön plana çıkabileceğini düşünmekteyiz. Aralarındaki ilişki daha kapsamlı çalışmalarla araştırılabilir.

Kişiler arası etkileşim işlevi; ‘çevredeki kişileri etkilemek ve yönlendirmek, ciddiye alınmak, dikkat çekmek, yardım arayışı, olumsuz durumlardan kurtulmak, sevdiği ya da değer verdiği birinden ilgi görmek’ gibi durumlar için kullanılır. Klonsky’i yaptığı derlemede, kişiler arası sınırlar işlevini araştırılan 9 çalışmadan yalnızca birisinde, bu işlevi destekleyen güçlü sonuçlar elde edilmiştir (11). Ergen yaş grubu ile yapılmış iki çalışmadan, toplum örneklemleri olanda yaklaşık %30 ve klinik örneklemleri olanda %15 oranında kişiler arası etkileşim işlevi uygun olarak bildirilmiştir (39, 173). Bu çalışma klinikte borderline olan kişiler üzerinde yapılmış ve %61 uygunluk tespit edilmiştir (177). Bizim çalışmamızda ise %51 oranında görülmüştür, çalışmaya katılan ergenlerde de borderline kişilik özellikleri mevcut olabilir ancak çalışmamızda kullandığımız KSAD-S ölçeğinde kişilik bozuklukları taranmamaktadır. 18 yaşından küçüklerde kişilik bozukluğu tanısı konması tartışmalı bir konu olmakla birlikte ilerleyen çalışmalarda kişilik özellikleri taranmasının KZVD etiyolojisine katkı sağlayacağı kanaatindeyiz.

Heyecan arama işlevi, diğer işlevlerin aksine genellikle arkadaşlarla birlikteyken meydana gelmektedir. Klonsky’nin yaptığı bir derlemede, heyecan arama işlevinin %5-10 arasında saptandığı bildirilmiştir (11, 39, 173). Bizim çalışmamızda bu oran yaklaşık %20 olarak belirlenmiştir ve yazına göre daha yüksek bir oranda görülmüştür. Çalışmamızda yüksek oranda görülmesinin nedeni KZVD’de bulunan ergenlere, dürtüsellik ve yenilik arayışının fazla olduğu DEHB ve yıkıcı davranış bozukluklarının daha sık eşlik ediyor olması olabilir.

Akranlarla bağ kurma işlevi; ‘akranlara uyum sağlama, dostluk bağı kurma, sosyalleşme, grup içerisinde kendisine rol bulma, bulaşıcılık’ gibi nedenlerden dolayı kullanılır. Akranlarla bağ kurma işlevi, çalışmamızda erkeklerde kızlara göre daha yüksek görülse de yazınla uyumlu olarak her iki cinste de en az belirlenen işlev olmuştur (162, 171). Erkeklerde daha sık görülme nedeni; yapılan bir çalışmada belirtildiği gibi erkeklerin sosyal nedenlerden dolayı kendine zarar verme davranışının daha sık olması olabilir (171). Erkeklerde, gruplaşma/çeteleşme gibi durumların bulunduğu KOKGB, DB ve DEHB gibi eşlik eden tanıların fazla olmasından kaynaklı bu işlevin daha sık kullanılmış olabileceğini düşünmekteyiz.

5.4. Katılımcıların Ruhsal Tanılarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan ergenler eşlik eden psikopatolojiler açısından ÇGDDBSÖ-ŞY ile değerlendirilmişlerdir. Bu değerlendirmeye göre kendine zarar verme davranışı olan olgu grubu, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda tanı almıştır. Tüm çalışma grubunda literatürle uyumlu olarak en sık görülen tanılar depresyon bozuklukları (69, 76, 178-180), anksiyete bozuklukları (69, 76, 179, 181), KOKGB (69, 76), DEHB (76, 179) ve DB’dir (69, 76, 179). KZVD’de bulunan ergenlerin incelendiği klinik örneklemli bir çalışmada en az %88’inin eşlik eden bir psikiyatrik tanı aldığı bildirilirken (76), toplum örneklemli bir çalışmada bu oranın %79 olduğu bildirilmiştir (181). Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı bulunanların en az %90’ında bir psikiyatrik tanı eşlik etmektedir. Literatürde 2018’de ergen ve genç erişkin popülasyonunda yapılan 12 aylık bir takip çalışmasında KZVD’de bulunan ergenlerin %80,7’sinin aynı zamanda DSM-5’e göre bir psikiyatrik bozukluk kriterini karşıladığı buna karşılık psikiyatrik hastalığı olanların sadece %3,3’ünün KZVD kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (182).

Eşlik eden tanıları açısından incelendiğinde olgu grubunda sırasıyla; depresyon bozuklukları (%70), anksiyete bozuklukları (%58), KOKGB (%52), DEHB (%40), DB (%36) ve TSSB (%6) tanıları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Klinik örneklemli yapılan birçok çalışmada KZVD’ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanının depresyon bozuklukları olduğu bildirilmiş ve çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olgu grubunda kontrol grubuna göre en sık eşlik eden tanının depresyon bozuklukları olduğu belirlenmiştir (69,76,154).

Yapılan bu çalışmalarda KZVD’si olan ergenlere %41,6 ile %58 arasında değişen oranlarda majör depresif bozukluk tanısı eşlik ederken diğer depresif bozukluklar dahil edildiğinde bu oranın yaklaşık %89’a kadar çıktığı bildirilmiştir. Klinik örneklemli bir meta-analiz çalışmasında

ise KZVD’de bulunanların yaklaşık %50’sinde depresyon bozukluğu olduğu saptanırken (179), toplum örneklemleri çalışmada ise %63’ünde depresyon bozukluğu olduğu saptanmıştır (72, 182). Çalışmamızda da bu verilerle uyumlu olarak KZVD grubunda en sık eşlik eden psikiyatrik tanının %70 oranla depresyon bozukluğu olduğu bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada depresyonun stres toleransını giderek azalttığını bir stresle karşılaşan ergenin bundan kaçış için KZVD’ye başvurduğunu ve bu davranışın problemin çözülmesi yerine geçici rahatlık sağladığını ve ergenin daha sonrasında ağır depresyona girebileceğini bildirilmiştir (183). Depresyonun sıklıkla umutsuzluk, olumsuz duygulanım ve yinelenen intihar düşünceleri gibi belirtileri içerdiği göz önüne alındığında KZVD için önemli bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (2). Bu durum majör depresif bozukluğun affekt regülasyonunda sorun yarattığı (3) ve kendine zarar verme davranışına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir. Yazında KZVD’de bulunan ergenlerde cinsiyete göre eşlik eden psikiyatrik tanıları inceleyen çalışmalara rastlanmamış olup bizim çalışmamızda olgu grubundakilere eşlik eden ruhsal tanılarda majör depresif bozukluk kızlarda %80 oranında ilk sırada yer alırken, erkeklerde %46,7 oranında üçüncü sırada yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada kızların genellikle olumsuz duyguları azaltmak ve kendini cezalandırmak için KZVD’de bulunduğu bildirilmiştir ve bunun nedeni kızlara daha sık depresyonun eşlik etmesi olabilir (171).

Literatürde kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle yapılan klinik örneklemleri bir çalışmada ergenlerin %39’unda, toplum örneklemleri bir çalışmada ise ergenlerin %37’sinde en az bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır (72, 76). 2018 yılında yapılan toplum örneklemleri 12 aylık gözlem çalışmasında %54’üne anksiyete bozukluğu tanısının eşlik ettiği belirlenmiştir (182). Çalışmamızda yazınla uyumlu olarak olguların %58’inde anksiyete bozuklukları tanısı belirlenmiştir. Olgu grubumuzda eşlik eden tanılarda anksiyete bozuklukları kızlarda %68,6 oranında, erkeklerde ise %33,3 oranında görülmüştür. Kendine zarar verenlerin stresli olaylara tepki olarak aşırı ve tahammül edilemez bir uyarılma yaşadıkları, duygu regülasyonunu sağlayamadıkları ve bundan kurtulmak için kendine zarar verme davranışında bulundukları görülmüştür. Bu durumun da negatif pekiştireç olarak görev gördüğü belirtilmiştir (3, 184). Kızlarda erkeklere göre KZVD’nin daha sık görülmesinin ve ruhsal tanıların farklı olmasının nedeninin; kızlarda östrojen ve progesteronun GABA, 5-HT ve/veya dopamin sistemleri üzerindeki etkileri olabileceğini ileri sürmüşlerdir (152).

Aynı zamanda çalışmalarda KZVD’nin dürtüsel doğasına vurgu yapılmış bu nedenle bu hastaları değerlendirirken mutlaka DEHB, KOKGB, alkol ve madde kullanımı gibi bozuklukların değerlendirilmesi gerektiği önemle belirtilmiştir (76, 185, 186). Ülkemizde yapılan birkaç çalışmada kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlere %25-40 oranında DEHB tanısı eşlik

etmektedir (151, 153). Çalışmamızda olgu grubunda eşlik eden tanılarda DEHB'nin kızların %31,4'ünde, erkeklerin ise %60'ında ve toplam %40'ında eşlik ettiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda KZVD bulunan grupta, KZVD bulunmayan gruba göre 3 kat daha fazla DEHB eş tanısı aldığı vurgulanmaktadır (187). DEHB tanısı olanların da %30-50'sinde KZVD bulunduğu bildirilmiştir (187). DEHB'de davranış inhibisyon yetersizliğinden dolayı irritabilite, hostilite ve duygusal dengesizlik (instabilite) gibi durumların klinik olarak gözlemlendiği bildirilmektedir (187, 188). Duygudurum temelli dürtüsellik kendine zarar vermenin başlamasıyla, dürtüsellik bilşsel yönleri kendine zarar vermenin sürdürülmesiyle ve davranışsal dürtüsellik olumsuz duygulanım koşulları altında kendine zarar verme ile ilişkilidir (187). DEHB ile duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik tanıların güçlü ilişkisinin olması, DEHB'nin şiddetli semptomlarının hem içselleştirme hem dışsallaştırma semptomlarıyla yüksek seviyede ilişkisinin olması, DEHB semptomlarının erişkinliğe kadar devam etmesi ve DEHB'nin komorbid bozuklukların klinik sonuçlarını her açıdan daha da kötüleştirilmesi intihar riskini de arttırmaktadır (189).

Klinik örneklem ile yapılan çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları, kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde bulunmuştur (75, 190). Davranış bozukluğu (DB) olanlarda kendine zarar verme davranışı yaygınlığının %15,5 ile %62,5 arasında değiştiği belirtilirken, KZVD'de bulunanlarda %49,4 oranında DB tanısının eşlik ettiği belirtilmiştir (187). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olgu grubunda %36 oranında DB tanısının eşlik ettiği belirlenmiştir.

Nock ve ark. tarafından KVZD olanlarda %44,9 oranında KOKGB tanısının eşlik ettiği belirtilmiş (187) ve bizim çalışmamızda da %52 oranında KOKGB tanısının eşlik ettiği gözlenmiştir. Çalışmamızda olgu grubunda erkeklerin %80'ninde en sık eşlik eden tanının KOKGB olduğu belirlenmiştir. Toplum örneklemli çalışmalarda değerlendirilen dikkat, impulsivite ve davranış problemlerinin KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır (78, 170). Sen ve ark. daha fazla dürtü denetimi sorunu olan bireylerin daha şiddetli ve sık kendine zarar verme davranışına sahip olduğunu bildirmiştir (187).

Literatürde KZVD daha sık kızlarda görüldüğü için cinsiyete göre KZVD'ye eşlik eden ruhsal tanıların farklılığını ayrıntılı olarak inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Kızlarda eşlik eden ilk üç ruhsal tanı sırasıyla; depresyon, anksiyete bozukluğu ve KOKGB'dir. Erkekler de ise sırasıyla KOKGB, DEHB ve depresyon bozukluğudur. Klinik görüşme sırasında KZVD'de bulunan ergenlerde depresyon ve anksiyete dışında özellikle erkeklerde DEHB, KOKGB ve DB tanılarının

da akılda tutulmasını önermekteyiz. Çalışmamızda cinsiyet farklılığının; eşlik eden ruhsal tanılarda, KZVD işlevlerinde ve akran zorbalığında bazı farklılıklar oluşturduğu belirlenmiştir bunların daha büyük örneklemelerde araştırılmasının KZVD'nin daha iyi anlaşılmasına fayda sağlayacağını düşünmekteyiz.

5.5. Katılımcıların Akran Zorbalığı Açısından Değerlendirilmesi

Dünya çapında yaklaşık üç çocuktan birinin zorbalığa uğradığı öne sürülmüş ve bu mağduriyetin zayıf psikososyal uyum ve riskli davranışlarla da ilişkili olabileceği belirtilmiştir (191). Farklı ülkelerde yapılan araştırmaları inceleyen bir çalışmada ülkeler arasında %7'den %70'e kadar değişen akran zorbalığına maruz kalma yaygınlığı vurgulamıştır (191). Ülkemizde yapılan toplum temelli bir çalışmada (192) ve yurtdışında yapılan bir derlemede (191) %8 ila %64 arasında değişen oranlarda akran zorbalığına uğrayan öğrenciye rastlanmıştır. Bu farklılığın oluşma nedeninin hem kültürler arasında hangi davranışın zorbalık olarak algılandığının değişmesi hem de diller arasında zorbalığı tanımlamak için kullanılan terimlerin çeşitlilik göstermesinin olabileceği belirtilmiştir (191). Çalışmamızda hem olgu grubu ile kontrol grubundaki ergenler hem de olgu grubundaki kızlar ve erkekler; akran zorbalığına uğrama ve akran zorbalığında bulunma açısından incelenmiştir. Olgu grubunun %86'sının, kontrol grubunun %71,7'sinin ve toplamda %78,2'sinin akran zorbalığına maruz kaldığı belirlenmiştir.

KZVD bulunan olgu grubunda, akran zorbalığına maruz kalma alt tipleri incelendiğinde; %72'sinin fiziksel, %72'sinin sözel, %46'sının hakkında söylenti yayılması, %46'sının eşyalarına zarar verilmesi, %44'ünün izolasyon ve %18'inin cinsel olarak zorbalığa maruz kaldığı belirlenmiştir. Olgu grubuyla kontrol grubu arasında toplam akran zorbalığına maruz kalma oranları arasında anlamlı farklılık gözlenmezken alt tiplerde farklılıklar belirlenmiştir. Olgu grubunun fiziksel, sözel, izolasyon ve eşyalarına zarar verilmesi gibi akran zorbalığı alt tiplerinde oranlar ve puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde ergenlerle yapılan klinik örneklemli bir çalışmada akran zorbalığına maruz kalma oranları incelendiğinde %60,7'sinde fiziksel, %55,7'sinde sözel, %23'ünde söylenti yayma, %19,7'sinde cinsel, %13,1'inde izolasyon ve %13,1'inde eşyalara zarar verme gözlenmiştir (193). Bizim çalışmamızda KZVD'de bulunan ergenlerde akran zorbalığına uğrama daha yüksek oranda gözlenmiştir. KZVD ile akran zorbalığı arasındaki ilişkiyi ele alan sistematik bir incelemede; diğer değişkenlerden bağımsız olarak (cinsiyet, yaş vb.) sözel veya fiziksel zorbalık gibi okulda zorbalığa maruz kalmanın şiddeti arttıkça KZVD'nin de sıklığının arttığı belirlenmiştir (180). Bu ilişkiye depresif belirtilerin aracılık

edebileceğine dair çalışma olsa da depresif belirtilerden bağımsız olarak da KZVD'yi arttıracığına dair çalışmanın olduğu sistematik incelemede belirtilmiştir (180). Akran zorbalığı arttıkça KZVD'nin artması; zorbalıkla ilgili okul, aile ve çevrenin bilgilendirilmesinin ve koruyucu önlemlerin arttırılmasının önemini bize göstermektedir.

Literatür incelendiğinde cinsiyete göre akran zorbalığının incelenmesinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar çalışmamızla uyumlu olarak akran zorbalığına maruz kalmanın cinsiyetler arası farklılık oluşturmadığını belirtirken (193, 194), bazıları erkeklerde daha sık görüldüğünü (121, 195) bildirmektedir. Yurtdışında 13-15 yaş arası ergenlerde yapılan toplum temelli bir çalışma erkeklerin %46'sının ve kızların %48'inin zorbalığa maruz kaldığını bildirdi (191). Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı bulunan olgu grubunda kızlar (%82,9) ile erkekler (%93,3) arasında akran mağduriyeti oranlarında anlamlı farklılık olmadığı fakat topluma göre daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir.

ABD'de yaşları 15-18 arasında değişen yaklaşık 45 bin lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, öğrencilerin yaklaşık %50'sinin zorbalık yaptığı belirlenmiştir (121). 19 ülkede yapılan toplum örneklemli çalışmada zorbalık oranlarının %20-60 arasında değiştiği gözlenmiştir (121). Ülkemizde farklı örneklemli araştırma bulguları incelendiğinde ise akran zorbalığının %3,3 ile %41,3 arasında değiştiği saptanmıştır (121) ve klinik örneklemli bir çalışmada %50,8'nini zorba olduğu görülürken, toplum örneklemli bir çalışmada %20,3 oranında görülmüştür (193). Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı bulunan olgu grubundaki ergenlerin %62'sinin, kontrol grubunun ise %51,7'sinin akran zorbalığında bulunduğu belirlenmiştir.

Literatürde akran zorbalığı alt tipleri ile ilgili olarak birçok çalışma ve farklı sonuçlar vardır. Bazı çalışmalarda daha fazla sözel ve ilişkisel zorbalık yapıldığına vurgu yapılırsa da (196, 197); bazılarında da dışlama, vurma, tekmeleme ve itip kakma davranışları gibi fiziksel zorbalığa vurgu yapılmıştır (198). Japonya'da yapılan toplum temelli bir çalışmada en sık uygulanan yöntemlerin sırasıyla dışlama, vurma, tekmeleme ve kötü isimle çağırma olduğu bildirilmiştir (199). Çalışmamızda olgu grubunda zorbalık yapma tipleri değerlendirildiğinde, öğrencilerin akranlarına karşı %50'sinin fiziksel zorbalık, %36'sının sözel zorbalık, %16'sının eşyalara zarar verme, %12'sinin söylenti yayma, %12'sinin cinsel zorbalık, %10'unun izolasyon yaptığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan klinik örneklemli bir çalışmada ise %37,7'sinin sözel zorbalık, %36,1'nin fiziksel zorbalık, %11,5'nin eşyalara zarar verme, %6,6'sının izolasyon, %6,6'sının cinsel ve %1,6'sının söylenti yayma şeklinde akran zorbalığında bulunduğu belirlenmiştir (193).

Yazın incelendiğinde cinsiyete göre akran zorbalığına dair farklı sonuçlar bulunmaktadır (195, 199). Zorbalığın cinsiyete göre incelendiği, ülkemizdeki ve yurtdışındaki araştırmaların bazılarında genellikle erkeklerin kızlardan daha fazla zorbalık yaptıkları ve zorbalığa daha fazla maruz kaldıkları belirlenirken bazı toplum örneklemleri çalışmalarda da cinsiyete göre farklılık bulunmamıştır (121, 195). Çalışmamızda kendine zarar verme davranışı bulunan olgu grubunda kızların %51,7'si zorbalık yaparken, erkeklerin %73,3'ü akran zorbalığında bulunmuştur ancak aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda erkekler arasında fiziksel ve sözel zorbalığın, kızlar arasında ise söylenti çıkarma zorbalığı ve sözel zorbalığın daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (195, 199). Yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda erkeklerin fiziksel zorbalık, söylenti yayma, cinsel zorbalık ve zorba toplam puanlarının kızlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (192, 195, 200). Bizim çalışmamızda da olgu grubunda erkeklerde zorbalık yapma alt tip ve toplam oranları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ancak cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Çalışmamızda kız ve erkeklerin zorbalık yapma seviyesinin farklı olmasının nedeni; kız sayısının erkek öğrenci sayısına göre fazla olması olabilir.

İtalya'da yapılan bir çalışmada zorbalık ve mağdur olma durumu arasında güçlü bir ilişki bulunmuş, mağdurların %63,4' ünün aynı zamanda başkalarına zorbalık yaptıkları ve zorbaların %72'sinin aynı zamanda zorbalığa maruz kaldıkları bildirilmiştir (192). Çalışmamızda da bu çalışmayla uyumlu olarak olgu grubunda zorbalığa maruz kalanların %69,8'i zorbalık yaparken, zorbalığa maruz kalmayanların yalnızca %14,3'ü zorbalık yapmıştı. Çalışmamızla uyumlu olarak yapılan bir araştırmada zorbalığa maruz kalma toplam puanları ile tüm alt tiplerde ve zorbalık yapmak toplam puanları ile tüm alt tipleri arasında pozitif korelasyon görülmüştür (192). Buna göre; zorbalığa maruz kalanlarda kalmayanlara göre zorbalık yapma sıklığı anlamlı şekilde daha fazla görülmektedir.

Çalışmamızda zorbalığa maruz kalma puanı arttıkça kendine zarar verme yöntem sayısının arttığı belirlenmiştir. Yapılan sistematik gözden geçirmede çalışmamızla uyumlu olarak okul zorbalığına maruz kalmayla kendine zarar verme arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir (180). Dahası okulda sözlü veya fiziksel zorbalığa maruz kalmanın şiddeti arttıkça KZVD sıklığının da arttığı bildirilmiştir (180). Bunu depresif semptomların yordadığını belirten çalışmalar olsa da depresif semptomlardan bağımsız olarak da akran zorbalığının KZVD sıklığını arttırdığı belirtilmiştir (180). Bu bilgiler ışığında gençlerin akran zorbalığına maruziyetinin en baştan engellenmesi; bu kişilerin ileride akran zorbalığında bulunmasını engelleyecek, eşlik eden ruhsal tanılarının oranını düşürecek ve kendine zarar verme sıklığını azaltacaktır.

5.6. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıklar

Klinik bir örnekleme yapılmış olması, iki farklı grubun karşılaştırılması, akran zorbalığının akran zorbalığı envanteriyle ayrıntılı sorgulanması ve ruhsal eş tanıların K-SADS gibi yarı-yapılandırılmış bir görüşme ile belirlenmesi çalışmanın güçlü yanlarından. Kliniğe başvuran ergenlerde KZVD'ye yönelmeyi yordayacak faktörlerin belirlenmesine olanak sağlaması çalışmanın diğer güçlü yanıdır. Çalışmada elde edilen veriler KZVD'nin önlenebilmesi, riskli durumlar için koruyucu önlemlerin belirlenmesi amacıyla kullanılabileceği gibi, KZVD'de bulunan ergenlerin klinik izleminde nelere dikkat edileceği konusunda da ipuçları vermektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları kesitsel olması, örneklemin küçük olması, erkek cinsiyette olgu sayısının az olması, verilerin bir kısmının öz-bildirim yolu ile edilmiş olması, sadece okuldaki akran zorbalığının sorgulanması, ergenlerin aile özellikleri ve ebeveyn psikopatolojisi hakkında bilginin sadece sosyodemografik form üzerinden sorgulanmasıdır.

6. SONUÇ

- Araştırmamız KZVD’de bulunan ergenlerin (n=50) kontrol grubuna (n=60) göre bazı temel sosyodemografik özelliklerini, ruhsal tanılarını ve akran zorbalığını karşılaştırmaktadır. Ülkemizde KZVD ile çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran ergenler ile kontrol grubunu ruhsal tanılar ve akran zorbalığı açısından değerlendiren ilk çalışmadır.
- Kendine zarar verme davranışının genellikle orta ergenlikte (13-14 yaş) başladığı, daha çok kızlarda görüldüğü, kontrol grubuna göre parçalanmış aileden gelme oranlarının daha fazla olduğu, baba eğitim düzeyinin daha düşük olduğu ve sigara ile alkol kullanımının daha sık görüldüğü belirlenmiştir ancak diğer sosyodemografik özellikler açısından kontrol grubuna göre anlamlı farklılık görülmemiştir.
- KZVD’nin kız ergenlerde daha sık görülme nedeni; kızların yardım arayışı için kliniğe başvurusunun daha sık olması, erkeklerin bu davranışı gizleme eğiliminin daha fazla olması olabilir. Kliniğe başka nedenlerle başvuran erkek ergenlerde de KZVD’nin sorulması unutulmamalıdır.
- KZVD’de bulunan ergenlerde klinik görüşme sırasında ergenlerin sigara, alkol ve madde kullanımının sorulmasının, şüpheli bulunan vakalarda madde taramasının yapılmasının ve bıraktırmaya yönelik tedavilerin düzenlenmesinin KZVD’nin sağaltımında önem arz ettiğini düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı kontrol grubuna göre daha yüksek görülürken, madde kullanımı olan ergen bulunmamaktadır. Bunun nedeni toplumsal/kültürel özelliklerden ve damgalanma korkusu nedeniyle ergen tarafından gizlenmesi olabilir. Bunun yanı sıra KZVD bulunan ve madde kullanımı olan ergenlerde okul başarısının düştüğü ve okula devamlılığın azaldığı çalışmalarda gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda okula devam eden ergenler dahil edildiği için madde kullanımı bu grupta görülmemiş olabilir.
- KZVD sıklığı arttıkça intihar girişimi riski artmaktadır. Olgu grubumuzun %40’ı intihar girişiminde bulunmuştur. KZVD intihar davranışının habercisi olduğu için kişinin ayrıntılı olarak ruhsal muayenesinin yapılması, daha öncesinde intihar girişiminin bulunup bulunmadığının sorgulanması ve hastane acillerine KZVD ile başvuranların da ayrıca belirlenip değerlendirilmesinin önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar davranışının önüne geçmek için önemli olduğunu düşünmekteyiz.
- KZVD özellikleri açısından incelendiğinde kendini sert bir yere çarpma/kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma ve kesme gibi davranışların sık görüldüğü, daha çok

yalnızken bu davranışı yaptıkları ve o sırada birçoğunun acı hissetmediği veya az acı hissettiği, çoğunlukla KZVD dürtüsü geldikten sonraki ilk bir saat içerisinde kendilerine zarar verdikleri ve çoğunun KZVD'yi bırakmak istediği belirlenmiştir. Genellikle bırakma isteği olan bu ergenlere ve ebeveynlerine KZVD'nin özellikleri hakkında psikoeğitim verilmesi tedavi sürecinin daha sağlıklı ilerlemesine olanak sağlayacaktır.

- KZVD işlevlerine bakıldığında ergenlerin birkaç işlevi bir arada kullandığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak en sık kullanılan işlev affekt regülasyonu olmuştur. Olguların hangi işlevi kullandığının bilinmesi tedavi sırasında yol haritasının daha iyi belirlenmesini ve bize KZVD'ye eşlik eden ruhsal tanılar hakkında da ipucu vermesini sağlayabilir.
- Olgu grubundaki kızlarda eşlik eden ilk üç ruhsal tanı sırasıyla; depresyon, anksiyete bozukluğu ve KOKGB'dir. Erkeklerde ise sırasıyla KOKGB, DEHB ve depresyon bozukluğudur. Bu bilgiler göz önüne alındığında KZVD ile başvuran ergenlerde genellikle depresyon bozukluğu akla gelse de cinsiyete bağlı eşlik eden tanıların farklılık gösterebileceğini akılda tutmak gerekmektedir. Ayrıca eşlik eden tanılara göre KZVD işlevlerinin de değişebileceğini düşünmekteyiz ve bu ilişkinin ileriki çalışmalarda araştırılması KZVD etiyolojisinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.
- Çalışmamızda KZVD bulunan ergenlerde akran zorbalığına uğrama alt tipler incelendiğinde fiziksel, sözel, izolasyon ve eşyalarına zarar verilmesi gibi tiplerde oranların ve puanların daha yüksek olduğu gözlenirken olgu grubu içerisinde cinsiyete göre farklılık gözlenmemiştir. Özellikle akran zorbalığı sorgulanırken bunların öncelikli sorulması gerektiğini düşünmekteyiz.
- Çalışmamızda KZVD bulunan ergenlerde akran zorbalığı yapma oranları kontrol grubuna göre farklılık göstermemiştir. Olgu grubunda cinsiyetler arasında da farklılık bulunmamaktadır. Ancak çalışmamızda genel olarak zorbalığa maruz kalma ve zorbalık yapma alt tipleri arasında pozitif korelasyon olması, mağdur olanların zorbaya dönüşme riskinin arttığını göstermiştir buna ilaveten zorbalığa maruz kalma arttıkça KZVD'de kullanılan yöntem sayısının da arttığı belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında akran zorbalığına uğrayanların ilerleyen dönemde zorba olma ihtimalini engellemek için bu konuda psikoeğitim verilmesi ile birlikte mağdur çocuğun korunması için okul ve aile ile iş birliği kurulup, bu konuda tedbirlerin alınmasının sağlanması gerekmektedir.
- Çalışmamızda cinsiyet farklılığının; eşlik eden ruhsal tanılarda, KZVD işlevlerinde ve akran zorbalığında bazı farklılıklar oluşturduğu belirlenmiştir. Bunların daha büyük

örnekleme sahip çalışmalarla incelenmesi KZVD etiyolojisinin daha net anlaşılmasında, akran zorbalığına müdahalenin sağlanmasında ve eşlik eden tanıların tedavisinin daha uygun şekilde yürütülmesinde fayda sağlayacaktır.

- Tüm bu veriler; kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin psikiyatrik belirtiler ve komplikasyonlar açısından oldukça yüksek riskli bir grubu oluşturduğunu vurgularken, bu ergenlerde akran zorbalığına maruz kalmanın daha yüksek oranda görüldüğünü ve akran zorbalığına uğrama sıklığı arttıkça da KZVD sıklığının arttığını göstermektedir. Buna ilaveten akran zorbalığına uğrayanların daha sonrasında zorbaya dönme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunlara yönelik KZVD’de bulunan ergenlerde psikiyatrik değerlendirme ve sağaltımlarının sağlanması, akran zorbalığına yönelik okul ve aile ile birlikte iş birliği kurulması, önleyici ruh sağlığı politikalarının ve etkili müdahale programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990–2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(8):1191-8.
2. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013;
3. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007;63(11):1045-56.
4. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998;68(4):609-20.
5. Lundh LG, Wangby-Lundh M, Bjarehed J. Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scand J Psychol*. 2011;52(5):476-83.
6. Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). Self-mutilation (pp. p-41). Lexington, MA: Lexington Books.
7. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2003;57(1):119-26.
8. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(3):273-303.
9. Portzky G, van Heeringen K. Deliberate self-harm in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(4):337-42.
10. Nock MK, Joiner Jr TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*. 2006;144(1):65-72.
11. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226-39.
12. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(5):531-54.
13. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther*. 2006;44(3):371-94.
14. Cicchetti D. Developmental psychopathology, maladaptation and psychopathology: John Wiley & Sons; 2016;

15. Olweus D. Bullying at school: Knowledge base and an effective intervention program a. *Annals of the new York Academy of Sciences*. 1996;794(1):265-76.
16. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International journal of public health*. 2009;54(2):216-24.
17. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*. 2013;70(4):419-26.
18. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*. 2005;115(2):357-63.
19. Currie C, Zanaotti C, Morgan A, Survey W. WHO Regional Office for Europe. Risk behaviours: being bullied and bullying others. 2009(6):191-200.
20. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*. 2001;52(3):368-75.
21. VandenBos GR. *APA dictionary of psychology*: American Psychological Association; 2007;
22. Delk L, Farberow N. *The many faces of suicide*. New York: McGraw-Hill; 1980;
23. Walsh BW, Rosen PM. *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*: Guilford Press; 1988;
24. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatr*. 1992;55(2):103-5;
25. LeBlanc R. Educational management of self-injurious behavior. *Acta Paedopsychiatr*. 1993;56(2):91-8;
26. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):259-68.
27. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007;37(8):1183-92.
28. Haw C, Bergen H, Casey D, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(4):379-96.
29. Nock MK, Favazza AR. *Nonsuicidal self-injury: Definition and classification*. 2009;
30. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*. 1993;44(2):134-40.
31. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989;79(3):283-9.

32. Aliño JIL-I, Miyar MV, Association AP. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: American Psychiatric Pub; 2008;
33. Simeon D, Favazza AJS-ia, p tWDAPP. Phenomenology of self-injurious behaviors. 2001;1-28.
34. Miller DN, Brock SE. Identifying, assessing, and treating self-injury at school: Springer Science & Business Media; 2010;
35. Lüleci S, TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri. 2007;
36. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(3):20-1.
37. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. Psychol Med. 2011;41(9):1981-6.
38. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012;6(1):10-1.
39. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl K, Adolescence. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. 2005;34(5):447-57.
40. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. CMAJ. 2008;178(3):306-12.
41. Rodham K, Hawton K. Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. 2009;
42. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. 2002;72(1):128-40.
43. Hilt LM, Nock MK, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. 2008;28(3):455-69.
44. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(8):772-81.
45. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). Am J Psychiatry. 2011;168(5):495-501.

46. Zoroglu, Suleyman Salih, et al. "Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 57.1 (2003): 119-126.
47. Guerry JD, Prinstein MJ, Psychology A. Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. 2009;39(1):77-89.
48. Cha CB, Augenstein TM, Frost KH, Gallagher K, D'Angelo EJ, Nock MK, et al. Using implicit and explicit measures to predict nonsuicidal self-injury among adolescent inpatients. 2016;55(1):62-8.
49. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. 2013;206(2-3):265-72.
50. Saçarçelik G, Türkcan A, Güveli H, Yeşilbaş D, Sciences N. The prevalence of deliberate self-harm behavior and its association with sociodemographic features in patients referred to secondary care psychiatric clinic for adolescents and young adults. 2011;24(4):253-4.
51. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44(2):134-40.
52. Langbehn DR. Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. 1993;5(1):45-51.
53. Ammerman BA, Jacobucci R, Kleiman EM, Uyeji LL, McCloskey MS, Behavior LT. The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. 2018;48(1):31-7.
54. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(3):283-9.
55. Rosenthal RJ, Rinzler C, Wallsh R, Klausner E. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am J Psychiatry*. 1972;128(11):1363-8.
56. Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Health*. 1997;21(4):267-75.
57. Bureau JF, Martin J, Freynet N, Poirier AA, Lafontaine MF, Cloutier P. Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *J Youth Adolesc*. 2010;39(5):484-94.
58. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1417-25.

59. Yates P. Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioural model of intervention. 2004;12(3-4):195-232.
60. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. 2012;379(9834):2373-82.
61. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(4):364-75.
62. Agnew RJ, delinquency. Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. 2001;38(4):319-61.
63. Nock MK, Prinstein MJ, Sterba SK. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. 2009;118(4):816-7.
64. Scholte RH, Burk WJ, Overbeek G. Divergence in self- and peer-reported victimization and its association to concurrent and prospective adjustment. *J Youth Adolesc.* 2013;42(12):1789-800.
65. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. 2013;70(4):419-26.
66. Somer O, Bildik T, Kabukcu-Basay B, Gungor D, Basay O, Farmer RF. Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(7):1163-71.
67. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2001;178(1):48-54.
68. Favazza AR. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics.* 2006;117(6):2283-4.
69. Jacobson CM, Gould MJ. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. 2007;11(2):129-47.
70. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1122-8.
71. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Lawrence D, Saw S, Sawyer M, et al. Self-harm: Prevalence estimates from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016;50(9):911-21.
72. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylma J, Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health.* 2009;44(5):464-7.
73. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ.* 2002;325(7374):1207-11.

74. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. 2005;114(1):140-1.
75. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB, Psychology A. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. 2008;37(2):363-75.
76. Nock, Matthew K., et al. "Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts." *Psychiatry research* 144.1 (2006): 65-72.
77. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, et al. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(7):641-9.
78. Bjärehed J, Lundh L. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? 2008;37(1):26-37.
79. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V, et al. Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(5):669-82.
80. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(2):240-59.
81. Joiner TJC, MA. *Why people die by suicide*: Harvard University press. 2005;10-1.
82. Kiesel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. 2001;158(7):1034-9.
83. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayasu Y. Self-burning versus self-cutting: patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(1):62-9.
84. Ayodeji E, Green J, Roberts C, Trainor G, Rothwell J, Woodham A, et al. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. *Br J Psychiatry*. 2015;207(4):313-9.
85. Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord*. 2010;1(1):67-75.
86. Baetens I, Claes L, Willem L, Muehlenkamp J, Bijttebier PJP, Differences I. The relationship between non-suicidal self-injury and temperament in male and female adolescents based on child-and parent-report. 2011;50(4):527-30.
87. Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behav Res Ther*. 2007;45(10):2483-90.

88. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Jr., Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(3):255-62.
89. Bolognini M, Plancherel B, Laget J, Stéphan P, Halfon O. Adolescents' self-mutilation-Relationship with dependent behaviour. 2003;62(4):241-9.
90. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. 2011;186(1):65-70.
91. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(12):1145-52.
92. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(1):29-32.
93. Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20(3):595-611.
94. Zalsman G, Patya M, Frisch A, Ofek H, Schapir L, Blum I, et al. Association of polymorphisms of the serotonergic pathways with clinical traits of impulsive-aggression and suicidality in adolescents: a multi-center study. *World J Biol Psychiatry.* 2011;12(1):33-41.
95. Lewitzka U, Doucette S, Seemüller F, Grof P, Duffy A. Biological indicators of suicide risk in youth with mood disorders: what do we know so far? 2012;14(6):705-12.
96. Brent D, Melhem N, Ferrell R, Emslie G, Wagner KD, Ryan N, et al. Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry.* 2010;167(2):190-7.
97. Kishore S, Stamm S. The snoRNA HBII-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C. *Science.* 2006;311(5758):230-2.
98. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry.* 1991;148(3):306-17.
99. Crowell SE, Beauchaine TP, McCAULEY E, Smith CJ, Stevens AL, Sylvers PJD, et al. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. 2005;17(4):1105-27.
100. Turner CA, Lewis MH. Dopaminergic mechanisms in self-injurious behavior and related disorders. 2002;
101. Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord.* 2010;124(1-2):134-40.

102. Schmahl CG, McGlashan TH, Bremner JD. Neurobiological correlates of borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull.* 2002;36(2):69-87.
103. Sandman CA, Touchette PJS-ibG-b-br. Opioids and the maintenance of self-injurious behavior. 2002:191-204.
104. Sandman CA, Hetrick W, Taylor DV, Chicz-DeMet A. Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blockers. *Am J Ment Retard.* 1997;102(2):182-99.
105. Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC. Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: a quantitative synthesis. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2004;10(3):193-200.
106. Sandman CA, Hetrick WPJMR, Reviews DDR. Opiate mechanisms in self-injury. 1995;1(2):130-6.
107. Tiefenbacher S, Novak MA, Lutz CK, Meyer JS. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: a nonhuman primate model. *Front Biosci.* 2005;10(1):1-11.
108. Noshpitz JD. Self-destructiveness in adolescence: psychotherapeutic issues. *Am J Psychother.* 1994;48(3):347-62.
109. Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(1):162-78.
110. Osuch EA, Noll JG, Putnam FW. The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry.* 1999;62(4):334-46.
111. Alderman T. The scarred soul: Understanding & ending self-inflicted violence: New Harbinger Publication; 1997;
112. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. Special feature the inner experience of the borderline self-mutilator. 1987;1(4):317-24.
113. Olweus DJA. School bullying: Development and some important challenges. 2013;9:751-80.
114. Berger KS. Update on bullying at school: science forgotten? 2007;27(1):90-126.
115. Awiria O. Bullying at School-What We Know and What We Can Do. JSTOR; 1994;
116. Smith PK, Catalano R, JUNGGER-TAS JJ, SLEE PP, MORITA Y, OLWEUS D. The nature of school bullying: A cross-national perspective: Psychology Press; 1999;
117. Olweus DJSw, inhibition, childhood si. 15Victimization by Peers: Antecedents and Long-Term Outcomes. 2014:162;
118. Pişkin MJ. Okul zorbalığı: Tanımı, türleri, ilişkili olduğu faktörler ve alınabilecek önlemler. 2002;2(2):531-62.

119. Juvonen J, Graham S. Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. *Annu Rev Psychol.* 2014;65:159-85.
120. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychol Health Med.* 2017;22(sup1):240-53.
121. Ayas T, Pişkin M. Lise Öğrencileri Arasındaki Zorbalık Olaylarının Cinsiyet, Sınıf Düzeyi ve Okul Türü Bakımından İncelenmesi. 2011;10(2).
122. Gökkaya F, Health AM. Peer bullying in schools: A cognitive behavioral intervention program. 2017;9-10.
123. Furniss CJE, Law t. Bullying in schools: It's not a crime-is it? 2000;12(1):9-29.
124. Dake JA, Price JH, Telljohann SK. The nature and extent of bullying at school. 2003;73(5):173-80.
125. Smokowski PR, Kopasz KH, Schools. Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. 2005;27(2):101-10.
126. Gaete J, Tornero B, Valenzuela D, Rojas-Barahona CA, Salmivalli C, Valenzuela E, et al. Substance use among adolescents involved in bullying: a cross-sectional multilevel study. 2017;8:1056-7.
127. Fanti KA, Kimonis ER. Bullying and victimization: The role of conduct problems and psychopathic traits. 2012;22(4):617-31.
128. Reijntjes A, Vermande M, Thomaes S, Goossens F, Olthof T, Aleva L, et al. Narcissism, Bullying, and Social Dominance in Youth: A Longitudinal Analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2016;44(1):63-74.
129. Arslan S, Savaşer S. Akran zorbalığını önlemede okul hemşiresinin rolü. 2009;
130. GÖK F, Cenkseven Ö. Lise Öğrencilerinde Akran Zorbalığına Maruz Kalma: Temel Psikolojik İhtiyaçlar ve Anne-Babaya Duygusal Erişilebilirlik. 2018;14(2)
131. Olweus DJ. Programme: design and implementation issues and a new national initiative in Norway. 2004;13-4.
132. Barker ED, Arseneault L, Brendgen M, Fontaine N, Maughan B. Joint development of bullying and victimization in adolescence: relations to delinquency and self-harm. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(9):1030-8.
133. Toblin RL, Schwartz D, Gorman AH, Abou-ezzeddine TJ. Social–cognitive and behavioral attributes of aggressive victims of bullying. 2005;26(3):329-46.
134. Hong JS, Espelage DLJA, behavior v. A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis. 2012;17(4):311-22.

135. Williams KR, Guerra NG. Prevalence and predictors of internet bullying. *J Adolesc Health*. 2007;41(6 Suppl 1):14-21.
136. Casper DM, Card NA. Overt and relational victimization: A meta-analytic review of their overlap and associations with social-psychological adjustment. 2017;88(2):466-83.
137. Tokunaga RS. Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. 2010;26(3):277-87.
138. Buels R, Yao E, Diesh CM, Hayes RD, Munoz-Torres M, Helt G, et al. JBrowse: a dynamic web platform for genome visualization and analysis. *Genome Biol*. 2016;17(1):66-7.
139. Kowalski RM, Limber SP. Electronic bullying among middle school students. 2007;41(6):22-30.
140. Pişkin MJ. Okulda akran zorbalığı. 2005;12-3.
141. Hymel S, Swearer SM. Four decades of research on school bullying: An introduction. *Am Psychol*. 2015;70(4):293-9.
142. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak DJEjop. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. 2007;166(12):1253-4.
143. Wong CA, Taylor JA, Wright JA, Opel DJ, Katzenellenbogen RA. Missed opportunities for adolescent vaccination, 2006–2011. 2013;53(4):492-7.
144. Tural Hesapçioğlu S, Yeşilova HJ. Lise öğrencilerinin zorbalığa ve zorbalara ilişkin duyguları, düşünceleri ve tutumları. 2015;16(4)
145. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemi D, Foto Özdemir D, et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). 2019;30(1)
146. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2013;24(1):49-57.
147. Tuncay A, Pişkin M. Akran Zorbalığı Belirleme Ölçeği Ergen Formu. 2015(50):316-24.
148. Siyez DM, Alim KJ. Akran zorbalığı gruplarında empatik eğilim. 2011;12(2):23-43.
149. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları; 2001;
150. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;38:55-64.

151. Kara MZ. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel ve Psikiyatrik Özellikler. 2014;
152. Bježančević M, Groznica Hržić I, Dodig-Ćurković KJPD. Self-injury in adolescents: a five-year study of characteristics and trends. 2019;31(4):413-20.
153. Akdemir D, Zeki A, Ünal DY, Kara M, Çetin F, 14. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. 2013:69-76.
154. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PMJS, Behavior L-T. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. 2004;34(1):12-23.
155. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. Am J Psychiatry. 2003;160(8):1501-8.
156. Kabukçu-Başay BJ, İzmir. Lise öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı: işlevleri, emosyonel regülasyon ve ayrılma bireyleşme. 2011;
157. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, et al. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(6):581-8.
158. Beautrais ALJA, Psychiatry NZJo. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. 2000;34(3):420-36.
159. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. Pediatrics. 2012;130(1):39-45.
160. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Anguita A, et al. Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-analyses of community-based studies 1990–2015. 2018;57(10):733-41.
161. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. Pediatrics. 2006;117(6):1939-48.
162. Başay BK, Başay Ö, Bildik T, Özbaran B, Olcay RK, Öztürk Ö, et al. Türk Örnekleminde Lise Öğrencilerinde Kendine Zarar Verme Davranışının Doğası, İşlevleri ve İlişkili Risk Faktörleri. 2017;
163. Klonsky ED, Olino TM, psychology c. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. 2008;76(1):22-3.
164. Çimen İD, Coşkun A, Etiler N. Non-suicidal self-injury behaviors' features and relationship with adolescents' daily life activities and mental status. 2017;59(2)
165. Hagedorn W, Counseling O. The call for a new Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders diagnosis: Addictive disorders. 2009;29(2):110-27.

166. Buser TJ, Buser JK, Counseling O. Conceptualizing nonsuicidal self-injury as a process addiction: Review of research and implications for counselor training and practice. 2013;34(1):16-29.
167. Martin J, Cloutier PF, Levesque C, Bureau J-F, Lafontaine M-F, Nixon MK. Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: A preliminary investigation using a university sample. 2013;25(3):1013-4.
168. Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJD, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. 2008;49(6):667-77.
169. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Sar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları/Probable results of childhood abuse and neglect. 2001;2(2):69-70.
170. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KLJJoA. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. 2011;34(2):337-47.
171. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;8(1946):1946-7.
172. Walsh BW. Treating self-injury: A practical guide: Guilford Press; 2012;
173. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):885-90.
174. Gardner F. Self-harm: A psychotherapeutic approach: Routledge; 2013;
175. Glasser M. Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders. *Int J Psychoanal*. 1992;73 (Pt 3):493-503.
176. Friedman M, Glasser M, Laufer E, Laufer M, Wohl M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychoanalytic research project. 1972;53:179-83.
177. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(1):198-202.
178. Myers K, McCauley E, Calderon R, Treder R. The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30(5):804-10.
179. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(3):821-30.

180. Karanikola MN, Lyberg A, Holm A-L, Severinsson E. The association between deliberate self-harm and school bullying victimization and the mediating effect of depressive symptoms and self-stigma: A systematic review. 2018;
181. Ateşci FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. 2002;5(1):22-7.
182. Kiekens G, Hasking P, Claes L, Mortier P, Auerbach RP, Boyes M, et al. The DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder among incoming college students: Prevalence and associations with 12-month mental disorders and suicidal thoughts and behaviors. 2018;35(7):629-37.
183. Lin MP, You J, Wu YW, Jiang YJS, Behavior LT. Depression mediates the relationship between distress tolerance and nonsuicidal self-injury among adolescents: One-year follow-up. 2018;48(5):589-600.
184. Haines J, Williams CL, Brain KL, Wilson GV. The psychophysiology of self-mutilation. J Abnorm Psychol. 1995;104(3):471-89.
185. Antochi R, Stavrakaki C, Emery PC. Psychopharmacological treatments in persons with dual diagnosis of psychiatric disorders and developmental disabilities. Postgrad Med J. 2003;79(929):139-46.
186. D'Onofrio A. Adolescent self-injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals: Springer Publishing Company; 2007;
187. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. BMC Psychiatry. 2017;17(1):160-1.
188. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull. 1997;121(1):65-94.
189. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. Acta Psychiatr Scand. 2004;110(6):408-15.
190. Nock MK, Mendes WB, psychology c. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. 2008;76(1):28-9.
191. Nguyen AJ, Bradshaw C, Townsend L, Bass J. Prevalence and Correlates of Bullying Victimization in Four Low-Resource Countries. J Interpers Violence. 2020;35(19-20):3767-90.
192. İzgır G. Lise Öğrencilerinde Akran Zorbalığının Yaygınlığı: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019;
193. Çelen Ç. Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Ergenlerde Akran Zorbalığı ile Siber Zorbalık ve Öfke İfade Tarzlarının İlişkisi. 2020:1-11.

194. Karabacak K, Oztunc M, Eksioğlu S, Başçıçek F, Soydan E, Yaşar V. Lise öğrencilerinin zorbalık davranışları. 2015;
195. Çelenk TEA, Yıldızlar OJ. Lise öğrencilerinde akran zorbalığı ve mağduriyetinin incelenmesi. 2019;1(2):24-31.
196. Atik GJ, Ankara. The role of locus of control, self-esteem, parenting style, loneliness, and academic achievement in predicting bullying among middle school students. 2006;
197. Bulut SJ. Okullarda görülen öğrenciden öğrenciye yönelik şiddet olaylarının bazı değişkenler açısından arşiv araştırması yöntemiyle incelenmesi. 2008;8(2)
198. Ergün DJ, İstanbul, Turkey. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Ortaöğretim 6. 7. ve 8. Sınıf Öğrencilerinde Akran Zorbalığı Yaygınlığı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. 2011;
199. Ando M, Asakura T, Simons-Morton B. Psychosocial Influences on Physical, Verbal, and Indirect Bullying Among Japanese Early Adolescents. The Journal of Early Adolescence. 2016;25(3):268-97.
200. Kaya Z, Candegir H, Bedir G, Van Yüzüncü Y. Farklı Okul Türlerine Devam Eden Ergenlerin Zorba Ve Kurban Olma Düzeylerinin Bazı

kendine zarar verme davranışı bulunan ergenler

CRİJ NALLİK RAPORU

% **16**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **15**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **6**

YAYINLAR

% **7**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
2	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
4	www.psikguncel.org İnternet Kaynağı	% 1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Öğrenci Ödevi	% 1
8	acibadem.dergisi.org İnternet Kaynağı	% 1
9	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1

10	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
11	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
12	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<% 1
13	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenim Ödevi	<% 1
14	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
15	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
16	efdergi.inonu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
17	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
18	www.tavsiyee diyorum.com İnternet Kaynağı	<% 1
19	www.okuldasiddet.net İnternet Kaynağı	<% 1
20	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
21	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	<% 1

22	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
23	Submitted to Mugla University Öğrenci Ödevi	<% 1
24	BURNUKARA, Pinar and UÇANOK, Zehra. "Okul ortamı ve sanal ortamda meydana gelen akran zorbalığı ne ölçüde örtüşüyor?", Türk Psikologlar Derneği, 2012. Yayın	<% 1
25	Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
26	www.academia.edu İnternet Kaynağı	<% 1
27	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
28	www.hakanbuzoglu.com İnternet Kaynağı	<% 1
29	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
30	www.cocukergen2018.com İnternet Kaynağı	<% 1
31	www.eab.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
32	acikerisim.dicle.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

33	afyonluoglu.org internet Kaynağı	<% 1
34	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
35	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	<% 1
36	pam.arel.edu.tr internet Kaynağı	<% 1
37	www.cocukergenkongre.com internet Kaynağı	<% 1
38	acikerisim.deu.edu.tr internet Kaynağı	<% 1
39	Seçil DURAN, Sevil ALBAYRAK. "Communication Skills of Health Employees and Communication Challenges with Migrants", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2020 Yayın	<% 1
40	SERİM, Burcu, TAŞ, Fatma, Varol and GÜVENİR, Taner. "Ergenlerde kendine zarar verme davranışı", Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, 2009. Yayın	<% 1
41	halksagligiokulu.org internet Kaynağı	<% 1

42	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
43	AYAS, Tuncay and PİŞKİN, Metin. "Investigation of bullying among high school students with regard to sex, grade level and school type", TUBİTAK, 2011.	<% 1
44	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
45	www.turansam.org İnternet Kaynağı	<% 1
46	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
47	www.noropsikiyatriarsivi.com İnternet Kaynağı	<% 1
48	Submitted to Istanbul Medipol Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
49	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
50	www.pandemospsikoloji.com İnternet Kaynağı	<% 1
51	www.selcukmedj.org İnternet Kaynağı	<% 1
52	AKDEMİR, Devrim, ZEKİ, Ayşe, ÜNAL YETİMOĞLU, Dilek, KARA, Mahmut and ÇETİN	<% 1

ÇUHADAROĞLU, Füsün. "Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı", Esform Ofset, 2013.

Yayın

53	www.turkailehekderg.org İnternet Kaynağı	<% 1
54	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<% 1
55	AVCI, Ahmet. "Aile yapı ve atmosferinin Okul şiddetine etkisi", TUBITAK, 2010. Yayın	<% 1
56	bekircakir.com İnternet Kaynağı	<% 1
57	evrimagaci.org İnternet Kaynağı	<% 1
58	ihslc.mehmetakif.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
59	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	<% 1
60	Submitted to Üsküdar Üniversitesi--- Çalışma - Odkay	<% 1
61	buraktoprak.com İnternet Kaynağı	<% 1
62	egitimvebilim.ted.org.tr İnternet Kaynağı	

		<% 1
63	AKIN, Elif and BERKEM, Meral. "İntihar girişiminde bulunan ergenlerde olumsuz yaşam olayları: Vaka kontrol çalışması", Fırat Üniversitesi, 2013. Yayın:	<% 1
64	cocukergenkongre.com İnternet Kaynağı	<% 1
65	muglaarge.meb.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
66	BİLDİK, Tezan, SOMER, Oya, BAŞAY KABUKÇU, Bürge, BAŞAY, Ömer and ÖZBARAN, Burcu. "Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2013. Yayın:	<% 1
67	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
68	avesis.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
69	mzu.blogcu.com İnternet Kaynağı	<% 1
70	openaccess.hku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

- 71 www.scopemed.org <% 1
İnternet Kaynağı
- 72 Ahmet İnanır, Erkan Sogut, Murat Ayan, Sema İnanır. "Evaluation of Pain Intensity and Oxidative Stress Levels in Patients with Inflammatory and Non-Inflammatory Back Pain", Electronic Journal of General Medicine, 2013 <% 1
Yayın
- 73 KEKEÇ, Zeynep, YILDIRIM, Curna, İKİZCELİ, İbrahim, GÖNÜL, Ali Saffet and SÖZÜER, Erdoğan M.. "Özkiyim girişimi nedeni ile acil servise başvuran hastalarda hazırlayıcı etkenler", TUBITAK, 2000. <% 1
Yayın
- 74 ÇİMEN, İrem Damla, COŞKUN, Ayşen, NASIROĞLU, Serhat and ETİLER, Nilay. "İzmit'te yaşayan ergenlerde kendine zarar verme davranışı ve aile özellikleri ile ilişkisi", Esform Ofset, 2017. <% 1
Yayın

Alıntılan çıkart

Özet çıkar

Eşleşmeleri çıkar

Çalışma çıkar

Bibliyografyayı Çıkart

Çıkart