

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

**COLUMBIA İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. ADEM GÜNEŞ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. AYŞE KILINÇASLAN

İSTANBUL - 2015

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca ihtiyacım olan her an desteğini hissettiğim, eğitimimde büyük emekleri olan, gerek tez çalışmam gerekse diğer bilimsel çalışmalarda yönlendirme, katkı ve yardımlarından faydalandığım tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ayşe Kılınçaslan'a,

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Salih Zoroğlu'na,

Klinik açıdan gelişmemde çok büyük payları olan ve bıkmadan yorulmadan bütün sorularımızı yanıtlayan değerli hocalarımız Prof. Dr. Behiye Alyanak, Doç. Dr. Murat Coşkun ve Doç. Dr. Osman Abalı ve uzmanımız Dr. İlyas Kaya'ya

Bu çalışmanın her aşamasında desteğini hissettiğim, sabırla sorularımı yanıtlayan ve sorunlara çözüm bulmama yardım eden Prof. Dr. Mehmet Eskin'e,

Tezimde çok büyük emekleri olan İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Bölümü'nden Prof. Dr. Agop Çıtak, dil standardizasyonu konusunda yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Bedriye Öncü ve Doç. Dr. Sermin Kesebir'e,

Birlikte çalışma, paylaşma, öğrenme deneyimini yaşadığım eski yeni tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizde birlikte çalıştığımız bütün psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve personelimize,

Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarım sırasında birlikte çalıştığım değerli hocalarım, asistan arkadaşlarım ve hemşirelere,

Sevgi ve ilgilerini her zaman yanımda hissettiğim ve bugüne kadar üzerimde sonsuz emekleri olan aileme,

En derin sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Adem Güneş

2015

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
TABLO ve GRAFİK LİSTESİ.....	iv
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
BULGULAR	25
TARTIŞMA	51
SONUÇLAR	59
KAYNAKLAR	60
EKLER	71

TABLO ve GRAFİK LİSTESİ

Tablo 1: C-İŞDÖ risk düzeyi değerlendirme

Tablo 2a: Gruplara göre çocukların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin değerlendirmeler

Tablo 2b: Yaş ve cinsiyete ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

Tablo 3: Gruplara göre ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin değerlendirmeler

Tablo 4: C- İŞDÖ ilişkin gözlemciler arasındaki uyumun incelenmesi

Tablo 5a: Gruplara göre intihar düşüncesi alt boyutuna ilişkin değerlendirmeler

Tablo 5b: İntihar düşüncesi alt boyutuna ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

Tablo 6: Gruplara göre C-İŞDÖ intihar düşüncesi ve düşüncelerin yoğunluğu bölümlerine ilişkin değerlendirmeler

Tablo 7: Gruplara göre düşüncelerin yoğunluğuna ilişkin dağılımlar

Tablo 8: Gruplara göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımlar

Tablo 9: Gruplara göre gerçek girişimlere ilişkin değerlendirmeler

Tablo 10: Gruplara göre C-İŞDÖ risk düzeylerine ilişkin değerlendirmeler

Tablo 11a: KDÖ kendini değerlendirme ölçeğine ilişkin dağılımlar

Tablo 11b: KDÖ toplam puanına ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

Tablo 12a: Gruplara göre BUÖ'ne ilişkin değerlendirmeler

Tablo 12b: BUÖ'ne göre gruplar arası ikili değerlendirmeler

Tablo 13a: Gruplara göre İÖÖ ilişkin değerlendirmeler

Tablo 13b: İÖÖ'ne ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

Tablo 14a: ÇDDÖ'ye ilişkin değerlendirmeler

Tablo 14b: ÇDDÖ'ye ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

Tablo 15:ÇDDÖ 18.madde ve 91.madde değerlendirmeleri

Tablo 16a: Gruplara göre MINI intihar ölçeğine ilişkin değerlendirmeler

Tablo 16b: MINI intihar skoruna ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

Tablo 17: C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu puanları ile diğer ölçek puanlarının ilişkisi

Tablo 18: C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu puanları ile diğer ölçek puanlarının ilişkisi

Grafik 1: Gruplara göre yaş dağılımı

Grafik 2: Gruplara göre cinsiyet dağılımı

Grafik 3: Gruplara göre intihar düşüncesi düzeyi dağılımı

Grafik 4: Gruplara göre düşüncelerin yoğunluğu puanlarının dağılımı

KISALTMALAR

C-SSRS: Columbia- Suicide Severity Rating Scale

C-İŞDÖ: Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği

C-CASA: Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment

İOÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

KDÖ: Kendini Değerlendirme Ölçeği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

ÇDDÖ: Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği, ebeveyn formu

MINI: Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, (Mini International Neuropsychiatric Interview)- intihar değerlendirme çocuk versiyonu

Ort. : Ortalama

SD: Standart sapma

ÖZET

Amaç: Son yıllarda gençlerde intihar davranışı önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir. İntihar riskinin değerlendirilmesi psikiyatrik görüşmenin çok önemli bir parçasıdır. Ülkemizde intihar riskini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir psikiyatrik görüşmeye yardımcı kısıtlı sayıda değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bu çalışmada Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeğinin (C-İŞDÖ/Columbia- Suicide Severity Rating Scale) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma dil standardizasyonu ve uygulayıcılar arası uyumluluk yapıldıktan sonra 4 grupta yürütüldü; son bir ay intihar girişimi bulunanlar (n=43), Major Depresyon grubu (n=50), depresyon dışı klinik grup (n=50) ve psikiyatrik başvuru dışı aile hekimliğine başvuran (n=70) olgularda yürütüldü. Tüm katılımcılar Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (MİNİ) - çocuk versiyonunu ve ebeveynler Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği'ni (ÇDDÖ) doldurdu.

Bulgular: İki farklı uygulayıcı arasında güncel ve yaşam boyu intihar düşüncesi bölümünde uyum yüksek düzeydeydi (sırasıyla en şiddetli düşünce $\kappa=0.911$ ($p<0,001$) ve $\kappa=0.758$ ($p<0,001$). Düşüncelerin yoğunluğu bölümü iç tutarlılığı oldukça yüksekti (Güncel ve yaşam boyu her ikisi için de 0,93). Diğer ölçek skorlarıyla C-İRDÖ skorları arasında orta-yüksek düzeyde korelasyon saptandı.

Sonuç: C-İRDÖ Türkçe versiyonu 12-18 yaş ergenlerde intihar riskini değerlendirmede kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Ergen, İntihar, Geçerlik, Güvenilirlik, Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği

SUMMARY

Object: In the recent years, suicidal behaviour among youngs became a highly striking public health concern. Assessment and evaluation of suicidal risk is an essential part of psychiatric examination. There are only limited assesment tools for suicide which may help psychiatric interview in our country. Here in this study, we aimed to validity and reliability study of Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).

Methods: The study was conducted in four groups following the translation procedure and interrater reliability of the scale; suicide attempters in the last month (n=41), major depression group (n=50), non-depressive psychiatric outpatient group (n=50), and non-psychiatric GP outpatient group (n=70). All participants filled in the C-SSRS, Suicide Probability Scale (SPS), MINI Suicidal Scale – Kid, Child Depression Inventory (CDI), Beck Hopelessness Scale (BHS) and the parents filled in the Child Behavior Checklist (CBCL).

Results: Interrater reliability between two examiners for current and lifetime suicidal ideation was adequate (most severe ideation kappa=0.911 ($p<0,001$) and kappa=0.758 ($p<0,001$) consequently). Internal consistency of the part for intensity of ideation was clearly high (Current and lifetime values were 0,93 for both). A moderate to high level of correlation was found between C-IRDO scores and other measure scores.

Conclusions: The Turkish version of the C-SSRS is a reliable and valid instrument that can be used for the assessment of suicide risk among adolescents between 12 and 18 years of age.

Keywords: Adolescents, Suicide, Validity, Reliability, Columbia- Suicide Severity Rating Scale

GİRİŞ VE AMAÇ

Gençlerde intihar davranışı önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir. Birçok ülkede genç intiharlarının özellikle 1990'ların başlarına kadar belirgin olarak arttığı ve intiharın genç popülasyonda önde gelen ölüm sebeplerinden biri olduğu bildirilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002).

İntihar davranışının temelinde kendine zarar verme amacı bulunmaktadır. İntihar girişimi bir hastalık değil bir belirti olarak düşünülmelidir. Bu davranış sıklıkla ciddi emosyonel ve iletişimsel problemlerin veya farklı psikiyatrik bozuklukların belirtisi olarak karşımıza çıkar (Kocabas, 2004).

Çocukluktan ergenliğe doğru intihar oranları artmaktadır. Bunun muhtemel sebepleri arasında başta duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bozuklukların ergenlerde çocuklara göre daha fazla görülmesi ve ölümcül intihar girişimi planlamak ve uygulamak açısından ergenlerin çocuklara göre daha fazla bilişsel yetilere sahip olması gibi sebepler sayılabilir (Groholt ve ark., 1998). Bunun yanı sıra ergenler ebeveynlerinden daha az gözetim, denetim ve sosyal destek görmekte ve daha fazla otonomi kazanmaktadır. Tüm bunlar da ebeveynle iletişimin kopma riskini arttırmakta ve intihar riskinin fark edilmesini zorlaştırmaktadır.

Ergenlik döneminde intihar davranışı için risk etkenleri arasında, önceden intihar girişiminde bulunmuş olmak, psikiyatrik hastalık varlığı, madde kullanımı, ailede intihar öyküsü, kaotik aile ortamı, zorlu yaşam olayları sayılabilir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ailelerinde yüksek oranlarda intihar davranışı, alkol ya da madde kullanımı ve duygudurum bozukluğu olduğu saptanmıştır (Atay ve Kerimoğlu, 2003). Ergen intihar kurbanlarının yaklaşık %90'ında psikiyatrik hastalık olduğu bulunmuş olup, psikiyatrik hastalıkların intihar olasılığını 9 kata kadar arttırdığı belirtilmektedir (Fergusson ve ark., 2000; Shafii ve ark., 1998). Benzer olarak intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların yaklaşık %80'inde psikopatoloji varlığı saptanmıştır (Fergusson ve Lynskey, 1995b).

İntihar düşüncesi olmayan bir çocuk veya ergene intihar riski açısından değerlendirmek ve bununla ilgili sorular sormak intihar riskini arttırmazken; intihar düşüncesi var olanda değerlendirme yapmayıp, çocuğun bu düşüncesinin farkına varmamak intihar riskini arttırabilir (Eskin, 2012). Bu nedenle intihar riskinin değerlendirilmesi psikiyatrik görüşmenin çok önemli bir parçasıdır. İntihar riskinin değerlendirilmesi risk faktörleri ve koruyucu

faktörlerle beraber intihar davranışını işaret eden bulguların tamamının beraber gözden geçirilmesine dayanmaktadır. Kişinin geçmiş öyküsü, aktif intihar düşüncesinin varlığı, koruyucu faktörlere erişilebilirliği ve psikiyatrik öyküsü intihar riskinin şiddetini anlamaya yardımcı olur.

Prof. Dr. Kelly Posner tarafından geliştirilen Columbia- Suicide Severity Rating Scale (Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği/C-İŞDÖ) intihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleşmiş intiharları, bu girişimlerin ciddiyetini sorgulayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. İntihar riskinin hızlı bir şekilde yarı yapılandırılmış bir görüşme formatında değerlendirilmesine imkan sağlamaktadır. Ölçek online ve ücretsiz olarak ulaşılp kısa bir eğitim sonrası, intihar ile ilgili bilgi sahibi olan tüm sağlık çalışanları tarafından uygulanabilmektedir (Columbia University, Online Training Center). Orjinal ölçeğin farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalarla intihar düşüncesi, davranışı ve risklerinin değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (Posner ve ark., 2011). Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliğini araştırdığımız C-İŞDÖ yaşam boyu/güncel versiyonunun klinik ortamlarda kullanılabilir olması 12-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde gerek intihar riskinin değerlendirilmesi ve yönetimine, gerekse akademik alanda yapılacak çalışmalara katkıda bulunacaktır.

GENEL BİLGİLER

İNTİHAR TANIM

İntihar Latince *sui-caedere* kelimelerinden köken alan, İngilizcedeki *suicide* kelimesinin Türkçe karşılığıdır. İntihar bedenin göğüs ve boğazın birleştiği kısmı anlamına gelen, aynı zamanda kurban anlamında da kullanılan Arapça kökenli *nahr* kelimesinden köken almaktadır (Arkun, 1978). Türkçede intihar kelimesinin kullanımı tanzimat dönemi eserlerinde görülmektedir.

İntihar davranışı (suicidal behavior) kişinin kendisini öldürmekle ilgili bilişsel uğraşlarının yanısıra, intihar hazırlıklarını ve girişimlerin tümünü kapsayan genel bir kavramdır. İntihar girişimleri dürtüsel olabileceği gibi kronik umutsuzluk, yalnızlık ve değersizlik duygularının sonucunda da gerçekleşebilir. İntihar davranışını kasıtlı kendini yaralama davranışından ayıran en önemli özellik ölme niyetinin varlığıdır. Bu yüzden ölme niyetinin sorgulanması olguların değerlendirilmesi ve müdahalesinde kilit noktadır. Ancak bütünüyle bilinç düzeyinde gerçekleşen bir eylem olarak varsayılan intihar davranışında rol oynayan bilinçdışı süreçlerin etkisini de unutmamak gerekmektedir (Eskin, 2012).

İNTİHAR DAVRANIŞININ SINIFLANDIRILMASI

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) desteğiyle antidepresanların intihar davranışı geliştirme riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA) klinik uygulamalarda özellikle terminolojiyi standardize etmekte faydalıdır (Posner, 2007). Bu sınıflamada intihar davranışı, kendini yaralama davranışları, sınıflandırılmayan ancak muhtemel intihar davranışları ile ilişkili olabilecek, ölümlü sonuçlanabilecek davranış ve kazalar incelenmiş ve belli tanımlamalar örnek eylemlerle açıklanmıştır. C-İŞDÖ'nün geliştirilmesinde de temel alınan C-CASA'da intihar davranışları, intihar olmayan davranışlar ve potansiyel şüpheli intihar davranışları tanımlanmıştır :

1.İntihar davranışları

a.Tamamlanmış intihar (completed suicide): Ölümle sonlanan kendini yaralama davranışdır ve eylemin ardında az ya da çok ölme niyeti vardır.

b.İntihar girişimi (suicide attempt): Kendini yaralama olasılığı olan bir eylemin yanısıra az da olsa belli düzeyde bir ölme niyeti vardır. Kişinin kendini öldürme niyeti gerçekleştirilen davranış ya da koşullardan açıkça anlaşılabilir ya da kısmen çıkarım yapılabilir. İntihar girişimi gerçek bir yaralanmayla sonuçlanabilir ya da bir zarar ortaya çıkmayabilir.

c.Durdurulan intihar girişimi: Kişinin ölme niyeti ile potansiyel olarak kendine zarar verici davranışı yapmadan kendisini durdurması ya da başkası tarafından durdurulmasıdır.

d.İntihar düşüncesi (suicidal ideation): Ölmüş olmayı istemek gibi pasif intihar düşüncelerinden kendini öldürmeyi istemek gibi aktif intihar düşüncelerine kadar uzanabilir. Ancak herhangi bir eylem yoktur.

2.İntihar dışı davranışlar

a. İntihar niyeti olmayan kendini yaralama davranışı: Kendini öldürme niyetiyle birliktelik göstermeyen kendine zarar verici davranıştır. Davranış yaşanan stresi azaltmak ya da başkalarının ve/veya çevrenin dikkatini çekmek gibi amaçlarla yapılmaktadır.

b. Diğer kasıtlı olmayan kendini yaralama davranışı: Olayda intihar davranışını ya da kasıtlı kendine zarar verici davranışı düşündürecek herhangi bir kanıt yoktur. Olay bir kazayla yaralanma (örneğin hastanın traş olurken boynunu kesmesi), psikiyatrik ve davranışsal bir semptomla ilişkili (agresif davranışlar nedeniyle) ya da tıbbi müdahaleye sekonder bir durum olabilir.

3. Şüpheli ve potansiyel intihar davranışları

a. İntihar niyeti belirlenemeyen kendini yaralama davranışı: Ölme niyeti bilinmeyen veya anlaşılamayan kendini yaralama davranışdır. Yaralanma ya da potansiyel yaralanma net olup, bireyin neden bu davranışı gerçekleştirdiği net değildir.

b. Yeterli verinin olmadığı durumlar: Olayın kasıtlı intihar davranışı yada düşüncesi içerip içermediğine karar vermek için yeterli bilgi yoktur. Davranışın neden ve nasıl yapıldığına dair hiçbir bilginin alınmadığı, vücudun hep aynı yerinde olan yaralanmalar bu grupta değerlendirilebilir.

EPİDEMİYOLOJİK BİLGİLER

Ergenlerde intihar davranışının sıklığı son yıllarda büyük artış göstermiştir.(Borges ve ark., 2008; Eaton ve ark., 2012; Eaton ve ark., 2010). Dünya sağlık örgütünün verilerine göre yılda bir milyon tamamlanmış intihar meydana gelmektedir ve bunun büyük bir kısmı 15-24 yaş arasında olmaktadır. İntihar Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da ergenlerde kazalardan sonra en sık ölüm nedenidir (Greydanus & Calles, 2007). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre intihar 15-24 yaş arası grupta 2.sıradaki ölüm nedenidir. Ayrıca intihar sıklığı da bu yaş grubunda belirgin artış göstermektedir. Türkiye'deki intihar hızlarının ortalaması Amerika ve birçok Avrupa ülkesine göre düşük olmasına rağmen intihar hızlarında süregelen bir artış olması dikkat çekicidir. Amerika ve Türkiye'deki intihar oranlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada Türkiye'de gençlerde intihar oranı daha düşük bulunmuş, ancak Amerika ile kıyaslandığında intihar sıklığında artış olduğu saptanmıştır (Coskun ve ark., 2012). Türkiye'de intihar girişimleriyle ilgili Ankara'da yapılan çalışmada tamamlanmış intihar sıklığı 1989 yılında 100,000'de 107, 1995 yılında 100,000'de 113 olarak saptanmıştır (Atay ve Kerimoğlu, 2003). Türkiye'de tamamlanmış intiharlara ilişkin kayıtlar düzensiz tutulduğu ve sıklıkla kaza olarak kaydedildiği için gerçek oranlar bilinmemektedir. Ancak ülkemizde 1974-1998 yılları arasında intihar sıklığının %100 artış gösterdiği bildirilmiştir (Altındağ, 2001). Böylece ergenlerdeki intihar girişimleri, acil servise yapılan psikiyatrik başvurular arasında en yaygın nedenlerinden biri haline gelmiştir.

CİNSİYETE GÖRE EPİDEMİYOLOJİK VERİLER

Ergenlerde hayat boyu intihar girişimi erkeklerde %1,3-3,8 arasında kızlarda %1,5 ile 10,1 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Yaş arttıkça kız/erkek oranı kızlar lehine artmaktadır (Lewinsohn ve ark., 1996; Fergusson ve Lynskey, 1995b).

Cinsiyete göre bakıldığında dünyanın birçok ülkesinde tamamlanmış intihar erkeklerde daha fazladır (Phillips ve ark., 2002). Bu durum erkeklerin kızlara göre ölümcül yöntemler kullanmasına bağlanmıştır (Greydanus ve Calles, 2007). Ancak ülkemizde ilk 30 yaşta kızlarda intihar nedeniyle ölümlerin daha fazla olduğu ve bu durumu açıklayan çeşitli kültürel faktörlerin önemli olabileceği bildirilmektedir (Coskun ve ark., 2012).

İntihar düşüncesi ve intihar girişimi sıklığı ise kızlarda erkeklere göre daha yüksektir. İntihar girişim sıklığı erkek/kız oranları 3/7-1/9 arasında değişmektedir (Jay ve ark., 1989; Le Heuzey ve ark., 1995). Kızlarda intihar girişimlerinin erkeklere göre daha fazla olmasının

muhtemel sebepleri arasında kızların daha az ölümcül yöntemlere başvurması ve puberte sonrası kızlarda duygudurum bozukluklarının daha yaygın olması gibi nedenler sayılabilir (Çuhadaroğlu, 1992).

İNTİHAR DAVRANIŞLARININ TÜRÜNE GÖRE EPİDEMİYOLOJİK VERİLER

İntihar düşüncesi sıklığı 10 yaş altında %1'den düşük olup bu oran 10-12 yaş arası bir miktar artış gösterirken 12-17 yaş aralığında ise çok daha hızlı bir artış söz konusudur. İntihar planı ve girişimi ise 12-15 yaş arasında hızlı, sonrasında daha yavaş bir artış göstermektedir (Nock ve ark., 2013). Bu artışın sebepleri olarak intihar düşüncesi ve planı için belirli bir bilişsel yeterlilik gerekmesi, emosyonel regülasyon ve problem çözme becerilerinde kısıtlılıkların ergenlikte daha belirgin olarak gözlenmesi ve bu dönemde artan psikopatoloji sıklığı (özellikle duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları) öne sürülmektedir (Bridge ve ark., 2006).

Ergenlerde intihar düşüncelerinin pasif ölüm düşüncesinden intihar planına kadar değişen aralıkta noktasal prevalansı yaklaşık olarak %15-25 arasındadır (Grunbaum ve ark., 2004). Avustralya'da yapılan bir çalışmada 14-16 yaş grubu 2552 ergende ise hayat boyu intihar düşüncesi oranı %31,3 ve son 6 ayda intihar düşüncesi oranı %16,1 olarak bulunmuştur (Delfabbro ve Winefield, 2013). Başka bir çalışmada 2002 yılında 10699 lise öğrencisinde son 6 ayda intihar düşüncesi oranı %18, en az bir intihar girişimi oranı %18,1 bulunurken aynı ekibin 2008 yılında 10270 lise öğrencisinde yaptıkları çalışmada intihar düşüncesi oranı %19, en az bir intihar girişimi varlığı da %21,8 olarak tespit edilmiştir (Shilubane ve ark., 2013). Lewinsohn ve arkadaşları intihar planı yapmanın kız ergenlerde %6 erkek ergenlerde %2,3 olduğunu bildirmişlerdir (Lewinsohn ve ark., 1996). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda intihar düşüncesi oranları açısından benzer iken intihar girişimi sıklığı daha az bulunmuştur. 905 lise öğrencisiyle yapılan bir çalışmada son bir yıl içindeki intihar düşüncesi sıklığı %18,9 olarak değerlendirilmiştir (Güler, 2009). 966 lise öğrencisiyle yapılan başka bir çalışmada değerlendirilen bireylerin %25,7'si son bir yılda intihar düşüncesi tariflerken %4,6'sının en az bir intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (Eskin, 1999). Zoroğlu ve arkadaşlarının 938 lise öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada ise kızların %13,2'si erkeklerin de %5,4'ü olmak üzere toplam %10,1 olgu en az bir kez intihar girişiminde bulduklarını ifade etmiştir (Zoroğlu, 2001).

KULLANILAN YÖNTEMLERE GÖRE EPİDEMİYOLOJİK VERİLER

Kuzey Amerika'da tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem ateşli silahlar iken (Branco ve ark., 2010) ülkemizde en sık ası kullanılmaktadır (TÜİK, 2011). İntihar girişimlerinde ise en sık seçilen yöntem yüksek doz ilaç alımıdır (Şıklar, 2004; Sayıl, 1993; Çayköylü, 1997). Psikiyatrik hastalık varlığı intihar yöntemini etkilemektedir. Çin'de yapılan bir çalışma psikiyatrik hastalığı olanların ateşli silah ve ası gibi daha ölümcül yöntemleri daha sık kullandıklarını bildirmiştir (Zhang ve Li, 2011).

RİSK FAKTÖRLERİ

DAHA ÖNCE İNTİHAR GİRİŞİMİ VARLIĞI

Geçmişte intihar girişiminin olması tek başına en önemli risk faktörüdür. Olgu kontrol çalışmalarında ve prospektif çalışmalarda geçmiş dönemdeki intihar girişiminin ileri dönemde tamamlanmış intihar riskini 10-60 kat arası arttırdığı gösterilmiştir (Brent ve ark., 1999; Kotila ve Lonqvist, 1989; Marttunen ve ark., 1992; Shaffer ve ark., 1996). Girişimin tekrarlama riski özellikle intihar girişimini takip eden ilk 3-6 ay arası en fazlayken, genel popülasyona göre intihar girişimi riski bu popülasyonda 2 yıl boyunca daha yüksektir (Lewinsohn ve ark., 1996; Goldston ve ark., 1998). İntihar girişiminde bulunanların sonrasında intihar nedeniyle ölme oranları yıllık olarak %0,5-1 arasındadır ve bu oran genel toplumla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksektir (Hawton ve ark., 2003). İntihar davranışlarının tekrarlama riski 6 aylık takipte %10; 21 aylık takipte %42 ve yıllık olarak ortalama %5-15 olarak tahmin edilmektedir (Goldston ve ark., 1998; Hawton ve ark., 2003). Bir gözden geçirmede 1 yıl içerisinde intihar girişiminin tekrarlama oranı %16 ve tamamlanmış intihar oranı %2 olarak tespit edilmiştir (Owens ve ark., 2002). İlaç içerek intihar girişiminde bulunan 33 ergenle yapılan bir çalışmada, %21'inin daha önce intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (Sayar, 2010). Yapılan bir takip çalışmasında daha önce intihar girişiminde bulunan 54 lise öğrencisi 4-6 yıl sonrasında değerlendirildiğinde %33'ünün tekrar en az bir intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (Miranda ve ark., 2014). Erkeklerde intihar girişimi tekrarladığında girişimin ölümle sonlanma olasılığı kızlara göre belirgin olarak daha yüksektir (Shaffer ve Pfeffer, 2001).

PSİKOPATOLOJİ VARLIĞI

Ergen intihar kurbanlarının yaklaşık %90'ında psikiyatrik bir hastalık bulunduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıkların varlığı ise intihar olasılığını 9 kata kadar arttırmaktadır (Brent ve ark., 1993; Fergusson ve ark., 2000; Shafii ve ark., 1988). Benzer olarak intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların yaklaşık %80'inde psikopatolojik durumlar saptanmıştır (Fergusson ve Lynskey, 1995b). Kendini ciddi anlamda öldürmeyi düşünen bireylerin yaklaşık üçte ikisinde DSM-IV'e göre herhangi bir bozukluğu karşıladığı bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada ruhsal hastalık öyküsü intihar planı yapanlarda %77,5 ve intihar girişiminde bulunanlarda ise %79,6 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada ruhsal hastalık öyküsü planlı girişimde bulunanlarda %83,4 plansız girişimde bulunanlarda ise %74,1 olarak değerlendirilmiştir, bu da plansız girişimlerin daha çok stresli hayat olayları gibi diğer durumlara bağlı olduğunu düşündürmektedir (Nock ve ark., 2010). İntihar girişiminde bulunan kızlarda daha çok depresyon, anksiyete bozuklukları sık görülürken, erkek ergenlerde ise madde kullanımı, davranım bozukluğu gibi durumların ön planda olduğu bildirilmektedir (Bettes ve Walker, 1986).

Duygudurum bozuklukları

Shaffer ve arkadaşları kızlarda intihar riskini en çok arttıran psikiyatrik bozukluğun major depresyon (20 kat) olduğunu; riski arttıran ikinci durumun ise geçmiş intihar girişiminin varlığı olduğunu göstermiştir. Erkeklerde ise intihar riskini en çok arttıran durumun geçmiş intihar girişiminin olması (30 kat), sonrasında sırasıyla depresyon, madde kullanım bozuklukları ve yıkıcı davranış bozuklukları olarak sıralanmaktadır. Bütün intihar olgularının %50-70'inin duygudurum bozuklukları ile ilişkili olduğu, bunun da %80'ini majör depresyon hastalarının oluşturduğu saptanmıştır (Shaffer ve ark., 1996a). Depresyonun umutsuzluk ve karamsarlık gibi bazı bilişsel yönlerinin intiharla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ergen hastalarda dürtüselliğin varlığı intihar riskini arttırmaktadır (McGirr ve ark., 2008).

Toplam 1595 çocuk ve ergen bipolar bozukluk olgusunun (ortalama yaş 14,4) yer aldığı toplam 14 çalışmanın değerlendirildiği sistematik bir gözden geçirmede olguların %50,4'ünde intihar düşüncesi, %25,5'inde ise intihar girişimi tespit edilmiştir. İntihar düşüncesi dar fenotip ve daha küçük yaş ile ilişkili bulunurken; intihar girişimi kadın cinsiyet, daha büyük yaş, hastalığın daha erken yaşta başlaması, daha şiddetli/epizodik bipolar bozukluk, karma

epizodlar, geçmiş kendini yaralama davranışları/intihar düşüncesi ve intihar girişimleri ile ilişkili bulunmuştur (Hauser ve ark., 2013).

Davranım bozukluğu

Vaka kontrol çalışmaları ve takip çalışmalarında yıkıcı davranım bozukluklarının gençlerde intihar riskini 3-6 kat arası arttırdığı ve sıklıkla bu olgularda madde kullanım bozukluğunun da eşlik ettiği belirtilmektedir (Allebeck ve Allgulander, 1990; Brent ve ark., 1993; Groholt ve ark., 1998; Kuperman ve ark., 1988; Shaffer ve ark., 1996a). Bu grupta özellikle 12 yaş üzerinde intihar riski artmaktadır. Yıkıcı davranım bozukluklarına genellikle duygudurum, anksiyete veya madde kullanım bozuklukları eşlik etmektedir. Davranım bozukluğu ve intihar riski arasındaki ilişki; depresyon, antisosyal davranışları tetikleyebilecek ihmal veya diğer erken çocukluk yaşantılarının varlığı, şiddet içeren dürtüsel davranışlara yatkınlık veya davranım bozukluğu olan çocukların çoğunda olan ikincil stres verici olaylarla açıklanabilir (Shaffer ve ark., 1996a)

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) özellikle dürtüsellik komponenti nedeniyle intihar riskini arttırabilen diğer bir psikiyatrik bozukluktur. 266 intihar girişimi olgusunun incelendiği retrospektif bir çalışmada intihar girişiminde bulunan 12 yaş altı grupta en sık tanılar uyum bozukluğu (%38,5), DEHB (%25,6), davranım bozukluğu (%23,1) iken; 12 yaş üstü grupta ise en sık tanılar sırasıyla; uyum bozukluğu (%32,6), unipolar depresyon (%24,8), davranım bozukluğu (%10,1) ve DEHB (%5,7) olarak belirlenmiştir (Ben-Yehuda ve ark., 2012). Bu çalışmaya göre DEHB'nin özellikle 12 yaş altında intihar riski açısından önemli olabileceği görülmektedir. Ayrıca bipolar bozukluk tanılı intihar girişiminde bulunmuş çocuk ve ergenlerle yapılmış çalışmaları inceleyen bir sistematik gözden geçirmede bipolar bozukluk I ve komorbid DEHB'nin intihar girişimi ile belirgin ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Hauser ve ark., 2013)

Psikotik bozukluk

Psikotik bozukluk varlığı hem tamamlanmış intiharları hem de intihar girişimlerini arttırmaktadır. Ancak bu grupta intiharın genç erişkinlik dönemine kadar pek sık olmadığı belirtilmektedir (Allebeck ve ark., 1988; Kotila ve Lonnqvist, 1989). İlk psikotik epizod olgularının değerlendirildiği bir çalışmada 9-17 yaş arası 110 olguda intihar girişimi oranı

%12,4 olarak bulunmuştur. Psikotik epizoddan önce intihar girişimi öyküsü, ciddi depresif semptomların varlığı ve antidepresan tedavisi ihtiyacı yüksek intihar risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Sanchez-Gistau ve ark., 2013).

Anksiyete bozuklukları

Anksiyete bozuklukları intihar düşüncesi ve intihar girişimi riskini arttırmaktadır. Özellikle panik bozukluk kız ergenlerde artmış intihar düşüncesiyle ve girişimiyle ilişkili bulunmuştur (Shaffer ve Pfeffer, 2001). Yapılan bir çalışmada intihar düşüncesinin yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk ile doğrudan ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Sareen ve ark., 2005). Duygudurum bozukluğu ve anksiyete belirtilerinin birlikte bulunduğu olgularda intihar riskinin daha da arttığı saptanmıştır (Kutcher ve Chehil, 2007)

Travma ve ilişkili bozukluklar

İntihar davranışı ile istismar ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisini araştıran bir çalışmada intihar girişimi olan olgularının %35'inde ağır cinsel istismar, %18'inde ağır fiziksel istismar, %27'sinde ihmal ve %31'inde aile içi şiddete maruziyet saptanmıştır. Aynı çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarıyla erişkin hayatta intihar davranışı ve kendini yaralama davranışı arasında bağımsız bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Ystgaard ve ark., 2004).

Alkol-madde kullanım bozuklukları

Alkol madde kullanımı özellikle daha büyük erkek ergenlerde, komorbid duygudurum bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları varlığında intihar riskini arttırmaktadır (Allebeck ve Allgulander, 1990; Brent ve ark., 1999; Renaud ve ark., 1999). Bazı çalışmalar madde kullanımının özellikle erkek ergenlerde temel bir risk faktörü olduğunu bildirirken, kız ve erkek ergenlerde aynı oranda intihar riskini arttırdığını bildiren çalışmalar da mevcuttur. İntihar girişiminde bulunanlarda, intihar düşüncesi olanlara göre madde kötüye kullanımı ya da madde kullanım bozukluğu daha sık görülmektedir (Gould ve ark., 1998) Bu durum alkol ve madde kullanımının intihar düşüncesinin intihar girişimine dönüşmesini kolaylaştırdığı şeklinde açıklanmıştır (Hawton ve James, 2005)

Uyum bozukluğu

Uyum bozukluğu psikososyal stresörler sonrasında meydana gelen ruhsal bir bozukluktur. İntihar davranışına neden olan umutsuzluk, çaresizlik gibi durumlar uyum bozukluğunda da sık görülmektedir (Karamustafalıoğlu, 2010). Yehuda ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif bir çalışmada 12 yaş altı intihar girişimi olgularının % 38,5'inde, 12 yaş üstü intihar olgularının %32,6'sında uyum bozukluğu tanısı konulmuştur. (Ben-Yehuda ve ark., 2012).

Yeme bozuklukları

Bir meta analiz çalışmasında 12-24 yaş arası anoreksia nervosa tanılı olgularda intihar riskinin genel popölasyona göre 8 kata kadar arttığı belirlenmiştir (Pompili ve ark., 2004). Yeme bozukluğu olan hastalarda komorbid psikiyatrik tanılar sıktır ve bu durumlar da intihar riskini arttırmaktadır (Kutcher ve Chehil, 2007). Anoreksia nervosa olgularında intihar en önemli ikinci ölüm sebebidir. Anoreksia nervosa hastalarının %3-20'si intihar girişiminde bulunurken, bu oran bulimiya nervosa olgularında %25-35 düzeylerinde bildirilmiştir (Franko ve Keel, 2006). Anoreksia nervosa, bulimia nervosa ve majör depresyon olgularında intihar girişiminin sorgulandığı bir çalışmada bütün gruplarda benzer sıklıklarda intihar girişimi bulunmuştur. Ancak anoreksia nervosa ve majör depresyon gruplarındaki intihar girişimlerinde ölme niyetinin bulimia nervosa grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bulik ve ark., 2008). Çalışmalar tamamlanmış intihar girişimlerinin anoreksia nervosa olgularında bulimia nervosa olgularına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Preti ve ark., 2011).

FİZİKSEL HASTALIKLAR

Yetersiz fiziksel sağlık ve fiziksel engel varlığının diğer risk faktörleri ortadan kalktığında bile intihar düşüncesi ve davranışını arttırdığı çalışmalarda gösterilmiştir. Bazı çalışmalar diyabet ve epilepsi gibi kronik hastalıkların intihar davranışıyla ilişkisini belirtmiştir. İşlevsellikte kayba yol açan hastalık ya da kazalar intihar riskini arttırmaktadır (Grossman ve ark., 1991; Rey Gex ve ark., 1998). Ayrıca bazı kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan kortikostreoid gibi ilaçlar da depresyona yol açarak intihar riskini arttırabilmektedir (Berber, 2008)

STRESLİ YAŞAM OLAYLARI

Yasal durumlar, hapse atılma, okuldaki zorluklar, bir yakının kaybı ya da bir veya iki ebeveyninden ayrılma gibi stresli yaşam olayları da intihar riskini arttırabilmektedir. Büyük destekleyici sistemlerle (okul, iş, aile) bağı kesilen gençlerin intihar için büyük risk taşıdıkları görülmektedir (Gould ve ark., 1996). Çeşitli çalışmalarda ölüm, boşanma, ebeveyn kaybı ya da onlardan ayrı yaşama gibi durumların tamamlanmış intihar için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Agerbo ve ark., 2002; Brent ve ark., 1994; Groholt ve ark., 1997). Yapılan bir çalışmada 12 yaşından önce bir ebeveyn kaybı ile tekrarlayan intihar girişimi arasında bağlantı olduğunu saptanmıştır (Lewinsohn, 1996). Ayrıca ebeveynlerden ayrı yaşama diğer risk faktörleri düzeltildikten sonra bile intihar girişimi için risk faktörü olarak değerlendirilmiştir (Rey Gex ve ark., 1998). Okulu bırakma eşiğinde olan ergenlerin intihar riskinin arttığı bildirilmektedir (Eggert ve ark., 1995). Ayrıca okul terki veya okulun yokluğundan bir süre sonra intihar girişim sıklığı artmaktadır (Beautrais ve ark., 1996b; Wunderlich ve ark., 1998). Bu durumun aksi olarak okulla olumlu ilişki ve akademik başarının intihar davranışına karşı koruyucu olduğu görülmüştür (Borowsky ve ark., 1999; Resnick ve ark., 1997). Liselere yerleşmeyle ilgili yüksek rekabet gerektiren sınavlar da intiharda rol oynayabilmektedir. Örneğin 2010'da Türkiye'de 19 yaşından küçük 13 kişinin akademik başarısızlığa bağlı intihar ettiği belirlenmiştir (TÜİK, 2011).

AİLESEL FAKTÖRLER

Ailede psikopatoloji, intihar davranışı varlığı, disfonksiyonel aile yapısı, bir ebeveynin kaybı, boşanma, tek ebeveynli aile, ailede psikopatolojini varlığı (özellikle annede depresyon, herhangi bir ebeveynde madde kullanımı) çocukta psikiyatrik hastalık kontrol altına alınmış olsa bile yüksek intihar girişimini öngörmektedir (Brent ve ark., 1994b; Pfeffer ve ark., 1998). Ancak bazı kaynaklar kontrol altına alınan ergen psikopatoloji durumunda riskin artmadığını bildirmektedir (Gould ve ark., 1996). Bozulmuş ebeveyn-ergen ilişkisi ve düşük düzeyde emosyonel destek ergenlerde intihar davranışıyla ilişkili bulunmuştur.

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

Kişilik bozukluğu- Dürtüsel agresyon

Yapılan kontrollü bir çalışmaya göre, kişilik bozukluğu intihar riskini 2,9 kat yükseltmektedir. Bu çalışmada duygudurum bozuklukları, madde kullanımı ve davranım

bozukluklarının kontrol edilmesinden sonra ise intihar riskinin 8,5 kat arttığı belirlenmiştir (Brent ve ark., 1994a). Dürtüsel agresyon, engellenme (frustrasyon) toleransının düşük olması ve provokasyona düşmanlık veya agresyonla tepki verme eğilimi olarak tanımlanmaktadır ve intihar davranışına zemin hazırlayan bir özellik olduğu gösterilmiştir (Apter ve ark., 1988; Beautrais ve ark., 1999). Çocuk ve ergen intihar girişimlerinin büyük oranında depresyondan bağımsız olduğu ve saldırgan ve agresif davranışlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Apter ve ark., 1988).

Dürtüsellik

Çeşitli çalışmalar dürtüsellik ve ergen intihar davranışı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koyar (Kashden ve ark., 1993). Ergenlerdeki intihar girişimleri, erişkinlere göre daha az planlıdır ve bu dürtüsel alt grupta intiharın önlenmesi için ölümcül yöntemlere ulaşımın kısıtlanmasının daha etkili olabileceği bildirilmiştir (Gunnell ve ark., 2000). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, intihar girişimlerinin %95'inin, bir plan ve öncesinde herhangi bir hazırlık davranışının eşlik etmediği dürtüsel girişimler olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada depresyon tanısı alan kız ergenlerde pasif ölüm düşüncelerinin, genellikle stres verici bir olay sonucunda dürtüsel bir intihar girişimi ile sonuçlanabildiği tespit edilmiştir. Klinik pratikte, pasif ölüm düşüncelerinin, aktif intihar düşünceleri kadar intihar riski açısından önemli bir klinik belirteç olarak göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır (Yektas ve ark., 2014). Girişimin ölümcüllüğünü belirleyen etkenlerin plan ve hazırlık davranışları olduğu ve ölümcül olmayan girişimlerin genellikle dürtüsel doğada gerçekleştiği belirtilmektedir (Gvion ve Apter, 2011).

Umutsuzluk

Umutsuzluk bazı toplum ve klinik örneklemelerinde tamamlanmış intihar ve intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuştur, ancak bazı çalışmalarda depresyon kontrol edildikten sonra bu etkinin azaldığı bildirilmektedir (Goldston ve ark., 2001; Lewinsohn ve ark., 1994; Shaffer ve ark., 1996a). Ancak depresif belirtiler kontrol edildiğinde dahi umutsuzluğun intihar için güçlü bir kolaylaştırıcı faktör olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Kuo ve ark., 2004; Stewart ve ark., 2005).

Mükemmelliyeçilik

Ergenlerde tamamlanmış intiharla ilgili bir çalışmada, mükemmelliyeçilik ile intihar arasında ilişki bulunamamıştır (Shaffer ve ark., 1996a). Gençlerde başkalarının gerçekçi olmayan yüksek beklenti algısının, intihar girişimleri için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Boergers ve ark., 1998). Ancak bir çalışmada psikopatoloji kontrol edildikten sonra bu ilişkinin azaldığı görülmüştür (Gould ve ark., 1998).

İNTİHAR DAVRANIŞINA MARUZİYET

Arkadaşını intiharla kaybeden ergenlerde artmış depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu saptanırken, suicidal davranışlarda artış bildirilmemiştir (Brent ve ark., 1996). Benzer şekilde Avustralya örneğinde intihar davranışına maruz kalan ve kalmayan ergenler arasında suicidal davranışta bir fark bulunmamıştır (Hazell ve Lewin, 1993). Ancak Kanada'da 12-17 yaşlar arası bir örnekleme bir okul arkadaşının intiharı ilk değerlendirmedeki intihar düşüncesi ile ilişkili bulunmuştur. İntihar ile ölen birisini kişisel olarak tanıyan olmak ise tüm yaş guruplarında intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (Sonja ve ark., 2013) 12-15 yaş arasındaki katılımcıların 2 yıl boyunca izlendiğinde bir okul arkadaşının intiharla ölümünün katılımcılarda intiharı öngördüğü gösterilmiştir (Swanson ve Colman, 2013). Lise öğrencilerinde intihara maruziyetin intihar davranışı ve depresyonla ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada; bir akranın ya da aile üyesinin intihar girişimine maruz kalma ile depresyon arasında bir ilişki gösterilemezken, bir akran ya da aile üyesinde intihar davranışına maruziyetin, şiddetli depresyonda olan intihar riskine denk bir risk oluşturduğu gösterilmiştir (Nanayakkara ve ark., 2013). Araştırmalar kişisel tanışıklık ve toplum ya da medya aracılığı ile yaşanan maruziyetler sonucu yapılan modellemelerin intihar davranışlarının gelişiminde rol oynadığını göstermiştir (Grossman ve ark., 1991; Lewinsohn ve ark., 1994; Rey Gex ve ark., 1998).

ÖLÜMCÜL YÖNTEMLERE ULAŞIM

Özellikle Amerika'lı ergen ve genç erişkinlerin evlerinde silahla gerçekleştirdikleri intiharlar artmaktadır. Ayrıca evde ateşli silah bulunması ile tamamlanmış intiharlar arasında net ve tutarlı bir ilişki bulunduğu bir dizi vaka-kontrol çalışmasıyla gösterilmiştir (Kellermann ve ark., 1992; Wiebe, 2003). Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada ise bu ilişki gösterilememiştir (Beautrais ve ark., 1996). Amerika'da ateşli silahlara ulaşma konusundaki yasalarda daha katı bir tutum sergilenmesinin intihar oranlarını azalttığı gösterilmiştir (Killias,

1993; Krug ve ark., 1996; Sloan ve ark., 1990). Bir silahı kilitli veya boşaltılmış biçimde saklamak; cephaneyi kilitli tutmak ve silahla cephaneyi ayrı yerlerde saklamak gibi davranışların her biri ateşli silahlarda riskin biraz daha azaltılmasıyla ilişkili bulunmuştur (Grossman ve ark., 2005). Öldürme potansiyeli olan ilaçlara ulaşılabilirlik de intihar riskini arttırabilir, ya da en azından bir girişimin tıbbi ölümcüllüğünü arttırabilir (Brent ve ark., 1987). Satın alma başına ilaç içeriğinin sınırlandırıldığı Fransa'da, İngiltere'ye göre aşırı dozdan ölümün 4-kat daha düşük olduğu belirlenmiştir (Gunnell ve ark., 1997)

ZORBALIĞA MARUZİYET

Zorbaliğa maruz kalma ile intihar düşüncesi arasında orta/yüksek derecede korelasyon olduğu belirtilmektedir. Zorbaliğa maruziyetin sıklığı arttıkça intihar düşüncesinin sıklığı da artar ve bu durum ergen intiharı için önemli bir risk faktörüdür (Henry ve ark., 2014). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, kızlarda tekrarlayan zorbaliğa maruziyetin psikopatoloji düzeltildiğinde dahi intihar girişimi ve tamamlanmış intihar ile ilişkisi saptanmıştır. Zorbalık erkeklerde de intihar davranışı ile ilişkili bulunmuş ancak bu ilişkinin depresyon ve davranım bozukluğu belirtilerinin kalkmasıyla kaybolduğu gözlenmiştir (Klomek ve ark., 2009).

SAĞLIK AÇISINDAN RİSK ALICI DAVRANIŞLARIN VARLIĞI

İntihar davranışı en sık olarak tıknırcasına yeme, tıknırcasına içme, tütün kullanımı, silah taşıma, ve korunmasız cinsel ilişki gibi diğer sağlık riski davranışlarıyla birlikte gerçekleştiği bildirilmektedir (King ve ark., 2001). Tüm bu davranışlar için ortak risk faktörleri olarak zayıf ebeveyn-çocuk bağı, zayıf ebeveyn denetimi, çocuk ve okul arasındaki bağı zayıflığı, ve kötü bir akran grubuyla ilişkide olmak sayılabilir (Borowsky ve ark., 2001; Resnick ve ark., 1997). 1991-2011 yılları arasında yaklaşık 14.000 lise öğrencisinde sağlıkla ilgili riskli davranışlar ile intihar düşüncesi ve girişimi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada; intihar ile ilişkili en sık sağlıkla ilgili riskli davranışlar arasında kız öğrencilerde enjeksiyon şeklinde ilaç kullanımı, okulda silah taşıma ve metamfetamin kullanımı, erkek öğrencilerde ise kilo kontrolü için kusturucu ve laksatif kullanımı ve cinsel ilişkiye zorlanma intiharla ilişkili durumlar olarak tespit edilmiştir (Lowry ve ark., 2014).

İNTİHAR RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE MÜDAHALE

İntihar riskinin etkin bir biçimde değerlendirilmesi ruh sağlığı tedavisine ihtiyacı olan kişilerin tanınması ve gerekli müdahalelerin planlanmasında klinisyene yardımcı olur.

Değerlendirme mutlaka mümkün olan tüm bilgi kaynaklarını içermeli, ebeveyn, diğer bakım verenler, öğretmen ve arkadaşlar ile çocuğa yakın olan diğer bireyler değerlendirmeye dahil edilmelidir. İntihar girişimiyle gelmiş bir ergende geçmiş intihar davranışı ve özellikleri, girişimin ciddiyeti, tetikleyici faktörler, tekrarlama riski ve psikiyatrik durum değerlendirilmelidir. Bunlarla birlikte intihar girişiminde kullanılan yöntemin belirlenmesi, çocuk ve ergenlerin ölümcüllük bağlamında yargılaması zayıf olabileceği için her zaman güvenilir bir öngörücü olmasa da, yöntemin ölümcüllük riski ve eylemin planlanma derecesi de değerlendirilmelidir. Daha önce intihar girişimi olması girişimin tekrarlama riskini yükseltirken, intihar düşüncesinin ciddi olması alta yatan psikiyatrik hastalık olma durumunu arttırır (Shaffer ve Pfeffer, 2001). İntihar girişiminde bulunan ergenlerden hangilerinin sonraki girişimler için yüksek risk altında olduğu belirlenmelidir. Daha büyük (16-19 yaş) erkek ergenler (Türkiye’de kızlarda tamamlanmış intihar riski bu yaşlarda daha yüksek bulunmuş olsa da), cinsiyet ve yaştan bağımsız olarak özellikle komorbid psikiyatrik hastalık varlığı (madde kullanımı, irritabilite, ajitasyon veya psikozun eşlik ettiği depresyon, mani, hipomani veya karma epizodlar), önceki intihar girişiminde zehirlenme veya yüzeysel kesi dışında yöntemler kullananlar, tamamlanmayan girişim sonrası hala ölmek istediğini belirtenler yüksek riskli grup olarak ele alınmalıdır (Shaffer ve Pfeffer, 2001). Risk değerlendirmesi sırasında ayrıca intiharla ilişkili olabilecek bir takım psikolojik özellikler de ele alınmalıdır. Bunlar arasında umutsuzluk duyguları, benlik saygısı, öfke-kızgınlık durumları ve bunların intiharla olası ilişkisi, dürtü kontrolü, sorun çözme becerileri, olayları açıklama şekilleri, bilişsel çarpıtmaları, kişiyi yaşama bağlayan nedenler sayılabilir (Eskin, 2012). Rutin bir psikiyatrik değerlendirmede intihar davranışı varlığında aile öyküsü, ailenin özellikleri, ruhsal hastalık varlığı, intihar için gerekli araçlara ulaşılabilirlik gibi intihar ile ilişkili olabilecek riski arttıran tüm faktörler ayrıntılı bir şekilde gözden geçirilmelidir. Bu risk faktörlerinin yanısıra müdahale biçimini etkileyecek koruyucu faktörler de göz önüne alınmalıdır. Örneğin uygun ve yeterli destek ve gözetim bulunuyorsa, sorumlu erişkinin ölümcül ilaç veya silahları uzaklaştırarak güvenlik sağlayabileceği konusunda emin olunabilirse ve hastane yatışı gerektiren bir psikiyatrik bozukluk veya sosyal neden yoksa ayaktan takip düşünülebilir. Ancak kısa dönemde ciddi risk oluşturabilecek, öngörülemeyen davranışların varlığı, işbirliğinden kaçınma, duygu ve davranışlarını yönlendirmede ve düzenlemede zorluk veya güvensizlik, ilaç veya alkolle yakın zamanda olan intoksikasyon, tekrarlayan önceki intihar girişimleri varlığı, psikiyatrik hastalığın şiddeti (psikotik özellikleri olan depresyon, hızlı döngülü irritabilite ve dürtüsel davranışlar, emir veren halüsinasyonlarla birlikte psikoz, alkol veya madde kullanımı gibi), psikiyatrik durumunu stabilize edecek

yeterli çevre desteğinin olmayışı gibi risk faktörlerinin varlığı ve koruyucu faktörlerin olmaması ya da kullanılamayacak durumda olması yatarak tedaviyi gündeme getirebilir. Görüldüğü gibi intihar riskinin belirlenmesi ve yapılacak müdahalenin seçilmesi oldukça karmaşık bir değerlendirme sürecini gerektirir.

İntihar riskini değerlendirmede klinik görüşme çok önemlidir. Ölçekler klinik görüşmeyi destekleme amacıyla kullanılabilir. Yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış intihar ölçeklerinin intiharı öngörme özelliklerinin sınırlı olduğu, asıl değerlendirmenin tamamlayıcısı özelliğinde olması gerektiği belirtilmektedir. Bu ölçeklerin duyarlılıkları yüksek, özgüllükleri düşüktür. İntihar ölçeğinde pozitif sonuç çıkması halinde çocuk veya ergen klinik olarak mutlaka ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir (Goldston, 2000). Yataklı psikiyatri servisinde yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi ve riskini değerlendirmede self report ve klinik görüşme formatı karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada hem hastanın kendi bildirisine dayanan yöntemlerin hem de yüzyüze görüşmeyle yapılan değerlendirmenin birleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Yigletu, 2004). Başka bir değerlendirmede iki yöntemin de yüksek uyumluluk gösterdiği tespit edilmiştir. Tek istisna son zamanlardaki intihar düşüncesi ile ilgili bulunmuştur. Hastaların genellikle bunu kendi doldurdukları ölçeklere daha fazla yansıtmaya meyilli oldukları gözlenmiştir (Kaplan ve ark., 1994).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasıdır.

Araştırmanın Aşamaları

Çeviri çalışması

Ölçeğin Türkçe standartizasyon çalışması için gerekli izin ölçeği geliştiren Prof. Kelly Posner'den alındı ve ilk Türkçe'ye çevrilmiş versiyonu kendisi tarafından gönderildi. İlk çevirinin dil ve klinik kullanım açısından yeterliliği Türkçe ve İngilizce'de yetkin klinisyenler tarafından 4 basamakta yürütüldü. Ölçek ilk olarak klinik ve kültürel özellikler gözönüne alınarak orijinal ve mevcut çeviri formatlarının bağımsız karşılaştırılmasıyla gözden geçirildi (Dr. Adem Güneş, Doç. Dr. Ayşe Kılınçaslan). Daha sonra ergen intiharları konusunda deneyimli iki psikiyatrist tarafından değerlendirildi (Prof. Dr. Bedriye Öncü, Doç. Dr. Şermin Kesebir). Üçüncü basamakta ergen intiharları ve intihar ölçekleri konusunda klinik ve araştırma deneyimi olan Prof. Dr. Mehmet Eskin 1. ve 2. aşamada ortaya çıkan değişiklik önerilerini kendi değerlendirmeleri ile birleştirerek uygulama öncesi ölçek son duruma getirildi. Son olarak dil anlaşılabilirliği açısından 20 katılımcıyla gerçekleştirilen pilot bir çalışma sonrası çalışma gruplarında uygulamaya başlandı.

ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma Şubat 2014- Mart 2015 tarihleri arasında;

1. İstanbul Tıp Fakültesi Pediatri Acil birimine ya da İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniğine son 1 ayda intihar girişiminde bulunduğu için başvuran olgular
2. Kliniğimize başvurarak DSM-IV'e göre major depresyon tanısı alan hastalar
3. Kliniğimize başvurarak DSM-IV'e göre major depresyon dışında psikiyatrik tanıları olan hastalar (anskiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu)

4. Kontrol grubu olarak herhangi bir psikiyatrik hastalık tanımlamayan ergenler alındı. Bu grup Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden onay alınarak aile hekimliğine psikiyatri dışı nedenlerle başvuran, 12-18 yaş arası bireyler arasından seçildi.

Çalışmamızda son bir ayda intihar girişiminde bulunanlar (n=43), major depresyon grubu (n=50) ve depresyon dışı psikiyatrik hastalıkların olduğu grup (n=50) ve kontrol grubu (n=70) olarak toplam 213 ergenle yürütüldü. Bu çalışma İstanbul Tıp Fakültesi etik kurul 10.01.2014 tarih ve 01 sayılı toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur (Ek 1). Araştırmaya katılmayı kabul eden ergenlerde C-İŞDÖ yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) araştırmaya katılanların anne ya da babaları tarafından dolduruldu. Diğer ölçekler ergenlerin kendileri tarafından dolduruldu. Ölçeklerle ilgili soruları olduğunda katılımcılara açıklamada bulunuldu.

Araştırmaya alınma ölçütleri

Tüm gruplarda

- 12-18 yaş arasında olmak
- Aydınlatılmış onam verilmesi
- Klinik olarak mental retardasyon bulunmaması
- Anne-baba ve çocuklarda yeterli düzeyde okuma yazma olması

İntihar grubunda

- Son bir ay içinde intihar girişiminin olması

Major depresyon grubunda

- DSM-IV'e göre majör depresyon tanısı almak

Klinik grubunda (Major depresyon dışı psikiyatrik grup)

- DSM-IV'e göre anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, DEHB, yeme bozukluğu tanılarından birini ya da birkaçını almış olmak

Kontrol grubunda

- Daha önce psikiyatrik başvuruda bulunmayan ve kronik hastalığı olmayan olgular

Dışlama ölçütleri

- Psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel teşkil edecek düzeyde dil probleminin olması
- Okuma yazma bilmeme
- Organik mental bozukluk varlığı

- Alkol-madde etkisinde olma
- Klinik görüşme ile saptanan mental retardasyon bulunması

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Columbia intihar şiddetini derecelendirme ölçeği

Posner tarafından geliştirilen C-İŞDÖ; intihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleşmiş intiharların ciddiyetini sorgulayan, intihar riskinin yarı yapılandırılmış bir görüşme formatında değerlendirilmesine imkan sağlayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır.

Ölçeğin ilk bölümünde ölme isteğinden, belirli bir plan ve niyet içeren intihar düşüncelerine kadar artan şiddette intihar düşüncelerini sorgulayan 5 soru mevcuttur ve bunlara evet/hayır şeklinde cevap verilmesi istenmektedir. İlk 2 soruya verilen yanıt 'hayır' ise ölçekteki intihar düşüncesi bölümündeki sorular ve intihar düşüncelerinin yoğunluğu bölümleri atlanarak intihar davranışı kısmına geçilir. Eğer ilk iki soruya 'evet' yanıtı verildiyse ya da sadece 2. soru 'evet' olarak yanıtlanırsa diğer soruların tamamı sorulur. İlk iki sorudan birincine 'evet' ikinciye 'hayır' cevabı verilirse intihar düşüncesi bölümündeki diğer üç soru sorulmayıp ikinci bölümdeki düşüncelerin yoğunluğu değerlendirilir. İntihar düşüncesi ordinal olarak 1-5 arası puanlanır.

İlk bölümde intihar düşüncelerinden biri tespit edilmişse 2.bölümde bu düşüncelerin sıklığı, süresi, kontrol edilebilirliği, caydırıcı- engelleyici durumların etkisi (dini düşünceler, ölüm acısı, aile gibi), intihar düşüncelerin nedenlerini (çektiği acıya son vermek, başkalarının dikkatini çekmek gibi) sorgulayan 2-25 puan arası değerlendirme sağlayan sorular mevcuttur. Bu bölüm intihar riski hakkında klinik değerlendirmeye yardımcı olmaktadır. Düşüncelerin çok sık olması, uzun sürmesi, kontrol edilebilirliğinin az olması, engelleyici durumların etkisinin düşük olması, çektiği acıya son vermenin intihar düşüncesinin nedeni olması intihar düşüncelerinin yoğun olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin üçüncü bölümünde ise intihar davranışları sorgulanmaktadır. Bu bölümde geçmiş intihar davranışının olup olmadığı ayrıca intihar amacı olmayan kendini yaralama davranışı sorulur. Gerçek girişim mutlaka az da olsa ölme niyeti ile yapılan kendini yaralama davranışı olarak tanımlanmakta ve yaralanma oluşmasını şart koşmamaktadır; yaralanma veya zarar görme ihtimalinin bulunması yeterli kabul edilmektedir. Niyet sorgulanarak davranışın intihar girişimini yoksa kendini yaralama davranışı mı olduğu tespit edilmeye çalışılır. Kişi

niyetini inkar edebilir. Ancak davranış ya da davranışın sonucu çok ciddiye durum intihar girişimi olarak değerlendirilir (Örneğin çok yüksekten atlama, silahla yaralama, yüksek miktarda ilaç alma gibi). Bunun dışında engellenen intihar girişiminin varlığı, kendisinin durdurduğu bir girişim olup olmadığı, intihara hazırlayıcı davranışların varlığı (hap biriktirmek vs. gibi) değerlendirilir. İlk üç bölümden elde edilen bilgilerle intihar açısından genel bir risk düzeyi elde edilir (Tablo 1) (Columbia University, C-SSRS Online Training Center).

Son bölümde ise geçmişte gerçek intihar girişimi öyküsü varsa bunun ölümcüllük seviyesi 0-5 arası puanlanmaktadır. Girişimin ölümcüllük puanı 0 olarak değerlendirildiğinde ise potansiyel ölümcüllük puanı verilir. Bu bölümde ‘0- davranışın yaralanma olasılığı yoktur’, ‘1- davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölme neden olma olasılığı yoktur’, ‘3- davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölümle sonuçlanma olasılığı vardır’ şeklinde puanlama yapılmaktadır. Orjinal ölçeğin intihar girişimde bulunmuş ergenler, tedavi etkinliğinin izlendiği ergenler ve acil servise psikiyatrik nedenlerle başvuran erişkin hasta popülasyonlarında intihar düşüncesi, davranışı ve risklerinin değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Posner, 2011) (Ek 2 ve Ek 3).

Tablo 1. C-İŞDÖ risk düzeyi değerlendirme

	Güncel intihar düşüncesi	Geçmiş intihar düşüncesi	Güncel intihar davranışı	Geçmiş intihar davranışı
Çok düşük risk	0	0	Hayır	Hayır
Düşük risk	1-2	1-3	Hayır	Hayır
Orta risk	3	4-5	Hayır	Evet
Yüksek risk	4-5	4-5	Hayır	Evet
Çok yüksek risk	4-5	4-5	Evet	Evet

İntihar olasılığı ölçeği

Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilen ölçek toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Umutsuzluk, olumsuz kendilik değerlendirmesi, düşmanlık ve intihar düşüncesi olmak üzere toplam dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte her bir madde için “hiçbir zaman ya da nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “çoğu zaman ya da her zaman” seçeneklerinden birinin seçilmesi istenmektedir. Puanlama her madde için 1-4 arasında yapılır ve puan aralığı 36-144 arasında değişmektedir. Dört alt ölçek puanının yanısıra toplam puan elde edilir. Ölçekten

alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal versiyonu ile erişkin popülasyonda (Cull ve Gill, 1988), lise öğrencilerinde (D'Attilio, 1992; Osman, 1998), fiziksel istismara uğramış gençlerde (Kaplan 1997) ve psikiyatri servisinde yatan ergen hastalar (Osman, 1996) gibi farklı popülasyonlarda çalışmalar yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonununun 14-76 yaş arası klinik ve toplum örneklemelerinde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Atlı ve Eskin, 2009). Cronbach alfa tüm örneklem için 0,89; alt ölçekler için 0,70 ile 0,89 arasında, kesim puanı 110 ve üzeri bulunmuştur (Ek 4).

Beck umutsuzluk ölçeği

Beck (1974) tarafından geliştirilen kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. Ölçekte evet/hayır şeklinde cevaplanan toplam 20 madde bulunmaktadır. Ölçek puan aralığı 0-20 arasında değişmektedir. Ölçekte bireyin gelecek ile ilgili umutsuzluk derecesi belirlenmeye çalışılmaktadır. Yüksek skorlar umutsuzluğun şiddetine dikkat çekmektedir. Skorlamada 1-3 puan normal, 4-8 puan hafif düzeyde umutsuzluk, 9-14 puan orta düzeyde umutsuzluk, 15 ve üzeri puan ise yüksek düzeyde umutsuzluk olarak değerlendirilmektedir. Orijinal ölçek yataklı servisteki ergen hastalar (Morano ve ark., 1993; Rotheram-Borus ve Trautman, 1988; Steer ve ark., 1993), poliklinikten izlenen olgular (Brent ve ark., 1998), ve klinik dışı gruplar gibi birçok popülasyonda çalışılmıştır (Moilanen, 1995). Ölçeğin Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Durak, 1994). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması toplum, psikiyatri klinik popülasyonu ve kanser, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği gibi fiziksel hastalığı olan 15-65 yaşları olgularda yapılmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak belirlenmiştir (Durak, 1994) (Ek 5).

Çocuklar için depresyon- Kendini değerlendirme ölçeği

Çocuklar için Depresyon-Kendini Değerlendirme ölçeği (KDÖ) Kovacs tarafından Beck depresyon ölçeği esas alınarak çocuklar için geliştirilmiştir (Kovacs, 1985). KDÖ toplam 27 maddeden oluşan kendini değerlendirme tipinde bir ölçektir. Her madde için üç farklı seçenek bulunmaktadır ve son iki hafta düşünülerek her madde için çocuğun kendisi için en uygun olan cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0-2 arası puanlanır ve ölçeğin puan aralığı 0-54 arasındadır. Ayrıca ölçekten duygudurum, kişiler arası ilişkiler, anhedoni, negatif kendilik saygısı ve yetersizlik olmak üzere beş alt ölçek puanı da elde edilmektedir. Ölçeğin kesim puanı 19 olarak önerilmektedir (Kovacs, 1985). Alınan puanın yüksekliği depresyon şiddeti hakkında bilgi vermektedir. KDÖ direkt olarak intihar

riskini değerlendirmeye yönelik özgül bir araç değildir ancak ölçekte intihar düşüncesini sorgulayan bir madde bulunmaktadır. Ölçekte ‘kendimi öldürmeyi düşünüyorum’, ‘kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama yapmam’, ‘kendimi öldürmeyi düşünmem’ Şeklinde cümleleri bulunduran maddeyle intihar düşüncesi sorgulanmaktadır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (y, 1991) (Ek 6).

ocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme leği, Ebeveyn formu(ÇDDÖ)

Achenbach tarafından geliştiren ölçek ocuk veya gencin (4-18 yaş grubu) ebeveyni tarafından doldurulmaktadır (Achenbach, 1991). Ölçeğin ilk bölümünde genel sosyodemografik veriler ve ocuk ya da gencin okul ve sosyal hayatı değerlendirilirken ikinci blmde davranış sorunlarıyla ilgili toplam 113 madde bulunmaktadır. Her bir maddeye ebeveynin ‘0- doğru değil’, ‘1- bazen ya da biraz doğru’, ‘2-çok ya da sıklıkla doğru’ seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Ölçekte sosyal ie dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, dikkat sorunları ve düşünce sorunları olmak üzere toplam 8 sorun davranış puanı elde edilir. Ayrıca ‘İe Yönelim’ ve ‘Dışa Yönelim’ gibi iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. Tüm alt ölçeklerin toplamından ‘Toplam Problem’ puanı elde edilmektedir. ÇDDÖ direkt olarak intihar riskini değerlendiren bir ölçek değildir ancak ölçekte ‘kendini öldürmekten söz eder’ ve ‘bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişimde bulunur’ Şeklinde intihar davranışını ve kendini yaralamayı sorgulayan iki soru mevcuttur. Sorun davranışlar için T değeri 67 altı normal, 67-69 arası sınırdadır ve ≥ 70 üzeri klinik düzey olarak kabul edilmektedir. İe vurum, dışa vurum ve total skorlar için T değeri 60 altı normal aralık, 60-63 arası sınır düzey ve ≥ 64 üzeri klinik düzey olarak ele alınmaktadır. Ölçek klinik olmayan okul rneklemelerinde (Garber, 1998; Stanger, 1993), intihar davranışı nedeniyle takip edilen ergenlerde (Ritter, 1990) alışılmıştır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Erol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır (Ek 7).

Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, Klinisyen değerlendirmesi-uyarlama 5.0,0 (MINI International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.)

Sheehan ve arkadaşları (1998) tarafından DSM-IV ve ICD-10’da yer alan temel birinci eksen psikiyatrik bozuklukları değerlendiren kısa yapılandırılmış görüşme olarak tasarlanmıştır. Bu alışmada Türkçe versiyon 5.00 intihar ocuk bölümü kullanılmıştır. İntihar bölümünde ilk 3 soru tarama amaçlı sorulmaktadır. Bunlardan herhangi birine alınan evet

yanıtı sonrası ölçeğin tamamı uygulanır. Ölçekten elde edilen puanlara göre 0-4 arası düşük düzeyde risk, 5-9 arası orta düzeyde risk, 10 ve üzeri puanlar ise yüksek düzeyde riski göstermektedir (Ek 8).

İSTATİSTİKSEL İNCELEME

İstatistiksel analizler için NCSS (NumberCruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında, Pearson Ki-Kare testi, Yates' Continuity Correction Test ve Fisher's Exact Test kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde ise dağılım özelliğine göre Pearson ya da Spearman's Korelasyon Analizleri kullanıldı. Gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesinde de Kappa Uyum Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için alt değer olarak $p<0,05$ belirlendi.

BULGULAR

Çalışma Şubat 2014- Mart 2015 tarihleri arasında son bir ay içinde intihar girişimi öyküsü olan intihar grubu (n=43), majör depresyon tanısıyla kliniğimizden takip edilen depresyon grubu (n=50), majör depresyon dışı psikiyatrik tanılarla takipli klinik grup (n=50) ve aile hekimliği sistemine başvuran psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan kontrol grubu (n=70) olmak üzere 4 farklı grupta uygulandı.

1) Çalışma gruplarına yönelik tanımlayıcı özellikler

Çalışma 81'i (%38) erkek, 132'si (%62) kız olmak üzere toplam 213 çocuk ile yapıldı. Çocukların yaşları 12 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalama 14,95±1,63 yıldır. Çocukların eğitim süreleri 6 ile 12 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 9,41±1,59 yıldır.

Tablo 2a: Gruplara göre çocukların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin değerlendirmeler

	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	P
Yaş (yıl)	15,60±1,33	15,06±1,63	14,38±1,56	14,89±1,72	^a0,003**
Total eğitim süresi	9,58±1,37	9,60±1,64	9,10±1,50	9,39±1,72	^a0,372
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet					
Erkek	4 (9,3)	18 (36)	28 (56)	31 (44,3)	^b0,001**
Kız	39 (90,7)	32 (64)	22 (44)	39 (55,7)	

^aOne-Way Anova Test

^bPearson Ki-kare Test

**p<0,01

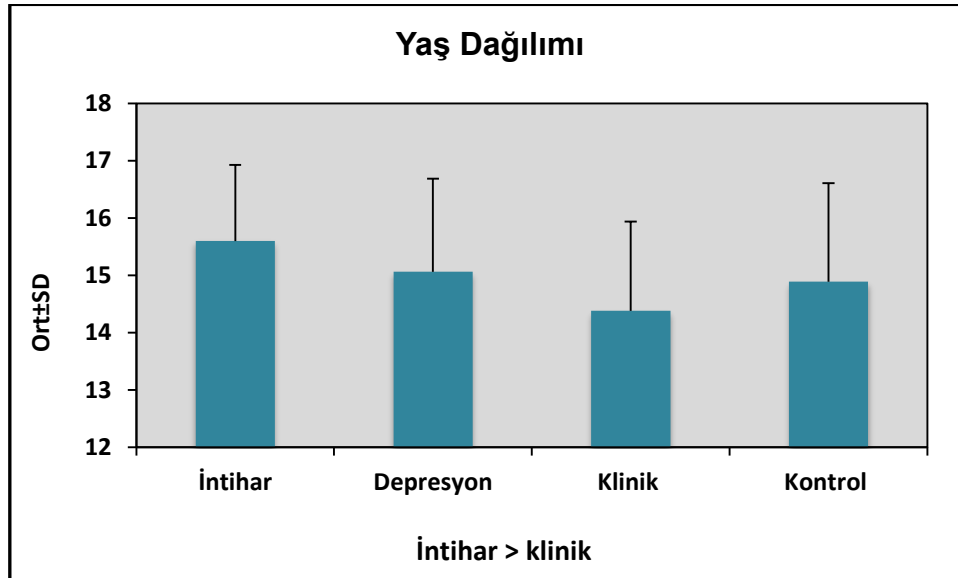
Tablo 2b: Yaş ve cinsiyete ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

	Post Hoc Test; p					
	İntihar- Depresyon	İntihar- Klinik	İntihar- Kontrol	Depresyon- Klinik	Depresyon – Kontrol	Klinik- Kontrol
[‡] Yaş (yıl)	0,356	0,002**	0,095	0,145	0,935	0,318
^a Cinsiyet	0,001**	0,001**	0,001**	0,045*	0,363	0,206

^aYates' Continuity Correction Test & Fisher's Exact Test *p<0,05 **p<0,01

[‡]Tukey HSD Test

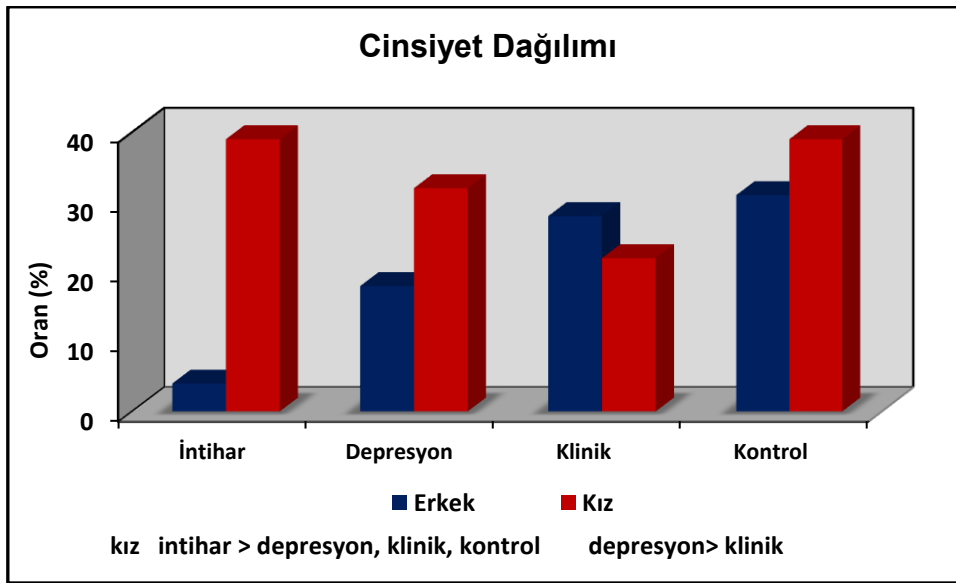
Gruplara göre olguların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,003; p<0,01). Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalarda, intihar grubunda yer alan olguların yaşlarının, klinik grubunda yer alan olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,002). Diğer gruplar arasında olguların yaşları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).



Grafik 1: Gruplara göre yaş dağılımı

Gruplara göre olguların eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; intihar grubunda ki olguların kız olma oranı; klinik, depresyon ve kontrol gruplarındaki olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$; $p=0,003$; $p=0,001$). Depresyon grubunda ki olguların kız olma oranının, klinik grubundakilerden yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,045$). Diğer grupların cinsiyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).



Grafik 2: Gruplara göre cinsiyet dağılımı

Ebeveynlerin özelliklerine bakıldığında annelerin yaşları 30 ile 62 arasında değişmekte olup, ortalama $41,94\pm 5,81$ iken; babaların yaşları 33 ile 69 arasında değişmekte olup, ortalama $45,24\pm 6,46$ yıldır.

Annelerin 52'si (%30,6) herhangi bir işte çalışırken, 6'sı (%3,5) emekli, 108'i (%63,5) ev hanımı, 4'ü (%2,4) ise hayatını kaybetmiştir. Babaların 141'i (%89,3) herhangi bir işte çalışırken, 18'i (%10,7) emekli, 4'ü (%2,4) işsiz, 5'i (%3) ise hayatını kaybetmiştir.

Gruplara göre anne ve babaların yaşları ve çalışma durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3: Gruplara göre ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin değerlendirmeler

	İntihar		Depresyon		Klinik		Kontrol		<i>p</i>
	n	Ort±SD	n	Ort±SD	n	Ort±SD	n	Ort±SD	
Anne yaş (yıl)	28	42,57±6,81	41	42,02±4,88	42	41,19±6,90	62	42,11±5,14	^a 0,782
Baba yaş (yıl)	26	45,15±7,84	40	45,45±5,63	40	44,70±6,85	62	45,48±6,20	^a 0,938
	n (%)		n (%)		n (%)		n (%)		
Anne çalışma durumu									
Çalışıyor	6 (20)		11 (26,2)		14 (34,1)		21 (36,8)		^b 0,423
Çalışmıyor	22 (73,3)		30 (71,4)		27 (65,9)		35 (61,4)		
Vefat	2 (6,7)		1 (2,4)		0 (0)		1 (1,8)		
Baba çalışma durumu									
Çalışıyor	20 (69)		34 (81)		37 (94,9)		50 (86,2)		^b 0,179
Çalışmıyor	6 (20,7)		7 (16,7)		2 (5,1)		7 (12,1)		
Vefat	3 (10,3)		1 (2,4)		0 (0)		1 (1,7)		

^aOne-Way Anova Test^bPearson Ki-kare Test*p*<0,05*Anne-Baba çalışma durumlarının istatistiksel değerlendirilmesine vefat edenler alınmamıştır.*

2) C-İŞDÖ'ye İlişkin Güvenilirlik Değerlendirmeleri

C-İŞDÖ intihar düşüncesi ve düşüncelerin yoğunluğu bölümleriyle ilgili güvenilirlik analizlerinde sırasıyla uygulayıcılar arası uyumluluk (interrater reliability) ve iç tutarlılık (internal consistency) bakıldı.

a) Uygulayıcılar Arası Uyumluluk

Uygulayıcılar arası uyumluluğu değerlendirmek için iki gözlemci tarafından intihar düşüncesi bölümü uygulandı. Ölçeğin bu bölümünde güncel (son bir ay intihar düşüncesi) ve yaşam boyu olmak üzere; ölme isteği, spesifik olmayan aktif intihar düşünceleri, eyleme dökme niyeti olmayan herhangi bir yöntem içeren (plansız) aktif intihar düşünceleri, belirli plan olmaksızın bir miktar eyleme dökme niyeti içeren aktif intihar düşünceleri ve belirli bir plan ve niyet içeren aktif intihar düşünceleri şeklinde intihar düşüncesinin seviyesini belirleyen ordinal 5 parametre bulunmaktadır. Bu bölüm iki farklı uygulayıcı tarafından 25 olguya uygulandı. Uygulama sonucu bakılan tüm parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iki uygulayıcı arasında uyum olduğu görüldü ($p < 0,01$). Güncel ve yaşam boyu intihar düşüncesi bölümlerinde sözü edilen ordinal 5 parametre ve belirlenen en şiddetli intihar düşüncesiyle ilgili kappa değerleri tablo 4'de görülmektedir.

Tablo 4: C- İŞDÖ İlişkin Gözlemciler Arasındaki Uyumun İncelenmesi

n= 25		Güncel		Yaşam Boyu	
		G2(Hayır)	G2(Evet)	G2(Hayır)	G2(Evet)
Ölme isteği	G1 (Hayır)	17 (68)	0 (0)	8 (32)	0 (0)
	G1 (Evet)	0 (0)	8 (32)	1 (4)	16 (64)
	<i>Kappa</i>	1,000		0,911	
	<i>p</i>	0,001**		0,001**	
Spesifik olmayan aktif düşünceleri	G1 (Hayır)	22(88)	0 (0)	19 (76)	2 (8)
	G1 (Evet)	(0)	3 (12)	0 (0)	4 (16)
	<i>Kappa</i>	1,000		0,752	
	<i>p</i>	0,001**		0,001**	
Eyleme dökme niyeti olmayan herhangi bir yöntem (plansız) aktif intihar düşünceleri	G1 (Hayır)	23 (92)	1 (4)	23 (92)	1 (4)
	G1 (Evet)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	1 (4)
	<i>Kappa</i>	0,648		0,648	
	<i>p</i>	0,001**		0,001**	
Belirli plan olmaksızın miktar eyleme dökme niyeti aktif intihar düşünceleri	G1 (Hayır)	22(88)	0 (0)	22(88)	0 (0)
	G1 (Evet)	(0)	3 (12)	(0)	3 (12)
	<i>Kappa</i>	1,000		1,000	
	<i>p</i>	0,001**		0,001**	
Belirli bir plan ve niyet içeren aktif intihar düşünceleri	G1 (Hayır)	22(88)	0 (0)	22(88)	0 (0)
	G1 (Evet)	(0)	3 (12)	(0)	3 (12)
	<i>Kappa</i>	1,000		1,000	
	<i>p</i>	0,001**		0,001**	
En şiddetli düşünce	<i>Kappa</i>	0,911		0,758	
	<i>p</i>	0,001**		0,001**	

G1: gözlemci 1, G2: gözlemci 2; **p<0,01

b) İç tutarlılığın değerlendirilmesi

C-İŞDÖ'ye göre güncel ve yaşam boyu intihar düşüncelerinin yoğunluğuna ilişkin Cronbach alfa katsayıları her ikisi için de 0,93 olarak bulundu.

Gruplara göre bakıldığında güncel ve yaşam boyu intihar düşünceleri yoğunluğu Cronbach alfa değerleri sırasıyla; intihar grubunda 0,88 ve 0,87, depresyon grubunda 0,83 ve 0,81, klinik grubunda 0,93 ve 0,92, kontrol grubunda 0,93 ve 0,92 olarak bulundu. Buna göre ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söyleyebiliriz.

3) Değerlendirilen gruplarda kullanılan ölçeklere ilişkin bulgular

a) C-İŞDÖ İntihar düşüncesi ve düşüncelerin yoğunluğu alt ölçeklerine ilişkin değerlendirmeler

Gruplara göre bakıldığında güncel ve yaşam boyu tüm intihar düşüncesi parametrelerinde (ölme isteği, spesifik olmayan aktif intihar düşünceleri, eyleme dökme niyeti olmayan herhangi bir yöntem içeren (plansız) aktif intihar düşünceleri, belirli plan olmaksızın bir miktar eyleme dökme niyeti olan aktif intihar düşünceler ve belirli bir plan ve niyet içeren aktif intihar düşünceleri) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; klinik ve kontrol grupları arasında intihar düşüncesi parametrelerinin hiçbirinde anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Ancak diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılıklar bulundu. İntihar ve klinik, intihar ve kontrol, depresyon ve klinik, depresyon ve kontrol grupları arasında belirli bir plan ve niyet içeren intihar düşünceleri dışında tüm parametrelerde anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,01$). Ayrıca depresyon ve klinik, depresyon ve kontrol gruplarında belirli bir plan ve niyet içeren düşünceler bölümünde de anlamlı düzeyde farklılık belirlendi ($p<0,05$).

İntihar ve depresyon grupları arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda güncel eyleme dökme niyeti olmayan düşünce ve eyleme dökme niyeti içeren düşünceler intihar grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Ayrıca yaşam boyu intihar düşüncesi bölümünde eyleme dökme niyeti içeren düşünce parametresi intihar grubunda depresyon grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak belirlendi ($p<0,01$). Gruplara göre intihar düşüncesi alt boyutuna ilişkin değerlendirmeler ve ikili karşılaştırmalar sırasıyla tablo 5a ve tablo 5b'de görülmektedir.

Tablo 5a: Gruplara göre intihar düşüncesi alt boyutuna ilişkin değerlendirmeler

		İntihar	Depresyon	Klinik	Kontrol	
		(n=43)	(n=50)	(n=50)	(n=70)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Ölme isteği						
Güncel	Hayır	9 (20,9)	7 (14)	43 (86)	61 (87.1)	0,001**
	Evet	34 (79,1)	43 (86)	7 (14)	9 (12.9)	
Yaşam	Hayır	8 (18,6)	5 (10)	37 (74)	57 (81.4)	0,001**
	Evet	35 (81,4)	45 (90)	13 (26)	13 (18.6)	
Spesifik olmayan aktif intihar düşünceleri						
Güncel	Hayır	13 (30,2)	25 (50)	45 (90)	63 (90)	0,001**
	Evet	30 (69,8)	25 (50)	5 (10)	7 (10)	
Yaşam	Hayır	13 (30,2)	15 (30)	43 (86)	62 (88.6)	0,001**
	Evet	30 (69,8)	35 (70)	7 (14)	8 (11.4)	
Eyleme dökme niyeti olmayan herhangi bir yöntem içeren (plansız) aktif intihar düşünceleri						
Güncel	Hayır	20 (46,5)	37 (74)	50 (100)	69 (98.6)	0,001**
	Evet	23 (53,5)	13 (26)	0 (0)	1 (1.4)	
Yaşam	Hayır	20 (46,5)	31 (62)	49 (98)	69 (98.6)	0,001**
	Evet	23 (53,5)	19 (38)	1 (2)	1 (1.4)	
Belirli plan olmaksızın bir miktar eyleme dökme niyeti içeren aktif intihar düşünceleri						
Güncel	Hayır	13 (30,2)	39 (78)	50 (100)	70 (100)	0,001**
	Evet	30 (69,8)	11 (22)	0 (0)	0 (0)	
Yaşam	Hayır	13 (30,2)	29 (58)	50 (100)	69 (98,6)	0,001**
	Evet	30 (69,8)	21 (42)	0 (0)	1 (1,4)	
Belirli bir plan ve niyet içeren aktif intihar düşünceleri						
Güncel	Hayır	39 (90,7)	48 (96)	50 (100)	70 (100)	0,016*
	Evet	4 (9,3)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	
Yaşam	Hayır	39 (90,7)	48 (96)	50 (100)	70 (100)	0,016*
	Evet	4 (9,3)	2 (4)	0 (0)	0 (0)	
<i>Pearson Ki-Kare Test</i>		**p<0,01		*p<0,05		

Tablo 5b: İntihar düşüncesi alt boyutuna ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

		Post Hoc Test; ^a p					
		İntihar- Depresyon	İntihar- Klinik	İntihar- Kontrol	Depresyon- Klinik	Depresyon – Kontrol	Klinik- Kontrol
Ölme isteği	Güncel	0,377	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,856
	Yaşam	0,233	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,330
Spesifik olmayan aktif intihar düşünceleri	Güncel	0,053	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	1,000
	Yaşam	0,981	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,675
Eyleme dökme niyeti olmayan	Güncel	0,007**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	1,000
	Yaşam	0,135	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	1,000
Eyleme dökme niyeti içeren	Güncel	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	1,000
	Yaşam	0,007**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	1,000
Belirli bir plan ve niyet içeren	Güncel	0,410	0,042*	0,019*	0,495	0,172	1,000
	Yaşam	0,410	0,042*	0,019*	0,495	0,172	1,000

^aYates' Continuity Correction Test & Fisher's Exact Test **p<0,01 *p<0,05

Ölçeğin değerlendirilmesinde intihar düşüncesini belirleyen bu 5 parametreden olgunun 'evet' cevabını verdiği en üst intihar düşüncesi, en şiddetli intihar düşüncesi (ölme isteği=1, spesifik olmayan aktif intihar düşünceleri=2, Eyleme dökme niyeti olmayan herhangi bir yöntem içeren (plansız) aktif intihar düşünceleri=3, belirli plan olmaksızın bir miktar eyleme dökme niyeti içeren aktif intihar düşünceleri=4, belirli bir plan ve niyet içeren aktif intihar düşünceleri=5) olarak kabul edilmektedir.

En şiddetli intihar düşüncesi (most severe ideation) düzeyi güncel ve yaşam boyu bölümlerinin her ikisinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). En şiddetli intihar düşüncesi düzeylerine göre yapılan ikili karşılaştırmalarda; intihar ve depresyon gruplarındaki olguların güncel en şiddetli intihar düşüncesi düzeyleri, klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$). Ayrıca intihar grubundaki çocukların güncel en şiddetli intihar düşüncesi düzeyleri depresyon grubundan da anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$).

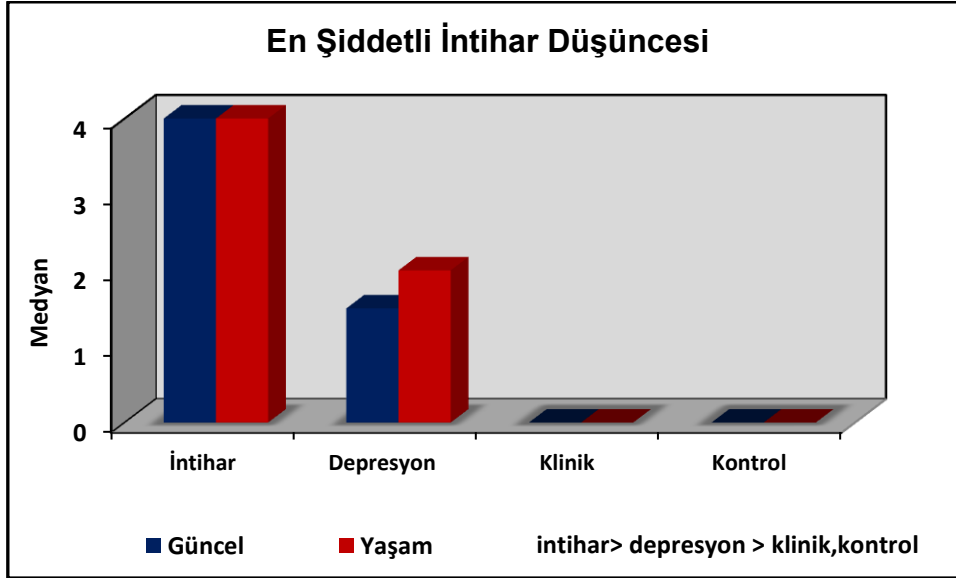
C-İŞDÖ yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyleri ile ilgili yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon gruplarında yer alan çocukların yaşam boyu intihar düşüncesi düzeyleri, klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir (ilgili karşılaştırmaların hepsinde $p<0,01$). Diğer grupların yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Gruplara ilişkin değerlendirmeler ve p değerleri tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 6: Gruplara göre C-İŞDÖ intihar düşüncesi ve düşüncelerin yoğunluğu bölümlerine ilişkin değerlendirmeler

		İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	<i>p</i>
İntihar Düşüncesi	Güncel	4	1.5	0	0	^a 0,001**
	Yaşam	4	2	0	0	^a 0,001**
Düşünceleri Yoğunluğu	Güncel	10	8	0	0	^a 0,001**
	Yaşam	11	11	0	0	^a 0,001**

^aKruskal Wallis Test

***p*<0,01



Grafik 3: Gruplara göre intihar düşüncesi düzeyleri dağılımı

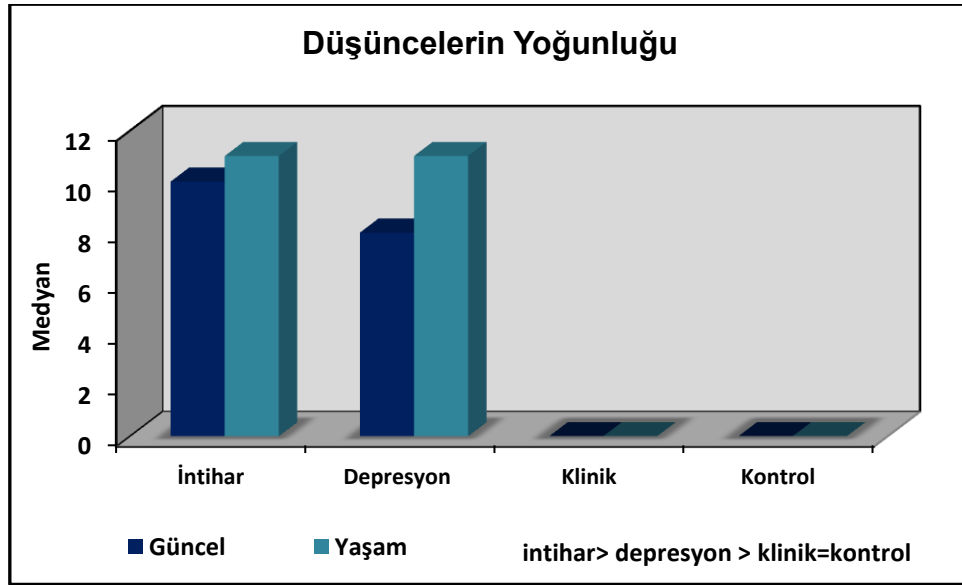
İntihar düşüncesi mevcut olan (ölme isteği ve/veya spesifik olmayan aktif intihar düşüncelerinin herhangi birinin olduğunu bildiren) olgulara düşüncelerin yoğunluğunu belirlemek için düşüncelerin yoğunluğu bölümü uygulandı. Bu bölümde olgulara güncel ve yaşam boyu intihar düşünceleriyle ilgili düşüncelerin sıklığı, süresi, kontrol edilebilirliği, caydırıcı faktörlerin varlığı ve nedenleri bölümleri uygulandı. Tablo 7’de bu bölüme yönelik gruplar içindeki yanıt dağılımları görülmektedir.

Tablo 7: Gruplara göre düşüncelerin yoğunluğuna ilişkin dağılımlar

			İntihar	Depresyon	Klinik	Kontrol
<i>Sıklık</i>	<i>Güncel</i>	Haftada birden az	11 (32,4)	20 (46,5)	5 (71,4)	6 (66,7)
		Haftada bir	3 (8,8)	2 (4,7)	0 (0)	1 (11,1)
		Haftada 2-5 defa	10 (29,4)	14 (32,6)	2 (28,6)	2 (22,2)
		Her gün yada hemen hemen her gün	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		Her gün birçok defa	9 (26,5)	7 (16,3)	0 (0)	0 (0)
	<i>Yaşam</i>	Haftada birden az	10 (28,6)	9 (20,0)	9 (69,2)	6 (46,2)
		Haftada bir	3 (8,6)	3 (6,7)	0 (0)	0 (0)
		Haftada 2-5 defa	11 (31,4)	19 (42,2)	4 (30,8)	7 (53,8)
		Her gün yada hemen hemen her gün	1 (2,9)	5 (11,1)	0 (0)	0 (0)
		Her gün birçok defa	10 (28,6)	9 (20,0)	0 (0)	0 (0)
<i>Süre</i>	<i>Güncel</i>	Çok az-birkaç saniye/dakika	12 (35,3)	26 (60,5)	6 (85,7)	9 (100)
		Bir saatten az/bazen	15 (44,1)	9 (20,9)	1 (14,3)	0 (0)
		1-4 saat /çoğu zaman	5 (14,7)	6 (14)	0 (0)	0 (0)
		4-8 saat/günün büyük kısmında	1 (2,9)	2 (4,7)	0 (0)	0 (0)
		8 saatten fazla/kalıcı bir şekilde veya sürekli	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	<i>Yaşam</i>	Çok az-birkaç saniye/dakika	12 (34,3)	15 (33,3)	11 (84,6)	13 (100)
		Bir saatten az/bazen	15 (42,9)	16 (35,6)	1 (7,7)	0 (0)
		1-4 saat /çoğu zaman	6 (17,1)	9 (20)	1 (7,7)	0 (0)
		4-8 saat/günün büyük kısmında	1 (2,9)	4 (8,9)	0 (0)	0 (0)
		8 saatten fazla/kalıcı bir şekilde veya sürekli	1 (2,9)	1 (2,2)	0 (0)	0 (0)
<i>Kontrol edilebilirlik</i>	<i>Güncel</i>	Kolayca kontrol	5 (16,1)	27 (64,3)	5 (71,4)	7 (77,8)
		Az zorlanarak	2 (6,5)	3 (7,1)	2 (28,6)	1 (11,1)
		Biraz zorlanarak	9 (29)	8 (19)	0 (0)	1 (11,1)
		Çok zorlanarak	12 (38,7)	3 (7,1)	0 (0)	0 (0)
		Kontrol edemez	3 (9,7)	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)
	<i>Yaşam</i>	Kolayca kontrol	5 (15,6)	17 (38,6)	10 (76,9)	9 (69,2)
		Az zorlanarak	2 (6,3)	8 (18,2)	3 (23,1)	2 (15,4)
		Biraz zorlanarak	10 (31,3)	11 (25)	0 (0)	2 (15,4)
		Çok zorlanarak	10 (31,3)	7 (15,9)	0 (0)	0 (0)
		Kontrol edemez	5 (15,6)	1 (2,3)	0 (0)	0 (0)
<i>Caydırıcılar</i>	<i>Güncel</i>	Kesinlikle engelledi	4 (12,9)	26 (63,4)	6 (85,7)	7 (77,8)
		Muhtemelen engelledi	10 (32,3)	9 (22)	1 (14,3)	1 (11,1)
		Engelleyip engellemediği belli değil	13 (41,9)	6 (14,6)	0 (0)	1 (11,1)
		Büyük olasılıkla engellemedi	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		Kesinlikle engellemedi	3 (9,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	<i>Yaşam</i>	Kesinlikle engelledi	4 (12,5)	24 (54,5)	11 (84,6)	10 (76,9)
		Muhtemelen engelledi	10 (31,3)	13 (29,5)	1 (7,7)	1 (7,7)
		Engelleyip engellemediği belli değil	14 (43,8)	7 (15,9)	1 (7,7)	2 (15,4)
		Büyük olasılıkla engellemedi	2 (6,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		Kesinlikle engellemedi	2 (6,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<i>Nedenler</i>	<i>Güncel</i>	Tamamen tepki/dikkat amaçlı	6 (18,8)	2 (6,5)	1 (33,3)	1 (25)
		Daha çok tepki/dikkat amaçlı	10 (31,3)	8 (25,8)	0 (0)	1 (25)
		Tepki/dikkat ve acıyı bitirmek eşit	9 (28,1)	4 (12,9)	0 (0)	0 (0)
		Daha çok acıyı bitirmek	2 (6,3)	13 (41,9)	2 (66,7)	2 (50)
		Tamamen acıyı bitirmek	5 (15,6)	4 (12,9)	0 (0)	0 (0)
	<i>Yaşam</i>	Tamamen tepki/dikkat amaçlı	7 (21,2)	3 (8,1)	3 (50,0)	1 (25)
		Daha çok tepki/dikkat amaçlı	10 (30,3)	8 (21,6)	0 (0)	1 (25)
		Tepki/dikkat ve acıyı bitirmek eşit	9 (27,3)	5 (13,5)	0 (0)	0 (0)
		Daha çok acıyı bitirmek	2 (6,1)	16 (43,2)	2 (33,3)	2 (50)
		Tamamen acıyı bitirmek	5 (15,2)	5 (13,5)	1 (16,7)	0 (0)

Gruplara göre olguların C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon grubundaki çocukların güncel düşüncelerin yoğunluğu puanları, klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$). Diğer gruplar arasında güncel düşüncelerin yoğunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

C-İŞDÖ yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu puanları intihar ve depresyon gruplarında klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Diğer gruplar arasında yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).



Grafik 4: Gruplara göre düşüncelerin yoğunluğu puanlarının dağılımı

b) C-İŞDÖ intihar davranışı bölümüne ilişkin veriler

C-İŞDÖ’de güncel ve yaşam boyu intihar davranışları sorgulanmaktadır. Güncel bölümü son 3 ay içinde meydana gelen intihar davranışları olarak tanımlanmaktadır. Bu bölümde intihar davranışı olarak gerçek girişim, durdurulan girişim, engellenen girişim ve intihara hazırlayıcı davranışlar sorgulanmaktadır.

C-İŞDÖ’ye göre olguların 55’inde (%25,8) güncel intihar davranışı mevcut olup, 65’inde (%30,5) yaşam boyunca intihar davranışı mevcuttu. Güncel intihar girişimlerinin

52'sinin (%94,5) ilaç içerek, 3'ünün (%5,5) ise diğer yöntemlerle (biri yüksekte atlama, iki bilek kesme) olduğu tespit edildi.

Gruplara göre olguların güncel ve yaşam boyu gerçek girişim oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon gruplarındaki gerçek girişim oranları klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$).

Gruplara göre olguların güncel ve yaşam boyu engellenen girişim oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon grubundaki olguların engellenen girişim oranları klinik ve kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$).

Gruplara göre olguların güncel ($p=0,013$) ve yaşam boyu ($p<0,01$) durdurulan girişim oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon gruplarındaki olguların durdurulan girişim oranları klinik ve kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$).

Gruplara göre olguların güncel ve yaşam boyu hazırlayıcı eylem oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,039$). İkili karşılaştırmalara göre; intihar görülen olguların hazırlayıcı eylemler oranları klinik ve kontrol grubu olgulardan anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,001$; $p=0,001$). Diğer grupların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. İntihar davranışı bölümüne ilişkin dağılımlar Tablo 8'de görülmektedir.

Tablo 8: Gruplara göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımlar

		İntihar	Depresyon	Klinik	Kontrol	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	^a p
Gerçek Girişim	<i>Güncel</i>	43 (100)	5 (10)	1 (2)	1 (1,4)	0,001**
	<i>Yaşam</i>	43 (100)	10 (20)	1 (2)	1 (1,4)	0,001**
Engellenen Girişim	<i>Güncel</i>	9 (20,9)	5 (10)	0 (0)	0 (0)	0,001**
	<i>Yaşam</i>	9 (20,9)	9 (18)	0 (0)	0 (0)	0,001**
Durdurulan Girişim	<i>Güncel</i>	4 (9,3)	4 (8)	0 (0)	0 (0)	0,013*
	<i>Yaşam</i>	4 (9,3)	7 (14)	0 (0)	0 (0)	0,001**
Hazırlayıcı Eylemler	<i>Güncel</i>	3 (7)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0,039*
	<i>Yaşam</i>	3 (7)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0,039*

^aPearson Ki-Kare Test

** $p<0,01$

Sadece gerçek girişimde bulunanlara uygulanan girişimin ölümcüllüğünü değerlendiren son bölümde gruplara göre dağılımlar Tablo 9’da görülmektedir.

Tablo 9: Gruplara göre gerçek girişimlere ilişkin değerlendirmeler

		İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	^a p
Gerçek ölümcüllük son girişim	Küçük Hasar	36 (83,7)	7 (14)	0 (0)	1 (1,4)	0,001**
	Orta Hasar	6 (14)	3 (6)	1 (2)	0 (0)	
	Şiddetli	1 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Gerçek Girişim Yok	0 (0)	40 (80)	49 (98)	69 (98,6)	
Gerçek ölümcüllük en ölümcül girişim	Küçük Hasar	36 (83,7)	7 (14)	0 (0)	1 (1,4)	0,001**
	Orta Hasar	6 (14)	2 (4)	1 (2,0)	0 (0)	
	Şiddetli	1 (2,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	Gerçek Girişim Yok	0 (0)	41 (82)	49 (98)	69 (98,6)	
Gerçek ölümcül girişim	Fiziksel Hasar Yok	2 (4,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,001**
	Küçük Hasar	36 (83,7)	8 (16)	1 (2)	1 (1,4)	
	Orta Hasar	5 (11,6)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	
	Gerçek Girişim Yok	0 (0)	41 (82)	49 (98)	69 (98,6)	
Potansiyel girişim	son Gerçek Girişim Yok	0 (0)	40 (80)	49 (98)	69 (98,6)	0,001**
	Tıbbi Hasar Var	43 (100)	9 (18)	1 (2)	1 (1,4)	
Potansiyel ölümcül girişim	En Gerçek Girişim Yok	0 (0)	41 (82)	49 (98)	69 (98,6)	0,001**
	Tıbbi Hasar Var	43 (100)	9 (18)	1 (2)	1 (1,4)	
Potansiyel girişim	ilk Yaralanma Riski Yok	2 (4,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,001**
	Gerçek Girişim Yok	0 (0)	41 (82)	49 (98)	69 (98,6)	
	Tıbbi Hasar Var	41 (95,3)	9 (18)	1 (2)	1 (1,4)	

^aPearson Ki-Kare Test

**p<0,01

c) C-İŞDÖ Risk Düzeyi Değerlendirilmesi

Tablo 1’de verilen risk değerlendirmesine göre bakıldığında C-İŞDÖ risk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). İntihar grubundaki olguların tamamının ($n=43$) C-İŞDÖ risk düzeyi çok yüksek riskli iken, depresyon grubunda yer alan olguların 6’sında (%12) çok düşük risk, 21’inde (%42) düşük risk, 9’unda (%18) orta risk, 10’unda (%20) yüksek risk, ve 4’ünde (%8) çok yüksek risk görülmektedir. Klinik grubunda yer alan olguların 39’sında (%78) çok düşük risk, 10’unda (%20) düşük risk görülmektedir. Kontrol grubunda yer alan olguların 58’inde (%82,9) çok düşük risk, 10’unda (%14,3) düşük risk görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10: Gruplara göre C-İŞDÖ risk düzeylerine ilişkin değerlendirmeler

		İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
C-İŞDÖ	Çok Düşük Risk	0 (0)	6 (12)	39 (78)	58 (82,9)	0,001**
Risk düzeyi	Düşük Risk	0 (0)	21 (42)	10 (20)	10 (14,3)	
	Orta Risk	0 (0)	9 (18)	1 (2)	2 (2,9)	
	Yüksek Risk	0 (0)	10 (20)	0 (0)	0 (0)	
	Çok Yüksek Risk	43 (100)	4 (8)	0 (0)	0 (0)	

Pearson Ki-Kare Test

** $p<0,01$

d) Kendini Değerlendirme Ölçeğine (KDÖ) İlişkin Değerlendirmeler

Gruplara göre çocukların KDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon görülen çocukların KDÖ toplam puanları, klinik ve kontrol grubunda ki çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$). İntihar ve depresyon görülen çocukların KDÖ toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,517$).

Gruplara göre KDÖ 9.madde incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Depresyon grubunda ‘intiharı düşünüyorum ama yapmam’ yanıtı verme oranı, intihar grubunda ise ‘kendimi öldürmeyi düşünüyorum’ yanıtını verme daha yüksek

bulundu. Gruplara göre çocukların KDÖ total ve 19 kesme puanına göre dağılımları tablo 11a ve tablo 11b’da görülmektedir.

Tablo 11a: KDÖ’ ye ilişkin dağılımlar

	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	<i>p</i>
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
KDÖ Total	21,79±13,16	23,80±5,87	10,46±4,91	10,63±5,38	^a 0,001**
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
KDÖ < 19	19 (44,2)	12 (24)	46 (92)	64 (91,4)	
KDÖ ≥ 19	24 (55,8)	38 (76)	4 (8)	6 (8,6)	
KDÖ 9.madde					
Kendimi öldürmeyi düşünmüyorum	13 (30,2)	12 (24)	46 (92)	63 (90)	^b 0,001**
Düşünüyorum ama yapmam	11 (25,6)	32 (64)	4 (8)	7 (10)	
Kendimi öldürmeyi düşünüyorum	19 (44,2)	6 (12)	0 (0)	0 (0)	

^aKruskal Wallis Test ^bPearson Ki-Kare Test ***p*<0,01

Tablo 11b: KDÖ toplam puanına ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

	Post Hoc Test; p					
	İntihar- Depresyon	İntihar- Klinik	İntihar- Kontrol	Depresyon- Klinik	Depresyon – Kontrol	Klinik- Kontrol
KDÖ Toplam puan	0,517	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,926

Mann Whitney U Test ***p*<0,01

e) Beck Umutsuzluk Ölçeğine (BUÖ) İlişkin Değerlendirmeler

Gruplara göre çocukların BUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon gruplarında BUÖ toplam puanları, klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$). Depresyon ve intihar görülen çocukların BUÖ toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,665$). Gruplara göre çocukların BUÖ kesme puanlarına göre umutsuzluk düzeyleri ve ikili karşılaştırmalar Tablo 12a ve Tablo 12b’de görülmektedir.

Tablo 12a: Gruplara göre BUÖ’ne ilişkin değerlendirmeler

	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	<i>p</i>
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Beck umutsuzluk	9,74±6,84	10,66±4,28	3,28±2,35	3,20±2,61	^a 0,001**
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Normal	13 (30,2)	3 (6)	29 (58)	47 (67,1)	^b 0,001**
Hafif	4 (9,3)	10 (20)	19 (38)	20 (28,6)	
Orta	14 (32,6)	24 (48)	2 (4)	3 (4,3)	
Ağır	12 (27,9)	13 (26)	0 (0)	0 (0)	

^aKruskal Wallis Test ^bPearson Ki-Kare Test ** $p<0,01$

Tablo 12b: BUÖ’ ne göre gruplar arası ikili değerlendirmeler

	Post Hoc Test; p					
	İntihar- Depresyon	İntihar- Klinik	İntihar- Kontrol	Depresyon- Klinik	Depresyon – Kontrol	Klinik- Kontrol
Beck umutsuzluk	0,665	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,548

Mann Whitney U Test ** $p<0,01$

f) İntihar Olasılığı Ölçeğine (İÖÖ) İlişkin Değerlendirmeler

Gruplara göre çocukların İÖÖ umutsuzluk, intihar düşüncesi, olumsuz kendilik, düşmanlık alt boyutları ve toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar ve depresyon gruplarında umutsuzluk, intihar düşüncesi, olumsuz kendilik, düşmanlık alt boyutları ve toplam puanları, klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$).

İntihar grubunda yer alan çocukların İÖÖ toplam puanlarının kesme puanı olan 110 ve üzerinde olma oranı anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$).

Tablo 13a: Gruplara göre İÖÖ'ne ilişkin değerlendirmeler

İÖÖ	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	^a p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Toplam	86,63±26,30	88,44±12,72	59,94±9,68	61,50±11,06	0,001**
Umutsuzluk	29,67±8,77	31,70±5,53	21,78±4,38	22,31±4,89	0,001**
İntihar düşüncesi	18,56±8,10	16,26±4,66	9,62±1,86	9,64±2,04	0,001**
Olumsuz kendilik	23,56±6,41	25,12±3,93	17,84±4,58	18,84±5,64	0,001**
Düşmanlık	14,84±5,47	15,60±3,41	10,66±3,00	10,67±2,69	0,001**
Toplam İÖÖ	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
< 110	31 (72,1)	47 (94,0)	50 (100)	70 (100)	^b 0,001**
≥ 110	12 (27,9)	3 (6,0)	0 (0)	0 (0)	

^aKruskal Wallis Test

^bPearson Ki-Kare Test

** $p<0,01$

Tablo 13b: İÖÖ'ne ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

İÖÖ	Post Hoc Test; p					
	İntihar- Depresyon	İntihar- Klinik	İntihar- Kontrol	Depresyon- Klinik	Depresyon - Kontrol	Klinik- Kontrol
Toplam	0,767	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,418
Umutsuzluk	0,210	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,564
İntihar düşüncesi	0,338	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,912
Olumsuz kendilik	0,342	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,471
Düşmanlık	0,235	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,805

Mann Whitney U Test

** $p<0,01$

g) Çocuk ve Ergenler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğine (ÇDDÖ) yönelik veriler

Gruplara göre çocukların ÇDDÖ toplam, içe yönelim, dışa yönelim ve tüm sorun davranış alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$).

İntihar, depresyon ve klinik gruplarında yer alan çocukların ÇDDÖ toplam puanları, kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$). İntihar ve depresyon gruplarında yer alan çocukların ÇDDÖ toplam puanları, klinik grubundaki çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$).

Gruplara göre çocukların ÇDDÖ içe yönelim puanları arasında farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar, depresyon ve klinik gruplarında içe yönelim puanları, kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,025$). İntihar ve depresyon görülen çocukların içe yönelim puanları da, klinik grubundaki çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,015$; $p=0,001$).

Gruplara göre çocukların ÇDDÖ dışı yönelim puanları arasında farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; intihar, depresyon ve klinik gruplarındaki çocukların dışı yönelim puanları, kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$). İntihar grubunda ki çocukların dışı yönelim puanları, klinik grubundaki çocuklardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,028$).

Diğer alt ölçek puanlarına yönelik değerlendirmeler tablo 14a ve tablo 14b'de görülmektedir.

Tablo 14a: Gruplara göre ÇDDÖ'ye ilişkin değerlendirmeler

ÇDDÖ	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Toplam	64,05±9,21	64,12±8,95	59,04±7,48	52,37±11,05	0,001**
İçe yönelim	63,98±12,67	67,02±9,54	58,84±8,37	54,54±11,52	0,001**
Dışa yönelim	59,33±11,22	56,32±11,05	54,50±9,98	48,61±10,82	0,001**
İçe dönüklük	63,79±12,09	66,48±9,99	57,34±8,24	56,19±8,57	0,001**
Suç davranışı	60,77±9,26	57,40±7,81	55,56±7,42	52,70±4,96	0,001**
Somatik	59,72±10,73	61,90±8,57	57,70±6,79	56,53±8,54	0,001**
Saldırganlık	60,51±9,68	58,18±9,08	56,58±7,43	54,29±6,75	0,001**
Ank/depresyon	65,14±11,38	66,12±9,84	59,48±7,36	56,94±8,16	0,001**
Sosyal	56,67±7,13	58,30±7,34	56,06±5,88	53,53±4,88	0,001**
Düşünce	64,16±8,77	64,14±9,37	60,10±7,21	56,81±6,33	0,001**
Dikkat	63,84±9,96	62,12±8,03	61,02±8,16	56,74±7,21	0,001**

Kruskal Wallis Test

** $p<0,01$

Tablo 14b: ÇDDÖ'ye ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

ÇDDÖ	Post Hoc Test; p					
	İntihar- Depresyon	İntihar- Klinik	İntihar- Kontrol	Depresyon- Klinik	Depresyon – Kontrol	Klinik- Kontrol
Toplam	0,963	0,007**	0,001**	0,004**	0,001**	0,001**
İçe yönelim	0,244	0,015*	0,001**	0,001**	0,001**	0,025*
Dışa yönelim	0,200	0,028*	0,001**	0,388	0,001**	0,003**
İçe Dönüklük	0,123	0,007**	0,001**	0,001**	0,001**	0,082
Suç Davranışları	0,093	0,003**	0,001**	0,167	0,001**	0,027*
Somatik	0,084	0,735	0,048*	0,010*	0,001**	0,086
Saldırganlık	0,232	0,080	0,001**	0,599	0,006*	0,015*
Ank/depresyon	0,512	0,012*	0,001**	0,001**	0,001**	0,026*
Sosyal	0,261	0,965	0,018*	0,149	0,001**	0,008**
Düşünce	0,988	0,052	0,001**	0,024*	0,001**	0,012*
Dikkat	0,402	0,173	0,001**	0,494	0,001**	0,002**
<i>Mann Whitney U Test</i>		** <i>p</i> <0,01		* <i>p</i> <0,05		

ÇDDÖ'de intihar davranışını direkt olarak soran iki madde mevcuttur (madde 18-bile bile kendine zarar verir intihar girişimde bulunur, madde 91- kendini öldürmekten bahseder). Bu maddelere verilen yanıtların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,01$). İntihar ve depresyon gruplarında bu maddelere 'bazen' ve 'sıklıkla' yanıtını verme oranları daha yüksektir.

Tablo 15:ÇDDÖ 18.madde ve 91.madde değerlendirmeleri

		İntihar	Depresyon	Klinik	Kontrol	<i>p</i>
		(n=43)	(n=50)	(n=50)	(n=70)	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
ÇDDÖ 18.madde	Doğru değil	18 (41,9)	34 (68)	45 (90)	67 (95,7)	0,001**
	Bazen	12 (27,9)	10 (20)	5 (10)	3 (4,3)	
	Sıklıkla	13 (30,2)	6 (12)	0 (0)	0 (0)	
ÇDDÖ 91.madde	Doğru değil	19 (44,2)	26 (52)	48 (96)	66 (94,3)	0,001**
	Bazen	8 (18,6)	18 (36)	2 (4)	3 (4,3)	
	Sıklıkla	16 (37,2)	6 (12)	0 (0)	1 (1,4)	
<i>Pearson Ki-Kare Test</i>		** <i>p</i> <0,01				

h) MINI ölçeğinin verilerinin değerlendirilmesi

Gruplara göre çocukların MINI intihar skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). İntihar ve depresyon gruplarında MINI intihar skorları, klinik ve kontrol gruplarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,01$). Diğer grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Veriler tablo 16a ve 16b’de görülmektedir.

Tablo 16a: Gruplara göre MINI intihar ölçeğine ilişkin değerlendirmeler

	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	<i>p</i>
MINI intihar skor	27,16±9,39 (26)	9,36±8,11 (8)	1,14±2,36 (0)	1,04±3,73 (0)	^a 0,001**
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tarama Negatif	0 (0)	5 (10)	36 (72)	56 (80)	^b 0,001**
Düşük	0 (0)	16 (32)	10 (20)	10 (14,3)	
Orta	0 (0)	8 (16)	4 (8)	2 (2,9)	
Yüksek	43 (100)	21 (42)	0 (0)	2 (2,9)	

^aKruskal Wallis Test ^bPearson Ki-Kare Test ** $p<0,01$

Tablo 16b: MINI intihar skoruna ilişkin gruplar arası ikili değerlendirmeler

	Post Hoc Test; p					
	İntihar- Depresyon	İntihar- Klinik	İntihar- Kontrol	Depresyon- Klinik	Depresyon- Kontrol	Klinik- Kontrol
Mini intihar skor	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,275

Mann Whitney U Test ** $p<0,01$

4) C-İŞDÖ ve diğer ölçek puanları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

a) C-İŞDÖ en şiddetli intihar düşüncesi düzeyine ilişkin değerlendirmeler;

Tüm gruplarda C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyi ile toplam KDÖ, KDÖ 9. Madde, İÖÖ total skoru, İÖÖ intihar düşüncesi alt ölçek skoru ve MİNİ intihar skoru arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.042). Ayrıca;

İntihar grubunda; C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyi ile BUÖ, ÇDDÖ total, ÇDDÖ içe yönelim, ÇDDÖ 18 ve 91. madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.048).

Depresyon grubunda; C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyi ile BUÖ, ÇDDÖ dışa yönelim, ÇDDÖ 18 ve 91. madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.037).

Klinik grupta; C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyi ile BUÖ puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (sırasıyla $p=0.015$, $p=0.005$).

Kontrol grubunda; C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyi ile ÇDDÖ total, ÇDDÖ içe yönelim, ÇDDÖ dışa yönelim, ÇDDÖ 18. ve 91. madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.028).

b) C-İŞDÖ düşüncelerin yoğunluğu bölümüne ilişkin değerlendirmeler;

Tüm gruplarda C-İŞDÖ düşüncelerin yoğunluğu puanı ile toplam KDÖ, KDÖ 9. Madde, İÖÖ total skoru, İÖÖ intihar düşüncesi alt ölçek skoru ve MİNİ intihar skoru arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.032). Ayrıca;

İntihar grubunda; C-İŞDÖ güncel düşüncelerin yoğunluğu puanı ile BUÖ, ÇDDÖ 18 ve 91. madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.012). C-İŞDÖ güncel düşüncelerin yoğunluğu puanı ile ÇDDÖ toplam ($p=0,051$) ve ÇDDÖ içe yönelim ($p=0,050$) puanları arasında da pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlılığa yakın ilişki görüldü.

C-İŞDÖ yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu puanı BUÖ, ÇDDÖ toplam, ÇDDÖ içe yönelim, ÇDDÖ 18 ve 91.madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.033).

Depresyon grubunda; C-İŞDÖ güncel düşüncelerin yoğunluğu puanı ile toplam BUÖ, ÇDDÖ dışa yönelim, ÇDDÖ 18 ve 91.madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.014).

C-İŞDÖ yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu puanı ile toplam ÇDDÖ 18 ve 91.madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (her ikisi için de $p=0.001$). C-İŞDÖ yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu puanı ile BUÖ ($p=0,052$) ve ÇDDÖ dışa yönelim ($p=0,053$) puanları arasında da pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlılığa yakın ilişki görüldü.

Klinik grupta; C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu puanı ile BUÖ skoru arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü(sırasıyla $p=0.015$ ve $p=0.011$).

Kontrol grubunda; C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu puanı ile ÇDDÖ toplam, ÇDDÖ içe yönelim, ÇDDÖ dışa yönelim, ÇDDÖ 18. ve 91.madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü (p değeri en az 0.027). C-İŞDÖ yaşam boyu düşüncelerin yoğunluğu ayrıca BUÖ ile pozitif korelasyon göstermektedir ($p=0.033$).

Tablo 17: C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu puanları ile diğer ölçek puanlarının ilişkisi

		C-İŞDÖ İntihar Düşüncesi Puanı				C-İŞDÖ Düşüncelerin Yoğunluğu Puanı			
		İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)
KDÖ Total									
Güncel	r	0,823	0,374	0,340	0,454	0,801	0,446	0,350	0,457
	p	0,001**	0,007**	0,016*	0,001**	0,001**	0,001**	0,013*	0,001**
Yaşam	r	0,829	0,289	0,363	0,363	0,811	0,158	0,353	0,404
	p	0,001**	0,042*	0,010*	0,002**	0,001**	0,272	0,012*	0,001**
KDÖ 9.madde^x									
Güncel	r	0,802	0,748	0,733	0,878	0,776	0,631	0,767	0,886
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Yaşam	r	0,800	0,565	0,558	0,758	0,789	0,443	0,551	0,739
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
İntihar Olasılığı Ölçeği									
Güncel	r	0,822	0,443	0,390	0,529	0,810	0,557	0,379	0,533
	p	0,001**	0,001**	0,005**	0,001**	0,001**	0,001**	0,007**	0,001**
Yaşam	r	0,825	0,444	0,351	0,513	0,829	0,403	0,316	0,530
	p	0,001**	0,001**	0,013*	0,001**	0,001**	0,004**	0,025*	0,001**
İÖÖ İntihar Düşüncesi									
Güncel	r	0,803	0,647	0,491	0,590	0,790	0,717	0,493	0,591
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Yaşam	r	0,811	0,676	0,336	0,661	0,807	0,597	0,304	0,661
	p	0,001**	0,001**	0,017*	0,001**	0,001**	0,001**	0,032*	0,001**
MINI intihar Skor									
Güncel	r	0,844	0,857	0,576	0,831	0,850	0,709	0,573	0,831
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Yaşam	r	0,840	0,895	0,773	0,965	0,825	0,694	0,765	0,998
	p	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**	0,001**
Beck umutsuzluk									
Güncel	r	0,791	0,447	0,344	0,195	0,756	0,555	0,342	0,203
	p	0,001**	0,001**	0,015*	0,106	0,001**	0,001**	0,015*	0,092
Yaşam	r	0,794	0,379	0,390	0,217	0,744	0,276	0,358	0,256
	p	0,001**	0,007**	0,005**	0,071	0,001**	0,052	0,011*	0,033*

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

**p*<0,05

***p*<0,01

KDÖ: Kendini Değerlendirme Ölçeği; İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

*KDÖ 9.madde: Kendini öldürmeyi düşünüp düşünmediği

Tablo 18: C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu puanları ile diğer ölçek puanlarının ilişkisi

		C-İŞDÖ İntihar Düşüncesi Puanı				C-İŞDÖ Düşüncelerin Yoğunluğu Puanı			
		İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)	İntihar (n=43)	Depresyon (n=50)	Klinik (n=50)	Kontrol (n=70)
ÇDDÖ Total									
Güncel	r	0,355	0,135	0,094	0,458	0,299	0,220	0,093	0,458
	p	0,020*	0,348	0,514	0,001**	0,051	0,125	0,521	0,001**
Yaşam	r	0,355	0,118	0,185	0,460	0,326	0,036	0,192	0,479
	p	0,020*	0,413	0,199	0,001**	0,033*	0,802	0,181	0,001**
ÇDDÖ içe yönelim									
Güncel	r	0,305	0,058	0,157	0,375	0,300	0,119	0,169	0,376
	p	0,047*	0,688	0,275	0,001**	0,050	0,410	0,240	0,001**
Yaşam	r	0,304	-0,037	0,194	0,381	0,334	-0,147	0,196	0,400
	p	0,048*	0,800	0,177	0,001**	0,028*	0,308	0,173	0,001**
ÇDDÖ dışı yönelim									
Güncel	r	0,276	0,296	-0,034	0,411	0,193	0,345	-0,059	0,408
	p	0,073	0,037*	0,816	0,001**	0,241	0,014*	0,684	0,001**
Yaşam	r	0,279	0,321	0,147	0,416	0,177	0,275	0,143	0,449
	p	0,070	0,023*	0,310	0,001**	0,256	0,053	0,320	0,001**
ÇDDÖ 18.madde^x									
Güncel	r	0,318	0,468	0,265	0,535	0,380	0,404	0,226	0,552
	p	0,038*	0,001**	0,063	0,001**	0,012*	0,004**	0,114	0,001**
Yaşam	r	0,328	0,578	0,264	0,487	0,428	0,467	0,231	0,468
	p	0,032*	0,001**	0,064	0,001**	0,004**	0,001**	0,106	0,001**
ÇDDÖ 91.madde^x									
Güncel	r	0,350	0,412	-0,082	0,262	0,465	0,360	-0,082	0,265
	p	0,021*	0,003**	0,571	0,028*	0,002**	0,010*	0,571	0,027*
Yaşam	r	0,357	0,527	0,078	0,512	0,459	0,465	0,119	0,481
	p	0,019*	0,001**	0,590	0,001**	0,002**	0,001**	0,409	0,001**

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

ÇDDÖ: Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği

^xÇDDÖ 18.madde: Bile bile kendine zarar verir, intihar girişiminde bulunur ^xÇDDÖ 91.madde:Kendini öldürmekten söz eder

TARTIŞMA

Çalışmamızda Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği Yaşam boyu-Güncel versiyonu Türkçeye uyarlanmış; ölçeğin psikometrik özellikleri son bir ay içinde intihar girişimi olan 43 ergen, DSM-IV-TR tanı ölçütlerini göre majör depresyon tanısı almış 50 ergen, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre majör depresyon dışı tanıları olan (otizm, mental retardasyon ve aktif psikotik belirtileri olan olgular hariç) 50 ergen ve aile hekimliği sistemine psikiyatri dışı yakınmalarla başvuran ve psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan 70 ergene ait bulgularla değerlendirilmiştir. C-İŞDÖ Türkçe versiyonunun özellikleri incelenirken ölçeğin; (a) uygulayıcılar arası uyumluluk ve iç tutarlılığına (b) ölçeğin uygulandığı çalışma gruplarında C-İŞDÖ verilerinin grupları birbirinden ayırma özelliğine (c) C-İŞDÖ ile elde edilen skorların diğer ölçek skorlarıyla korelasyonuna bakılmıştır.

Çalışmanın verileri grupların tanımlayıcı özellikleri, gruplara göre elde edilen C-İŞDÖ verileri, C-İŞDÖ skorlarının diğer ölçek skorlarıyla korelasyonunu olarak üç başlık halinde tartışılacaktır.

1) Tanımlayıcı özelliklerin tartışılması

Çalışmamızda yer alan sosyodemografik değişkenlerden (yaş, cinsiyet, olguların eğitim süresi, ana-baba çalışma durumu) sadece yaş ve cinsiyetin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık oluşturduğu görülmüştür. İntihar ve depresyon gruplarında kızların baskın olduğu, yaş dağılımları olarak grupların yakın olduğu ancak intihar grubunun bir miktar büyük yaş grubundan olduğu belirlendi.

Ergenlik öncesinde daha az görülen intihar düşüncesi ve davranışı ergenlik sürecinde artmakta ve 16-18 yaş arasında tepe noktasına ulaşmaktadır. İntihar düşüncesi, planı ve girişimi sıklığı 10 yaş altında çok nadir olup orta ve geç ergenlik döneminde sıklıklar artmaktadır. Yapılan çalışmalar özellikle 15-24 yaş arası grupta intihar davranışının arttığına işaret etmektedir (Lewinsohn ve ark., 1996; Nock ve ark., 2013). Bu dönemde artan psikopatoloji sıklığı, intihar düşüncesi ve planı için belirli bir bilişsel yeterlilik gerekmesi, emosyonel regülasyon ve problem çözme becerilerinde kısıtlılıkların ergenlikte daha belirgin olarak gözlenmesi bu durumu açıklayan sebepler olarak sayılabilir. (Bridge ve ark., 2006). Çalışmamızda diğer grupların yaş açısından birbiriyle karşılaştırılabilir düzeyde olduğu intihar girişimi bulunan grubun yaş açısından (medyan değeri 16) diğer gruplardan bir miktar büyük olduğu bulundu.

Çalışmalarda intihar düşüncesi ve intihar girişimi sıklığının kızlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu, girişim sıklığının erkek/kız oranlarının 3/7-1/9 arasında değiştiği bildirilmektedir (Jay ve ark., 1989; Le Heuzey ve ark., 1995). Ayrıca ergenler arasında en sık kullanılan intihar girişimi yönteminin ilaç alımı olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar cinsiyetin ve yöntemin ulaşılabilir olmasının intihar girişimlerinde seçilen yöntemi belirlediği bildirilmektedir. Çalışmalar kızların erkeklere göre öldürücülüğü daha düşük girişimler yaptıkları ve yöntem olarak ilaç içme yöntemini daha sık kullandıkları bildirmektedir (Hepp ve ark. 2012; Varnik ve ark. 2009; Wu ve ark., 2009; Dilli ve ark., 2010). Çalışmamızda intihar grubunda yer alan olguların kız oranı %90,3 olarak bulundu. Diğer gruplara göre kıyaslandığında intihar grubunda ki olguların kız olma oranı diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ayrıca son üç ay içinde intihar girişimi bulunan olguların 3'ü dışında (2'si bilek kesme, biri yüksekten atlama) hepsinin ilaç içerek girişimde bulunduğu belirlendi. Bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Anne-baba çalışma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel bir anlamlılık mevcut değildi. Gerek klinik gerek toplum örneklemelerinde yapılan çalışmalar düşük sosyoekonomik düzeyin ergenlerde artmış intihar riski ile ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir (Burrows ve Laflamme 2009; Beautrais ve ark., 2000; Christiansen ve ark., 2011; Toprak ve ark., 2011). Çalışmamızda sadece ebeveyn çalışma durumlarının alınmış olması, sosyoekonomik verilere yönelik daha ayrıntılı bilginin alınmaması çalışmanın önemli bir kısıtlılığı olarak görülmektedir.

2) C-İŞDÖ'ye İlişkin Güvenilirlik Değerlendirmelerinin tartışılması

a) Uygulayıcılar arası uyumluluk

Test-tekrar test için belirlenen sürede intihar düşüncelerinin değişebilme durumu gözönüne alınarak sadece uygulayıcılar arası uyumluluk analizi yapıldı. Bu yöntem ölçeği puanlayan kişilerin verdiği yanıtların karşılaştırılmasıyla yapılmaktadır. Psikiyatrik yapının yineleyen biçimde değerlendirilmesinin uygun olmadığı durumlarda kullanılmaktadır (Karasar, 1995).

C-İŞDÖ intihar düşüncesi bölümü ölçeğin kilit noktası olup; bu bölümünde yer alan ilk iki soru tarama sorusu olarak yer almakta ve ölçeğin düşünce ve düşüncesinin yoğunluğu bölümlerinin uygulanıp uygulanmayacağı kararına varılan bir bölümdür. Bu açıdan bu

bölümde farklı uygulayıcılar arasında uyum olduğunun gösterilmesi ölçek güvenilirliğinin olduğuna dair önemli bir bulgudur.

Antidepresanlara yanıt vermeyen depresyon tanılı ergenlerle yapılan bir çalışmada C-İŞDÖ'nün kısa formu ile güncel intihar düşünceleri değerlendirilmiş ve gruplar arası korelasyon katsayısı (Intra-Class Coefficient-ICC) bakılmıştır. Bu çalışmada C-İŞDÖ kısa formunun uygulayıcılar arasında mükemmel uyumluluk olduğu gösterilmiştir (ICC=0,9, $p<0,001$) (Brent ve ark., 2009). Aynı şekilde bizim çalışmamızda da güncel intihar düşüncesi açısından değerlendirildiğinde en şiddetli intihar düşüncesi düzeyi açısından iki farklı uygulayıcı arasında mükemmel düzeyde uyum bulundu (kappa 0,91).

Psikiyatri kliniğinde yatan olgular ve gönüllülerden oluşan bir grupta yapılan değerlendirmede ilk iki tarama sorusu açısından mükemmel düzeyde uyum olduğu bulunmuştur (her iki parametere için de kappa 0,94) (Mundt ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda da ilk iki tarama sorusunda güncel bölümünde her iki soru için de mükemmel uyum bulunurken (sırasıyla kappa 1,00 ve kappa 0,91) yaşam boyu bölümünde pasif intihar düşüncesi için mükemmel uyum, aktif intihar düşünceleri için önemli derecede uyum (sırasıyla kappa 1,00 ve kappa 0,75) saptandı.

Erişkinlerle yapılan bir çalışmada kappa düzeyi 95 persantil üstü olarak belirtilmiştir (Sheehan, 2014).

Kappa değerleri <0 ; hiç uyuşma olmaması, 0,0-0,20; önemsiz uyuşma olması, 0,21-0,40; orta derecede uyuşma olması, 0,41-0,60; çoğunlukla uyuşma olması, 0,61-0,80; önemli derecede uyuşma olması ve 0,81-1,00 mükemmel uyuşma olmasını yansıtmaktadır (Landis, 1977). Bizim çalışmamızda güncel ve yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyi kappa değerleri sırasıyla 0,91 ve 0,76 olarak bulundu. Buna göre elde edilen bulgular C-İŞDÖ Türkçe uyarlamasının intihar düşüncesi bölümünün uygulayıcılar arasında önemli derecede ve mükemmel düzeylerde uyumluluk gösterdiğini ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

b) İç tutarlılık

Ölçeğin iç tutarlılığının değerlendirilmesi ile ölçülmek istenilen özelliğin ölçülüp ölçülemediğinin belirlenmesi amaçlanır. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısının yüksek

bulunması, ölçüm için kullanılan maddelerin homojen bir yapıyı ölçtüğünün gösterilmesi açısından önem taşımaktadır (Baydur ve Eser, 2006).

Çalışmamızda iç tutarlılık değerlendirmesinde intihar düşüncesinin yoğunluğu temel alınmıştır. Orijinal ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında intihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılan değerlendirmelerde Cronbach α değeri 0,94 ve 0,95, depresyon tanılı ergenlerde tedavi etkinliği ile ilgili çalışmada ise Cronbach α 0,73 olarak bulunmuştur (Posner, 2011).

Çalışmamızda C-İŞDÖ Türkçe formunun intihar düşüncesinin yoğunluğu bölümü iç tutarlılığı Cronbach α değeri hesaplanarak belirlendi. Çalışmada değerlendirilen 243 olguya ait veriler değerlendirildiğinde intihar düşüncesinin yoğunluğu güncel ve yaşam boyu bölümü Cronbach α değerleri her ikisi için de 0,93 olarak bulundu.

Gruplara göre bakıldığında ise intihar grubunda güncel ve yaşam boyu Cronbach α değerleri sırasıyla 0,88 ve 0,87, depresyon grubunda sırasıyla 0,83 ve 0,81, klinik grupta sırasıyla 0,93 ve 0,92, son olarak kontrol grubunda ise 0,93 ve 0,91 olarak bulundu.

Alfa katsayısının değerlendirilmesi $\alpha < 0,40$ ölçek güvenilir değil, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ölçek düşük güvenilirlikte, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ölçek oldukça güvenilirlikte ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ölçek yüksek derecede güvenilirdir şeklinde yapılır. Bu bulgular ölçeğin iç tutarlılığının istatistiksel olarak yüksek olduğunu göstermektedir.

3) C-İŞDÖ verilerinin tartışılması

İntihar riski değerlendirilmesi yapılırken intihar düşüncelerinin ayrıntılı değerlendirilmesi klinik açıdan önem taşımaktadır İntihar düşüncelerinin şiddeti pasif ölüm düşüncelerinden niyet ve planın eşlik ettiği intihar düşüncelerine doğru artan bir seyir izlemektedir. İntihar düşüncesinin yoğunluğu ise sıklık, süre, kontrol edilebilirliğine göre farklılık göstermektedir. (Posner ve ark., 2011; Bryan ve Rudd 2006).

Çalışma gruplarına bakıldığında güncel ve yaşam boyu tüm intihar düşüncesi parametrelerinde gruplar arasında farklılıklar mevcuttu. İntihar ve depresyon grubunun ölçek skorları açısından genel olarak uyduğu, klinik ve kontrol gruplarından net bir şekilde ayrıldığı görüldü. Ancak güncel intihar düşüncelerinde 3.(aktif intihar düşünceleri; yöntem var, plan ve niyet yok) ve 4. düzeyde (aktif intihar düşünceleri; yöntem ve niyet var, plan yok); yaşam boyu bölümünde ise 4.düzye intihar grubunun depresyon grubundan ayrıldığı

görüldü. Bu bulgulara göre özellikle ayrıntılı plan olmasa da yöntem düşünmenin ve ölme niyetinin intihar grubunda depresyon grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ölme niyetinin varlığı intihar davranışlarının ortaya çıkmasında en önemli özellik olup, bunun değerlendirilmesi olguların değerlendirilmesi ve müdahalesinde kilit noktadır (Posner, 2007). Bu açıdan bakıldığında intihar grubunun ölme niyeti içeren düşünce açısından diğer gruplardan ayrılması değerli bir bulgudur. Ayrıca güncel ve yaşam boyu en şiddetli intihar düşüncesi düzeyinin en yüksek saptandığı grup intihar grubuydu, ayrıca güncel intihar düşüncesinin yoğunluğuna bakıldığında intihar grubunun diğer çalışma gruplarından ayırt edildiği saptandı.

Gruplara göre olguların C-İŞDÖ güncel ve yaşam boyu intihar düşüncesinin yoğunluğu en yüksek intihar grubunda bulundu. İntihar ve depresyon gruplarının klinik ve kontrol gruplarından net olarak ayrıldığı görüldü. Yapılan çalışmalar ergenlerde intihar düşüncelerinin ılımlı ya da orta şiddete, kısa süren (1 saatten az) ve aralıklarla gelen (haftada ortalama 1 kez) düşünceler olduğunu bildirmişlerdir (Nock ve ark., 2009). Ayrıca ergen intihar girişimleri, erişkinlere göre sıklıkla dürtüsel olup bir olaya tepki ile oluşmakta ve daha az planlı olmaktadır (Gunnell ve ark., 2000). Çalışmamızda C-İŞDÖ intihar düşüncesinin yoğunluğu kapsamında sorulan sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcı faktörlerin etkisi ve nedenleri değerlendirildi. İntihar grubunda yer alan olguların intihar düşüncelerinde en çok verdikleri yanıtlara göre; güncel intihar düşüncelerinin haftada birden az ya da haftada 2-5 kez olan, bir saatten kısa süren, çok zorlanarak ya da biraz zorlanarak kontrol edilebilen, caydırıcı faktörlerin etkisinden emin olunamayan, daha çok tepki ya da dikkat çekmek amaçlı ya da tepki/dikkat çekme amacıyla acıyı bitirme isteğinin eşit düzeyde etkili olduğu şeklinde bulundu. Yaşam boyu intihar düşüncelerinin ise haftada 2-5 kez ya da haftada birden az olan, çoğunlukla bir saatten kısa süren, biraz zorlanarak ya da çok zorlanarak kontrol edilebilen, caydırıcıların etkisinden emin olunamayan, daha çok tepki ya da dikkat çekmek amaçlı ya da tepki/dikkat çekme amacıyla acıyı bitirme isteğinin eşit düzeyde etkisi olduğu şeklinde belirlendi.

Depresyon grubunda ise intihar düşüncelerinin kısa süreli, haftada birden az, kolay ya da biraz zorlanarak kontrol edilebilen, caydırıcı faktörlerin sıklıkla engellediği ve daha çok acıyı bitirmek amacıyla olduğu bulunmuştur.

4) Diğer ölçek verilerinin tartışılması

Yapılan çalışmalar agresyon, dürtüsellik, umutsuzluk gibi özelliklerin varlığının intihar girişimi riskini arttırdığını göstermektedir. (Brent ve ark., 1994a; Apter ve ark., 1988; Annette ve ark., 1999; Kashden ve ark., 1993; Goldston ve ark., 2001; Lewinsohn ve ark., 1994; Shaffer ve ark., 1996a). Ayrıca depresyonun intihar riskini arttıran en önemli psikopatolojilerden biri olduğu bilinmektedir (Shaffer ve ark., 1996a; McGirr ve ark., 2008). Çalışmamızda bu parametreleri göz önünde bulundurarak depresyonu değerlendirmek amacıyla KDÖ, umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla BUÖ, agresyon, dürtüsellik ve psikopatolojiyle ilişkili parametreleri değerlendirmek amacıyla ÇDDÖ, ayrıca umutsuzluk, intihar düşüncesi, olumsuz kendilik, düşmanlık alt parametreleri bulunan İOÖ kullanılmıştır.

İntihar ve depresyon gruplarında elde edilen tüm ölçek skor ortalamalarının klinik ve kontrol gruplarından net bir şekilde ayrıldığı ve yüksek olduğu bulundu. Ayrıca genel psikopatoloji sorgulamak amacıyla uygulanan ÇDDÖ total, dışa yönelim, saldırganlık puan ortalamaları klinik grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.

Direkt olarak intiharı sorgulayan maddelere bakıldığında ise intihar ve depresyon gruplarının diğer gruplardan net bir şekilde ayrıldığı görüldü.

5) Korelasyonların tartışılması

Ölçüt geçerliliği bir ölçeğin geçerliliğini değerlendirmede kullanılan yöntemlerden biridir. Ölçüt geçerliliğinde değerlendirilen ölçme aracı sonucu ile daha önceden geliştirilmiş, geçerliliği olan ve aynı özelliği ölçen başka bir ölçme aracı ile arasındaki korelasyon katsayısı karşılaştırılır (Baydur ve Eser, 2006). Korelasyon katsayısı (r değeri) 0-0,20 çok zayıf ilişki, 0,20-0,40 zayıf, düşük ilişki, 0,40-0,70 orta düzeyde ilişki, 0,70-0,90 güçlü, yüksek düzeyde ilişki, 0,90-1,00 çok yüksek düzeyde ilişki olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda ölçüt geçerliliğini değerlendirmek amacıyla, aynı görüşmede klinisyen tarafından değerlendirilen MINI- intihar değerlendirmesi çocuk versiyonu, öz bildirim formları olarak İOÖ, KDÖ, BUÖ, ÇDDÖ puan ortalamaları ile C-İŞDÖ intihar düşüncesi ve intihar düşüncesinin yoğunluğu skorları karşılaştırılmıştır.

Literatüre bakıldığında C-İŞDÖ ile yapılan çalışmaların sıklıkla ilaç ve takip çalışmaları olduğu görülmektedir. Ölçeğin psikometrik özelliklerini veren araştırmalara baktığımızda intihar girişiminde bulunan ergenlerde C-İŞDÖ intihar düşüncesi düzeyi Scale

for Suicide Ideation ölçeği (intihar dűşüncesini ölçeği, SSI) en kötü nokta skoru ile orta düzeyde korele bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada Beck Depresyon Ölçeđi intihar ile ilişkili maddesi ve MADRS ölçeğinde yer alan intihar dűşüncesini maddesiyle güçlü korelasyon bulunmuştur. Aynı çalışmada sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, kesinlik ve engelleyicileri içeren C-İŞDÖ intihar dűşüncesini yoğunluğu alt ölçeği puanı, intihar dűşüncesini ölçeğindeki (SSI) en kötü noktada skoruyla orta düzeyde korele bulunmuştur (Posner, 2011). Bizim çalışmamızda da intihar grubunda C-İŞDÖ güncel intihar dűşüncesini puanı ile çocuk ve ergenin kendi bildirimine dayanan KDÖ total, KDÖ 9.madde, BUÖ, İÖÖ total, İÖÖ intihar dűşüncesini alt ölçek ve klinisyen tarafından uygulanan MİNİ intihar skorları arasında güçlü ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde intihar dűşüncesinin yoğunluğu puanı KDÖ total, KDÖ 9.madde, BUÖ, İÖÖ, İÖÖ intihar dűşüncesini alt ölçeği, MİNİ intihar puanları arasında yüksek düzeyde ilişki saptandı. Yaşam boyu kısımlarında da benzer sonuçlar elde edildi.

Orijinal ölçeğin depresyon tanısı bulunan ergenlerle yapılan çalışmasında intihar dűşüncesini bölümünde elde edilen en şiddetli intihar dűşüncesini düzeyi ve intihar dűşüncesinin yoğunluğu skorları ile İntihar Dűşüncesini Anketi- Gençler versiyonu (Suicidal Ideation Questionnaire–Junior) arasında sırasıyla orta ve düşük düzeyde korelasyon saptanmıştır (Posner, 2011). Bizim çalışmamızda da depresyon grubunda güncel intihar dűşüncesini açısından KDÖ 9.madde, MİNİ intihar skoru arasında güçlü, İÖÖ total, İÖÖ intihar dűşüncesini alt ölçek puanı, BUÖ puanları ile orta ve KDÖ total puanı ile düşük korelasyon saptandı. Yaşam boyu intihar dűşüncesinde de benzer bulgular elde edildi. C-İŞDÖ güncel dűşüncelerin yoğunluğu bölümüyle İÖÖ total ve MİNİ intihar skoru ile güçlü, KDÖ total, KDÖ 9.madde, İÖÖ total ve BUÖ ile orta düzeyde korelasyon saptandı.

Erişkin yataklı psikiyatri servisinde yapılan çalışmada ise C-İŞDÖ intihar dűşüncesini ile İntihar Dűşüncesini Ölçeđi (SSI) total skoru arasındaki korelasyon orta düzeyde bulunmuştur (Posner, 2011). C-İŞDÖ intihar dűşüncesinin yoğunluğu alt ölçeği total skoru İntihar Dűşüncesini total skoruyla düşük düzeyde ilişki bulunmuştur. Erişkinlerle yapılan başka bir çalışmada kullanılan Sheehan Suicidalite Tracking Scale (Sheehan Suisidalite Takibi Ölçeđi) ve InterSePT İntihar Dűşüncesini Ölçeđi (InterSePT Scale for Suicidal Thinking) ile kabul edilebilir düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir.

Ebeveyn ve çocuk bildirimleri arasında uyumsuzluklar oldukça sıktır. Çalışmalar ebeveyninden alınan bilgi ve çocuktan alınan bilgini düşük- orta düzeylerde ilişkili olduğunu göstermektedir (Achenbach ve ark., 1987; Salbach-Andrae ve ark., 2009). Çocuk veya ergen

depresif belirtileri, anksiyete belirtilerini, intihar düşüncesi ve davranışları konusunda ebeveyn den daha iyi bilgi kaynağı olabilmektedir. Bunun aksine hiperaktivite, dikkat eksikliği, impulsivite, agresyon gibi durumlarda ebeveyn daha iyi bilgi kaynağı olabilmektedir. Çalışmamızda ebeveyn bildirimlerini almak amacıyla ÇDDÖ kullanıldı. C-İŞDÖ güncel intihar düşüncesi ile ÇDDÖ, total, içe yönelim, intihar maddeleri olan 18. ve 91.madde puanları ile zayıf ilişki olduğu görüldü. Yaşam boyu intihar düşüncesi bölümünde de benzer bulgular elde edildi. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak ebeveyn bildirimine dayanan ÇDDÖ skorlarının C-İŞDÖ skorları ile ilişkisinin çocuğun kendini değerlendirdiği ölçeklere göre daha zayıf olduğu görülmektedir.

SONUÇLAR

Bu çalışmada, Kelly Posner tarafından geliştirilen “Columbia- Suicide Severity Rating Scale” özgün isimli ölçeğin yaşam boyu/güncel formunun, “Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği” adıyla Türkçe’ye uyarlanma, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda son bir ay içinde intihar girişimi bulunan ergenler, klinik popülasyonda majör depresyon tanılı ergenlerin yanısıra depresyon dışı tanıları bulunan ergenler ve aile hekimliğine psikiyatri dışı yakınmalarla başvuran ergenlerden oluşan örneklem grubunda (n=213), iç tutarlılık, uygulayıcılar arası uyumluluk, ölçeğin Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Çocuk ve Ergenler için Davranış Değerlendirme Ölçeği, ebeveyn formu (ÇDDÖ) ve MİNİ intihar bölümü ile karşılaştırılarak korelasyonları yapılmıştır.

Bu çalışmada elde edilen bulgular C- İŞDÖ ‘nün geçerliliği ve güvenirliği ile ilgili kanıtlar sağlamıştır.

1. Güvenirliğe ilişkin sonuçlar: C-İŞDÖ intihar düşüncesi bölümü iki farklı uygulayıcı tarafından uygulandığından uygulayıcılar arası yüksek-mükemmel uyum bulundu. Düşüncelerin yoğunluğu güncel ve yaşam boyu tüm gruplarda 0,80 üzeri elde edilmiş olup mükemmel düzeyde güvenilirliği göstermektedir.

2. Geçerliğe ilişkin sonuçlar: Özellikle intihar grubu olmak üzere tüm çalışma gruplarında çocuğun kendini değerlendirdiği ölçeklerle C-İŞDÖ puanları arasında orta- yüksek düzeylerde korelasyon saptanırken, ebeveyn bildirimine dayanan ÇDDÖ skorlarıyla düşük-orta düzeylerde korelasyon tespit edildi.

KAYNAKLAR

- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlation for situational specificity. *Psychological Bulletin*. 1987; 101:213-232
- Achenbach T. Integrative guide for ÇDDÖ/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry. 1991a.
- Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2002; 325:74.
- Allebeck P, Allgulander C, Fisher LD. Predictors of completed suicide in a cohort of 50,465 young men: role of personality and deviant behaviour. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 1988; 297(6642):176-178.
- Allebeck P, Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990; 81(6):565-570.
- Altındağ A. Türkiye'de İntihar Hızlarındaki Değişimler (1974- 1998). *Psikiyatri*. 2001; 79-85.
- Apter A, Bleich A, Plutchik R, Mendelsohn S, Tyano S. Suicidal behavior, depression, and conduct disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988; 27(6):696-699.
- Arkun, N. İntihar Psikodinamikleri. İstanbul üniversitesi edebiyat fakültesi matbaası. 1978.
- Atay IM, Kerimoğlu E. Ergenlerde İntihar DavranışıÇocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2003; 10(3):128-136.
- Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) Klinik Örnekleme Geçerlik ve Güvenirliği. *Klinik Psikiyatri*. 2009; 12:111-124
- Baydur H, Eser E. Uygulama: Yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi Sağlıkta birikim. 2006;1(2):99-123
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Access to firearms and the risk of suicide: a case control study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1996a; 30(6):741-748.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996b; 35: 1174-1182.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality Traits and Cognitive Styles as Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Young People. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999; 29(1):37-47.

- Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34:420- 436.
- Ben-Yehuda A, Aviram S, Govezensky J, Nitzan U, Levkovitz Y, Bloch Y. Suicidal behavior in minors-diagnostic differences between children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics JDBP*. 2012; 33(7): 542–547.
- Berber MS. Özkıyım. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Yenilenmiş 11. Baskı Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Ankara. 2008; 428-447.
- Bettes BA, Walker E. Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1986.
- Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37(12): 1287–1293.
- Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(1): 41–52.
- Borowsky IW, Resnick MD, Ireland M, Blum RW. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1999; 153:573–580.
- Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*. 2001; 107(3): 485–493.
- Branco BC, Inaba K, Barmparas G, Talving P, David JS, Plurad D, Demetriades D. Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: a National Trauma Databank review. *Journal of Pediatric Surgery*. 2010; 45:796–800.
- Brent DA. Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1987a; 26:87–91.
- Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M, Allman C. Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993; 32:494–500.
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, Roth C. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 89(1): 52–58.
- Brent DA, Johnson BA, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994; 33(8): 1080–1086.

- Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R. Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996; 35(5): 646–653.
- Brent DA, Kolko DJ, Birmaher B, Baugher M, Bridge J, Roth C, Holder D. Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37(9): 906-914.
- Brent DA, Perper JA, Goldstein CE. Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 45:581-587.
- Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38:1497–1505.
- Brent DA, et al. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*. 2009; Apr;166(4):418-426
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47:372–394.
- Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *Clinical Psychology/In Session*. 2006; 62:185–200.
- Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 2008; 70:378-383.
- Burrows S, Laflamme L. Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2010; 17:23–40.
- Christiansen E, Goldney RD, Beautrais AL, et al. Youth suicide attempts and the dose–response relationship to parental risk factors: A population-based study. *Psychological Medicine*. 2011; 41: 313–319.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Vol. 2nd, p. 567). 1988.
- Columbia University, C-SSRS Online Training Center
http://www.cssrs.columbia.edu/training_cssrs.html
- Coskun M, Zoroglu S, Ghaziuddin N. Suicide Rates among Turkish and American Youth: A Cross-Cultural Comparison, *Archives of Suicide Research*. 2012; 16:1: 59-72.
- Cull J, Gill W. *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles: Western Psychological services. 1988.

- Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ. Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz dergisi*. 1997; 5:37-42
- Çuhadaroğlu F. Adolesan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1992; 3: 222-226
- D'Attilio J, Campbell B, Lubold P, Jacobson T, Richard J. Social support and suicide potential: Preliminary findings for adolescent populations. *Psychological Reports*. 1992; 70: 76-78.
- Delfabbro PH, Winefield HR, Winefield AH. Life-time and current suicide-ideation in Australian secondary school students: Socio-demographic, health and psychological predictors. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151(2): 514–24.
- Dilli D, Dallar Y, Çakır İ. Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service. *Turk J Med Sci*. 2010; 40 (3): 377-390.
- Durak A. Beck Umutsuzluk ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk psikoloji Dergisi*. 1994; 9(31): 1-11.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Wechsler H. Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. *MMWR Surveill Summ*. 2010; 59(5): 1–142.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, Wechsler H. Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2012; 61(4): 1–162.
- Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ. *Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program*. *Suicide & life-threatening behavior*. 1995; 25: 276–296.
- Erol N, Arslan BL, Akçakın M, Serenat T. The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. *European Approaches to Hyperkinetic Disorder*, Zurich. 1995; 97-113.
- Eskin M. Age specific suicide rates and the rates of increase and suicide methods in Sweden and Turkey: A comparison of the official suicide statistics. Reports from the Department of Psychology, Stockholm University, No:772. 1993.
- Eskin M. Gender and cultural differences in the 12- month prevalence of suicidal thoughts and attempts in Swedish and Turkish adolescents. *Journal of Gender, Culture and Health*. 1999; 4:187-200.
- Eskin M. İntihar - Açıklama Değerlendirme Tedavi ve Önleme, HYP yayıncılık. 2012.
- Fergusson DM, Lynskey MT, Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16- year-old New Zealanders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995b; 34:1308-1317.

- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*. 2000; 30: 23–39.
- Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*. 2006.
- Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver K. Family predictors of suicidal symptoms in young adolescent. *Journal of Adolescence*. 1998; 21:445-457.
- Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA, Reboussin DM, Kelley AE, Frazier PH. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, first-time attempters, and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37:924–932.
- Goldston DB. Assessment of Suicidal Behaviors and Risk Among Children and Adolescents. Technical report submitted to NIMH under contract 263. 2000.
- Goldston DB, Daniel SS, Reboussin BA, Reboussin DM, Frazier PH, Harris AE. Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(1):91–99.
- Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53(12):1155–1162.
- Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37:915–923.
- Greydanus DE, Calles J. Suicide in Children and Adolescents. *Primary Care - Clinics in Office Practice*. 2007.
- Grøholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 1997; 27:250–263.
- Groholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; 37:473–481.
- Grossman DC, Milligan BC, Deyo RA. Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health*. 1991; 81(7):870–874.
- Grossman DC, Mueller BA, Riedy C, Dowd MD, Villaveces A, Prodzinski J, Harruff R. Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*. 2005; 293(6):707–714.

- Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, Collins J. Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *MMWR Surveill Summ.* 2004; 53:1–96.
- Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik- sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *New Symposium Journal.* 2006; 44(3):141-150.
- Güler N. Lise öğrencileri arasında sigara alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Derg.* 2009; 31: 340-345
- Gunnell D, Hawton K, Murray V, Garnier R, Bismuth C, Fagg J, Simkin S. Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France: are restrictions on availability justified? *Journal of Epidemiology and Community Health.* 1997; 51(2):175–179.
- Gunnell D, Murray V, Hawton K. Use of paracetamol (acetaminophen) for suicide and nonfatal poisoning: worldwide patterns of use and misuse. *Suicide & Life-Threatening Behavior.* 2000; 30(4):313–326.
- Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disorders.* 2013;15(5):507–23.
- Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry.* 2003; 182:537–542.
- Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people *BMJ.* 2005; 330:891-894.
- Hazell P, Lewin T. Friends of adolescent suicide attempters and completers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1993; 32(1):76–81.
- Henry KL, Lovegrove PJ, Steger MF, Chen PY, Cigularov KP, Tomazic RG. The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation. *Journal of Youth and Adolescence.* 2014; 43(2):221–32.
- Hepp U, Stulz N, Unger-Koppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012; 21(2):67-73.
- Jay MS, Graham CJ, Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. *Adolescence.* 1989; 24(94): 467–472.
- Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, De Lecuona JM, Joseph S. Suicide assessment: clinical interview vs. self-report. *Journal of Clinical Psychology.* 1994; 50:294–298.
- Kaplan S, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M. Adolescent physical abuse and suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1997; 36:799-808

- Karamustafalıoğlu O. İntihar ı ıngırebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ılıği. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23:152- 157.
- Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi.7.basım. Sim Matbaası. Ankara. 1995.
- Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD. Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1993; 21(3):339–353.
- Kellermann AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG, Hackman BB. Suicide in the home in relation to gun ownership. *The New England Journal of Medicine*. 1992; 327(7):467–472.
- Killias M. International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. *CMAJ*. 1993.
- King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, Gould MS. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(7):837–846.
- Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Gould MS. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009; 48(3):254–261.
- Kocabaş Ö, Kavaklı T, Ecevit Ç. Çocukluk çağı intihar girişimleri. Ege Pediatri. Bülteni. 2004; 11:119-124.
- Kotila L, Lonnqvist J. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989; 79(5):453–459.
- Kovacs M. The children's Depression Inventory. *Psychopharmacol Bulletin*. 1985; 21:995-998.
- Krug EG, Dahlberg LL, Powell KE. Childhood homicide, suicide, and firearm deaths: an international comparison. *World Health Statistics Quarterly. Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*. 1996; 49(3-4):230–235.
- Kuo WH, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality - A 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004; 39(6):497–501.
- Kuperman S, Black DW, Burns TL. Excess suicide among formerly hospitalized child psychiatry patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1988; 49(3):88–93.
- Kutcher S, Chehil S. Suicide risk management: A manual for health professionals. Suicide risk management: A manual for health professionals. Blackwell Publishing. 2007.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33:159-174

- Le Heuzey MF, Isnard P, Badoual AM, Dugas M. Suicidal children and adolescents. *Archives of Pediatrics*. 1995; 2(2):130–135.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994; 62(2):297–305.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practice*. 1996; 3(1):25-36.
- Lowry R, Crosby AE, Brener ND, Kann L. Suicidal thoughts and attempts among U.S. High school students: trends and associated health-risk behaviors, 1991-2011. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2014; 54(1):100–8.
- Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1992; 31(4):649–654.
- McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological Medicine*. 2008; 38(3):407–417.
- Miranda R, De Jaegere E, Restifo K, Shaffer D. Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. *Depression and Anxiety*. 2014; 31(1):19–26.
- Moilanen DL. Validity of Beck's cognitive theory of depression with nonreferred adolescents. *Journal of Counseling and development*. 1995; 73:438-442.
- Moreno CD, Cisler RA, Lemerond JK. Risk factors for adolescent suicidal behavior: loss, insufficient familial support and hopelessness. *Adolescence*. 1993; 28:851-865
- Nanayakkara S, Misch D, Chang L, Henry D. Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and Anxiety*. 2013; 30(10):991–6.
- Nock MK, Prinstein MJ, Sterba S. Revealing the form and function of selfinjurious thoughts and behaviors: a real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009; 118:816–827.
- Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*. 2010; 15:868–876.
- Osman A, Downs W, Kopper B, Barrios F, Baker M, Osman J. The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A). *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998; 24: 433-443.

- Osman A, Downs W, Kopper B, Barrios F, Baker M, Osman J. The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): Development and pschometric properties. *Journal of Clinical Psychology*. 1998; 54:1063-1078.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002.
- Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*. 1991; 2: 132-136
- Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998; 186: 269–275.
- Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*. 2002; 359:835–840.
- Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2004; 36(1):99–103.
- Posner K. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment(C-CASA): classification of suicidal events in FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(7):1035-43
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Mann JJ. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168:1266–1277.
- Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124:6-17
- Renaud J, Brent DA, Birmaher B, Chiappetta L, Bridge J. Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38(7):846–851.
- Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Udry RJ. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*. 1997; 278: 823–832.
- Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 98(1):28–33.
- Ritter D. Adolescent suicide: Social competence and problem behavior of youth at high risk and low risk suicide. *School psychology Review*. 1990; 19: 83-95.
- Rotheram-Borus MJ, Traytman PD. Hoplessness, depression and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988; 27: 700-704.

- Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K et al. Agreement between youth- reported and parentreported psychopathology in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2009; 18:136-143.
- Sanchez-Gistau V, Baeza I, Arango C, González-Pinto A, De La Serna E, Parellada M, Castro-Fornieles J. Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: A longitudinal 24-month follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013; 74(1):59–66.
- Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62:1249–1257.
- Sayar MK. Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2010; 10: 3
- Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N. Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*. 1993; 1:56-61.
- Shaffer D, Gould M, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*. 1996; 53: 339–348.
- Shaffer D, Pfeffer CR. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(7):24–51.
- Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 1988; 15(3):227–33.
- Sheehan et al. Comparative Validation of the S-STS, the ISST plus, and the C-SSRS for Assessing the Suicidal Thinking and Behavior FDA 2012 Suicidality Categories. *Innov Clin Neurosci*. 2014; 11(9-10):32-46
- Shilubane HN, Ruiters RA, van den Borne B, Sewpaul R, James S, Reddy PS. Suicide and related health risk behaviours among school learners in South Africa: results from the 2002 and 2008 national youth risk behaviour surveys. *BMC Public Health*. 2013; 13:926.
- Sloan JH, Rivara FP, Reay DT, Ferris JA, Kellermann AL. Firearm regulations and rates of suicide. A comparison of two metropolitan areas. *The New England Journal of Medicine*. 1990; 322(6):369–373.
- Sonja A. et al. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ*. 2013; 185(10): 870-877
- Stanger C, Achenbach T, McConaughy S. Three- year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4 to 16 year olds: 3. Predictors of signs of disturbance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61: 839-848.

- Steer RA, Kumar G, Beck AT. Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61:1096-1099.
- Stewart SM, Kennard BD, Lee PW, Mayes T, Hughes C, Emslie G. Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2005; 46(4):364–372.
- Şıklar Z. Hastanemize Başvuran Ergen İntihar Olgularının Değerlendirilmesi Türkiye Klinikleri J Pediatr. 2004; 13(3):129-32
- Swanson SA, Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ*. 2013; 185:870–877.
- Toprak S, Cetin I, Güven T. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students Psychiatry Research. 2011; 187:140–144.
- Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri. 2011.
- Värnik A, Kõlves K, Allik J, et al. Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *J Affect Disord*. 2009; 113:216–26.
- World Health Organization. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. 2002.
- Wiebe DJ. Homicide and suicide risks associated with firearms in the home: A national case-control study. *Annals of Emergency Medicine*. 2003; 41(6):771–782.
- Wu CS, Liao CS, Lin KM, Tseng MM, Wu EC, Liu SK. Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Contemporary Psychiatry*. 2009; 50(4):315–321.
- Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1998; 248: 87–95.
- Yektas C, Bildik T. Clinical Characteristics of Suicidal Behavior in Depressive Adolescent Girls. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2014; 21(1): 33-44.
- Yigletu H, Tucker S, Harris M, Hatlevig J. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2004; 10(1): 9-15.
- Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*. 2004; 28(8):863–875.
- Zhang J, Li Z. Suicide means used by Chinese rural youths: a comparison between those with and without mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011; 199:410–415.
- Zoroglu S. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001; 2(2):69-78.

EKLER

EK-1



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 867

Tarih : 30.05.2014


Konu : Doç Dr.Ayşe KILINÇASLAN

Sayın Doç Dr.Ayşe KILINÇASLAN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

İlgi :Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıklarının 06/12/2013 gün ve 1279 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr.Adem GÜNEŞ'in yürüteceği 2013/81745 dosya numaralı "Columbia Suicide Severity Rating Scale (Colmubia İntihar Riski Derecelendirme Ölçeği/C-Ssrs) Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği Çalışması" başlıklı çalışma kurumumuzun 10/01/2014 tarih ve 01 sayılı sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	<input type="checkbox"/>	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>			
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:01	Tarih: 10/01/2014			
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı görevli Doç Dr. Ayşe KILINÇASLAN'ın sorumluluğunda ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Adem GÜNEŞ'in yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırmaya başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU								
ÇALIŞMA ESASI		13.04.2013 tarihli, 28617 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **	İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Sevda ÖZEL	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile ilişki
** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığında izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Columbia Suicide Severity Rating Scale (Colmubia İntihar Riski Derecelendirme Ölçeği/C-Ssrs) Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği Çalışması"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç Dr.Ayşe KILINÇASLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz :				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

Columbia - Suicide Severity Rating Scale

Lifetime- Recent Version

Version 1/14/09

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

Disclaimer:

This scale is intended to be used by individuals who have received training in its administration. The questions contained in the Columbia-Suicide Severity Rating Scale are suggested probes. Ultimately, the determination of the presence of suicidal ideation or behavior depends on the judgment of the individual administering the scale.

*Definitions of behavioral suicidal events in this scale are based on those used in **The Columbia Suicide History Form**, developed by John Mann, MD and Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.)*

For reprints of the C-SSRS contact Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; inquiries and training requirements contact posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

SUICIDAL IDEATION		
<p>Ask questions 1 and 2. If both are negative, proceed to "Suicidal Behavior" section. If the answer to question 2 is "yes", ask questions 3, 4 and 5. If the answer to question 1 and/or 2 is "yes", complete "Intensity of Ideation" section below.</p>	<p>Lifetime: Time He/She Felt Most Suicidal</p>	<p>Past 1 month</p>
<p>1. Wish to be Dead Subject endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wish to fall asleep and not wake up. <i>Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?</i></p> <p>If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Non-Specific Active Suicidal Thoughts General non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide (e.g., "I've thought about killing myself") without thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan during the assessment period. <i>Have you actually had any thoughts of killing yourself?</i></p> <p>If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Active Suicidal Ideation with Any Methods (Not Plan) without Intent to Act Subject endorses thoughts of suicide and has thought of at least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out (e.g., thought of method to kill self but not a specific plan). Includes person who would say, "I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when, where or how I would actually do it...and I would never go through with it." <i>Have you been thinking about how you might do this?</i></p> <p>If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Active Suicidal Ideation with Some Intent to Act, without Specific Plan Active suicidal thoughts of killing oneself and subject reports having <u>some intent to act on such thoughts</u>, as opposed to "I have the thoughts but I definitely will not do anything about them." <i>Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?</i></p> <p>If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Active Suicidal Ideation with Specific Plan and Intent Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and subject has some intent to carry it out. <i>Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?</i></p> <p>If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
INTENSITY OF IDEATION		
<p>The following features should be rated with respect to the most severe type of ideation (i.e., 1-5 from above, with 1 being the least severe and 5 being the most severe). Ask about time he/she was feeling the most suicidal.</p> <p><u>Lifetime - Most Severe Ideation:</u> _____ _____ <i>Type # (1-5)</i> <i>Description of Ideation</i></p> <p><u>Recent - Most Severe Ideation:</u> _____ _____ <i>Type # (1-5)</i> <i>Description of Ideation</i></p>	<p>Most Severe</p>	<p>Most Severe</p>
<p>Frequency <i>How many times have you had these thoughts?</i> (1) Less than once a week (2) Once a week (3) 2-5 times in week (4) Daily or almost daily (5) Many times each day</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Duration <i>When you have the thoughts how long do they last?</i> (1) Fleeting - few seconds or minutes (2) Less than 1 hour/some of the time continuous (3) 1-4 hours/a lot of time (4) 4-8 hours/most of day (5) More than 8 hours/persistent or</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Controllability <i>Could/can you stop thinking about killing yourself or wanting to die if you want to?</i> (1) Easily able to control thoughts with little difficulty (2) Can control thoughts with some difficulty (3) Can control thoughts with a lot of difficulty (4) Can control thoughts with a lot of difficulty (5) Unable to control thoughts (0) Does not attempt to control thoughts</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

<p>Deterrents Are there things - anyone or anything (e.g., family, religion, pain of death) - that stopped you from wanting to die or acting on thoughts of committing suicide? (1) Deterrents definitely stopped you from attempting suicide (4) Deterrents most likely did not stop you (2) Deterrents probably stopped you (5) Deterrents definitely did not stop you (3) Uncertain that deterrents stopped you (0) Does not apply</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Reasons for Ideation What sort of reasons did you have for thinking about wanting to die or killing yourself? Was it to end the pain or stop the way you were feeling (in other words you couldn't go on living with this pain or how you were feeling) or was it to get attention, revenge or a reaction from others? Or both? (1) Completely to get attention, revenge or a reaction from others (4) Mostly to end or stop the pain (you couldn't go on living with the pain or how you were feeling) (2) Mostly to get attention, revenge or a reaction from others (5) Completely to end or stop the pain (you couldn't go on and to end/stop the pain living with the pain or how you were feeling) (3) Equally to get attention, revenge or a reaction from others (0) Does not apply</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>SUICIDAL BEHAVIOR <i>(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types)</i></p>	<p>Lifetime</p>	<p>Son 3 ay</p>
<p>Actual Attempt: A potentially self-injurious act committed with at least some wish to die, <i>as a result of act</i>. Behavior was in part thought of as method to kill oneself. Intent does not have to be 100%. If there is any intent/desire to die associated with the act, then it can be considered an actual suicide attempt. There does not have to be any injury or harm, just the potential for injury or harm. If person pulls trigger while gun is in mouth but gun is broken so no injury results, this is considered an attempt. Inferring Intent: Even if an individual denies intent/wish to die, it may be inferred clinically from the behavior or circumstances. For example, a highly lethal act that is clearly not an accident so no other intent but suicide can be inferred (e.g., gunshot to head, jumping from window of a high floor/story). Also, if someone denies intent to die, but they thought that what they did could be lethal, intent may be inferred. Have you made a suicide attempt? Have you done anything to harm yourself? Have you done anything dangerous where you could have died? What did you do? Did you _____ as a way to end your life? Did you want to die (even a little) when you _____? Were you trying to end your life when you _____? Or Did you think it was possible you could have died from _____? Or did you do it purely for other reasons / without ANY intention of killing yourself (like to relieve stress, feel better, get sympathy, or get something else to happen)? (Self-Injurious Behavior without suicidal intent) If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of Attempts _____</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of Attempts _____</p>
<p>Has subject engaged in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior? Interrupted Attempt: When the person is interrupted (by an outside circumstance) from starting the potentially self-injurious act (<i>if not for that, actual attempt would have occurred</i>). Overdose: Person has pills in hand but is stopped from ingesting. Once they ingest any pills, this becomes an attempt rather than an interrupted attempt. Shooting: Person has gun pointed toward self, gun is taken away by someone else, or is somehow prevented from pulling trigger. Once they pull the trigger, even if the gun fails to fire, it is an attempt. Jumping: Person is poised to jump, is grabbed and taken down from ledge. Hanging: Person has noose around neck but has not yet started to hang - is stopped from doing so. Has there been a time when you started to do something to end your life but someone or something stopped you before you actually did anything? If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of interrupted _____</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of interrupted _____</p>
<p>Aborted or Self-Interrupted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else. Has there been a time when you started to do something to try to end your life but you stopped yourself before you actually did anything? If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of aborted or self-interrupted _____</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of aborted or self-interrupted _____</p>

<p>Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g., buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g., giving things away, writing a suicide note). Have you taken any steps towards making a suicide attempt or preparing to kill yourself (such as collecting pills, getting a gun, giving valuables away or writing a suicide note)? If yes, describe:</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of preparatory acts _____</p>	<p>Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of preparatory acts _____</p>	
	<p>Most Recent Attempt Date:</p>	<p>Most Lethal Attempt Date:</p>	<p>Initial/First Attempt Date:</p>
<p>Actual Lethality/Medical Damage: 0. No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches). 1. Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains). 2. Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel). 3. Moderately severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures). 4. Severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area). 5. Death</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>
<p>Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality=0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over). 0 = Behavior not likely to result in injury 1 = Behavior likely to result in injury but not likely to cause death 2 = Behavior likely to result in death despite available medical care</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>

http://www.cssrs.columbia.edu/docs/C-SSRS_1_14_09_Lifetime_Recent_1month_3_months.pdf

EK-3

**Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği
(C-İŞDÖ)**

Yaşam boyu/Güncel

Versiyon 1/14/09

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

Açıklama:

Bu ölçek uygulanmasıyla ilgili eğitimden geçen kişiler tarafından kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Columbia – İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeğinde (C-SSRS) yer alan sorular önerilen irdeleme sorularıdır. Sonuçta, intihar etme eğiliminin ya da düşüncenin var olduğunun saptanması ölçeği uygulayan kişinin kararına bağlıdır.

*Bu ölçekte yer alan intihar davranışı olaylarına ilişkin tanımlar, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032 adresinde bulunan Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute doktorlarından John Mann, MD ve Maria Oquendo, MD tarafından geliştirilen **The Columbia Suicide History Form** kapsamında kullanılanlara dayanmaktadır (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J, Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, s. 103 - 130, 2003.)*

C-SSRS ile ilgili yeni baskılar için Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032 ile irtibat kurunuz; sorular ve eğitimle ilgili gereksinimler için posnerk@nyspi.columbia.edu adresine yazınız.

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

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

<p>Caydırıcılar Ölmeyi istemenizi durduran ya da intihar etme düşüncelerinizi gerçekleştirmenize engel olan şeyler – herhangi birisi ya da herhangi bir şey (örneğin aile, din, ölüm acısı) – var mı? (1) Bunlar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi (4) Bunlar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi (2) Bunlar muhtemelen sizi engelledi (5) Bunlar sizi kesinlikle engellemedi (3) Bunların sizi engelleyip engellemediği belli değil (0) Geçerli değil</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Düşüncelerin Nedenleri Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için ne gibi nedenleriniz vardı? Çektiğiniz acıyı bitirmek ya da bu şekilde hissetmeye bir son vermek (başka bir deyişle, bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğiniz) miydi yoksa başkalarının dikkatini çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için miydi? Ya da her ikisi miydi? (1) Tamamen dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (4) Çoğunlukla acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (2) Çoğunlukla dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (5) Tamamen acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (3) Dikkat çekmek/başkalarından intikam ya da tepki almak ve acıya son vermek/acıyı durdurmak eşit ölçüde etkili (0) Geçerli değil</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>İNTİHAR DAVRANIŞI <i>(Aşağıdakiler ayrı durumlar olduğu sürece tüm biçimleri sorarak uygun biçimde işaretleyin)</i></p>	<p>Ömür Boyu</p>	<p>Son 3 ay</p>
<p>Gerçek Girişim: Bir miktar öleme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunma. Davranış kısmen de olsa kendini öldürme yöntemi olarak düşünülmüştür. Niyet %100 olmak zorunda değildir. Eğer eylemle ilgili herhangi bir öleme niyeti /arzusuna varsa, bu gerçek bir intihar girişimi olduğu düşünülür. Burada herhangi bir yaralanma ya da zarar olması gerekmez, sadece yaralanma ya da zarar görme olasılığı bulunması yeterlidir. Eğer kişi tabanca şakağındayken tetiği çekerse fakat tabanca bozuk olduğundan yaralanma olmasa da bu bir intihar girişimi olarak değerlendirilir. <i>Niyeti tahmin etme:</i> Kişi öleme niyetini/isteğini inkâr etse bile, davranışlarından ya da koşullardan intihar niyeti klinik olarak anlaşılabilir. Örneğin, kaza olmadığı açıkça belli olan, oldukça yüksek derecede ölümcül bir eylem söz konusu olduğunda intihar dışında bir niyetin olmadığı anlaşılabilir (kafaya ateş etmek, yüksek bir katın penceresinden atlamak gibi). Ayrıca, kişi öleme niyetini inkâr etse bile yaptığı şeyin öldürücü olabileceğini düşünüyorsa bu intihar/ölme niyeti olarak değerlendirilir. İntihar girişiminde bulundunuz mu? Kendinize zarar verecek herhangi bir şey yaptınız mı? Sizi öldürebilecek kadar tehlikeli herhangi bir şey yaptınız mı? Ne yaptınız? _____ davranışını hayatınızı sonlandırmanın bir yolu olarak mı yaptınız? _____ davranışını gerçekleştirirken (az da olsa) ölmek istediniz mi? _____ davranışını yaparken hayatınızı sonlandırmaya mı çalışıyordunuz? Veya _____ davranışını nedeniyle ölebileceğinizi düşündünüz mü? Ya da kendinizi öldürmekle ilgili HERHANGİ bir niyetiniz olmadan, tamamen başka nedenlerden (stresi hafifletmek, daha iyi hissetmek, diğerlerinin ilgisini çekmek ya da başka bir şeyin olmasını sağlamak için) mi yaptınız? (İntihar niyeti olmadan kendini yaralama eylemi.) Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>	<p>Evet Hayır <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Girişimlerin toplam sayısı</p> <p>—</p> <p>Evet Hayır <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Evet Hayır <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Girişimlerin toplam sayısı</p> <p>—</p> <p>Evet Hayır <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Kişi İntihar Niyeti Olmadan Kendini Yaralama Eyleminde Bulmuş mudur? Engellenen Girişim: Kişinin kendine zarar verme ihtimali bulunan bir eyleme başlamadan önce bir dış koşul tarafından engellenmesi (o koşul olmasa, gerçek intihar girişimi meydana gelecekti). Aşırı doz alımı: Kişinin elinde haplar vardır fakat yutmaktan alıkonulmuştur. Haplardan herhangi birini içtiğinde, bu yarıda kesilmiş bir eylemden ziyade gerçek bir eyleme dönüşür. Vurma (silahla): Kişinin kendine doğrulttuğu bir tabancası vardır, tabanca birisi tarafından elinden alınır ya da bir şekilde tetiği çekmesi önlenir. Bir kez tetiği çekerse, tabanca ateş almasa bile, bu bir intihar girişimidir. Atlama: Kişi yüksekten atlamak üzere hazırlanmıştır, fakat tutularak aşağı indirilir. Asma: Kişi ilmeği boynunun etrafına geçirir fakat henüz kendini asmaya başlamamıştır – eylemi yapması engellenir. Hayatınıza son vermek için bir şey yapmaya başladığınızı ancak birisinin ya da bir şeyin siz bir şey yapmadan önce sizi durdurduğu bir zaman oldu mu? Eğer yanıt evetse, açıklayın:</p>	<p>Evet Hayır <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı</p> <p>—</p>	<p>Evet Hayır <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı</p> <p>—</p>

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

EK-4**İntihar Olasılığı Ölçeği**


	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman veya her zaman
1.Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2.Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum.				
3.Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.				
4.Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5.Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum.				
6.Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum.				
7.Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.				
8.Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum.				
9.Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum.				
11. Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılamayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.				
16. Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum.				

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman veya her zaman
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerim yolunda gidiyora benziyor.				
19. İnsanların benden çok şey beklemediklerini hissediyorum.				
20. Yaptığım veya düşündüğüm şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum.				
24. Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum.				
25. Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum..				
28. Bir şeylerin düzeleceği konusunda umutsuzum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi düşünüyorum.				
33. Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.				
34. Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.				

EK-5**Beck Umutsuzluk Ölçeği**

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağım bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam içinde hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		

15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum.		
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

 <p>T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı</p>	<p>CDİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ</p>
--	--

Adı Soyadı :

Tarih...../...../.....

Yaşı :

Okulu :

Sınıfı :

Aşağıda sizinle ilgili bazı cümleler vardır. Harflerin yanında bulunan üç cümleden sizin için en uygun olanını son bir haftayı derlendirek seçiniz. Seçtiğiniz cümlelerin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

- | | |
|--|---|
| <p>A. <input type="checkbox"/> Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
<input type="checkbox"/> Kendimi sık sık üzgün hissederim.
<input type="checkbox"/> Kendimi her zaman üzgün hissederim.</p> <p>B. <input type="checkbox"/> İşlerim hiç bir zaman yolunda gitmeyecek.
<input type="checkbox"/> İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
<input type="checkbox"/> İşlerim yolunda gidecek.</p> <p>C. <input type="checkbox"/> İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
<input type="checkbox"/> İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
<input type="checkbox"/> Herşeyi yanlış yaparım.</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Bir çok şeyden hoşlanırım.
<input type="checkbox"/> Bazı şeylerden hoşlanırım.
<input type="checkbox"/> Hiç bir şeyden hoşlanmam.</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Her zaman kötü bir çocuğum.
<input type="checkbox"/> Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
<input type="checkbox"/> Arada sırada kötü bir çocuğum.</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Arada sırada başıma kötü bir şeylerin gelebileceğinden endişelenirim.
<input type="checkbox"/> Sık sık başıma kötü şeylerin gelebileceğinden endişelenirim.
<input type="checkbox"/> Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Kendimden nefret ederim.
<input type="checkbox"/> Kendimi beğenmem.
<input type="checkbox"/> Kendimi beğenirim.</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Bütün kötü şeyler benim hatam.
<input type="checkbox"/> Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
<input type="checkbox"/> Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
<input type="checkbox"/> Kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama yapmam.
<input type="checkbox"/> Kendimi öldürmeyi düşünmüyorum.</p> <p>J. <input type="checkbox"/> Hergün içimden ağlamak gelir.
<input type="checkbox"/> Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
<input type="checkbox"/> Arada sırada içimden ağlamak gelir.</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Her şey her zaman beni sıkır.
<input type="checkbox"/> Her şey sık sık beni sıkır.
<input type="checkbox"/> Her şey arada sırada beni sıkır.</p> <p>L. <input type="checkbox"/> İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
<input type="checkbox"/> Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım.
<input type="checkbox"/> Hiç bir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
<input type="checkbox"/> Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
<input type="checkbox"/> Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Güzel-yakışıklı sayılırım.
<input type="checkbox"/> Güzel-yakışıklı olmayan yanlarım var.
<input type="checkbox"/> Cirkirim.</p> | <p>O. <input type="checkbox"/> Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
<input type="checkbox"/> Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
<input type="checkbox"/> Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.</p> <p>Ö. <input type="checkbox"/> Her gece uyumakta zorluk çekerim.
<input type="checkbox"/> Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.
<input type="checkbox"/> Oldukça iyi uyurum.</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
<input type="checkbox"/> Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
<input type="checkbox"/> Her zaman kendimi yorgun hissederim.</p> <p>R. <input type="checkbox"/> Hemen her gün canımı yemek yemek istemez.
<input type="checkbox"/> Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
<input type="checkbox"/> Oldukça iyi yemek yerim.</p> <p>S. <input type="checkbox"/> Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
<input type="checkbox"/> Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
<input type="checkbox"/> Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.</p> <p>T. <input type="checkbox"/> Kendimi yalnız hissetmem.
<input type="checkbox"/> Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
<input type="checkbox"/> Her zaman kendimi yalnız hissederim.</p> <p>U. <input type="checkbox"/> Okuldan hiç hoşlanmam.
<input type="checkbox"/> Arada sırada okuldan hoşlanırım.
<input type="checkbox"/> Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.</p> <p>Ü. <input type="checkbox"/> Bir çok arkadaşım var.
<input type="checkbox"/> Bir kaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
<input type="checkbox"/> Hiç arkadaşım yok.</p> <p>V. <input type="checkbox"/> Okul başarımla iyi.
<input type="checkbox"/> Okul başarımla eskisi kadar iyi değil.
<input type="checkbox"/> Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarılıyım.</p> <p>W. <input type="checkbox"/> Hiç bir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
<input type="checkbox"/> Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olabilirim.
<input type="checkbox"/> Diğer çocuklar kadar iyiyim.</p> <p>Y. <input type="checkbox"/> Kimse beni sevmez.
<input type="checkbox"/> Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
<input type="checkbox"/> Beni seven insanların olduğundan eminim.</p> <p>Z. <input type="checkbox"/> Bana söyleneni genellikle yaparım.
<input type="checkbox"/> Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
<input type="checkbox"/> Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> İnsanlarla iyi geçinirim.
<input type="checkbox"/> İnsanlarla sık sık kavga ederim.
<input type="checkbox"/> İnsanlarla her zaman kavga ederim.</p> |
|--|---|

TOPLAM PUAN :

TANI :

4-15 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI, SOYADI :		EV ADRESİNİZ VE TEL. NO :	ANNE BABANIN İŞİ, EĞİTİMİ VE YAŞI BABANIN İŞİ : TEL. NO. EĞİTİMİ : YAŞI : ANNENİN İŞİ : TEL. NO. EĞİTİMİ : YAŞI :
CİNSİYETİ : <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ	YAŞI :	BUGÜNÜN TARİHİ	FORMU DOLDURAN : <input type="checkbox"/> ANNE <input type="checkbox"/> BABA <input type="checkbox"/> DİĞER Çocukla olan ilişkisi
AY --- GÜN --- YIL ---	AY --- GÜN --- YIL ---	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yazılabilecek biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkürlerimizle.	
OKULUN ADI :			
SINIFI :			
OKULA DEVAM ETMİYOR <input type="checkbox"/>			

I. ÇOCUĞUNUZUN YAPMaktan EN ÇOK HOŞLANDIĞI SPORLARI SIRALAYINIZ. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

<input type="checkbox"/> Hiçbiri	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ÇOCUĞUNUZUN SPOR DIŞINDAKİ İLGİ ALANLARI SIRALAYINIZ. Örneğin: Pul, bebek, araba, akvaryum, el işi, kitap okuma, satranç, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız).

<input type="checkbox"/> Hiçbiri	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birine ne kadar zaman ayırır?				Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ÇOCUĞUNUZUN ÜYESİ OLDUĞU KURULUŞ, KULÜP, TAKIM YA DA GRUPLARI SIRALAYINIZ. (Spor, müzik, izcilik, folklor gibi.)

<input type="checkbox"/> Hiçbiri	Yaşıtlarına oranla çocuğunuz her birinde ne kadar aktiftir?			
	Bilmiyorum	Az aktif	Normal	Çok aktif
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ÇOCUĞUNUZUN EVDE YA DA EV DIŞINDA YAPTIĞI İŞLERİ SIRALAYINIZ. Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, elektrik-su faturası yatırma, çocuk bakımı, yatak düzeltme, sofrayı kurma, kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan her türlü işleri katınız.

<input type="checkbox"/> Hiçbiri	Yaşıtlarına oranla her birini ne kadar başarı ile yapar?			
	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç tane yakın arkadaşısı vardır?

(Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok

1

2 ya da 3

4 ya da fazla

2- Çocuğunuz okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur ?

(Kardeşlerini katmayınız)

1 den az

1 ya da 2

3 ya da daha fazla

VI. Yaşlılarına oranla çocuğunuzun :

Kötü

Normal sayılır

Oldukça iyidir

Kardeşi yoktur.

a. Kardeşleriyle arası nasıldır?

b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?

c. Anabasına karşı davranışı nasıldır?

d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? (6 yaş ve yukarı için) Çocuğunuz eğer okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz _____

Başarısız

Orta

Başarılı

Çok Başarılı

a. Okuma yazma, Türkçe

b. Hayat bilgisi, Sosyal bilgiler

c. Aritmetik

d. Fen bilgisi

Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar.

(Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız)

e. _____

f. _____

g. _____

2- Çocuğunuz alt özel sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu ?

Hayır

Evet - Ne tür bir sınıf ya da okul? _____

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

Hayır

Evet - Kaçınıcı sınıfta ve nedeni _____

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

Hayır

Evet - açıklayınız _____

Bu sorunlar ne zaman başladı? _____

Sorunlar bitti mi?

Hayır

Evet - Ne zaman _____

5- Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı, fiziksel rahatsızlığı ya da zihinsel özürü var mıdır?

Hayır

Evet - açıklayınız _____

6- Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran özellikleri nelerdir? _____

7- Çocuğunuzun en beğendiğiniz özelliklerini belirtiniz : _____

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

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

0 : Doğru Değil (bildiğiniz kadarıyla)

1 : Bazen ya da Biraz Doğru

2 : Çok ya da Sıklıkla Doğru

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

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ.

SIZI KAYGILANDIRAN MADDELERİN ALTINI ÇİZİNİZ

* Son 6 aylık sürenin dışında yukarıda sözü edilen özellikler çocuğın yaşamının herhangi bir döneminde görüldü mü? Hayır Evet _____

* Son 1 yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniklerine başvurdunuz mu? Hayır Evet _____

* Çocuğunuz Kur'an Kursuna gitti ya da halen gidiyor mu? Hayır Evet _____

B. İNTİHAR RİSKİ

- B1 a Hiç ölmüş olmayı isteyecek kadar kötü hissettin mi?
 b Hiç kendine zarar vermeyi denedin mi?
 c Hiç kendini öldürmeyi denedin mi?

	Puanlar
HAYIR EVET	1
HAYIR EVET	2
HAYIR EVET	4

HERHANGİ BİRİNE YANIT EVET İSE , EVETİ KODLAYINIZ

HAYIR EVET

**İNTİHAR RİSKİ
YAŞAMINDA**

Geçen ay içinde:

- B2 Ölmüş olmayı istedin mi?
 B3 Kendine zarar vermeyi istedin mi?
 B4 Kendini öldürmeyi düşündün mü?
 B5 Kendini öldürme şekli hakkında düşündün mü?
 B6 Kendini öldürmeye kalkıştın mı?

HAYIR EVET	1
HAYIR EVET	2
HAYIR EVET	6
HAYIR EVET	10
HAYIR EVET	10

YUKARIDAKİLERDEN (B1-B6) EN AZINDAN 1'İ EVET OLARAK KODLANIYOR MU?

HAYIR EVET

**İNTİHAR RİSKİ
ŞİMDİKİ**

EVET İSE ,YANITLARIN (B1-B6) TOPLAM PUANINI HESAPLAYINIZ.
 "EVET" İ İŞARETLEYİNİZ VE AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE İNTİHAR RİSKİNİN SEVİYESİNİ BELİRTİNİZ:

1-5 puan	Düşük	<input type="checkbox"/>
6-9 puan	Orta	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puan	Yüksek	<input type="checkbox"/>

EK-9

DR.ADEM GÜNEŞ ÖZGEÇMİŞİ

Adı-soyadı: Adem Güneş

Doğum tarihi: 1988

Adres: İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı, Esnaf Hastanesi Ek hizmet binası, Beyazıt, Fatih, İstanbul.

Telefon: 05052567708

E-mail: gnsadem@gmail.com

İş Geçmişi

14.02.2011 den itibaren İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri ABD asistanı

A. Kongreler ve Eğitsel Kurslar

- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, anestezi EKT uygulama ve eğitim merkezi, Elektro konvülsif tedavi eğitim ve uygulaması. Nisan 2011
- Otizm ve nörogelişimsel bozukluklarda yeni ufuklar, Ankara, 9-10 Mart 2012
- 59. AACAP Kongresi, San Francisco, US, 2012
- 22. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 24-27.04.2012, Bolu
- Kiddie-Sads kursu (Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- şimdi ve yaşam boyu versiyonu örneğinde yapılandırılmış görüşme teknikleri) tanılma değerlendirme kursu (eğitmen: Prof. Dr. Fatih Ünal), 22. Ulusal kongre kapsamında, Nisan 2012 Bolu
- The 5th International Congress on Psychopharmacology &International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology, Antalya, Turkey, 2013
- 27. ECNP Kongresi, Berlin, 2014
- Pediatrik bilişsel davranışçı terapi eğitimi, Maria Ceu Salvador, İstanbul, 2014-2015

B. Klinik İçi Sunumlar

- Ergenlerde ceza ehliyeti
- Çocukluk ve ergenlik döneminde risk alma davranışlarının değerlendirilmesi
- İntihar amacı olmayan kendini yaralama davranışına yaklaşım
- İntihar riskinin değerlendirilmesi

C. Poster Sunumları

1. **Güneş A.**, Mutluer T. , Kılınçaslan A. , Zoroğlu S. Olgu sunumu: Ağız ve Ağız İçi Self Mutilasyonun Eşlik Ettiği Bir Tourette Bozukluğu Olgusu (22. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı kongre özet kitabı sayfa 80-81)
2. **Güneş, A.**, Suleyman F., Kılınçaslan A., Zoroğlu S. Antipsychotic Use in Pediatric OCD Cases, 27th ECNP congress