

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN 12-18 YAŞ
ARALIĞINDAKİ ERGEN BİREYLERDE
NÖROPSİKOLOJİK TEST BULGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE COLUMBİA
İNTİHAR RİSKİNİ DERECELENDİRME
ÖLÇEĞİ'NİN DUYARLIK VE ÖZGÜLLÜĞÜNÜN
BELİRLENMESİ**

YİĞİT İŞBİTİREN

KLİNİK SİNİRBİLİMLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970141

T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN 12-18 YAŞ
ARALIĞINDAKİ ERGEN BİREYLERDE
NÖROPSİKOLOJİK TEST BULGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ VE COLUMBİA
İNTİHAR RİSKİNİ DERECELENDİRME
ÖLÇEĞİ'NİN DUYARLIK VE ÖZGÜLLÜĞÜNÜN
BELİRLENMESİ**

KLİNİK SİNİRBİLİMLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YİĞİT İŞBİTİREN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Fatma Neslihan EMİROĞLU

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2016970141

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sinirbilimler Anabilim Dalı, Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans programı öğrencisi Yiğit İşbitiren **İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN 12-18 YAŞ ARALIĞINDAKİ ERGEN BİREYLERDE NÖROPSİKOLOJİK TEST BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE COLUMBIA İNTİHAR RİSKİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN DUYARLIK VE ÖZGÜLLÜĞÜNÜN BELİRLENMESİ** konulu Yüksek Lisans tezini 25.12.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


BAŞKAN
Prof. Dr. Fatma Neslihan EMİROĞLU

DEÜ Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

ÜYE

Doç.Dr.Burak BAYKARA
DEÜ Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları ABD

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Gonca ÖZYURT
IKÇÜ Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları ABD

YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Aynur AKAY
DEÜ Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları ABD

YEDEK ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Şermin YALIN SAPMAZ
Celal Bayar Üni. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları ABD

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. İntihar	9
2.2. İntihar Oranları	11
2.3. Risk Faktörleri	13
2.4. Psikiyatrik Risk Faktörü	15
2.5. Aile Risk Faktörü	16
2.6. Ebeveynlik Stili ve İntihar.....	19
2.7. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS).....	19
2.8. İntihar ve Bilişsel İşlevlerin İlişkisi.....	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24

3.3.1. Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri	25
3.4. Çalışma Materyali	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni:.....	25
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:.....	25
3.5.3. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni:.....	26
3.5.4. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:.....	26
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Nöropsikolojik Testler.....	26
3.6.1.1. Stroop Testi	26
3.6.1.2. Dur İşareti Testi	26
3.6.1.3. Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi	27
3.6.1.4. Yap/Yapma Testi.....	27
3.6.1.5. Anne Baba Tutum Ölçeği.....	28
3.6.1.6. Beck Depresyon Ölçeği.....	29
3.6.1.7. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği	29
3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi.....	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.8.1. Nöropsikolojik Testler.....	31
3.8.2. Korelasyon Analizleri.....	32
3.8.3. C-SSRS Ayırt Edici Geçerlik Analizleri	32
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.10. Etik Kurul Onayı	33
4. BULGULAR	34
4.1. Demografik Değişkenlerin ve Ebeveynlik Stillerinin İntihar Girişimine Etkisi	34
4.2. Grupların Nöropsikolojik Test Skorlarının Karşılaştırılması	36

4.3. C-SSRS İntihar Düşüncesi ve Düşüncelerin Yoğunluğu Alt Ölçeklerinin Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri	38
4.4. C-SSRS alt ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Skorları Arasındaki Korelasyonlar	40
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER	71
8.1. EK-1 ETİK KURUL ONAYI.....	71
8.2. ÖZGEÇMİŞ.....	73
8.3. STROOP TESTİ.....	75
8.4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	76
8.5. C-SSRS.....	77
8.6. ABTÖ	80

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi	31
Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol gruplarının demografik özellikleri	34
Tablo 3. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan gruplarda sigara kullanımı, alkol kullanımı ve ABTÖ ebeveynlik stillerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 4. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan gruplarda depresyon, DEHB ve anksiyete bozukluğu tanılarının karşılaştırılması	36
Tablo 5. Olgu ve kontrol gruplarının bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılan nöropsikolojik test skorları	37
Tablo 6. Olgu ve kontrol gruplarının Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılan nöropsikolojik test skorları	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar için, toplam intihar düşüncesi, ömür boyu intihar düşüncesi, en yakın intihar düşüncesi, toplam intihar düşüncelerinin yoğunluğu, ömür boyu intihar düşüncelerinin yoğunluğu, en yakın intihar düşüncelerinin yoğunluğu alt ölçek puanlarının ROC eğrileri 40



KISALTMALAR

C-SSRS.....Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği

MKET.....Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi

ABTÖ.....Anne Baba Tutumları Ölçeği

KSADS.....Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni
Görüşme Çizelgesi

BDÖ.....Beck Depresyon Ölçeği

Ort.....Ortalama

SS.....Standart Sapma

ms.....Milisaniye

Min.....Minimum

Max.....Maksimum

TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, desteğini ve yol göstericiliğini hiçbir zaman esirgemeyen, bana bu alanda çalışma fırsatını sunan değerli danışmanım Prof. Dr. Fatma Neslihan Emiroğlu'na teşekkür ederim.

Desteklerini ve yardımlarını benden esirgemeyen, başta Dr. Çağatay Ermiş ve Dr. Remzi Oğulcan Çıray olmak üzere Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda beraber çalışma fırsatı bulduğum tüm doktorlara, deneyimlerini benimle paylaşarak tezim süresince manevi desteğini hep hissettiğim arkadaşım Uzm. Psk. Ezgi Fide'ye en içten teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Üzerimdeki tüm emekleri için sevgili annem Handan Ferda İşbitiren ve babam Erkan İşbitiren'e çok teşekkür ederim.

Hem bilgisiyle hem tecrübesiyle ihtiyacım olan her an yanımda olan, bilime olan tutkusuyla verdiği ilham kadar gösterdiği destekle de tanıma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı görmeme neden olan Uzm. Psk. Yağmur Özbek'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

Bu tez çalışması, yüksek lisans sürecinde kaybettiğim Yüksel Soysal, Salih Zeki Özen ve Göksel İşbitiren Ertekin'e adanmıştır.

İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN 12-18 YAŞ ARALIĞINDAKİ ERGEN BİREYLERDE NÖROPSİKOLOJİK TEST BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE COLUMBIA İNTİHAR RİSKİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN DUYARLIK VE ÖZGÜLLÜĞÜNÜN BELİRLENMESİ

Yiğit İşbitiren¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sinirbilimler Anabilim Dalı

isbitiren.yigit@gmail.com

ÖZET

Amaç: Genç birey ölümlerinin önde gelen sebeplerinden biri olan intihar (özkıym) kişinin kendi hayatını bilerek sonlandırmasıdır. İntiharın mental esneklik, inhibisyon ve dürtüsellik gibi yürütücü işlevler ve anne baba tutumlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. İntihar davranışının tanımlanması ve önlenmesi amacıyla standardize ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (C-SSRS) dünyada altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, intihar davranışı riski yüksek gruplarda bilişsel işlevlerle olan ilişkinin değerlendirilmesi ve C-SSRS'nin duyarlık ve özgüllüğünün belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışmaya 12-18 yaş aralığında intihar girişimi bulunan 24 katılımcı ile yaş-egitim ve cinsiyet uyumlu intihar girişimi bulunmayan 21 katılımcı dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara, Stroop Testi, Dur İşareti Testi, Yap/Yapma Testi, Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi, Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) ve C-SSRS uygulanmıştır. Gruplar arasında nöropsikolojik test skorları ve ABTÖ ebeveynlik stilleri karşılaştırılmıştır. Nöropsikolojik test skorları, ABTÖ stilleri ve C-SSRS arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. C-SSRS alt testlerinin duyarlık ve özgüllük analizleri ROC eğrisi yöntemiyle yapılmıştır.

Bulgular: İntihar girişiminin sigara [$\chi^2(1)=9,612;p=0.002$] ve alkol [$\chi^2(1)=6,131;p=0.013$] kullanımıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi olan bireylerde Beck Depresyon Ölçeği skorlarının olmayan bireylere kıyasla yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Nöropsikolojik test skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. C-SSRS ömür boyu intihar düşüncesi alt ölçeğinin intihar olgularını %81 duyarlık ve %84 özgüllükle ayırt edebildiği bulunmuştur.

Sonuç: Sigara ve alkol tktiminin intiharla ilgili olduğu bulgusunun intiharı nleme ve riski değerlendirme açısından önemli olduğu dğnlmektedir. C-SSRS'nin klinikte ve deneysel araştırma ortamlarında intihar girişimini ayırt edebilmek adına güvenli bir ölçek olduğu görüşü desteklenmektedir. İntiharda bilişsel performansın geniş örneklemle araştırılması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: İntihar, Ergen, C-SSRS, Anne-baba tutumları, Bilişsel işlevler.



**ASSESSMENT OF NEUROPSYCHOLOGICAL TEST RESULTS IN ADOLESCENTS
AGED BETWEEN 12-18 WITH A HISTORY OF SUICIDE ATTEMPT AND
DETERMINATION OF SENSITIVITY AND SPECIFICITY OF THE COLUMBIA
SUICIDE SEVERITY RATING SCALE**

Yiğit İşbitiren¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sinirbilimler Anabilim Dalı

isbitiren.yigit@gmail.com

ABSTRACT

Objective: Suicide is the intentional termination of one's own life, one of the leading causes of young people death. Suicide has been reported to be associated with executive functions such as mental flexibility, inhibition and impulsivity and parental attitudes. Standardized scales are needed for defining and preventing suicidal behavior. Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) is the gold standard in the world. This study aimed to determine the relationship between cognitive functions and the sensitivity and specificity of C-SSRS in suicidally high-risk groups.

Method: Twenty-four participants with suicide attempts between the ages of 12-18 and age-education-gender matched 21 participants without suicide attempts were included. Stroop Test, Stop-Signal Task, Go/NoGo Task, Modified-Wisconsin Card Sorting Test, Parenting Style Scale (PSS) and C-SSRS were applied to all participants. Neuropsychological test scores (NPT) and parenting styles were compared between groups. Correlations between NPT, parenting styles and C-SSRS were investigated. The sensitivity and specificity of the C-SSRS subtests were analyzed by ROC curves.

Results: Suicide attempt was associated with smoking [$\chi^2(1)=9,612;p=0.002$] and alcohol consumption [$\chi^2(1)=6,131;p=0.013$]. Beck Depression Scale scores were higher in individuals with suicide attempts than those without ($p=0.001$). There were no significant differences between neuropsychological test scores. C-SSRS lifetime suicidal ideation subscale differentiates suicide attempters with a sensitivity of 81% and specificity of 84%.

Conclusion: Relation between smoking and alcohol consumption and suicide is thought to be important for preventing suicide and risk assessment. Results supported that C-SSRS is a

validated scale for distinguishing suicide attempters in clinical and experimental settings. Cognitive performance in suicide should be investigated with a larger sample.

Keywords: Suicide, Adolescent, C-SSRS, Parenting styles, Cognitive functions.



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İntihar (özkıyım), kişinin kendi hayatını isteyerek ve bilerek sona erdirmesidir (Mayo, 1992). Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization, WHO; 2008) verilerine göre dünyada her yıl yaklaşık bir milyon kişinin intihar girişiminde bulunduğu bilinmektedir. Yine Dünya Sağlık Örgütü verileri, Türkiye'nin yıllık, standardize intihar oranını binde 8 olarak bildirmektedir (WHO, 2014). Genç birey ölümünün önde gelen sebeplerinden biri olan (Hintikka ve ark., 2006) intihar oranının zaman içinde artış gösterdiğine dair veriler mevcuttur (Diekstra, 1993; Favaro ve Santonastaso, 1997; Iancu ve ark., 1997; Horesh, 2001; McClure, 2001; van Pletzen ve ark., 2012). Coşkun ve ark. (2012)'ın yaptığı çalışmada Türkiye'deki genç birey intiharlarının da arttığı görülmüştür.

Bilimsel yazında, intihar davranışı ve düşüncesi konusunda nörobiyolojik mekanizmaları, intiharın öngörülmesi, önlenmesi ve tedavisi konusunda yapılan çalışmalar kısıtlı sayı ve niteliktedir (Desmyter ve ark., 2011). Bu sebeple, klinik semptomların yanı sıra, intihar davranışı ile ilişkili olabilecek bilişsel mekanizmaların da incelenmesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (Carballo ve ark., 2008; Brent, 2009; Mann ve ark., 2009; Clark ve ark., 2010; Courtet ve ark., 2011; Jimenez-Trevino ve ark., 2011). İntihara ilişkin çalışmalar çoğunlukla orta yaş yetişkinlerle yapılmaktadır (Chamberlain ve ark., 2013). Mevcut bilimsel yazında, intihar ile mental esneklik, problem çözme becerisi ve sözel akıcılık gibi yürütücü işlevler arasında ilişkiler bildirilmektedir (Levenson ve Neuringer, 1971; Perrah ve Wichman, 1987; Ellis ve ark., 1992). Keilp ve ark. (2001, 2008) çalışmalarında intihar davranışının dikkat, bellek ve inhibisyon becerilerindeki bozulma ile ilişkili olabileceğini saptamıştır. Bu bulgular, beyin görüntüleme çalışmaları ile de desteklenmiştir. İntihar davranışında azalmış fronto-temporal hacim ve frontal lob aktivitesinde azalma olduğu bildirilmektedir (Desmyter ve ark., 2011). Ergenlerde yapılan bir çalışmada ise, Stroop testi enterferans süresinin intihar girişimi olan depresif bireylerde, kontrollere göre uzamış olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, yürütücü işlev bozukluklarının intihar ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Onat ve ark., 2019).

Ergenlerde intihar girişiminde rol oynayan bilişsel faktörlere ek olarak, otoriter veya reddedici/ihmalkar gibi özellikle olumsuz (*adverse*) ebeveynlik stillerinin etkili olduğu çocukluk deneyimlerinin çeşitli risk davranışları ve kişilik yönleriyle ilişkili olduğu

bilinmektedir (Baumrind, 1991). Ebeveyn düşmanlığının ise özellikle erkek çocuklarda intihar davranışlarıyla ilişkili olmasının yanı sıra, ebeveyn şiddetinin intihar girişimini yordadığı da gösterilmiştir (Baier ve Rehbein, 2013; Donath ve ark., 2014).

İntihar davranışının tanımlanması ve önlenmesi amaçlarıyla, hem araştırma ortamında hem de klinikte kullanılabilecek intihar riski altındaki bireyleri tanımlamak ve izlemek için hem intihar düşüncesi hem de davranışını değerlendirebilen standardize bir yönteme ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla Posner ve ark. (2011) tarafından Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (*Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS*) tasarlanmıştır. Dünyada altın standart olarak kabul edilen bu ölçek Türkçeye Kılınçaslan ve ark. (2019) tarafından kazandırılmıştır.

İntihar davranışının ve düşüncesinin değerlendirilmesi ve tanımlanabilmesi amacıyla, standardize testlerin kullanılması ve özellikle intihar davranışı riski yüksek gruplarda bilişsel işlevlerin etkisinin belirlenebilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, intihar öyküsü bulunan ergen bireylerin Stroop Testi, Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi, Dur İşareti Testi ve Yap/Yapma Testi performanslarıyla, Anne-Baba Tutum Ölçeği sonuçlarının intihar öyküsü bulunmayan ergen bireyler ile karşılaştırılarak, intihar girişiminde etkisi olabilecek bilişsel ve psikososyal belirteçlerin tespit edilmesiyle altın standart olarak kabul gören Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği'nin intihar girişimi olan ve olmayan bireyleri ayırt etmedeki özgüllük ve duyarlılığının belirlenmesidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın birincil amacı:

- 1) Ergenlerde intihar davranışını etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Çalışmanın ikincil amacı ise:

- 2) C-SSRS'nin tanı doğruluğunun incelenerek intihar girişimi olan ve olmayan bireyleri ayırt etmede özgüllük ve duyarlılığının belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırma kapsamında, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na intihar girişimi ile başvuran veya izlenen 12-18 yaş ergen bireyler ile intihar girişimi bulunmayan yaş, eğitim ve cinsiyet açısından benzer bireylerin yürütücü işlevlerinin ve algılanan ebeveynlik tutumlarının karşılaştırılarak intihar davranışı

üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda tüm katılımcılara, Stroop Testi, MKET, Yap/Yapma Testi, Dur İşareti Testi ve ABTÖ uygulanmıştır. Ayrıca çalışmanın alt amacı kapsamında, tüm katılımcılara C-SSRS uygulanarak, bu testin özgüllük ve duyarlılığının belirlenerek ayırt ediciliğinin saptanması hedeflenmiştir.

Araştırmanın ana amacının temel hipotezi aşağıda sunulmuştur.

- 1) H_0 : Nöropsikolojik durumun intihar davranışı üzerinde anlamlı etkisi yoktur.
 H_1 : Nöropsikolojik durumun intihar davranışı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

Araştırmanın ana amacının yan hipotezi aşağıda sunulmuştur.

- 2) H_0 : Algılanan ebeveynlik tutumunun intihar davranışı üzerinde anlamlı etkisi yoktur.
 H_1 : Algılanan ebeveynlik tutumunun intihar davranışı üzerinde anlamlı etkisi vardır.

Araştırmanın alt amacının temel hipotezi aşağıda sunulmuştur.

- 3) H_0 : C-SSRS intihar girişimini ayırt etmemektedir.
 H_1 : C-SSRS intihar girişimini ayırt etmektedir.

Araştırmanın alt amacının yan hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

- 4) H_0 : C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile Stroop Testi hata sayısı, spontan düzeltme sayısı ve enterferans süresi arasında korelasyon yoktur.
 H_1 : C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile Stroop Testi hata sayısı, spontan düzeltme sayısı ve enterferans süresi arasında pozitif korelasyon vardır.
- 5) H_0 : C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile Dur İşareti Testi dur işareti tepki süresi, dur işareti gecikme süresi, sinyal tepki süresi ve sinyal yok tepki süresi arasında korelasyon yoktur.
 H_1 : C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile Dur İşareti Testi sinyal tepki süresi arasında negatif korelasyon; dur işareti gecikme süresi, dur işareti tepki süresi ve sinyal yok tepki süresi arasında ise pozitif korelasyon vardır.
- 6) H_0 : C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile MKET tamamlanan kategori sayısı, toplam doğru sayısı, toplam hata sayısı,

perseveratif hata sayısı, ilk kategoriye tamamlamada deneme sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanı arasında korelasyon yoktur.

H₁: C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile MKET tamamlanan kategori sayısı ve toplam doğru sayısı arasında negatif korelasyon; toplam hata sayısı, perseveratif hata sayısı, ilk kategoriye tamamlamada deneme sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanı arasında pozitif korelasyon vardır.

- 7) H₀: C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile Yap/Yapma Testi yap koşulu hata oranı, yapma koşulu hata oranı, omisyon hataları ve yap koşulu tepki süresi arasında korelasyon yoktur.

H₁: C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri skorları ile Yap/Yapma Testi yap koşulu hata oranı, yapma koşulu hata oranı, omisyon hataları ve yap koşulu tepki süresi arasında pozitif korelasyon vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar

İntihar (özkıyım), kişinin kendi hayatını isteyerek ve bilerek sona erdirmesidir (Mayo, 1992). Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılı verilerine göre, Türkiye'nin yıllık yaş standardize intihar oranını 100,000'de 8 olarak tahmin edilmektedir. Küresel olarak, 70 yaş ve üstünden sonraki en yüksek intihar oranları ergen ve genç yetişkinler arasındadır. İntiharın, 15 ve 29 yaş aralığında başta gelen ikinci ölüm sebebi olduğu bildirilmiştir (WHO, 2014; 2018). Dünyadaki tüm ölümlerin %1.4'ünden sorumlu olan intihar vakalarının %79'u düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (WHO, 2018). 2016 yılında intihar, Amerika Birleşik Devletleri'nde en çok ölüme yol açan 10. sebep olarak bildirilmektedir ve intihar oranları artmaya devam etmektedir (Kochanek ve ark., 2017; Curtin ve ark., 2016; Hedegaard ve ark., 2018). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2017 yılında ülkemizde kaba intihar hızı yüz binde 3.82 olarak bildirilmiştir. İntihar oranları yaşa göre incelendiğinde 15-19 yaş grubunda intihar oranı %10.8 olarak bildirilmektedir (TÜİK, 2018).

Psikososyal ve kültürel faktörler intiharda önemli olmakla birlikte, kültür hem bir risk faktörü hem de koruyucu bir faktör olarak intihar davranışında rol oynamaktadır (Goldston ve ark., 2008). Ülkeler arası cinsiyet farkı da göz önüne alınarak artan genç intihar oranları, Türkiye'de, yüksek yaygınlıktaki aile içi şiddete, genç evlilik yaşına, istenmeyen evliliklere, namus cinayetlerine, düşük okuryazarlık seviyesine, kırdan kente göçe ve sınırlı zihinsel sağlık tedavi olanaklarına bağlanmaktadır (Coşkun ve ark., 2012; Ekici ve ark., 2001; Altındağ ve ark., 2005; Yaşan ve ark., 2008).

İntihar çeşitli şekillerde tanımlanan çok boyutlu ve kompleks bir fenomendir. İntihar davranışları, genellikle birinin kendi hayatını sonlandırması niyetiyle potansiyel olarak ölümcül davranışlar gerçekleştirmesi şeklinde tanımlanırken; eğer bu davranışlar, açık intihar niyetiyle ilişkiliyse ya da ciddi ölüm riskini meydana getiriyorsa intihar girişimi olarak nitelendirilir. İntihar girişimi ya da parasuicidalite, niyetten bağımsız olarak, ölümcül bir sonucu olmayan her türlü kendini yaralama davranışıyla tanımlanmaktadır (De Wilde, 2000). Tüm bu boyutları kapsayacak şekilde intihar eğilimi ifadesi de bilimsel yazında geçmektedir. Bahsi geçen terimleri, ölümle sonuçlanan veya sonuçlanabilecek kazalardan ayıran en temel kavramlar ise kasıt ve niyettir. Birinin kendi hayatını sonlandırma isteği ya da arzusu olarak anlaşılan intihar düşünceleri de genel olarak kabul gören tanımların da işaret ettiği gibi,

intihar davranışları ve intihardan önce gelmektedir (Saxena ve ark., 2014; Sadock ve ark., 2015; Rodzinski ve ark., 2017).

1980’lerde ABD Hastalık Kontrol Merkezleri, intihar tanımındaki kriterleri belirleme ve belgelendirme için ana hatları geliştirmek adına, adli tabipler, tıbbi tetkikçiler, istatistikçiler ve halk sağlığı temsilcilerini içeren geniş bir çalışma grubu toplamıştır. İntihar için, İntihar’ın Belirlenmesinin Operasyonel Kriterleri (*Operational Criteria for the Determination of Suicide, İBOK*) olarak bilinen; “kişinin kendini öldürme niyetiyle kendi gerçekleştirdiği bir eylem sonucunda meydana gelen ölüm” tanımı ileri sürülmüştür (Rosenberg ve ark., 1988).

O’Carrol ve ark. (1996) tarafından Klinik ve önlem çalışmalarına ilişkin sınırlı bilgi nedeniyle intihar davranışı için klinik bir sınıflandırma sistemi geliştirmenin henüz mümkün olmadığı öne sürülerek İBOK temel alınarak detaylandırılmış bir adlandırma yapılmıştır.

İBOK’yi de içeren intihar tanımlarında; ölümcül sonucu olan davranış, aktif veya pasif kendi kendine yapılan eylemler, ölme beklentisi veya niyeti açılarının ortak olduğu belirtilmiştir (De Leo ve ark., 2004).

İntihar davranışı sonucunda ölen ve ölmeyen gruplar birbirinden farklı olmakla birlikte kısmen kesişmektedir. Ölümle gerçekleşmeyen intihar davranışlarındaki niyetler, diğer grupta da bulunabilecek niyetler hakkında bilgi verebilir (Farberow ve Shneidman, 1961).

Ölümcül olmayan intihar davranışında, nedenleri içeren niyetlerin de araştırıldığı geniş bir çalışma olan İntihar Davranışı Üzerine WHO ve Avrupa Çok Merkezli Çalışması’nda; ilgi arama, diğerlerini etkileme, geçici kaçış ve son çıkış olmak üzere dört grupta toplanabilecek olan 14 olası niyet listesi ve İntihar Niyeti Ölçeği, 14 bölgede uygulanmıştır. 15 yaş ve üstü 1,646 kişiden bilgi toplanan çalışmada, farklı bölgelerdeki parasuisid hastalarda benzer niyetlerin gözlendiği ve niyetlerin yaş ile cinsiyete göre fazla değişim göstermediği belirtilmiştir. Her kişi için ambivalans ile çoklu neden ve niyet söz konusu olduğu gibi, üç temel niyet ve neden ise; 1) durumun dayanılmazlığıyla başka bir alternatif düşünememe nedeni, 2) düşüncelerin dayanılmazlığından katlanamama nedeni ve 3) ölmek isteme niyeti olarak bulunmuştur. 14 maddelik liste ile İntihar Niyeti Ölçeği arasında korelasyonla birlikte, ulusal ve bölgesel intihar oranları ve sadece kadınlardaki “ölmek isteme” cevaplarının sıklığı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu pozitif korelasyonun en azından kadınlarda daha çok olmak üzere kısmen de olsa, intihar davranışı sonucunda ölmeyen kişilerin niyetlerinin

ölümle sonuçlanan intiharlarda da bulunabileceğini desteklediği öne sürülmüştür. Risk kriterlerinin tanımlanmasının, ölümcül veya ölümcül olmayan intihar davranışını yordadığı anlamına gelmediği de göz önünde tutularak, hazırlık ve intihar arzusu gibi hastanın tanımladığı ölümcül olmayan intihar davranışı nedenlerinin birtakım intihar kriterlerini yordayabildiği öne sürülmektedir (Hjelmeland ve Hawton, 2004; Hjelmeland ve ark., 2002; Goldney, 2000; Kerkhof ve Arensman, 2004; Andriessen, 2006).

2.2. İntihar Oranları

İntihar düşünceleri ve davranışları, çocuklukta görece daha az olmakla birlikte ergenlik geçişinde anlamlı ölçüde artmaktadır. İntihar düşüncelerinden davranışa geçiş ise gençlerin çoğunda, düşüncelerin başlangıcından sonraki 1-2 yıl içerisinde gerçekleşmektedir (Dervic ve ark., 2008; Hepp ve ark., 2012; Nock ve ark., 2008; Nock ve ark., 2013; Glenn ve ark., 2017).

Dünya çapındaki ölüm oranları hakkındaki en iyi bilgi kaynaklarından olan, WHO'nun ölüm oranı veritabanı kullanılarak, 90 ülkeden 1995 yılındaki intihara bağlı ölüm oranı verilerinin toplanarak yapıldığı bir çalışmada, 15-19 yaşları arasında dünya çapında intihar oranı yüz binde 7.4 olarak öngörülmüştür (Wasserman ve ark., 2005; Glenn ve ark., 2019).

Yaş gruplarını belirten keskin sınırlara göre intihar üzerine çıkarımlarda bulunurken, yaş gruplarındaki gelişimsel süreçlerin de göz önüne alınarak yorumlanması önemlidir. Nitekim ergen ve yetişkinlerin farklı gelişimsel evrelerindeki, intihar ilişkili sonuçlarında risk faktörleri ve insidanslarına yönelik farklılıklar olduğuna dikkat çeken çalışmalar vardır (Kolves ve De Leo, 2015; Lewinsohn ve ark., 2001; Nkansah-Amankra, 2013). Diğer bir açıdan bakıldığında bu durum, ergenliği belirten yaş aralığında görülen psikolojik ve gelişimsel farklılıkların, intihardaki yansıması olarak düşünülebilir.

WHO'nun ölüm oranı veritabanı kullanılarak 2010 yılından itibaren verileri olan 45 ülkenin dahil edildiği, 10-19 yaşları arasında, intihara bağlı ölüm oranlarındaki ülkeler arası son trendleri inceleyen bir metaanalitik derleme çalışması yapılmıştır. Bu yaş grubunda 2010 ve 2016 arasındaki verilere göre yüz binde 3.77'lik bir intihar oranı öngörülmüştür. 15-19 yaş alt grubunda ise yüz bin kişide 6.04'lük bir oran söz konusudur. Oranlar arasındaki fark, yaşça büyük ergenlerdeki intihar oranının, daha küçük ergenlere göre daha yüksek olduğuna ilişkin oturmuş olan trendi destekleyici niteliktedir (Kolves ve De Leo, 2017; Roh ve ark., 2018). İntihara yönelik gelişimsel süreçlerin etkisi net olarak ortaya konulamamakla birlikte, daha genç (10-14 yaş) ve daha büyük ergenler (15-19 yaş) arasında, intihar riskindeki değişimlerle

ilişkili olabilecek önemli farklılıklar vardır (Dervic ve ark., 2008). Ergenlik boyunca olan intihar düşünceleri ve davranışlarındaki artış, intihara yönelik olmayan kendini yaralama, depresyon, madde kullanım bozukluğu ve bazı anksiyete bozuklukları gibi intihar için risk oluşturan başka psikopatolojilerdeki artışla örtüşmektedir. Daha büyük ergenler daha gençlerine göre, intihar düşünce ve davranışları için bilinen diğer bir risk faktörü olan daha fazla risk alma davranışı içerisine girmektedir. Ayrıca daha büyük ergenler, uyumsuz düşünmenin şiddetini ve karmaşıklığını arttırabilmelerine neden olabilecek daha gelişmiş bilişsel becerilere sahiptir. Bununla ilişkili olarak, üstbiliş ve soyut düşünmedeki artış ruminasyonu güçlendirebileceği gibi geleceği düşünme becerisindeki artış da umutsuzluğa yol açabilir. Dolayısıyla, genel olarak intiharla ilişkilendirilen olumsuz biliş daha ileri bir düzeyde olabilir. Akranların etkisini güçlendiren sosyal bağlantıların değişimi de intiharı model alma gibi riskli davranışları taklit etme potansiyelini arttırabilir. 17 yaşından itibaren çoğu intihar girişiminin tekrarlayan girişimler olduğu ve çoklu intihar girişimi öyküsünün ilerideki intihara bağlı ölümler için büyük risk meydana getirdiği göz önüne alındığında, yaşça daha büyük ergenlerin intihar davranışında bulunma deneyimlerinin görece fazlalığından dolayı, intiharla ölümden daha yüksek risk altında olabilecekleri düşünülmektedir (Costello ve ark., 2011; Glenn ve ark., 2017; Nock ve ark., 2009; Braams ve ark., 2015; Ammerman ve ark., 2018; Papageorgiou ve Wells, 2003; Kosnes ve ark., 2013; Cha ve ark., 2019; Pickering ve ark., 2018; Kochanski ve ark., 2018; Goldston ve ark., 2015).

Çoğu ülke için, ergenlerde, erkeklerin kadınlara kıyasla daha yüksek intihar oranı bildirilmiştir. Erkeklerin intiharla ölüm oranının kadınlardan yüksek olması, kendini asma ve ateşli silah kullanımı gibi ölümcül yöntemlerin daha fazla kullanımına ek olarak, madde kullanımı, agresif davranışlar ve risk alma davranışı gibi intihar sonucu ölümün ilişkili olduğu risk faktörlerinin daha yüksek bir insidanda olmasını da içeren çeşitli sebeplere bağlanmaktadır (Callanan ve Davis, 2012; Bozzay ve ark., 2014). Buna karşın, cinsiyet farkının ülkeler arası ve zamana göre sabit olmayıp genç intiharında kültürün etkisine işaret ettiği vurgulanmıştır.

Kendini asma/boğulma, dünya çapında 10-19 yaşları arasında en yaygın yöntem olarak belirlenmiştir. Hemen arkasından ise atlama/hareket eden bir nesnenin önüne yatma ya da yüksekten atlama gelmektedir. İlk yöntem, yetişkinlerde de yaygın olmasına rağmen ikinci yöntem yani yüksekten atlama ve tren yolu intiharı sonucu ölümler, gençlerde çok daha yaygın olup tam tersi bir durum da zehirlenme için gözlenmiştir (Hepp ve ark., 2012). Ayrıca

Ülkelerin, kullanılan intihar yöntemine erişilebilirlik açısından farklılaştığı bildirilmektedir. Ateşli silahlar ve tren yoluyla intihar yöntemleri için erişim ölçülebilirken gençlerdeki en yaygın olduğu bildirilen yöntem olan kendini asma/bođuлма için erişim ölçülememiştir.

Genel olarak intihar oranlarının, sosyoekonomik düzeyle mevcut göstergelerde anlamlı olarak ilişkili olmadığı bulunmuştur. Ekonomik krizlerin ve yüksek işsizlik oranlarının intihar sonucu ölümle bağlantısı ve dünyada düşük sosyoekonomik düzeyin intihar girişimleriyle ilişkisi göz önüne alındığında beklenmedik olarak değerlendirilebilecek olan bu bulgunun; çalışmanın, orta ve yüksek sosyoekonomik düzey ağırlıklı ülkeleri kapsamasıyla ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca sosyoekonomik düzeyin ülkeler arası etkilerinin yeterince incelenmediği belirtilmiştir. Ek olarak, şehirlerdeki heterojen dağılımın göstergeleri etkilemesinden de bahsedilmektedir (Nordt ve ark., 2015; WHO, 2014; Andres ve ark., 2010; Burrows ve Laflamme, 2010; Fang, 2018; Ki ve ark., 2017; Glaeser ve ark., 2009; Metaanalitik derleme için bkz: Glenn ve ark., 2019).

2.3. Risk Faktörleri

Her lme karşılık 25 ölümcül olmayan intihar girişimiyle birlikte milyonlarca intihar düşüncesine sahip kişi olduğu belirtilmektedir (Nock ve ark., 2008; Crosby ve ark., 2011). Kişide önceden kendini yaralama davranış ve düşüncelerinin varlığı gelecekteki aynı davranış ve düşünceleri yordadığı gibi intihar girişimi öyküsünün de intihar davranışı için en güçlü risk faktörlerinden biri kabul edildiği belirtilmektedir (Fawcett ve ark., 1990; Joiner ve ark., 2005). İntihar düşüncelerinin gelecekteki intihar davranış ve düşünceleri için ne ölçüde bir risk olduğu konusunda uzlaşılamamasına rağmen genel olarak bu görüş kabul edilmiştir. Planlamanın ise potansiyel olarak ölümcül intihar davranışları için gerekli bir belirteç olduğu kadar plansızlık ve dürtüsellik daha büyük bir risk oluşturduğuna yönelik bilimsel yazında çelişkili bulgular vardır (Ramchand ve ark., 2008; Anderson, 2011; Witte ve ark., 2008; Van Orden ve ark., 2010; Maser ve ark., 2002; Simon ve ark., 2002). Benzer bir çelişki yakın çevrede intihar davranışı bulunmasının etkisinde de gözlenmiştir. Bazı alışmalar, ailede intihar öyküsünün bulunmasının bir risk faktörü olduğunu gösterirken, bir etkinin bulunamadığı çalışmalar da vardır (Dahlsgaard ve ark., 1998; Soloff ve Chiappetta, 2012; Chan ve ark., 2014; Valtonen ve ark., 2006; Soloff ve Fabio, 2008; Dennehy ve ark., 2011).

Kendini yaralama düşünce ve davranışlarının herhangi bir boyutunun değerken olarak kullanıldığı, intihar düşüncesi, girişimi ya da intihar sonucunda ölümün en az bir boylamsal

analiz ile yordandığı, 2014 sonuna kadar yayınlanmış olan 172 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde, önceki kendini yaralama düşünce ve davranışlarının; gelecekteki intihar düşüncesi, girişimi ve sonucundaki ölüm için bir risk oluşturduğu ancak bilimsel yazında yaygın olarak öne sürüldüğünün aksine, beklenenden daha zayıf bir etkisi olduğu belirtilmiştir (metaanaliz için bkz: [Ribeiro ve ark., 2016](#)).

Tamamlanmış intiharlar, çocuklukta ve genç ergenlikte nadir olsa da yaşla birlikte daha sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ayrıca zihinsel bozuklukların yaygınlığı da, tıpkı intihar girişimlerinde olduğu gibi, çocukluğa göre ergenlikte daha yüksektir ([McClure, 2001](#); [Lewinsohn ve ark., 2001](#); [Fleming ve Offord, 1990](#); [McGee ve Stanton, 1992](#)). İntihar eden gençlerin çoğunluğunda psikiyatrik bir bozukluk öyküsü bulunmaktadır. Depresif bozukluklar, gençlerdeki intiharla ilişkilendirilen bozuklukların en önemlilerinden biri olmasına rağmen olması gerekenden daha az dikkate alınmakta ve tedavi edilmektedir. İntihar düşünce ve girişim öyküsü olan ergenlerin intihar riskinin özellikle yüksek olduğu da bir gerçektir ([Brent ve ark., 1993](#); [Shafii ve ark., 1988](#); [Marttunen ve ark., 1991](#); [Rich ve ark., 1986](#); [Lewinsohn ve ark., 1998](#); [Flament ve ark., 2001](#); [Shaffer ve ark., 1996](#); [Appleby ve ark., 1999](#)).

Madde kullanımına ilişkin olarak, zararlı madde ve tütün ürünleri kullanımının intihar davranışını doğrudan veya dolaylı olarak etkiliyor olabileceği bildirilmektedir. Psikososyal ve psikiyatrik problemlerle ilişkili olabileceği bildirilen tütün kullanımının, psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak da ergenlerde intihar davranışıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir ([Mäkikyrö ve ark., 2004](#); [King ve ark., 2001a](#)). Benzer şekilde, ergenlerde alkol kullanımının, depresif semptomlardan bağımsız olarak da intiharla ilişkili olup alternatif başa çıkma stratejilerini sınırladığı, inhibisyon ve dürtüsellik gibi bilişsel becerilerde bozulmaya neden olduğu ve bu bozulmaların intihar davranışını etkilediği belirtilmektedir ([Brent ve ark., 1999](#); [Sher, 2006](#); [Hufford, 2001](#); [Schilling ve ark., 2009](#)).

Çocukların intihar riskinin ergenlere göre daha az olmasının bir açıklaması, başarılı bir intihar eylemi planlama ve umutsuzlukla çaresizlik duygularını geliştirmek için gerekli bilişsel olgunluklarının olmayışı olabilir. Nitekim çocuklukta ve erken ergenlikte intihar edenlerin, fiziksel ve bilişsel olarak erken gelişim gösterdiği bildirilmektedir. Ayrıca, ailenin sosyal ve duygusal desteğiyle, sosyal izolasyonu azaltması koruyucu bir faktör görevi görebilmektedir. Diğer yandan, ergenlerin bireyselleşme isteğiyle öz bilinçlenmelerinin artışı, aile ve okul gibi

destek sistemlerinin etkisinin zayıflamasına yol açabilmektedir. Bununla birlikte, gelişimlerdeki hızlı psikolojik, biyolojik ve sosyal değişimler, ergenleri çevresel strese karşı savunmasız bırakabilmektedir. İntiharla zihinsel bozukluk arasındaki ilişki düşünüldüğünde de; genetik, psikolojik ve çevresel gelişim alanlarının karmaşık yapısı ve risk faktörleri de ergenlerde psikopatolojiye yol açabileceğinden dolayı intihar için bir başka risk faktörü oluşturabilmektedir. Gençlerdeki intiharın önemli risk faktörlerinden olan madde kullanımı ve depresyonun görülme oranının artışı, ergenlerdeki zihinsel bozuklukların çocuklardan daha yaygın olmasının temel sebeplerinden olup intihar riskini yükseltmektedir. Destekleyici olarak, ergenlikteki duygusal ve davranışsal bozulmalarla olumsuz yaşantıların; sonraki psikiyatrik bozukluklar, psikososyal bozulma, intihar düşünce ve girişimleri üzerinde yordayıcı etkisinin bulunduğu boylamsal çalışmalarla gösterilmiştir (Shaffer ve Fisher, 1981; Shaffer, 1974; Aro ve ark., 1993; Brent ve ark., 1996; Angold ve ark., 1998; Cicchetti ve Toth, 1998; Rao ve ark., 1993; Fergusson ve ark., 2000; Fleming ve Offord, 1990; McGee ve Stanton, 1992).

2.4. Psikiyatrik Risk Faktörü

İntihar sonucu ölenlerin %44'ü daha önceden intihar girişiminde bulunmuştur. Prospektif olarak bakıldığında da intihar teşebbüsünde bulunmuş kişilerin %10 ile %15'i sonrasında intihar sonucu ölmüştür. Teşebbüsten sonraki 1 yılda ise risk en fazladır (Kerkhof ve Arensman, 2004; Maris, 1981, Maris ve ark., 1992).

Bilimsel yazında çocuk ve ergen intiharlarında %81-95 oranında zihinsel bozukluk bulunduğu belirtilmektedir. Bu bozukluklardan duygu durum bozukluklarının (*mood disorders*) ve özellikle de majör depresyonun en sık görülen olduğu bildirilmiştir. Ayrıca intihar eden ergenlerden madde kullanımı ve bağımlılık tanısı alanların oranının, dörtte bir ile üçte iki arasında değiştiği gözlenmektedir. Tanı kriterlerini karşılamayan madde kötüye kullanımları da ergen intiharlarıyla ilişkili bulunmuştur. Yıkıcı bozukluklar (*disruptive disorders*) da gençlerde intihar için ciddi risk oluşturmaktadır. Yıkıcı ergenlerin, özellikle madde kullanımı eş tanısı ve intihar girişimi öyküsü varken intihar için ciddi risk altında olduğu belirtilmektedir. Genellikle depresif semptomların ve/veya madde kullanımının eşlik ettiği, davranım bozuklukları (*conduct disorders*) dışındaki diğer davranış bozuklukları da önemli intihar riski oluşturmaktadır.

İntihar eden gençlerde, psikiyatrik eş tanı oldukça yaygın olup madde kullanımı, duygu durum bozukluğuyla beraberken tek başına olduğuna kıyasla çok daha büyük bir risk oluşturmaktadır. Kaygı bozuklukları da benzer şekilde sadece duygu durum bozukluklarıyla eş tanıli iken risk faktörü oluşturmaktadır. Davranım bozukluklarının ise duygu durum bozukluklarıyla eş tanıli değilken, olduğuna kıyasla daha fazla risk oluşturduğu görülmüştür. Bu da davranım bozukluklarının, duygu durum bozukluklarından bağımsız olarak, çocuk ve ergen intiharı için bir risk faktörü oluşturabileceğini göstermektedir (Brent ve ark., 1993; Shafii ve ark., 1988; Marttunen ve ark., 1991; Shaffer ve ark., 1996; Brent ve ark., 1988; Shafii ve ark., 1985; Apter ve ark., 1993; Marttunen ve ark., 1994; Marttunen ve Pelkonen, 2000; Aro ve ark., 1993; Groholt ve ark., 1997; Marttunen ve ark., 1995; Pirkola ve ark., 1999; Brent ve ark., 1999).

Takip çalışmalarında da, depresif ve antisosyal bozukluklar, agresif davranış, madde kullanımı ve bağımlılık, önceki intihar tipi davranışlar, önceki hastaneye yatış durumu, psikiyatrik bozukluğun şiddeti ve uzama seyri ile intihar sıklıkla ilişkilendirilmiştir. Psikotik bozukluklarla intihar arasındaki bağlantıların, klinik olmayan örneklemelere göre çocuk ve ergen psikiyatri hastalarında ve intihar girişiminde bulunanlarda daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Bipolar bozukluğun önemi ise özellikle vurgulanmıştır (Rao ve ark., 1993; Nylander, 1979; Welner ve ark., 1979; Otto, 1972; Kjelsberg ve ark., 1994; Rydelius, 1984; Pelkonen, 1990; Kuperman ve ark., 1988; Allebeck ve ark., 1988; Kotila ve Lönnqvist, 1989).

Bir çalışmada, 6 yıllık bir takip sürecinde ergen ayakta hastalardan sadece erkeklerin intihar ettiği bulunmuştur. Ayrıca, mevcut intihar davranışı, zayıf psikososyal işlev ve psikiyatri servisine yatış önerisiyle intihar arasında bulunmuş olan ilişki, bozukluğun şiddetinin ve seyrinin önemini vurgulanmıştır (Pelkonen ve ark., 1996).

Yaşça daha büyük çocuk ve ergenlerdeki daha yüksek intihar riskini, psikopatolojinin de daha yaygın görülmesine bağlamak mümkün olsa da; yaşça daha büyük ergenlerde psikopatolojinin daha yaygın olduğuna ve intihar için daha yüksek bir risk oluşturduğuna dair bulguların tutarlı olmadığı belirtilmektedir (Brent ve ark., 1999; Groholt ve ark., 1998).

2.5. Aile Risk Faktörü

Ebeveynlerin boşanması, ailede intihar öyküsü bulunması, ebeveynlerde zihinsel problemler ve/veya madde kullanımının, intiharda aileyle ilişkili risk faktörlerinden olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Brent ve ark., 1993; Shafii ve ark., 1988; Marttunen ve ark., 1991;

Shaffer ve ark., 1996; Brent ve ark., 1988; Shafii ve ark., 1985; Brent ve ark., 1994; Apter ve ark., 1993). Ailede madde kullanımı, zihinsel bozukluk veya problem öyküsünün, intihar sonucu ölümle ilişkili olduğu, çocuk ve ergen hastalarla intihar girişiminde bulunanların takip çalışmalarında da gösterilmiştir. Ayakta ergen erkek hastalarla yürütülen bir takip çalışmasında, 6 yıllık bir takip sürecinde ölenlerin yarısından fazlasında zayıflamış ebeveyn desteği bağlamında ailesel problemler bildirilmiştir (Rao ve ark., 1993; Nylander, 1979; de Chateau, 1990; Rydelius, 1984; Engqvist ve Rydelius, 2000; Pelkonen, 1996).

Anne ve babayla zayıf iletişim, ailede intihar davranışı, madde kullanımı ve depresyon öyküsü, ebeveynlerin adli problemleri ebeveyn ve çocuk uyumsuzluğu, ergen intiharıyla ilişkili bulunan ve riski arttıran aileye bağlı psikososyal faktörlerdendir (Brent ve ark., 1994; Gould ve ark., 1996; Groholt, 1997).

Ailede intihar davranışının bir risk faktörü oluşu, bu davranışın aileden geçen bir özellik olabileceğini ve hem tamamlanmış intiharları hem de girişimleri kapsayabileceğini gösterebilmektedir (Pelkonen ve Marttunen, 2003).

Boylamsal bir çalışmada, aile şiddetiyle birlikte tartışmaların, iki cinsiyet için de intihar düşünceleri açısından risk faktörü oluşturduğu belirtilmiştir. Ancak erkeklerin üzerindeki etkisi daha yüksek olurken intihar düşüncesi olan kadınların, aile bireyleri tarafından daha az değer gördüklerini algıladıkları bildirilmiştir (Reinherz ve ark., 1995).

İki ebeveynle birden beraber yaşamama, düşük seviyede ebeveyn desteği, sık taşınma, cinsel istismara maruz kalma ve dezavantajlı çocukluk şartlarına sahip olmanın, intihar girişiminde bulunan ergenlerdeki aileyle ilişkili risk faktörlerinden olduğu belirtilmektedir (Fergusson ve Lynskey, 1995; Beautrais ve ark., 1998; Wichstrom, 2000; Lewinsohn ve ark., 1994; Potter ve ark., 2001; Garnefski ve Arends, 1998).

Bilimsel yazında, tamamlanan intiharlarda, özellikle duygu durum bozuklukları olmak üzere, psikiyatrik bozuklukların intihar düşünce ve girişimleri için en önemli risk faktörlerinden olduğu bildirilmiştir (Reinherz ve ark., 1995; Beautrais ve ark., 1996; Gould ve ark., 1998; Kingsbury ve ark., 1999; Groholt ve ark., 2000; Pelkonen ve Marttunen, 2003).

Genç intiharının bireysel psikososyal risk faktörleri, son zamanlardaki disiplin krizlerini, kişisel kayıpları ve okul problemlerini içermektedir. Öte yandan bilimsel yazında, sosyal izolasyon ve yabancılaşmanın intihardaki rolünü destekleyen, ne okula giden ne de çalışan

ocuk ve ergenlerin özellikle risk grubunda olduğuna dair çalışmalar da bulunmaktadır (Gould ve ark., 1996; Groholt, 1997; Derleme için bkz: Pelkonen ve Marttunen, 2003).



2.6. Ebeveynlik Stili ve İntihar

Özellikle olumsuz olarak nitelendirilebilecek otoriter ve reddedici/ihmkar ebeveyn stilleri söz konusuysa, çocukluk yaşantılarındaki ebeveynlik stillerinin, çeşitli risk davranışları ve kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir (Baumrind, 1991). Ergenlerde otoriter ebeveynlik, demokratik ebeveynliğe göre daha yüksek madde kullanımı, daha düşük öz güven ve sosyal beceriyle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca demokratik ebeveynleri olan ergenlerin, reddedici/ihmkar ebeveynleri olan akranlarına göre öz güvenlerinin, otokontrollerinin ve akran etkisine dayanıklılıklarının daha yüksek olduğu dolayısıyla, daha düşük madde kullanımı ve şiddet ilişkili davranış bildirdikleri belirtilmiştir (Jackson ve ark., 1998). Ebeveynlik tutumlarının, intihar düşünce ve girişimleriyle olan ilişkisinde ise bilimsel yazın daha sınırlıdır. Hong Kong'taki ergenlerde, babaların katılığı ve annelerin kontrolcülüğünün yüksekliğiyle ifade edilen, algıladıkları otoriter ebeveynlikle intihar düşüncesi ilişkili bulunmuştur (Lai ve McBride-Chang, 2001). Avustralya'daki bir çalışmada, benzer olarak kontrolcü ve duygusal olmayan, otoriter ebeveynleri olan ergenlerin, iki katı intihar düşüncesi ve üç katı kasıtlı kendine zarar verme riski olduğu bulunmuştur (Martin ve Waite, 1994). Özellikle erkeklerde olmak üzere, ebeveyn şiddetiyle ebeveyn düşmanlığı, intihar girişimlerini yordayacak şekilde intihar davranışlarıyla ilişkili bulunmuştur (Rehbein ve Baier, 2013). Şili'deki bir çalışmada ise daha zayıf ilişkiler bildirilmiştir (Florenzano ve ark., 2011). Avrupa'da ise bu konudaki çalışmalar yetersizdir.

Kırk dört bin altı yüz on ergen öğrenciyle yapılan bir çalışmada, ergen intihar girişimleri gibi intihar ve diğer risk davranışları açısından, reddedici/ihmkar ebeveynleri olanların risk altında, demokratik ebeveynleri olanların ise avantajlı durumda olduğu bulunmuştur (Donath ve ark., 2014).

2.7. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)

İntihar düşüncesi ve davranışının standardize edilmiş, geçerli ve güvenilir ölçeklerle saptanabilmesi klinik ve araştırma ortamlarında büyük önem taşımaktadır (Kerr ve ark., 2014). Özellikle ergen bireylerde intihar davranışı ve/veya düşüncesi riski zaman zaman gözden kaçırılabilen ve tedavisiz kalabilmektedir (King ve ark., 2015). Bu sebeple, genç yaş gruplarında, ergen bireylerde geçerli ve güvenilir sonuçlar sağlayan standardize bir ölçeğe ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyacı karşılamak amacıyla, Posner ve ark. (2011) tarafından yarı yapılandırılmış ve görüşme temelli bir ölçek olan Columbia İntihar Riskini Derecelendirme

Ölçeği geliştirilmiştir. C-SSRS tüm dünyada sıklıkla kullanılmaktadır. Dünyada 100'den fazla ülkede C-SSRS'nin kullanıldığı bildirilmiştir. Aynı zamanda ölçek pek çok dile çevrilmiş ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

C-SSRS, çoğunlukla intihar davranışı ve düşüncesini belirlemede “altın standart” olarak kabul görmektedir (Giddens ve ark., 2014). Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (*The Food and Drug Administration, FDA*), prospektif intihar düşüncesi ve davranışını içeren klinik ve deneysel araştırmalarda C-SSRS kullanılmasını şiddetle tavsiye etmektedir (FDA, 2012).

C-SSRS'nin orijinal geçerlik ve güvenilirlik çalışması Posner ve ark. (2011) tarafından 3 farklı klinik çalışmadan elde edilen retrospektif verilerle gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, ölçeğin yakınsama geçerliği (*convergent validity*), dış geçerliği (*divergent validity*) ve iç tutarlılığı yetişkinlerde ve ergen bireylerde incelenmiştir. C-SSRS'nin puanlayıcılar arası güvenilirliği ise psikiyatri servisinde yatan hastalar ile yapılan bir çalışmada belirlenmiştir (Youngstrom ve ark., 2015). Bu çalışmalarda, C-SSRS'nin diğer intihar düşüncesi ve davranışı ölçekleriyle birlikte değerlendirildiğinde, iyi düzeyde yakınsama geçerliği ve dış geçerlik gösterdiği saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığının ise orta-yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

C-SSRS Türkçe'ye Kılınçaslan ve ark. (2019) tarafından kazandırılmış ve ergen bireylerde ölçeğin geçerlik güvenilirlik bulguları incelenmiştir. Bu çalışmada C-SSRS'nin yakın zaman ve hayat boyu olmak üzere tüm alt ölçeklerinin mükemmel iç tutarlık gösterdiği (Cronbach alfa >.90) bulunmuştur. Faktör analizlerinde, intihar düşüncesi şiddeti, intihar düşüncesi yoğunluğu ve intihar davranışı faktörlerinin Türkçe versiyonunda da orijinal ölçekle uyumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca, C-SSRS'nin yakınsama geçerliği incelendiğinde, çalışmada kullanılan diğer depresyon, umutsuzluk ve intihar ölçekleri ile orta-yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği bildirilmektedir. Ek olarak, tek-yönlü ANOVA analizleriyle intihar girişimi olan bireylerin C-SSRS skorlarının olmayanlara kıyasla farklı olduğu gösterilmiştir. Çalışma bulguları, C-SSRS'nin Türkçe'de geçerli ve güvenilir olduğunu ve sağlam psikometrik özellikler gösterdiğini bildirmektedir. Ancak, bu çalışmada ölçeğin özgüllük ve duyarlık değerleri belirlenmemiştir.

2.8. İntihar ve Bilişsel İşlevlerin İlişkisi

Bilimsel yazında, bilişsel işlevlerdeki bozulmanın, özellikle yürütücü işlev bozukluklarının intihar davranışı ve intihar düşüncesi için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Keilp ve ark., 2013). Yürütücü işlevler, akıl yürütme, problem çözme, strateji oluşturma mental

esneklik, mental set değiştirme, kendi performansının farkında olma ve uygun olmayan davranışın baskılanması becerilerini içeren bir işlevler bütünüdür. Genellikle frontal lob yürütücü işlevler ile ilişkilendirilmektedir. Yürütücü işlevlerden pek çoęu dorsolateral prefrontal korteks ile ilişkilendirilirken, inhibisyon becerisi orbitofrontal prefrontal korteks ile ilişkilendirilir. Bilimsel yazındaki çalışmalar, intihar davranışına katkısı olduğu dūřünülen yürütücü işlev bozukluklarının intihar davranışı olan bireylerde olmayan bireylere kıyasla daha yaygın ve şiddetli olduğunu göstermektedir (Burton ve ark., 2011).

Yürütücü işlevlerden mental esneklik, karar verme davranışında dış geri bildirimlere ve değişen çevresel faktörlere göre yapılan strateji değişimleri olarak tanımlanmaktadır (Miranda ve ark., 2012). Mental esnekliği ölçmek için en yaygın kullanılan test Wisconsin Kart Eřleme Testi'dir (WKET). Mental esneklikteki bozulmanın intihar dūřüncesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Schotte ve Clum, 1982; 1987). İntihar öyküsü bulunan bireylerin mental esneklik ölçen testlerde intihar girişimi bulunmayan bireylere kıyasla daha kötü performans sergilediği bildirilmiştir (Marzuk ve ark., 2005). Ayrıca, Miranda ve ark. (2012) yaptıkları bir çalışmada, mental esneklik becerisi WKET kullanılarak değerlendirilmiş ve yetişkin bireylerde mental esneklik becerisindeki bozulmanın intihar davranışını öngörebileceği ve mental katılığın intihar davranışı için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Ancak, bazı çalışmalarda intihar davranışı olan ve olmayan bireylerin WKET performansları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ellis ve ark. (1992)'nin çalışmasında, psikiyatri servisinde yatan intihar girişimi bulunan ve bulunmayan yetişkin bireylerin WKET performanslarını karşılaştırmış ve anlamlı fark bulamamıştır. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında ise, intihar girişimi bulunan bireylerin WKET kurulumu sürdürme becerisinin intihar öyküsü bulunmayan bireylerle kıyaslandığında anlamlı derecede daha kötü olduğu bildirilmiştir (Richard-Devantoy ve ark., 2013). Moniz ve ark. (2017)'nin çalışmasında, intihar girişimi bulunan bireylerin WKET skorlarının sağlıklı kontrollere kıyasla dūřük olduğunu saptamıştır.

Dürtüsellik, gerektiğinde çeşitli alternatifler gözetilmeksizin hareket etmek ve hem kendi hem de evre üzerindeki olumsuz sonuçları göz önünde bulundurmadan i ve dış uyaranlara hızlı, plansız tepkiler vermek olarak tanımlanmaktadır (Onat ve ark., 2018). Dürtüsel davranışlar, hızlı, spontan, planlanmamış veya "dūřünülmenden planlanmış" ve muhtemelen uyumsuz davranışlar olarak nitelendirilmektedir (Enticott ve Ogloff, 2006). Yürütücü işlevlerin en önemli ögelerinden biri uygun olmayan yanıtların bastırılması, diğer bir değişle inhibisyon becerisidir. İnhibisyondaki bozulmanın dürtüsellik de kaynağı olduğu dūřünülmektedir

(Cheung ve ark., 2004). Dürtüselliğin intihar davranışının karakteristik özelliklerinden biri olduğu bildirilmektedir (Lester, 1992). Bipolar bozukluk ve diğer psikiyatrik bozukluklarda inhibisyon becerisinin bozulmasının intihar davranışı ve düşüncesi ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Dougherty ve ark., 2004; Horesh, 2001; Raust ve ark., 2007). Bilimsel yazında inhibisyon becerisini değerlendirmede en çok kullanılan testlerden bazıları Dur İşareti Testi, Stroop Testi, Yap/Yapma Testi, Iowa Kumar Testi ve Sürekli Performans Testi'dir (Wilhelm ve ark., 2016). Dur İşareti Testi, başlamış olan motor yanıtı bastırma becerisini değerlendirmektedir (Logan ve ark., 1984). Genç yetişkinlerle yapılmış olan bir çalışmada intihar öyküsü bulunan bireylerin motor dürtü kontrol ve dikkat becerilerini değerlendiren testlerde intihar öyküsü olmayanlara kıyasla daha düşük performans gösterdiği bildirilmiştir (Horesh, 2001). Dougherty ve ark. (2009)'nın çalışmasında ise, psikiyatri servisinde yatan intihar öyküsü bulunan ve bulunmayan ergen bireyleri bilgisayar temelli dürtüsellik paradigmalarını kullanarak karşılaştırmıştır. İntihar öyküsü bulunan ergen bireylerin olmayan bireylere kıyasla, dürtüselliğin sonuca odaklılığıyla ilişkili olan test performanslarında daha dürtüsel davranış gösterdikleri saptanmıştır. Chamberlain ve ark. (2013), intihar girişimi olan ve olmayan genç yetişkinlerin inhibisyon becerilerini Dur İşareti Testi'ni kullanarak karşılaştırmış ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulamamıştır.

Stroop Testi, inhibisyon becerisinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan testlerden biridir. Keilp ve ark. (2001; 2008), intihar davranışının Stroop testi performansındaki bozulma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. İntihar öyküsü bulunan bireylerin bulunmayan bireylerle kıyaslandığında Stroop testi performanslarının daha kötü olduğu bildirilmektedir. Bir başka çalışmada ise, ölümcüllüğü yüksek intihar girişiminde bulunan yaşlı bireyler ile intihar girişimi bulunmayan sağlıklı bireyler, intihar girişimi bulunmayan depresif bireyler ve ölümcüllüğü düşük intihar girişimi olan bireyler karşılaştırılmıştır. Benzer bir şekilde, intihar girişiminde bulunan bireylerin Stroop testi enterferans sürelerinin intihar girişimi olmayan bireylere kıyasla uzamış olduğu gösterilmiştir (Richard-Devantoy ve ark., 2015). Afektif bozukluğu olan bireylerde intihar öyküsü olan ve olmayan grupların karşılaştırıldığı çalışmada ise, yaştan bağımsız olarak intihar girişimi bulunan bireylerin inhibisyon becerileri olmayanlara kıyasla daha kötü ve Stoop Testi performanslarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Metaanaliz için bkz: Richard-Devantoy ve ark., 2012).

Yap/Yapma Testi'nin kullanıldığı çalışmalar sınırlı sayıda olmakla beraber Dougherty ve ark. (2009)'nın çalışmasında intihar girişimi bulunan ve bulunmayan ergen bireylerin Yap/Yapma

Testi performanslarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. [Pan ve ark. \(2011\)](#)'nın çalışmasında intihar girişimi bulunan depresif ergenler, bulunmayan depresif ergenler ve sağlıklı kontroller Yap/Yapma Testi performansları açısından karşılaştırılmıştır. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme bulguları, Yap/Yapma Testi sırasında sağlıklı kontrollerin prefrontal, anterior singulat ve parietal kortikal bölgelerinin aktivasyonunda artış olduğunu göstermiştir. İntihar öyküsü bulunmayan depresif bireyler sağlıklı kontrollerle benzer bir aktivasyon sergilerken, intihar öyküsü bulunan bireylerin bu bölgedeki beyin aktivitelerinin sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede daha düşük olduğu bildirilmektedir. İnhibisyon becerisinde rol aldığı düşünülen bu bölgedeki aktivitede azalmanın, intihar girişimi olan bireylerde inhibisyon becerisindeki bozulmayla ilişkili olabileceği düşünülmüştür ([Pan ve ark., 2011](#)). Bir başka çalışmada ise, depresif intihar girişimi olan, depresif intihar girişimi olmayan ve sağlıklı yetişkin bireyler incelenmiştir. Bu çalışmada, intihar girişimi olan bireylerin Yap/Yapma Testi hata oranlarının intihar girişimi olmayan bireyler ile sağlıklı kontrollere kıyasla artmış ve tepki sürelerinin uzamış olduğu bulunmuştur ([Moniz ve ark., 2017](#)).

Bilimsel yazındaki çalışmalar, intihar girişimi olan bireylerin olmayan bireylere kıyasla genel olarak özgün olmayan emosyonel uyarana daha fazla dikkat gösterdiğini, karar verme süreçlerinde, problem çözme becerilerinde, sözel akıcılık becerilerinde ve WKET ile değerlendirilen mental esnekliklerinde bozulma olduğunu bildirmektedir. İntihar davranışıyla birlikte görülebilen psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak, intihar öyküsü bulunan bireylerde nöropsikolojik değerlendirme çalışmalarında başta yürütücü işlevler olmak üzere bilişsel süreçlerde bozulma görülmektedir. Beyin görüntüleme çalışmaları ise bu gruptaki bireylerde yürütücü işlevlerle ilişkili olan dorsomedial, dorsolateral ve ventrolateral prefrontal korteks ve anterior singulat başta olmak üzere bölgesel beyin aktivitesinde farklılaşma olduğunu bildirmektedir ([Derleme için bkz: Jollant ve ark., 2011](#)).

İntihar davranışı ve düşüncesi olan bireylerde bilişsel bozulmaların tanımlanması, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde gelecek intihar davranışının belirlenmesi ve önlenmesinde yardımcı olabilir ([Richard-Devantoy ve ark., 2012](#)). Bu sebeple, intihar davranışı riskinin yüksek olduğu ergen bireylerde intiharla ilişkili olabilecek bilişsel süreçlerin tanımlanması klinik ve deneysel araştırma açısından büyük öneme sahiptir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırmanın ayırt edici geçerlik aşaması metodolojik bir çalışmadır. Mevcut çalışmanın intihar girişimi bulunan ve bulunmayan bireylerde nöropsikolojik değerlendirme bulguları ve anne baba tutumlarının karşılaştırılması aşaması nedensel bir olgu kontrol çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma kapsamında bilimsel yazın taraması ve okunması, etik kurul başvurusunun hazırlanması ve tez önerisi hazırlığı Ocak-Mart 2019 tarihlerinde yapılmıştır. Olgu ve kontrol gruplarından veri toplanması Nisan-Ekim 2019 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Toplanan verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi ve yorumlanması ise Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma kapsamında kullanılan testler tüm katılımcılara Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın örnekleme, kontrol ve olgu gruplarından oluşmaktadır. Olgu grubuna DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na intihar girişimi öyküsü ile başvuran ve/veya intihar girişimi öyküsü ile izlenmekte olan 24 ergen birey; kontrol grubuna ise DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na intihar girişimi dışında başka bir sebeple başvuran 21 ergen birey dahil edilmiştir. C-SSRS intihar davranışı alt ölçeğine göre en az bir kere intihar girişiminde bulunmuş katılımcılar olgu grubuna dahil edilmiştir.

Çalışma kapsamında etik ilkeler göz önünde bulundurulmuş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan her bireyden ve ailesinden bilgilendirilmiş gönüllü onam formları alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilen tüm ergen bireylerin depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile anksiyete bozuklukları tanıları hekimler tarafından DSM V tanı kriterlerine göre koyulmuştur. Olgu grubuna dahil edilen 11 ve kontrol grubuna dahil edilen 12, toplam 23 katılımcıya doktorlar tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (*The Kiddie Schedule For Affective Disorders and Schizophrenia, KSADS*) uygulanmıştır.

3.3.1. Çalışmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya dahil olma kriterleri olgu ve kontrol grupları için

- 1) Araştırmaya dahil edilecek bireylerin klinik olarak normal zekaya sahip olması,
- 2) 12-18 yaş aralığında olması,
- 3) Bireyin ve velisinin araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

Her iki grup için dışlama kriterleri ise,

- 1) Bireyin akıcı okuma davranışının gelişmemiş olması,
- 2) Renk körlüğü bulunması ve
- 3) Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış olmalarıdır.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali tüm katılımcılardan toplanan Stroop Testi, Dur İşareti Testi, Yap/Yapma Testi, Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi skorları, Anne Baba Tutum Ölçeği ve Türkçe CSSR-S puanlarıdır. Dur İşareti Testi, Yap/Yapma Testi ve MKET Inquisit 5 programı kullanılarak bilgisayar ortamında uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın ana amacı kapsamında belirlenen hipotezlere ait bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıda sunulmuştur.

3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni:

Stroop Testi skorları

Yap/Yapma Testi skorları

Dur İşareti Testi skorları

Wisconsin Kart Eşleme Testi skorları

Ebeveyn Tutumları

3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Grup: İntihar girişimi öyküsü bulunan bireyler, intihar girişimi öyküsü bulunmayan bireyler

Araştırmanın alt amacı kapsamında belirlenen hipotezlere ait bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıda sunulmuştur.

3.5.3. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni:

C-SSRS intihar düşüncesi ve düşüncelerin yoğunluğu alt testlerinin skorları

3.5.4. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

İntihar girişimi

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Nöropsikolojik Testler

3.6.1.1. Stroop Testi

Stroop Testi en yaygın kullanılan yürütücü işlev testlerinden biri olup, dikkat, bilişsel esneklik, işleme hızı ve tepki inhibisyonu becerilerini değerlendirmektedir (Stroop, 1935). Stroop Testi, kırmızı, mavi ve yeşil renkli 60 kutucuğun ve uyumsuz renklerle yazılmış 60 adet rastgele sıralanmış kırmızı, yeşil ve mavi kelimelerinden oluşur. Birinci aşamada katılımcı kutucukların rengini olabildiğince hatasız ve hızlı bir şekilde söyler. İkinci aşamada kişiden uyumsuz renklerle yazılmış kelimeleri okuması istenir. Üçüncü bölümde ise katılımcıdan renkli kelimeleri okumak yerine yazıldığı mürekkebin rengini söylemesi talep edilir. Katılımcının tüm bölümleri tamamlama süresi kaydedilir ve üçüncü bölüm ile ikinci bölüm arasındaki süre farkı enterferansa direnç olarak değerlendirilir. Ayrıca katılımcının yaptığı hata sayısı ve hatasını fark ettiğinde spontan olarak yaptığı düzeltmeler kaydedilir ve değerlendirmeye alınır.

3.6.1.2. Dur İşareti Testi

Dur İşareti Testi, yürütücü işlevlerin önemli bileşenlerinden olan tepki ketleme ve dürtü kontrol becerisini değerlendiren bir testtir. Test sırasında katılımcıya hedef uyarılar ve hedef olmayan uyarılar sunulmaktadır. Katılımcıdan hedef uyarana tepki vermesi beklenirken, hedef olmayan uyarı sunulduğunda tepkiyi ketlemesi istenir. Dur İşareti Testi'nde katılımcıdan ekranda görülen hedef uyarana göre bir düğmeye basması istenir. Denemelerin bazılarında hedef uyarandan sonra “dur işareti” (bir ses) verilir ve bu işaret verildiğinde motor yanıtın engellenmesi beklenir. “Yap” uyarısı ile “dur işareti” arasındaki zaman değiştirilerek yanıtı inhibe etmek için gereken zaman hesaplanır. Bu zamana dur işareti tepki süresi adı verilir (Yazıcı ve Yazıcı, 2010). Bu çalışmada bilgisayar temelli Dur İşareti Testi kullanılmıştır (Verbruggen ve ark., 2008).

3.6.1.3. Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi

Karmaşık dikkat, çalışma belleği, soyut düşünme, kavramsallaştırma ve bilişsel esneklik becerilerini değerlendiren bir testtir. Dört adet uyarıcı kartı ile 64'er adet tepki kartı içeren iki desteden oluşmaktadır. Kartlarda değişik renklerde ve miktarlarda şekiller bulunur. Katılımcıdan, her bir tepki kartını doğru olduğunu düşündüğü uyarıcı kartı ile eşlemesi istenir. Doğru eşleme kategorisi sırasıyla renk, şekil, miktar, renk, şekil, miktar olarak sıralanır ve katılımcı arka arkaya 10 doğru eşleme yaptığında bir sonraki kategoriye geçilir. WKET için 13 ayrı alt puan türü hesaplanmaktadır (Karakaş, 2006). Bu çalışmada, Nelson (1976) tarafından modifiye edilmiş olan WKET (MKET) bilgisayar ortamında ve 24 kartlık iki desteden uygulanmıştır. Bu versiyon, testi tamamlamayı reddeden ve aşırı anksiyöz katılımcılar için oluşturulmuştur (Zubicaray ve Ashton, 1996). MKET'in orijinal WKET'ten farklı olarak birden fazla kategoriye uygun olan tüm kartlar destelerden çıkarılmıştır. Ayrıca, testin orijinalinden farklı olarak, katılımcının ilk eşlediği özellik, ilk kategori için doğru kabul edilmektedir. MKET'de kategori tamamlamak için gerekli olan arka arkaya 10 doğru cevap şartı, 6 doğru cevaba indirilmiştir. Ayrıca, arka arkaya verilen 6 doğru cevaptan sonra katılımcılara set değiştirmesi gerektiği açıkça ifade edilmektedir (Zubicaray ve Ashton, 1996).

3.6.1.4. Yap/Yapma Testi

Yap/Yapma Testi bilgi işleme hızı ve tepki ketleme becerilerini değerlendiren bir yürütücü işlev testidir (Lapierre ve ark., 1995). İşaretli Yap/Yapma Testi'ndeki işaretler, takip etmesi muhtemel olan yap veya yapma hedef uyaranları için ön bilgi sağlamaktadır ve doğru hedefe işaret etme olasılıkları yüksektir. İşaretler, ketleme ya da davranışı yerine getirmede hazırlayıcı süreçleri ortaya çıkardığı için ketleyici ve aktive edici eğilimler işarete bağlılıkta hızlı gelişim gösterir. Yap işaretleri, yap hedeflerine yönelik tepki süresini hızlandıran tepki baskınlığını meydana getirir. Bir yapma hedefi arkadan geldiğinde tepkiyi ketlemek için bu tepki baskınlığının aşılması gerekmektedir. Yapma işaretlerine göre yap işaretlerini takip eden yapma hedeflerine olan tepkiyi ketlemedeki başarısızlık daha yaygındır. Bu da baskın tepkileri ketlemenin daha zor olduğunu göstermektedir (Posner, 1980; Miller ve ark., 1991). Testte önce 800 ms süresince bir artı (+) işareti odak noktası olarak gösterilmektedir. Devamında 500 ms boyunca boş beyaz ekran gözükmektedir. Rastgele olacak şekilde 100, 200, 300, 400 veya 500 ms'lik bir işaret verilmektedir. Sonrasında, bir yap veya yapma hedefi, bir tepki gerçekleşene ya da 1000 ms geçene kadar ekranda kalmaktadır. 700 ms'lik

bir aralıktan sonra aynı sıralama tekrarlanmaktadır. İşaret, 0.8 mm'lik siyah bir hat içerisindeki 7.5 x 2.5 cm boyutlarında, beyaz arka planda ekranın tam ortasında yatay veya dikey olarak sunulan bir dikdörtgendir. Yap ve yapma hedefleri sırasıyla, dikdörtgenlerin içini dolduracak şekilde beliren yeşil ve mavi renkleridir. Katılımcılardan yeşil renk belirir belirmez istenilen tuşa basarak tepki vermeleri, mavi renkte ise bu tepkiyi bastırmaları istenmektedir. Yap veya yapma hedeflerinden önce gelme oranlarına göre dikey dikdörtgenler yap işareti görevi görürken, yatay olanlar yapma işareti görevi görmektedir. İşaret süreleri gibi, işaret ve hedef kombinasyonları da rastgele olarak sunulmakta ve her denemede, tepkinin gerçekleşip gerçekleşmediği kaydedilip gerçekleştiyse de hedefin başlangıcıyla tuşa basılana kadarki tepki süresi milisaniye bazında ölçülmektedir. Test yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir (Fillmore ve ark., 2006). Bu çalışmada bilgisayar temelli işarete bağlı yap/yapma testi kullanılmıştır.

3.6.1.5. Anne Baba Tutum Ölçeği

Lamborn ve ark. (1991) tarafından geliştirilen, çocuk ve ergenlerin anne babalarının tutumlarını algılayışlarını değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe standardizasyonu Yılmaz (2000) tarafından yapılmıştır. 26 maddeden oluşan ölçek; kabul/ilgi, kontrol/denetleme ve psikolojik özerklik olmak üzere üç boyutu değerlendirmektedir. On yaş üzeri çocuklar ve ergenlere uygulanabilen ölçek, dört dereceli likert tipidir. Kabul/ilgi boyutunda ve psikolojik özerklik boyutunda dokuzar madde bulunmaktadır.

İlk iki maddesi yedi dereceli, diğer maddeleri ise üç dereceli likert tipi ölçek üzerinde hazırlanmış olan kontrol/denetleme boyutunda ise sekiz madde bulunmaktadır. Kabul/ilgi ve kontrol/denetleme boyutlarının kesişmesinden dört anne-baba tutumu ayırt edilmektedir. Ölçek değerlendirmesi sonucunda “demokratik”, “izin verici-ihmkar”, “otoriter” ve “izin verici-müşahakar” olmak üzere farklı ebeveyn tutumu kategorileri oluşturulmaktadır. ABTÖ puanlanması, her örneklem için örneklemin kendi medyan değeri hesaplanarak yapılmaktadır. Kabul/ilgi ve kontrol/denetleme boyutlarından medyan üzeri puan alınması “demokratik”; her iki boyuttan da medyan altı puan alınması “izin verici-ihmkar” stil olarak değerlendirilir. Kabul/ilgi boyutundan medyan altı ve kontrol/denetleme boyutundan medyan üzeri puan alınması “otoriter”; Kabul/ilgi boyutundan medyan üzeri ve kontrol/denetleme boyutundan medyan altı puan alınması “izin verici-müşahakar” stil olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz, 2000; Aydoğdu ve Çam, 2013).

3.6.1.6. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), depresif semptomların şiddeti ve depresyon riskini belirlemek amacıyla [Beck ve ark. \(1961\)](#) tarafından geliştirilmiştir. BDÖ duygusal, motivasyonel ve bilişsel alanlardan oluşan 21 madde içeren bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Ölçekte bulunan 21 madde likert tipi ölçüm ile değerlendirilir. Sıfır ile 3 arasında değerlendirme yapılmaktadır. “0” belirtinin hiç olmadığı anlamına gelirken; “3” çok şiddetli bir şekilde bu belirtinin görüldüğü anlamını taşımaktadır. Tüm maddelere verilen puanların toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir ve toplam puan 0-63 değerleri arasında olabilmektedir. BDÖ’de kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir ([Hisli, 1988](#)). On yedi puan ve altı depresyon açısından risksiz olarak değerlendirilirken 17 puan üzeri depresyon varlığı açısından riskli olarak değerlendirilmektedir.

BDÖ’nün tanımlı amaçlı bir ölçek olmamakla birlikte, ölçeğin amacı depresyon belirtilerinin şiddetini objektif olarak belirleyebilmektedir ([Beck ve ark., 1961; Hisli, 1988](#)). Yapılan çalışmalar, BDÖ’nün ergen bireylerde de kullanılabileceğini göstermiştir ([Teri, 1982](#)).

3.6.1.7. Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği

C-SSRS intihar düşüncesi ve davranışını değerlendiren yarı yapılandırılmış ve görüşme temelli bir ölçektir. Ölçek, “intihar düşüncesi”, “düşüncelerin yoğunluğu”, “intihar davranışı” olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır.

C-SSRS’nin orijinal geçerlik ve güvenirlik çalışması [Posner ve ark. \(2011\)](#) tarafından yapılmış ve C-SSRS’nin diğer intihar düşüncesi ve davranışı ölçekleriyle birlikte değerlendirildiğinde, iyi düzeyde yakınsama geçerliği ve dış geçerlik gösterdiği saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığının ise orta-yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması [Kılınçaslan ve ark. \(2019\)](#) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada C-SSRS’nin yakın zaman ve hayat boyu olmak üzere tüm alt ölçeklerinin mükemmel iç tutarlık gösterdiği (Cronbach alfa >.90) bulunmuştur. Faktör analizlerinde, intihar düşüncesi şiddeti, intihar düşüncesi yoğunluğu ve intihar davranışı faktörlerinin Türkçe versiyonunda da orijinal ölçekle uyumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca, C-SSRS’nin yakınsama geçerliği incelendiğinde, çalışmada kullanılan diğer depresyon, umutsuzluk ve intihar ölçekleri ile orta-yüksek düzeyde korelasyon gösterdiği

bildirilmektedir. Ek olarak, tek-yönlü ANOVA analizleriyle intihar girişimi olan bireylerin C-SSRS skorlarının olmayanlara kıyasla farklı olduğu gösterilmiştir. Çalışma bulguları, C-SSRS'nin Türkçe'de geçerli ve güvenilir olduğunu ve sağlam psikometrik özellikler gösterdiğini bildirmektedir (Kılınçaslan ve ark., 2019). Ancak, bu çalışmada ölçeğin özgüllük ve duyarlık değerleri belirlenmemiştir.

C-SSRS'de intihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve ölümcüllük olmak üzere dört alt alan değerlendirilmektedir. “İntihar düşüncesi” alt ölçeği 5 puan üzerinden derecelendirilir. “İntihar düşüncesinin yoğunluğu” alt ölçeği ise her biri 5 puan üzerinden değerlendirilen 5 maddeden oluşmaktadır. İntihar düşüncesinin yoğunluğu sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcılar ve intihar nedeni olmak üzere 5 maddenin 5 puanlık bir ölçekle değerlendirilmesi ile belirlenmektedir. Üçüncü alt ölçek; gerçekleştirilmiş, durdurulmuş ya da kesintiye uğramış girişimlerin; intihara hazırlayıcı davranışın ve intihara yönelik olmayan kendine zarar verme davranışlarının nominal bir ölçekle değerlendirildiği “intihar davranışı” alt ölçeğidir. C-SSRS’de bulunan son alt ölçek ise, gerçek intihar girişimlerini değerlendiren “ölümcüllük” alt ölçeğidir.

Ölçeğin, “intihar düşüncesi” alt testi ve “düşüncelerin yoğunluğu” alt testi numerik olarak puanlanmaktadır. İntihar düşüncesi alt testi ise 0-5 arasında puanlanmaktadır. Düşüncelerin yoğunluğu alt testi 0-25 arasında değer alabilmektedir. “İntihar davranışı” alt ölçekleri ise evet-hayır sorularından oluşmaktadır.

3.7. Araştırmanın Planı ve Takvimi

Araştırma planı ve takvimi Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi

	<i>Ocak-Mart 2019</i>	<i>Nisan- Haziran 2019</i>	<i>Temmuz- Ağustos 2019</i>	<i>Eylül-Kasım 2019</i>	<i>Aralık 2019</i>
<i>Bilimsel Yazın Tarama, Etik Kurul ve Tez Önerisinin Hazırlanması</i>	<i>X</i>				
<i>Veri Toplama</i>		<i>X</i>	<i>X</i>		
<i>Verilerin İstatistiksel Analizi</i>			<i>X</i>	<i>X</i>	
<i>Değerlendirme ve Yorum</i>				<i>X</i>	<i>X</i>
<i>Sunum</i>					<i>X</i>

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Tüm istatistiksel analizler SPSS 24.0 ([IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk, NY](#)) programı kullanılarak yapılmıştır.

3.8.1. Nöropsikolojik Testler

İntihar girişimi olan ve olmayan katılımcıların istatistiksel analizlere dahil edilen ölçümleri aşağıda sunulmuştur.

Stroop Testi: Hata sayısı, spontan düzeltme sayıları, enterferans süresi,

Yap/Yapma Testi: Yap koşulundaki hata oranı, Yapma koşulundaki hata oranı, omisyon hataları, Yap koşulu tepki süresi

Dur İşareti Testi: Gecikme süresi (*stop signal delay*), dur işareti tepki süresi (*stop signal reaction time*), sinyal tepki süresi (*signal respond reaction time*), sinyal yok tepki süresi (*no signal reaction time*)

MKET: Tamamlanan kategori sayısı, toplam hata, toplam doğru cevap, perseveratif hata sayısı, ilk kategoriyi tamamlamak için yapılan deneme sayısı, öğrenmeyi öğrenme puanı

Bu skorları kapsayan nöropsikolojik test skorlarının, yaş ve eğitim değişkenlerinin normal dağılımı Shapiro-Wilk normal dağılım testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılımı sağlayan nöropsikolojik testler bağımsız örneklem t testi; normal dağılım göstermeyen testler ise Mann-Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm sonuçlar için $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Gruplar arasında Anne Baba Tutum Ölçeği skorları ile elde edilen 4 farklı kategorinin karşılaştırılması ve sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi kullanılmıştır. Ki-kare analizlerinde en küçük teorik frekans baz alınarak, en küçük teorik frekans 25'ten büyükse Pearson Ki-Kare değerleri, 5 ile 25 arasında ise Yates' Ki-Kare değerleri, 5'ten küçük ise Fischer Exact Test ki-kare değerleri kullanılmıştır. Tüm sonuçlar için $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.8.2. Korelasyon Analizleri

C-SSRS skorlarının normal dağılımı Shapiro-Wilk testi kullanılarak değerlendirilmiştir. C-SSRS düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri ile nöropsikolojik test skorları arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. ABTÖ ebeveynlik stilleri ve C-SSRS skorları arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm sonuçlarda $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.8.3. C-SSRS Ayırt Edici Geçerlik Analizleri

C-SSRS'nin ayırt edici geçerliğinin belirlenmesi amacıyla yaş, eğitim ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş gruplarda ROC eğrisi analizleri kullanılmıştır. C-SSRS'nin numerik olarak puanlanabildiği düşüncelerin yoğunluğu ve intihar düşüncesi alt testleri ROC eğrisi analizlerine dahil edilmiştir. Eğri altında kalan alan (AUC) için $p < 0.05$ istatistiksel olarak

anlamalı kabul edilmiştir. ROC optimal kesme noktası hesaplanarak duyarlılık ve özgüllükleri saptanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Nisan-Ağustos 2019 tarihleri arasında DEUTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na intihar girişimi öyküsü ile başvuran 12-18 yaş birey sayısı öngörülenden daha düşük olmuştur. Bu sebeplerle araştırma planlanandan daha küçük bir örneklem ile yürütülmüştür.

3.10. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma DEU Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30/09/2019 tarihinde 4677-GOA protokol ve 2019/24-40 karar numarası ile uygun bulunmuştur. Etik kurul onayı EK-1'de sunulmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlerin ve Ebeveynlik Stillerinin İntihar Girişimine Etkisi

Yaş değişkeninin tüm gruplarda normal dağılım gösterdiği ($p>0.05$) saptanmıştır. Eğitim yılı normal dağılım göstermemektedir ($p<0.05$).

İntihar girişimi olan bireyler ve intihar girişimi olmayan bireylerin yaş [$t(43)=-0,833$; $p=.409$], eğitim ($p=.898$) ve cinsiyet [$\chi^2(3)=2,655$; $p=.103$] değişkenleri açısından farklı olmadığı bulunmuştur. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen olgu ve kontrol gruplarının demografik özellikleri

	İntihar Girişimi Olan Bireyler (n=24) Ort ± SS	İntihar Girişimi Bulunmayan Bireyler (n=21) Ort ± SS	<i>p</i>
Yaş (Yıl)	15.19±1.78	15.58±1.38	.409 ^a
Cinsiyet (K/E)	13/8	20/4	.103 ^b

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, ^aBağımsız Örneklem T-Testi, ^bKi-Kare Testi

İntihar girişimi olmayan ve intihar girişimi olan birey gruplarının demografik değişkenleri ki-kare analizleri ile incelenmiştir. Sosyoekonomik durum [$\chi^2(3)=2,092$; $p=0.629$], anne-baba evlilik durumu [$\chi^2(1)=0,134$; $p=0.714$], anne-baba sağ olma durumu [$\chi^2(1)=0,009$; $p=1.000$], ailede psikiyatrik bozukluk bulunması [$\chi^2(1)=0.064$; $p=0.541$], ailede intihar öyküsü bulunması [$\chi^2(1)=2,024$; $p=0.245$] ve anne baba tutumlarının [$\chi^2(3)=6,614$; $p=0.087$] değişkenlerinin intihar girişimini etkilemediği görülmüştür. Sigara kullanma [$\chi^2(1)= 9,612$; $p=0.002$] ve alkol kullanma [$\chi^2(1)= 6,131$; $p=0.013$] değişkenlerinin ise intihar girişimini etkilediği görülmüştür. ABTÖ ebeveynlik stilleri açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2(3)=7,374$; $p=.061$] (Tablo 3). Gruplar arasında, depresyon [$\chi^2(1)=2,188$; $p=0.139$], DEHB [$\chi^2(1)= 0,047$; $p=0.828$] ve anksiyete bozukluğu [$\chi^2(1)= 0,030$; $p=0.862$] tanılarında fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 3. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan gruplarda sigara kullanımı, alkol kullanımı ve ABTÖ ebeveynlik stillerinin karşılaştırılması

		Grup		
		Kontrol- n(%)	Olgu- n(%)	Toplam- n(%)
Sigara Kullanımı	Yok	19(65.5)	10(34.5)	29(100)
	Var	2(12.5)	14(87.5)	16(100)

		Grup		
		Kontrol- n(%)	Olgu- n(%)	Toplam- n(%)
Alkol Kullanımı	Yok	18(62.1)	11(37.9)	29(100)
	Var	3(18.7)	13(81.3)	16(100)

		Grup		
		Kontrol- n(%)	Olgu- n(%)	Toplam- n(%)
ABTÖ Stilleri	Demokratik	6(46.2)	7(53.8)	13(100)
	İzin Verici-İhmalkar	1(12.5)	7(87.5)	8(100)
	Otoriter	6(46.2)	7(53.8)	13(100)
	İzin Verici- Müşamahakar	8(72.7)	3(27.3)	11(100)

Tablo 4. İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan gruplarda depresyon, DEHB ve anksiyete bozukluğu tanılarının karşılaştırılması

		Grup		
		Kontrol-n(%)	Olgu-n(%)	Toplam-n(%)
Depresyon	Yok	11(64.7)	6(35.3)	17(100)
	Var	10(37.0)	17(63.0)	27(100)

$\chi^2=2.188, p=0.139$

		Grup		
		Kontrol-n(%)	Olgu-n(%)	Toplam-n(%)
Dikkat	Yok	13(44.8)	16(55.2)	29(100.0)
Eksikliği ve	Var	8(53.3)	7(46.7)	15(100.0)
Hiperaktivite				
Bozukluğu				

$\chi^2=0.047, p=0.848$

		Grup		
		Kontrol-n(%)	Olgu-n(%)	Toplam-n(%)
Anksiyete	Yok	15(45.5)	18(54.5)	33(100.0)
Bozuklukları	Var	6(54.5)	5(45.5)	11(100.0)

$\chi^2=0.030, p=0.862$

4.2. Grupların Nöropsikolojik Test Skorlarının Karşılaştırılması

Güvenli bir yaklaşım olarak, Beck Depresyon Ölçeği skorlarının nöropsikolojik test skorları üzerindeki etkisi doğrusal regresyon analizleri ile incelenmiş ve BDÖ skorlarının nöropsikolojik test skorları üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır (tümü için, $p>0.05$).

Shapiro-Wilk normal dağılım testi sonuçlarına göre Beck Depresyon Ölçeği skorları, dur işareti gecikme süresi, dur işareti tepki süresi, sinyal tepki süresi, sinyal yok tepki süresi, yap koşulu tepki süresi değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur ($p>0.05$). Beck Depresyon Ölçeği skorlarının iki grup arasında anlamlı olarak farklı, intihar girişimi olan bireylerin BDÖ skorlarının olmayan bireylere kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır [$t(43)=-3,406$; $p=0.001$]. Gruplar arasında Dur İşareti Testi gecikme süresi [$t(42)=0,488$; $p=0.628$], dur işareti tepki süresi [$t(42)=1,470$; $p=0.152$] sinyal tepki süresi [$t(42)=-0,686$; $p=0.497$] ve sinyal yok tepki süresi [$t(42)=1,291$; $p=0.204$] alt değişkenleri açısından anlamlı fark

olmadığı saptanmıştır. Yap/Yapma Testi alt skorlarından, yap koşulu tepki sürelerinin [$t(42)=-0,117$; $p=0.907$] gruplar arasında farklı olmadığı görülmüştür. Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme toplam doğru cevap [$t(42)=0,466$; $p=0.814$] sayısında gruplar arası fark saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Olgu ve kontrol gruplarının bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırılan nöropsikolojik test skorları

	Olgu (n=24)	Kontrol (n=21)	<i>p</i>*
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Beck Depresyon Ölçeği	26.29±12.03	14.76±10.46	0.001
Yap Koşulu Tepki Süresi	381.00±47.72	379.17±55.82	0.907
Dur İşareti Gecikme Süresi	427.15±193.14	452.22±140.62	0.628
Dur İşareti Tepki Süresi	243±83.53	270.86±34.18	0.152
Sinyal Tepki Süresi	585.98±121.96	610.45±114.01	0.497
Sinyal Yok Tepki Süresi	672.34±141.94	723.62±119.27	0.204
Toplam Doğru Sayısı	21.83±7.47	22.38±8.04	0.814

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *Bağımsız Örneklem T Testi

Shapiro-Wilk normal dağılım testi sonuçlarına göre Stroop testi hata sayısı, spontan düzeltme, enterferans süresi, yap koşulundaki hata oranı, yapma koşulundaki hata oranı, omisyon hatalarının ve Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi alt skorlarından, tamamlanan kategori sayısı toplam hata, perseveratif hata sayısı, ilk kategoriye tamamlamak için yapılan deneme sayısı ve öğrenmeyi öğrenme puanlarının normal dağılım göstermediği bulunmuştur ($p<0.05$). Grupların, Stroop testi alt skorlarından hata sayısı ($p=.831$), spontan düzeltme ($p=.434$) ve enterferans süresi ($p=.802$) performanslarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Yap/Yapma Testi alt skorlarından, yap koşulundaki hata oranı ($p=.185$), yapma koşulundaki hata oranı ($p=.657$) ve omisyon hatalarının ($p=.185$) gruplar arasında farklı olmadığı görülmüştür. Modifiye Edilmiş Wisconsin Kart Eşleme Testi alt skorlarında, tamamlanan kategori sayısı ($p=.348$), toplam hata ($p=.680$), perseveratif hata sayısı ($p=.635$), ilk kategoriye tamamlamak için yapılan deneme sayısı ($p=.446$) ve öğrenmeyi öğrenme puanlarında ($p=.661$) gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Olgu ve kontrol gruplarının Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılan nöropsikolojik test skorları

	Olgu (n=24) Ortanca(Min-Max)	Kontrol (n=21) Ortanca(Min-Max)	p*
Stroop Hata Sayısı	0.00 (0.00-10.00)	0.00 (0.00-12.00)	0.841
Stroop Spontan Düzeltme	1.00 (0.00-7.00)	2.00 (0.00-6.00)	0.434
Stroop Enterferans (sn)	39.00 (17.00-78.00)	40.00 (20.00-83.00)	0.802
Yap Koşulu Hata Oranı	0.00 (0.00-0.14)	0.00 (0.00-0.03)	0.185
Yapma Koşulu Hata Oranı	0.008 (0.00-0.08)	0.008 (0.00-0.08)	0.657
Omisyon Hataları	0.00 (0.00-0.23)	0.00 (0.00-0.007)	0.185
Tamamlanan Kategori Sayısı	2.00 (0.00-5.00)	3.00 (0.00-5.00)	0.348
Toplam Hata Sayısı	27.00 (12.00-37.00)	25.00 (12.00-39.00)	0.680
Perseveratif Hata Sayısı	5.00 (0.00-16.00)	4.00 (0.00-9.00)	0.635
İlk Kategoriyi Tamamlamada Deneme Sayısı	8.00 (7.00-48.00)	8.00 (6.00-48.00)	0.446
Öğrenmeyi Öğrenme Puanı	5.00 (-15.00-15.42)	2.86 (-17.50-16.25)	0.661

*Mann Whitney U Testi

4.3. C-SSRS İntihar Düşüncesi ve Düşüncelerin Yoğunluğu Alt Ölçeklerinin Duyarlılık ve Özgüllük Değerleri

C-SSRS intihar düşüncesi ve düşüncelerin yoğunluğu alt ölçeklerinin duyarlılık ve özgüllük değerleri ROC eğrisi analizleri yöntemi ile incelenmiştir.

Ömür boyu intihar düşüncesi skorlarının (AUC=0.823, $p<0.001$), 3.5 puan olarak saptanan optimal kesme noktasında, %81 duyarlılık ve %84 özgüllük değerleri ile intihar girişimi olan ve olmayan grubu ayırt edebildiği belirlenmiştir.

Toplam intihar düşüncesi skorlarının (AUC=0.804, $p=0.001$), 2.5 puan olarak saptanan optimal kesme noktasında, %62 duyarlılık ve %95 özgüllük değerleri ile intihar girişimi olan ve olmayan grubu ayırt edebildiği belirlenmiştir.

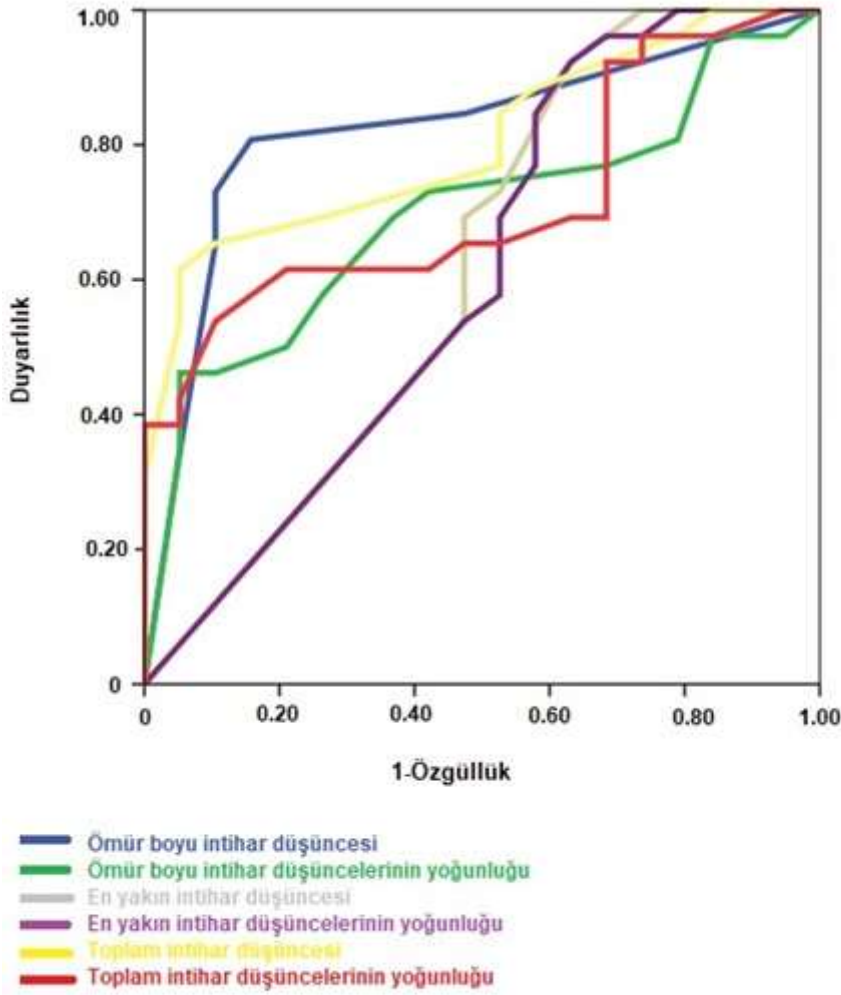
Ömür boyu intihar düşüncelerinin yoğunluğu skorlarının (AUC=0.696, $p=0.026$), 12.5 puan olarak saptanan optimal kesme noktasında, %69 duyarlılık ve %63 özgüllük değerleri ile intihar girişimi olan ve olmayan grubu ayırt edebildiği belirlenmiştir.

Toplam intihar düşüncelerinin yoğunluğu skorlarının ($AUC=0.717$, $p=0.014$), 11.5 puan olarak saptanan optimal kesme noktasında, %54 duyarlılık ve %90 özgüllük değerleri ile intihar girişimi olan ve olmayan grubu ayırt edebildiği belirlenmiştir.

En yakın intihar düşüncesi skorlarının ($AUC=0.616$, $p=0.186$) eğri altında kalan alanının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

En yakın intihar düşüncelerinin yoğunluğu skorlarının ($AUC=0.604$, $p=0.237$) eğri altında kalan alanının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Ömür boyu intihar düşüncesi, toplam intihar düşüncesi, ömür boyu intihar düşüncelerinin yoğunluğu, toplam intihar düşüncelerinin yoğunluğu, en yakın intihar düşüncesi ve en yakın intihar düşüncelerinin yoğunluğu puanlarının ROC eğrileri Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar için, toplam intihar düşüncesi, ömür boyu intihar düşüncesi, en yakın intihar düşüncesi, toplam intihar düşüncelerinin yoğunluğu, ömür boyu intihar düşüncelerinin yoğunluğu, en yakın intihar düşüncelerinin yoğunluğu alt ölçek puanlarının ROC eğrileri

4.4. C-SSRS alt ölçekleri ve Nöropsikolojik Test Skorları Arasındaki Korelasyonlar

Korelasyon analizlerinde, Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ömür boyu intihar düşüncesi ($r=0.607$), toplam intihar düşüncesi ($r=0.628$) ve toplam intihar düşüncelerinin yoğunluğu ($r=0.617$) alt ölçekleri ile pozitif yönde yüksek düzey ilişki gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, Beck Depresyon Ölçeği puanlarının en yakın intihar düşüncelerinin yoğunluğu ($r=0.491$), en yakın intihar düşüncesi ($r=.455$), ömür boyu intihar düşüncesi yoğunluğu ($r=0.503$) puanları ile pozitif orta-yüksek düzey ilişkili olduğu bulunmuştur (tümü için; $p<0.05$). Ek olarak, Dur İşareti Testi alt skorlarından sinyal yok tepki süresi ve C-SSRS ömür boyu intihar düşüncelerinin yoğunluğu ($r=-0.327$) puanlarının negatif yönde orta düzey

korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, Dur İşareti Testi dur işareti tepki süresi ile ömür boyu intihar düşüncesi ($r=-0.471$) ve toplam intihar düşüncesi ($r=-0.452$) alt ölçekleri arasında orta düzey negatif korelasyon bulunmuştur (tüm, $p<0.05$). C-SSRS alt ölçek skorları ve ABTÖ ebeveynlik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır (tümü için, $p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, intihar girişimi öyküsü bulunan ergen bireyler ile intihar girişimi öyküsü bulunmayan ergen bireylerin Stroop Testi, Yap/Yapma Testi, Dur İşareti Testi ve MKET kullanılarak ölçülen inhibisyon, mental esneklik ve dürtüsellik becerileri değerlendirilerek karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda, bu iki grubun demografik özellikleri karşılaştırılmış ve sosyoekonomik durum, boşanma, anne ve baba yaşam statüsü, ailede psikiyatrik öykü bulunması ve ailede intihar öyküsü bulunması durumlarının intihar girişimi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Ayrılan ebeveyn faktörünün, özellikle ebeveynlerden birinin yeniden evlenmesi halinde, intiharla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Ancak, intihar girişimi ve boşanma arasındaki bu ilişkinin genellikle çocuk veya ergen bireylerin ailesel bütünlüğün bozulması algısı ile ilgili olduğu bildirilmektedir (Rubenstein ve ark., 1998). Çalışmamızda boşanmanın intiharla ilişkili olmadığı bulgusunun, çalışmaya dahil edilen örneklemin, anne baba boşanmış olsa dahi, aralarındaki bütünlüğün hala korunuyor olduğu algısından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. İntihar davranışı ve ailede intihar öyküsü ilişkisi bilimsel yazında sıklıkla incelenmiştir. Bazı çalışmalarda intihar davranışının ailesel olduğu hatta genetik olabileceği bildirilmektedir (Brent ve Mann, 2005; Cash ve Bridge, 2009). Çalışmamızda ailesel intihar girişiminin, bireyin intihar girişimi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Ancak, çalışmaya dahil edilen örnekleme, gruplar arasında anlamlı fark olmasa dahi, intihar girişimi olan bireylerin %26.1'inde, intihar girişimi olmayan bireylerin ise yalnızca %9.5'inde ailesel intihar öyküsü olduğunu bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasının limitli katılımcı sayısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan, ailede intiharın genetik art alanından farklı olarak psikososyal açıdan bakıldığında, bu duruma dolaylı olarak maruz kalmanın da bir risk faktörü olabileceğinden bahsedilmektedir (Dahlsgaard ve ark., 1998; Soloff ve Chiappetta, 2012). Ancak herhangi bir etki bulamayan çalışmalar da vardır (Valtonen ve ark., 2006; Soloff ve Fabio, 2008; Dennehy ve ark., 2011). Bu çalışmada anlamlı ilişki bulunamamasının psikososyal faktörlerle ilişkili olarak bir açıklaması, intihar girişiminde bulunan ergenlerin ailesinde intihar öyküsü olsa dahi, bu öykü hakkındaki bilgi demografik olarak toplandığından, ergenlerin bu olaydan ne kadar etkilendiğine dair ölçülebilir bir veri alınarak farklı düzeydeki etkilenmelerin ayırt edilememiş olması olabilir. Dolayısıyla ebeveynlerin,

hem toplumun algısından korunmak nedeniyle hem de çocuklarını intihar gibi yıkıcı bir olaydan potansiyel olarak koruma çabasıyla detayları dışarıda bırakacak şekilde olayın çarpıcılığını ve olaya maruz kalmanın etkisini azaltmış olabilecekleri düşünülebilir.

Bu çalışmada, alkol tüketiminin intihar davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamız örnekleminde alkol tüketiminin intihar girişimi olmayan bireylerde %14.3; intihar girişimi olan bireylerde ise %54.2 oranında olduğu görülmüştür. Alkol kullanımının ergenlerde intihar ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Brent ve ark., 1999). Alkol tüketiminin inhibisyon becerisinde bozulma, dürtüsellikte ve agresif davranışlarda artışa neden olduğu ve alternatif başa çıkma stratejilerini sınırladığı bilinmektedir (Sher, 2006; Hufford, 2001; Schilling ve ark., 2009). Bazı çalışmalarda, DEHB ve diğer davranış bozukluğu olan ergen bireylerde, alkol tüketiminin doğrudan ve/veya dolaylı olarak intihar davranışı riskini arttırabileceği gösterilmiştir (James ve ark. 2004; Kelly ve ark. 2004). Schilling ve ark. (2009)'nın çalışması, ergen bireyler ve genç yetişkinlerde depresif semptomlar ve demografik özelliklerinden bağımsız olarak, alkol tüketiminin intihar davranışı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Alkol tüketiminden kaynaklı sınırlı bilişsel becerilerin intihar davranışı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda intihar girişimi ve sigara tüketiminin ilişkili olduğu bulunmuştur. İntihar girişimi olmayan bireylerde sigara içme oranı %9.5 iken, intihar girişimi olan bireylerde bu oranın %58.3 olduğu görülmektedir. Yetişkinler, ergenler ve çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda sigara içme ve intihar arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Angst ve Clayton, 1998; King ve ark. 2001a; Miller ve ark., 2000; Tanskanen ve ark., 2000). Mäkiyö ve ark. (2004) tarafından ergen psikiyatri hastaları üzerinde yürütülen bir çalışmada, psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak, sigara tüketimi ve intihar davranışının ilişkili olduğu bildirilmektedir. Sigara tüketiminin intihar davranışı üzerinde doğrudan bir etkisi olabileceği gibi, zararlı madde ve tütün ürünleri tüketimi intihar davranışını dolaylı yoldan da etkiliyor olabilir. Tütün kullanımının temelde psikososyal ve psikopatolojik başka problemlerle ilişkili olabileceği bildirilmektedir (King ve ark. 2001). Ergenlik döneminde nikotine maruz kalmanın nöroadrenerjik, dopaminerjik ve serotonerjik sistemler üzerinde anlık ve uzun süreli değişikliklere neden olduğu bilinmektedir (Trauth ve ark., 2001; Xu ve ark., 2002). Nikotin alımı ile ilgili bu değişikliklerin, uzun süre sonunda bireylerin davranışları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda, hem olgu hem de kontrol grubu olarak klinik örneklem kullanılmıştır. Bu sebeple bulgularımız, tütün

kullanımının altta yatan psikopatolojik ve psikososyal sebeplerden bağımsız olarak intihar davranışı üzerinde etkisi olabileceği görüşünü desteklemektedir. Sigara ve alkol kullanımının intiharla gözlenen bu ilişkisi özellikle intihar önlem uygulamaları ve risk değerlendirmeleri açısından dikkate almaya değer bir bulgu sunmaktadır.

Çalışmamızda ABTÖ kullanılarak değerlendirilen, algılanan anne baba tutumları ve intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farka ulaşamayan bir ilişki olma eğilimi olduğu görülmüştür [$\chi^2(3)=7,374$; $p=.061$]. Belirlenen dört ebeveynlik tutumundan, izin verici-ihmkar tutum algısı olan bireylerin %29.2'sinin intihar girişimi olan grupta; %4.8'inin ise intihar girişimi olmayan grupta bulunduğu gözlenmektedir. Ayrıca izin verici-müşamahakar tutum algısı olan bireylerin %12.5'inin intihar girişimi grubunda; %38.1'inin ise intihar girişimi olmayan grupta bulunduğu gözlenmektedir. Bu eğilimler, ebeveynlerin izin verici ve ihmkar tutumlarının intihar açısından bir risk oluşturabilecekken, diğer yandan izin verici ve müşamahakar tutumlarının koruyucu bir rol oynayabileceğine işaret edebilir. İzin verici-ihmkar tutumun hem kabul ve ilgi boyutunda hem de kontrol ve denetleme boyutunda düşük; izin verici-müşamahakar tutumun da kabul ve ilgi boyutunda yüksek, kontrol ve denetleme boyutunda ise düşük değerlerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Yılmaz, 2000). Mevcut bulgulardan hareketle, kontrol ve denetlemenin ortak olarak düşük algılandığı ancak kontrol ve denetleme düşüken kabul ve ilginin nasıl algılandığına bağlı olarak intihara ilişkin potansiyel bir farkın söz konusu olabileceğine dair bir yorumlama yapılabilir. Bahsedilen eğilimin, bilimsel yazında, intihar düşüncesi kapsamında olmakla birlikte, ebeveyn katılımıyla intihar arasında bildirilen ilişkiyi potansiyel olarak destekleyebileceği düşünülmektedir (Lai ve McBride-Chang, 2001; Martin ve Waite, 1994). Ergen bireylerin psikososyal açıdan, ebeveynleri tarafından denetlenmeme algısına ek olarak; kabul ve ilgi de görmediklerini düşünüyorlarsa, intihar riskini yükseltici bir eğilim içerisine girebilirler. Tam tersine, eğer kabul ve ilgi yüksekse bu stresin azalabileceği düşünülebilir. Ergenlik dönemiyle ilişki olarak algılanan strese ek olarak, mevcut çalışmada psikiyatrik bir örneklem kullanıldığı göz önünde bulundurulduğunda çevresel streslere karşı daha tetikte ve hassas bireylerin algılanan tutumlardaki farklılıklardan kaynaklanabilecek olumsuzluklara karşı daha hassas olabilecekleri varsayılabilir. Öte yandan mevcut çalışmanın kısıtlı örneklem sayısı göz önüne alınarak, istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan eğilimlerin bu kapsamda yorumlandığı unutulmamalıdır.

Bilimsel yazında, intihar girişimi olan bireylerle girişimi olmayan bireylerin bilişsel işlevlerinin karşılaştırıldığı pek çok çalışma mevcuttur. Ancak bu çalışmaların pek azında ergen bireyler değerlendirilmiştir (Chamberlain ve ark., 2013). Bazı alışmalar özellikle yürütücü işlev bozukluklarının intihar davranışları ile ilgili olduğunu bildirse de (Keilp ve ark., 2013), intihar girişimi ile bilişsel işlevler arasında ilişki olmadığını bildiren (Miranda ve ark., 2012) hatta, intihar girişimi olan bireylerde olmayanlara kıyasla daha iyi problem çözme ve karar verme performansı bildiren (Nangle ve ark., 2006; Kim ve ark., 2003) alışmalar da bulunmaktadır.

Çalışmamızda mental esneklik becerisi her iki grupta da MKET kullanılarak, inhibisyon becerisi ve dürtüsellik ise Stroop Testi, Yap/Yapma Testi ve Dur İşareti Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ancak değerlendirilen hiçbir alt skorda gruplar arası fark bulunmamıştır. Çalışmamıza dahil edilen olgu ve kontrol gruplarındaki bireyler bilimsel yazındaki çalışmalardan farklı olarak psikiyatri servisinde yatan hastalardan oluşmamaktadır. Sıklıkla bildirilen farklılıkların çalışmamızda görülmemesinin nedenlerinden birinin bu durum olabileceği düşünülmektedir. Bilimsel yazında yürütücü işlev testlerinde intihar davranışı olan ve olmayan bireylerde fark bulunan çalışmaların çoğu (Keilp ve ark., 2001; Dombrovski ve ark., 2008; Dougherty ve ark., 2009; Horesh, 2001) psikiyatri servisinde yatan hastalarla yürütülmüştür. Geçmişte intihar girişimi olan bireylerin, yakın zamanda intihar girişiminde bulunan bireylere kıyasla mental olarak daha esnek oldukları bildirilmektedir (Perrah ve Wichman, 1987; Miranda ve ark., 2012). Bu çalışmada ise öyküsünde intihar girişimi bulunan hastalarla zaman ayırımı yapılmadan nöropsikolojik test skorlarının ilişkisine bakılmıştır. Ayrıca Dougherty ve ark. (2009), intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında, dürtüselliğin sonuç odaklılığıyla ilişkili olan testte anlamlı fark bulurken; mevcut çalışmada kullanılan testlere paralel olarak, tepki ketlemeyle ilişkili olan testte anlamlı fark bulamamıştır. Bu durumun açıklaması olarak, uzun vadeli kazanç pahasına seçilen çabuk ödülün, intihar girişiminde bulunan grupta daha belirgin olabileceğinden bahsedilmiştir. Benzer bir sebep, kullanılan paradigmlar düşünüldüğünde, mevcut çalışmada da tepki ketleme açısından gruplar arası anlamlı fark bulunamamasını açıklıyor olabilir.

Ayrıca, bilimsel yazındaki çalışmalar, yüksek ölüm riski olan ve daha vahşı yollarla intihar girişiminde bulunan bireylerin bilişsel işlev bozukluklarının daha yaygın ve şiddetli olduğunu göstermektedir (Keilp ve ark., 2001; Jollant ve ark., 2005). Çalışmamızda incelenen olgu grubunun, intihar girişiminin niteliksel özellikleri değerlendirilmemiştir. Ancak,

yürütücü işlev testlerinden intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında fark görülmemesinin nedenlerinden birinin katılımcılarımızın yüksek ölüm riskli intihar yöntemleri seçmemesinden kaynaklanması olabileceği düşünülmektedir.

Marzuk ve ark. (2005) yaptığı bir çalışmada intihar girişimi olan bireylerin olmayanlara kıyasla mental esneklik ve mantıksal düşünme performanslarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak, bu çalışmada intihar girişimi olgularının tamamı yakın zamanda intihar düşüncesi olan bireylerden oluşmaktadır ve gruplar arası inhibisyon becerilerinde fark olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde (Westheide ve ark., 2008) bir başka çalışmada intihar girişimi olan ve olmayan bireyler arasında yürütücü işlev testleri skorlarında anlamlı farklar bulunmuş; ancak bu çalışmada da katılımcı grubu olarak halihazırda intihar düşüncesi olan olgular seçilmiştir. Burton ve ark. (2011) yaptığı çalışmada ise, intihar girişimi olan bireylerin inhibisyon becerileri Yap/Yapma Testi'ne benzer bir ölçümle değerlendirilmiş ve intihar girişimi olmayan gruba kıyasla daha kötü performans gösterdikleri bulunmuştur. Bu çalışmada, yazarlarında belirttiği gibi katılımcılardan pek çoğunun klinik verileri elde edilememiş ve kişilerin yanlış tanı almış olabileceğinin altı çizilmiştir. Yine aynı çalışmada, katılımcıların intihar düşüncelerinin olup olmadığı ve umutsuzluk düzeyleri standardize bir ölçekle değerlendirilmemiştir (Burton ve ark., 2011). Umutsuzluk düzeyinin intihar ile olan ilişkisi bilinmektedir (Jollant ve ark., 2011). Bahsi geçen çalışmadaki bulgular, intihar girişiminden bağımsız olarak, kişilerin umutsuzluk düzeylerinden etkilenmiş olabilir. Chamberlain ve ark. (2013) çalışmasında, ergen bireyleri incelemiş ve intihar girişimi bulunan ergenlerde karar verme becerisinin intihar girişimi olmayan bireylere kıyasla bozuk olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada, grupların dürtüsellik düzeyleri ve inhibisyon becerileri Dur İşareti Testi kullanılarak karşılaştırılmış ve grupları arasında fark olmadığı gösterilmiştir. İntihar davranışı ile ilgili olduğu bilinen serotonerjik sistem görevlerinin (Ör: Karar verme testleri), intihar girişimi bulunan bireylerde nöroadrenerjik sistemle ilişkili olduğu düşünülen motor inhibisyon testlerinden daha bilgilendirici olabileceği belirtilmektedir (Chamberlain ve ark., 2013). Dürtüsellğin ve karar vermenin intihardaki etkisi bilimsel yazında önemli bir tartışma konusudur. Bazı çalışmalar, dürtüsellğin intihar davranışını arttırabileceğini söylerken, diğer yandan ölüme yol açmak için gerekli planlamayı zayıflatabileceği belirtilmektedir (Jollant ve ark., 2005; Malloy-Diniz ve ark., 2009; Oquendo ve ark., 2004; Turecki, 2005). Burton ve ark. (2011)'nın 18-60 yaş aralığında 77 kişiyle yürüttüğü çalışmasında, ölümle sonlanmayan girişimde düşük inhibisyon gözlemlenmiştir. Bu durum,

ölümle sonlanma ve dürtüsellik arasında tanımlanan ilişkiyi destekler nitelikte gözükmele birlikte, çalışmada, tamamlanan intiharların nöropsikolojik profillerinin incelenmesinin de faydalı olabileceği belirtilmiştir.

Bu çalışma ile en çok benzerlik taşıyan çalışma [Miranda ve ark. \(2012\)](#) tarafından genç yetişkinlerde yapılmıştır. İntihar girişimi olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldığı çalışmada boylamsal regresyon analizleri sonucunda mental esnekliğin intiharı öngörebileceği bulunmuş fakat, intihar girişimi olan ve olmayan grupların kesitsel verileri incelendiğinden gruplar arası mental esneklik performanslarında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada, mevcut çalışmaya benzer olarak, intihar girişimi olan heterojen bir grup incelenmiş ve katılımcılar hastanede yatışı bulunmayan kişiler arasından seçilmiştir.

Bilimsel yazında, bilişsel işlev performansları ve intihar arasında ilişki bildirmeyen çalışmalar da mevcuttur ([King ve ark., 2000](#); [Potkin ve ark., 2002](#)). Bu bulgular, intiharın bilişsel işlevlerden bağımsız ayrı bir alan olduğu yönündeki hipotezleri desteklemektedir ([Burton ve ark., 2011](#)).

Bilimsel yazında intihar girişimi/düşüncesi olan ve olmayan grupların nöropsikolojik olarak karşılaştırıldığı ve fark bulunduğu çalışmalarda katılımcıların yetişkin olduğu ve sayılarının 57 ile 244 arasında değiştiğini belirtmekte fayda vardır ([metaanaliz için bkz: Richard-Devantoy ve ark., 2012](#)). Karar verme, problem çözme, hafıza ve dikkat gibi yürütücü işlevlerde eksikliğin intiharla olan ilişkisi gençlerde az bilinmektedir ([McHugh ve ark., 2019](#)). [Hooper ve ark. \(2004\)](#)'nın de belirttiği gibi bilişsel ve motor ketleyici kontrol mekanizmaları erken yetişkinliğe kadar tam olgunluğa ulaşmadığından; mevcut çalışmanın bulgularını değerlendirirken, bilimsel yazında yoğun olarak yetişkinlerle yürütülen çalışmalarla kıyaslandığında, ergen ve yetişkinlerin bilişsel becerilerindeki farklılığın da göz önünde tutulmasında fayda olduğu düşünülmektedir.

[Milner \(2015\)](#), intihar girişimi olan ve sağlıklı yetişkinler arasında, Dur İşareti Testi ve Yap/Yapma Testi performansları açısından bir fark bulamamıştır. Dürtüsellikle intihar arasındaki ilişkinin duygusal bir bileşenle ilgili olabileceğinden yola çıkarak, fark çıkmamasının görevlerde duygusal bir materyal kullanılmadığından kaynaklanabileceğini belirtmektedir. Benzer şekilde mevcut çalışmada, bilişsel görevlerde duygusal bileşenli bir paradigma kullanılmamıştır. Bu durum, bilişsel becerileri değerlendiren görevlerin seçiminde dikkate alınabilecek bir husus olarak önemli görünmektedir.

Mevcut çalışmada, bilişsel işlevler üzerinde etkisi olabilecek depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve anksiyete bozuklukları tanılarında olgu ve kontrol grubu arasında fark olmadığı görülmüştür. Bu durum çalışma bulgularının, intihar girişimi olan bireylerde çoğu zaman birlikte görülebilen bozukluklardan etkilenmediğini göstermektedir. Ayrıca, mevcut çalışmada intihar girişimi olan ergenlerde Beck Depresyon Ölçeği skorlarının olmayanlara kıyasla yüksek olduğu bulunmuştur. Güvenli bir yaklaşım olarak, doğrusal regresyon analizleri ile Beck Depresyon Ölçeği skorlarının tüm nöropsikolojik test skorları üzerindeki etkisi kontrol edilmiştir. Ancak, regresyon modeli hiçbir değişken için anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, depresyon semptomlarının şiddetinin nöropsikolojik test skorları üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.

İntiharın genetik, psikososyal, psikiyatrik ve nörokimyasal boyutlarıyla karmaşık bir davranış olduğu düşünüldüğünde bilişsel test performanslarının özellikle kısıtlı bir örnekleme karşılaştırması net sonuçlar vermediği gibi bu çalışmanın sonuçları, bilimsel yazında çelişkili bulguların minör bir ölçekte yansımaları olarak değerlendirilebilir. Karmaşık süreçleri olan intihar davranışında görece yaştan bağımsız olarak rol oynadığı bilinen mental esneklik, inhibisyon, karar verme, dürtüsellik gibi bilişsel faktörlerin intiharla olan ilişkisini izole bir şekilde ölçmenin, bu ilişkiyi net olarak ortaya koymakta yetersiz kaldığını söylemek mümkündür. Diğer yandan bilimsel yazınla birlikte bu çalışmadan elde edilen kısıtlı bulgular, intihar davranışında bilişsel faktörlerin etkisinin göz ardı edilemeyecek kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. İntiharın sınıflandırması ve nesnel olarak ölçülebilmesi sorunu hem sağlık alanında hem de klinik ve deneysel çalışmalarda uzun zamandır belirtilmektedir. Yıllar içerisinde kat edilen yol, intihar davranışın doğasını anlama ve önlem çalışmalarına ışık tutma anlamında büyük fayda sağlamakla birlikte diğer yandan aydınlatılmaya muhtaç daha fazla faktörün olduğunu ortaya koymaktadır. Mevcut çalışmanın bu ihtiyacın ne kadar derin olduğunun vurgulanmasına yönelik de bir katkı sağladığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada intihar düşünce ve girişimin belirlenebilmesi açısından altın standart olarak hem sağlık alanında hem de deneysel ve klinik çalışmalarda yaygın bir şekilde kullanılmakta olan [Posner ve ark. \(2011\)](#) tarafından geliştirilmiş ve ergen bireylerde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması [Kılınçaslan ve ark. \(2019\)](#) tarafından yapılmış olan C-SSRS'nin özgüllük ve duyarlılığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, ölçeğin ömür boyu intihar düşüncesi skorlarının, 3.5 puan optimal kesme noktası alındığında %81 duyarlılık ve %84 özgüllük değerleri ile intihar girişimi olan ve olmayan grupları ayırt

edebildiği belirlenmiştir. Ek olarak, toplam intihar düşüncesi skorlarının, 2.5 puan optimal kesme noktası alındığında %62 duyarlılık ve %95 özgüllük değerleri ile ayırt edebildiği; ömür boyu intihar düşüncelerinin yoğunluğu skorlarının, 12.5 puan optimal kesme noktası alındığında %69 duyarlılık ve %63 özgüllük değerleri ile ayırt edebildiği; toplam intihar düşüncelerinin yoğunluğu skorlarının, 11.5 puan optimal kesme noktası alındığında %54 duyarlılık ve %90 özgüllük değerleri ile ayırt edebildiği gösterilmiştir. Diğer yandan en yakın intihar düşüncesi skorlarının ve en yakın intihar düşüncelerinin yoğunluğu skorlarının eğri altında kalan alanlarının anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Ömür boyu intihar düşüncesi dışında anlamlı olarak ayırt ettiği gösterilen diğer alt ölçeklerde, ömür boyu ve yakın zaman birlikte incelendiğinde yüksek özgüllük ancak zayıf duyarlılık değerlerinin gözlenmesi, ölçekteki soruların zaman ayırımı gözetilmediğinde intihar düşüncelerini benzer diğer düşüncelerden ayrı, seçici olarak inceleyebildiğini ama tespit etmede yetersiz olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca yakın zamana göre bakıldığında anlamlı bir ayırt edicilik bulunmaması, intihar düşüncelerinin ömür boyu incelendiğinde daha doğru ayırt edilebildiğini gösteriyor olabilir. Düşüncelerin yoğunluğu alt ölçeğinde gözlenen düşük ve istatistiksel olarak anlamsız bulgular ise bu alt ölçeğin, intihar düşüncesi alt ölçeğine bağlı olarak puanlanmasından kaynaklanıyor olabilir. Nitekim eğer intihar düşüncesi alt ölçeğinde ilk iki sorudan puan alınmazsa düşüncelerin yoğunluğu alt ölçeği uygulanmamaktadır. Bu durumun, düşüncelerin yoğunluğu alt ölçeğinin ayırt ediciliğini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

C-SSRS yarı yapılandırılmış bir ölçek olduğundan ve intihar girişimleri ile düşüncelerini detaylı olarak incelediğinden ölçeğin uygulanma süresi oldukça uzun olabilmektedir. Bu da, sağlık sektöründe ise çalışanların rutinleri içerisinde sıklıkla, ayıramayacakları bir vakit anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, mevcut çalışmanın kısıtlı sayıdaki örnekleme göz önüne alınarak, en yakın boyutlarının anlamlı ayırt ediciliğinin bulunmaması ve sadece, beş sorudan oluşan ömür boyu intihar düşüncesi alt testinin güçlü sayılabilecek bir ayırt edicilikte bulunması, uygulamada zaman anlamında önemli bir kurtarıcı görevi görebileceğini düşündürmektedir. Sadece bu alt ölçek uygulanarak, zaman kısıtlamasının olduğu durumlarda intihar gibi önemli bir konuyu geri planda bırakmamak adına, hızlı bir şekilde bir fikir sahibi olunabilmesini sağlayabilir. Son olarak; bu çalışmadaki ayırt edicilik klinik örneklem üzerinden sağlanmıştır. [Kılınçaslan ve ark. \(2019\)](#) çalışmalarında, psikiyatrik olmayan pratisyen hekim kontrol grubunu kullanırken; mevcut

Çalışmada ise klinik örneklemde ve psikiyatrik gruplar ayrılmadan yapılan karşılaştırma nedeniyle, ölçek için belirlenmiş olan ayırt edicilik değerlerinin, psikiyatrik bozukluktan bağımsız sadece klinik örneklemdeki intihar girişimiyle sınırlı olduğunu belirtmekte fayda vardır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut çalışmanın en önemli bulguları aşağıda sunulmuştur.

1. İntihar girişimi olan ve olmayan katılımcıların mental esneklik, dürtüsellik ve inhibisyon becerilerinin değerlendirildiği nöropsikolojik test skorlarında gruplar arası fark görülmemiştir. Mevcut çalışmanın örneklemini klinik örneklem oluşturmaktadır. Bilimsel yazındaki çelişkili bulgular göz önüne alındığında çalışmamızın bulguları, intihar davranışı ve incelenen bilişsel işlevler arasındaki ilişkinin kısıtlı olduğunu gösteriyor olabilir.
2. C-SSRS ömür boyu intihar düşüncesi alt ölçeği skorlarının intihar davranışı bulunan ve bulunmayan bireyleri %84.21 duyarlılık ve %80.77 özgüllük değeriyle ayırt edebildiği saptanmıştır. Klinik uygulamada muhtemel zaman kısıtlılığı göz önüne alındığında, bu bulgular C-SSRS ömür boyu intihar alt ölçeğinin klinik örneklemde intihar riskinin belirlenmesi adına güçlü ve hızlı bir değerlendirme imkanı sunduğunu göstermektedir.
3. Algılanan anne baba tutumları ve intihar girişi arasında istatistiksel olarak anlamlı farka ulaşamayan bir ilişki olma eğilimi olduğu görülmüştür. Bu eğilimler, ebeveynlerin izin verici ve ihmalkar tutumlarının intihar açısından bir risk oluşturabilecekken, diğer yandan izin verici ve müsamahakar tutumlarının koruyucu bir rol oynadığına işaret ediyor olabilir.
4. Alkol ve sigara tüketiminin intihar davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanımının intiharla gözlenen bu ilişkisi özellikle intihar önlem uygulamaları ve risk değerlendirmeleri açısından dikkate almaya değer bir bulgu sunmaktadır.

Mevcut çalışmanın bulguları göz önüne alındığında gelecekteki çalışmalarda dikkate alınabilecek unsurlar aşağıda sunulmuştur.

1. Mental esneklik, dürtüsellik ve inhibisyon becerilerindeki bozulmalarla intihar arasındaki potansiyel ilişkinin net olarak ortaya koyulabilmesi ve mevcut çalışmanın bulgularının güvenilirliğinin sağlanması için bu çalışmanın bulguları daha geniş bir örnekleme tekrarlanmalıdır.
2. İntihar davranışında rol oynaması muhtemel diğer yürütücü işlev becerilerinin belirlenebilmesi için ilgili olabilecek diğer nöropsikolojik testlerin de araştırma

desenine dahil edilmesi, intihar davranışında rol alan bilişsel süreçlerin net olarak belirlenebilmesi adına intiharın daha geniş bir pencerede ele alınmasına fayda sağlayabilir.

3. Bilişsel işlevler ve intihar davranışı arasındaki ilişki incelenirken, yakın zamandaki girişimlerin/düşüncelerin ve uzun zaman önceki girişimlerin/düşüncelerin olası etkilerini gözlemleyebilmek adına, intiharın girişimi ve düşüncesinin bulunduğu zaman sınıflandırılarak da değerlendirilmelidir.
4. C-SSRS'nin sınırlı bir örnekleme sadece klinik ortamda ortaya konan duyarlık ve özgüllük bulguları ile nöropsikolojik test bulgularının, klinik ve klinik olmayan daha geniş örneklemelerde, diğer tanılar göz önünde bulundurularak ve tanısal alt gruplar oluşturularak tekrarlanması önerilmektedir.
5. Mevcut çalışmada intihar ve bilişsel işlevlerin ilişkisi kesitsel olarak incelenmiştir. Bu bağlamda, boylamsal araştırmaların yürütülmesi intihar davranışının risk faktörleri ve altında yatan sebeplere daha geniş bir bakış açısı sağlayabilir.
6. Mevcut çalışmada kullanılan materyallerin uzun bir süre almasının, geniş bir örnekleme ulaşılmasını güçleştirme ihtimali düşünüldüğünde, bilimsel yazında intihar davranışı üzerinde en yaygın olarak etkisi bulunduğu gösterilen testlerden birinin etkisine bakılması daha büyük bir örnekleme ulaşılmasını kolaylaştırarak daha güvenilir bulgular sağlayabilir.
7. İntihar davranışında kullanılan yöntemin ölümcüllüğüne göre ve özellikle birden fazla girişimi bulunan olguların takip edilerek ölümle sonuçlanan girişimi bulunanların bilişsel işlevlerinin geriye dönük olarak incelenmesi, çok boyutlu olan intihar davranışının arkasında yatan mekanizmalar hakkında farklı bir bakış açısı sunabilir.

7. KAYNAKLAR

1. 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*,1988;297(6642):176-8
2. Altindag A, Ozkan M, Oto R. Suicide in Batman, southeastern Turkey. *Suicide Life Threat Behav*, 2005; 35(4):478–482.
3. Ammerman BA, Jacobucci R, Kleiman EM, Uyeji LL ve ark. The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide Life Threat Behav*, 2018;48(1): 31-37.
4. Anderson HD. Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the US child welfare system. *J Clin Child Adolesc Psychol*,2011;6:790-796.
5. Andrés AR, Collings S, Qin P. Sex-specific impact of socio-economic factors on suicide risk: a population-based case-control study in Denmark. *Eur J Public Health*, 2010;3:265-70
6. Andriessen K. On “intention” in the definition of suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 2006; 36(5):533-538.
7. Angold A, Messer SC, Stangl D, Farmer EM ve ark. Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *Am J Public Health*, 1998;88(1), 75-80.
8. Angst J, Clayton PJ. Personality, smoking and suicide: a prospective study. *J Affect Disord*, 1998;51(1):55-62.
9. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB ve ark. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet*,1999;353:1397-400.
10. Apter A, Plutchik R, van Praag HM. Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand*, 1993;1:1-5
11. Aro HM, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Adolescent development and youth suicide. *Suicide Life Threat Behav*,1993;23(4):359-65
12. Aydoğdu H, Olcay Çam M. Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2013; 4(3).
13. Baier D, Rehbein F. Parenting and deviant behaviour. A comparison of gender and family structures. *Z SOZIOLOGIE ERZIEHUNG SOZIOLOGIE*, 2013; 33(4):399-416.

14. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J Early Adolesc*, 1991; 11(1):56-95.
15. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J ve ark. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 1961;4(6): 561-571.
16. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996;35(9):1174-82.
17. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Aust N Z J Psychiatry*, 1998;32(3):349-57.
18. Bozzay ML, Liu RT, Kleiman EM. Gender and age differences in suicide mortality in the context of violent death: findings from a multi-state population-based surveillance system. *Compr. Psychiatry*, 2014; 55(5):1077-1084.
19. Braams BR, van Duijvenvoorde AC, Peper JS, Crone EA. Longitudinal changes in adolescent risk-taking: a comprehensive study of neural responses to rewards, pubertal development, and risk-taking behavior. *J Neurosci*, 2015; 18: 7226-7238.
20. Brent D. In search of endophenotypes for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 2009; 166(10):1087-9.
21. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T ve ark. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999;38(12):1497-505.
22. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 2005;1:13-24.
23. Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J ve ark. Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996;35(5):646-53
24. Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M ve ark. Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993;32(3):494-500.
25. Brent DA, Perper JA, Kolko DJ, Zelenak JP. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988;27(3):362-6.
26. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M ve ark. Suicide in affectively ill adolescents: a case-control study. *J Affect Disord*, 1994;31(3):193-202.

27. 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(1):23-40
28. Burton CZ, Vella L, Weller JA, Twamley EW. Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2011;23(2):173-9.
29. Callanan VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012; 6:857-69
30. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Arch Suicide Res*, 2008; 12(2):93-110.
31. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr*, 2009;21(5):613-9.
32. Cha ES, Chang SS, Choi Y, Lee, WJ. Trends in pesticide suicide in South Korea, 1983–2014. *Epidemiol Psych Sci*, 2019;1:1-9.
33. Chamberlain SR, Odlaug BL, Schreiber LR, Grant JE. Clinical and neurocognitive markers of suicidality in young adults. *J Psychiatr Res*, 2013;47(5):586-91
34. Chan SM, Chiu FK, Lam CW, Wong SM ve ark. A multidimensional risk factor model for suicide attempts in later life. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2014;18;10:1807-17
35. Cheung AM, Mitsis EM, Halperin JM. The relationship of behavioral inhibition to executive functions in young adults. *J Clin Exp Neuropsychol*, 2004;26(3):393-404
36. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol*, 1998;53(2):221-41.
37. Clark L, Dombrovski AY, Siegle GJ, Butters MA ve ark. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychol Aging*, 2010; 26(2):321-30.
38. Coskun M, Zoroglu S, Ghaziuddin N. Suicide rates among Turkish and American youth: a cross-cultural comparison. *Arch Suicide Res*, 2012; 16(1):59-72.
39. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *J Child Psychol Psychiatry*, 2011;52(10):1015-1025.
40. Courtet P, Gottesman II, Jollant F, Gould TD. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry*, 2011; 1(5):7.

41. Crosby AE, Han B, Ortega LA, Parks SE ve ark. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years--United States, 2008-2009. *MMWR Surveill Summ*, 2011;13:1-22
42. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*, 2016;(241):1-8.
43. Dahlsgaard KK, Beck AT, Brown GK. Inadequate response to therapy as a predictor of suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 1998;28(2):197-204.
44. de Château P. Mortality and aggressiveness in a 30-year follow-up study in child guidance clinics in Stockholm. *Acta Psychiatr Scand*, 1990;81(5):472-6.
45. De Leo D, Burgis S, Bertolote J, Kerkhof A ve ark. Definitions of suicidal behaviour. *Suicidal behaviour: Theories and research findings*, 1. Baskı. Göttingen: Hogrefe & Huber, 2014;17-39.
46. De Wilde EJ. Adolescent suicidal behaviour: a general population perspective. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. 1. Baskı. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2000:249-73
47. Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C ve ark. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Affect Disord*, 2011;133(3):423-7.
48. Dervic K, Brent DA, Oquendo MA. Completed suicide in childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2008;31(2):271-291.
49. Desmyter ST, Van Heeringen C, Audenaert K. Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2011; 35(4):796-808.
50. Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1993; 87:9-20.
51. Dombrovski AY, Butters MA, Reynolds CF 3rd, Houck PR ve ark. Cognitive performance in suicidal depressed elderly: preliminary report. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2008;16(2):109-15.
52. Donath C, Graessel E, Baier D, Bleich S ve ark. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents?. *BMC Pediatr*, 2014; 14(1):113.
53. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Papageorgiou TD ve ark. Laboratory measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. *Suicide Life Threat Behav*, 2004;34(4):374-85.

54. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevette KN ve ark. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res*, 2009; 169(1):22-7
55. Ekici G, Savas H, Citak S. Psychosocial factors increasing suicide risk (absence of social security, immigration, and other stressors). *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2001; 2:204–212.
56. Ellis TE, Berg RA, Franzen MD. Neuropsychological performance and suicidal behavior in adult psychiatric inpatients. *Percept Mot Skills*, 1992;75(2):639-47
57. Engqvist U, Rydelius PA. The occurrence and nature of early signs of schizophrenia and psychotic mood disorders among former child and adolescent psychiatric patients followed into adulthood. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2008;2(1):30.
58. Enticott PG, Ogloff JR. Elucidation of impulsivity. *Australian Psychol*, 2006; 41(1): 3-14.
59. Fang M. School poverty and the risk of attempted suicide among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2018;9:955-67
60. Farberow N, Shneidman E. *The cry for help*. New York: McGraw-Hill, 1961.
61. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr Scand*, 1997; 95(6):508-514.
62. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC ve ark. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*, 1990;9: 1189.
63. Gıda ve İlaç İdaresi "Guidance for Industry Suicidal Ideation and Behavior: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials" The Food and Drug Administration.
<https://www.fda.gov/downloads/drugs/guidances/ucm225130.pdf> Son erişim tarihi: 20 Mart 2019
64. Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995;34(10):1308-17
65. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*, 2000;30(1):23-39.
66. Fillmore MT, Rush CR, Hays L. Acute effects of cocaine in two models of inhibitory control: implications of non-linear dose effects. *Addiction*, 2006;101(9):1323-1332.

67. Flament MF, Cohen D, Choquet M, Jeammet P ve ark. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001;40(9):1070-8.
68. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat*, 1990;29:571–580.
69. Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Santander S ve ark. Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Rev Med Chile*, 2011; 139(12), 1529-1533.
70. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *J Adolesc*, 1998;21(1):99-107.
71. Giddens JM, Sheehan KH, Sheehan DV. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the "Gold Standard" Become a Liability? *Innov Clin Neurosci*, 2014;11(9-10):66-80.
72. Glaeser E, Resseger M, Tobio K. Inequality incities. *Journal of Regional Science*, 2009;49, 617–646.
73. Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak ve ark. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 2019.
74. Glenn JJ, Werntz AJ, Slama SJ, Steinman SA ve ark. Suicide and self-injury-related implicit cognition: A large-scale examination and replication. *J. Abnorm. Psychol*, 2017;126(2):199.
75. Goldney R. Prediction of suicide and attempted suicide. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley, 2000;585-595.
76. Goldston D, Molock S, Whitbeck L, Murakami JL ve ark. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol*, 2008; 63(1):14.
77. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Heilbron N ve ark. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation. *J Consult Clin Psychol*, 2015;2: 253.
78. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M ve ark. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 1996;53(12):1155-62.

79. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P ve ark. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998;37(9):915-23.
80. Grøholt B, Ekeberg O, Haldorsen T. Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2000;9(4):244-54.
81. 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 Threat Behav*, 1997;27(3):250-63.
82. Hedegaard H, Curtin SC, Warner, M. Suicide rates in the United States continue to increase. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2018. URL: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db309.pdf>
83. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J, Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2012; 21(2): 67-73.
84. Hintikka U, Marttunen M, Pelkonen M, Laukkanen E, ve ark. Improvement in cognitive and psychosocial functioning and self image among adolescent inpatient suicide attempters. *BMC psychiatry*, 2006; 6(1): 58.
85. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1998; 6:118-122.
86. Hjelmeland H, Hawton K, Nordvik H, Bille-Brahe U ve ark. Why people engage in parasuicide: A cross-cultural study of intentions. *Suicide Life Threat Behav*, 2002; 32(4):385–391.
87. Hjelmeland, H, Hawton K. Intentional aspects of non-fatal suicidal behaviour. *Suicidal behaviour: Theories and research findings*. 1.Baskı. Göttingen: Hogrefe & Huber, 2004;77.
88. Hooper CJ, Luciana M, Conklin CM. Adolescents' performance on the Iowa Gambling Task: implications for the development of decision making and ventromedial prefrontal cortex. *Dev. Psychol*, 2004; 40: 1148.
89. Horesh N. Self-report vs. computerized measures of impulsivity as a correlate of suicidal behavior. *Crisis*, 2001; 22(1):27.
90. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev*, 2001;21(5):797-811.

91. Iancu I, Laufer N, Dannon PN, Zohar-Kadouch R, ve ark. A general hospital study of attempted suicide in adolescence: Age and method of attempt. *Isr. J. Psychiatry Relat*, 1997.
92. IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp
93. Jackson S, Bijstra J, Oostra L, Bosma H. Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *J Adolesc*, 1998;21(3):305-22.
94. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand*, 2004;110(6):408-15.
95. Jimenez-Trevino L, Blasco-Fontecilla H, Braquehais MD, Ceverino-Dominguez A ve ark. Endophenotypes and suicide behaviour. *Actas Esp Psiquiatr*, 2011; 39(1):61-9.
96. Joiner T. Why people die by suicide. 1. Baskı. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 2005; 6-19.
97. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B ve ark. Impaired decision making in suicide attempters. *Am J Psychiatry*, 2005;162(2):304-10.
98. Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S ve ark. The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry*, 2011;12(5):319-39.
99. Karakaş S. BİLNOT Bataryası El Kitabı. Birinci Baskı, Ankara, Eryılmaz Offset, 2006, 14-17
100. Keilp JG, Gorlyn M, Oquendo MA, Burke AK ve ark. Attention deficit in depressed suicide attempters. *Psychiatry Res*, 2008; 159(1-2):7-17.
101. Keilp JG, Gorlyn M, Russell M, Oquendo MA ve ark. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. *Psychol Med*, 2013;43(3):539-51
102. Keilp JG, Sackeim HA, Brodsky BS, Oquendo M ve ark. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Am J Psychiatry*, 2001; 158(5):735-41.
103. Kelly TM, Cornelius JR, Clark DB. Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 2004;73(1):87-97.

104. Kerkhof A, Arensman E. Repetition of attempted suicide: Frequent, but hard to predict. *Suicidal behaviour: Theories and research findings*. 1. Baskı. Göttingen: Hogrefe & Huber, 2004; 111-124.
105. Kerr DCR, Gibson B, Leve LD, DeGarmo DS. Young Adult Follow-up of Adolescent Girls in Juvenile Justice Using the Columbia Suicide Severity Rating Scale. *Suicide Life Threat Behav*, 2014; 44(2): 113–129.
106. Ki M, Sohn ES, An B, Lim Differentiation of direct and indirect socioeconomic effects on suicide attempts in South Korea. *Medicine*, 2017; 96:31
107. Kilincaslan A, Gunes A, Eskin M, Madan A. Linguistic adaptation and psychometric properties of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale among a heterogeneous sample of adolescents in Turkey. *Int J Psychiatry Med*, 2019; 54(2):115-132.
108. Kim CH, Jayatilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res*, 2003; 60(1):71-80.
109. King CA, Berona J, Czyz E, Horwitz AG ve ark. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2015; 25(2):100-8.
110. King DA, Conwell Y, Cox C, Henderson RE ve ark. A neuropsychological comparison of depressed suicide attempters and nonattempters. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2000; 12(1):64-70.
111. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Baker NG ve ark. The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry*, 2001; 178:531-6.
112. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S ve ark. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001a; 40(7):837-46.
113. Kingsbury S, Hawton K, Steinhardt K, James A. Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38(9):1125-31
114. Kjelsberg E, Neegaard E, Dahl AA. Suicide in adolescent psychiatric inpatients: incidence and predictive factors. *Acta Psychiatr Scand*, 1994; 89(4):235-41.

115. Kochanek KD, Murphy SL, Xu JQ, Arias E. Mortality in the United States, 2016. NCHS Data Brief, no 293. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2017
URL: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db293.pdf>
116. Kochanski KM, Lee-Tauler SY, Brown GK, Beck AT, Single versus multiple suicide attempts: a prospective examination of psychiatric factors and wish to die/wish to live index among military and civilian psychiatrically admitted patients. *J Nerv Ment Dis*, 2018; 206(8):657-661.
117. Kølves K, De Leo D. Child, adolescent and young adult suicides: A comparison based on the Queensland Suicide Registry. *J Child Adolesc Behav*, 2015;3:209.
118. Kølves K, De Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2017; 2: 155-164.
119. Kosnes L, Whelan R, O'Donovan A, McHugh LA. Implicit measurement of positive and negative future thinking as a predictor of depressive symptoms and hopelessness. *Conscious cogn*, 2013; 3: 898-912.
120. Kotila L, Lönnqvist J. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*, 1989;79(5):453-9.
121. Kuperman S, Black DW, Burns TL. Excess suicide among formerly hospitalized child psychiatry patients. *J Clin Psychiatry*, 1988;49(3):88-93.
122. Lai KW, McBride-Chang C. Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *Int J Psychol*, 2001;36(2), 81-87.
123. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev*, 1991;62(5):1049-1065.
124. Lapiere D, Braun CM, Hodgins S. Ventral frontal deficits in psychopathy: Neuropsychological test findings. *Neuropsychologia*, 1995;33(2), 139-151.
125. Lester D. Miscounting suicides. *Acta Psychiatr Scand*, 1992;85(1):15-6.
126. Levenson M, Neuringer C. Problem-solving behavior in suicidal adolescents. *J.Consult*, 1971; 37(3):433-6.
127. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001;4: 427-434.

128. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Treatment of adolescent depression: frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depress Anxiety*. 1998;7(1):47-52.
129. Logan GD, Cowan WB, Davis KA. On the ability to inhibit simple and choice reaction time responses: a model and a method. *J Exp Psychol Hum Percept Perform*, 1984;10(2):276-91
130. Mäkikyrö T, Hakko H, Ilomäki R, Läksy K ve ark. Smoking and attempted suicide among adolescent psychiatric patients. *Duodecim*, 2004;120(18):2219-20.
131. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D ve ark. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord*, 2009;112(1-3):231-6.
132. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, ve ark. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*, 2009; 65(7):556-63
133. Maris R. *Pathways to Suicide: A Survey of Self-Destructive Behaviors*. 1.Baskı. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981;375.
134. Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI. *Assessment and prediction of suicide*. 1.Baskı. New Orleans, Guilford Press, 1992.
135. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1994;89(4):246-54.
136. Marttunen M, Pelkonen M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide-a review. *Psychiatria Fennica*, 2000;31, 110-125.
137. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1994;89(3):167-73.
138. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48(9):834-9
139. Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME ve ark. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995;34(10):1297-307.
140. Marzuk PM, Hartwell N, Leon AC, Portera L. Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatr Scand*, 2005;112(4):294-301.

141. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W ve ark. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav*, 2002;32(1):10-32
142. Mayo DJ. What is being predicted?: The definition of "suicide." 1. Baskı. New York, Guilford Press, 1992; 88-101.
143. McClure GMG. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970–1998. *Br J Psychiatry*, 2001;178(5):469-474.
144. McGee R, Stanton, W. Sources of distress among New Zealand adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 1992; 33: 999–1010.
145. McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, Corderoy A ve ark. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*, 2019;116:51-60.
146. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *Am J Public Health*, 2000;90(5):768-73.
147. Miller J, Schäffer R, Hackley SA. Effects of preliminary information in a go versus no-go task. *Acta Psychol*. 1991;76(3): 241-292.
148. Milner AJ. Clarifying the Pathway to Suicide: an Examination of Subtypes of Suicidal Behaviour and Their Association with Impulsiveness. 2015.
149. Miranda R, Gallagher M, Bauchner B, Vaysman R ve ark. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depress Anxiety*, 2012;29(3):180-6.
150. Moniz M, de Jesus SN, Pacheco A, Gonçalves E ve ark. The Influence of Planning and Response Inhibition on Cognitive Functioning of Non-Psychotic Unipolar Depressed Suicide Attempters. *Eur J Psychol*, 2017;13(4):717-732.
151. Nangle JM, Clarke S, Morris DW, Schwaiger S ve ark. Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophr Res*, 2006;85(1-3):196-200.
152. Nelson HE. A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Cortex*, 1976;12(4): 313-324.
153. Nkansah-Amankra, S. Adolescent suicidal trajectories through young adulthood: Prospective assessment of religiosity and psychosocial factors among a population-based sample in the United States. *Suicide Life Threat Behav*, 2013; 4:439-459.

154. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB ve ark. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 2008; 30(1): 133-154.
155. Nock MK, Deming CA, Fullerton CS, Gilman SE ve ark. Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry*, 2013;76(2):97-125.
156. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC ve ark. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 2009; 8:123.
157. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry*, 2015;3:239-245.
158. Nylander I. A20-year prospective follow-up of 2164 cases at the child guidance clinics in Stockholm. *ActaPaediatricaScandinavica,Supplement*,1979;1:276.
159. O'Carrol P, Berman A, Maris, M, Moscicki E ve ark. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav*, 1996; 26(3):237–252.
160. Onat M, İnal Emiroğlu N, Baykara B, Özerdem A ve ark. Executive functions and impulsivity in suicide attempter adolescents with major depressive disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 2019; 29(3):332-339.
161. Oquendo MA, Lizardi D, Greenwald S, Weissman MM ve ark. Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States. *Acta Psychiatr Scand*, 2004;110(6):446-51.
162. Otto U. Suicidal acts by children and adolescents. A follow-up study. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 1972;233:7-123
163. Pan LA, Batezati-Alves SC, Almeida JR, Segreti A ve ark. Dissociable patterns of neural activity during response inhibition in depressed adolescents with and without suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2011;50(6):602-611
164. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res*, 2003; 3: 261-273.
165. Pelkonen M, Marttunen M, Pulkkinen E, Koivisto AM ve ark. Excess mortality among former adolescent male out-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 1996;94(1):60-6.
166. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*,2003;5(4):243-65.

167. Pelkonen M. Inpatient psychiatric adolescents function better than expected after discharge. A follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 1990;81(4):317-21.
168. Perrah M, Wichman H. Cognitive rigidity in suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 1987;17(3):251-5.
169. Pickering TA, Wyman PA, Schmeelk-Cone K, Hartley C ve ark. Diffusion of a peer-led suicide preventive intervention through school-based student peer and adult networks. *Front psychiatry*, 2018;9:598.
170. Pirkola SP, Marttunen MJ, Henriksson MM, Isometsa ET ve ark. Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol Alcohol*, 1999;34(3):320-9.
171. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA ve ark. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*, 2011; 168(12):1266-1277.
172. Posner MJ, Snyder CR, Davidson BJ. Attention and the detection of signals. *J. Exp. Psychol. General*, 1980; 109:160-174
173. Potkin SG, Anand R, Alphas L, Fleming K. Neurocognitive performance does not correlate with suicidality in schizophrenic and schizoaffective patients at risk for suicide. *Schizophr Res*, 2002;1;59(1):59-66.
174. Potter LB, Kresnow MJ, Powell KE, Simon TR ve ark. The influence of geographic mobility on nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*, 2001;1 Suppl:42-8.
175. Ramchand R, Griffin BA, Harris KM, McCaffrey DF ve ark. A prospective investigation of suicide ideation, attempts, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment. *Psychol Addict Behav*, 2008;4:524.
176. Rao U, Weissman MM, Martin JA, Hammond RW. Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993;32(1):21-7.
177. Raust A, Slama F, Mathieu F, Roy I ve ark. Prefrontal cortex dysfunction in patients with suicidal behavior. *Psychol Med*, 2007;37(3):411-9.
178. Rehbein F, Baier D. Family-, media-, and school-related risk factors of video game addiction. *J. Media Psychol*, 2013;25:118-128
179. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A ve ark. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995;34(5):599-611.

180. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH ve ark. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*, 2016;46(2):225-36
181. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 1986;43(6):577-82.
182. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry*, 2015;16(8):544-66
183. Richard-Devantoy S, Jollant F, Deguigne F, Letourneau G. Neurocognitive markers of suicide vulnerability in the elderly: a review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2013;11(4):367-78.
184. Richard-Devantoy S, Gorwood P, Annweiler C, Oli  JP ve ark. Suicidal behaviours in affective disorders: a deficit of cognitive inhibition? *Can J Psychiatry*. 2012;57(4):254-62
185. Rodziński P, Rutkowski K, Ostachowska A. Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models. *PSYCHIATR POL*, 2017; 51(3):515-530.
186. Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A comparative study of suicide rates among 10–19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investig*, 2018; 4: 376.
187. Rosenberg M, Davidson L, Smith J, Berman A ve ark. Operational criteria for the determination of suicide. *J Forensic Sci*, 1988; 33(6):1445–1456
188. Rubenstein JL, Halton A, Kasten L, Rubin C ve ark. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiatry*, 1998;68(2):274-84.
189. Rydelius PA. Deaths among child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*, 1984;70(2):119-26
190. Sadock BJ, Alcott Sadock V, Ruiz P. Kaplan&Sadock’s Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11. Baskı. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015;201-39
191. Saxena S, Krug E, Chestnov O. Preventing suicide. A global imperative. 1.Baskı. Luxembourg: World Health Organization Press; 2014;7-9.
192. Schilling EA, Aseltine RH Jr, Glanovsky JL, James A ve ark. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *J Adolesc Health*, 2009;44(4):335-41.

193. Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol*, 1987;55(1):49-54.
194. Schotte DE, Clum GA. Suicide ideation in a college population: a test of a model. *J Consult Clin Psychol*, 1982;50(5):690-6
195. Shaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*, 1981;20(3):545-65.
196. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P ve ark. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 1996;53(4):339-48.
197. Shaffer D. Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 1974;15(4):275-91.
198. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 1985;142(9):1061-4.
199. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C ve ark. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord*, 1988;15(3):227-33.
200. Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *ScientificWorldJournal*, 2006;6:1405-11.
201. Simon TR, Anderso M, Thompson MP, Crosby A ve ark. Assault victimization and suicidal ideation or behavior within a national sample of U.S. adults. *Suicide Life Threat Behav*, 2002;32(1):42-50.
202. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 2012;169(5):484-90
203. Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J Pers Disord*, 2008;22(2):123-34
204. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J. Exp. Psychol.* 1935;18(6):643.
205. Tanskanen A, Tuomilehto J, Viinamäki H, Vartiainen E ve ark. Smoking and the risk of suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 2000;101(3):243-5.
206. Teri L. The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 1982; 10(2):277-284.

207. Trauth JA, Seidler FJ, Ali SF, Slotkin TA. Adolescent nicotine exposure produces immediate and long-term changes in CNS noradrenergic and dopaminergic function. *Brain Res*, 2001;892(2):269-80.
208. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci*, 2005;30(6):398-408.
209. Türkiye İstatistik Kurumu. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27620 Son erişim tarihi: 20 Mart 2019
210. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S ve ark. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2006;8:576-85.
211. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR ve ark. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*, 2010;117(2):575-600.
212. Van Pletzen E, Stein DJ, Seedat S, Williams DR, ve ark. Recall of early non-fatal suicidality in a nationally representative sample of South Africans. *ETHNIC HEALTH*, 2012; 17(1-2):149-159.
213. Verbruggen F, Logan GD, Stevens MA. STOP-IT: Windows executable software for the stop-signal paradigm. *Behav. Res. Methods*, 2008;40(2): 479-483.
214. Wasserman D, Cheng QI, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry*, 2005;4(2):114.
215. Welner A, Welner Z, Fishman R. Psychiatric adolescent inpatients: eight- to ten-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 1979;36(6):698-700.
216. Westheide J, Quednow BB, Kuhn KU, Hoppe C ve ark. Executive performance of depressed suicide attempters: the role of suicidal ideation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2008;258(7):414-21.
217. World Health Organization. World Suicide Prevention Day 2008. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd_2008_statement.pdf?ua=1 Son erişim tarihi: 24.11.2019
218. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. http://who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ Son erişim tarihi: 24.11.2019
219. World Health Organization. "Suicide". <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> Son erişim tarihi: 20 Mart 2019

220. Wichstrom L. Predictors of Adolescent Suicide Attempts: A Nationally Representative Longitudinal Study of Norwegian Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000;5:603-610
221. Willhelm AR, Fortes PM, Czermainski FR, Rates ASA ve ark. Neuropsychological and behavioral assessment of impulsivity in adolescents: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*, 2016; 38(3), 128-135.
222. Witte TK, Timmons KA, Fink E, Smith AR ve ark. Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide? *J Affect Disord*, 2008;115(1-2):69-78
223. Xu Z, Seidler FJ, Cousins MM, Slikker W Jr ve ark. Adolescent nicotine administration alters serotonin receptors and cell signaling mediated through adenylyl cyclase. *Brain Res*, 2002;951(2):280-92.
224. Yasan A, Danis R, Tamam L, Ozmen S ve ark. Socio-cultural features and sex profile of the individuals with serious suicide attempts in southeastern Turkey: a one-year survey. *Suicide Life Threat Behav*, 2008; 38(4):467–480.
225. Yazici K, Yazici AE. Dürtüselligin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri/Neuroanatomical and Neurochemical Basis of Impulsivity. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*, 2010; 2(2):254.
226. Yılmaz A. Anne-baba tutum ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Çocuk ve gençlik ruh sağlığı dergisi*, 2000;7(3):160-172.
227. Youngstrom EA, Hameed A, Mitchell MA, Van Meter AR ve ark. Direct comparison of the psychometric properties of multiple interview and patient-rated assessments of suicidal ideation and behavior in an adult psychiatric inpatient sample. *J Clin Psychiatry*, 2015;76(12):1676-82.
228. Zubicaray GD, Ashton R. Nelson's (1976) modified card sorting test: A review. *Clin Neuropsychol*, 1996;10(3):245-254.

8. EKLER

8.1. EK-1 ETİK KURUL ONAYI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Sayın Prof.Dr.Fatma Neslihan Emiroğlu

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ETİK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4677-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İntihar Girişimi Olan 12-18 Yaş Aralığındaki Ergen Bireylerde Nöropsikolojik Test Bulgularının Değerlendirilmesi ve Türkçe Columbia İntihar Şiddeti Değerlendirme Ölçeği'nin Duyarlık Ve Özgüllüğünün Belirlenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Fatma Neslihan Emiroğlu Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı Dilekçesi	17.09.2019		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

ASLI GİBİDİR



Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu



Scanned with
CamScanner

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/24-40	Tarih:30.09.2019
	Prof.Dr.Fatma Neslihan Emiroğlu'nun sorumlusu olduğu "İntihar Girişimi Olan 12-18 Yaş Aralığındaki Ergen Bireylerde Nöropsikolojik Test Bulgularının Değerlendirilmesi ve Türkçe Columbia İntihar Şiddeti Değerlendirme Ölçeği'nin Duyarlık Ve Özgüllüğünün Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 17.09.2019 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Çalışma başlığının "İntihar Girişimi Olan 12-18 Yaş Aralığındaki Ergen Bireylerde Nöropsikolojik Test Bulgularının Değerlendirilmesi ve Columbia İntihar Riskini Derecelendirme Ölçeği'nin Duyarlık ve Özgüllüğünün Belirlenmesi" olarak değiştirilmesi, ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nit Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Scanned with
CamScanner

ASLI GİRİLMİŞTİR

8.2. ÖZGEÇMİŞ



YİĞİT İŞBİTİREN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	37987670568
Doğum Tarihi	08/05/1994
İletişim Adresi	
Telefon	
E-posta	isbitiren.yigit@gmail.com
Web Adresi	

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Proje Bilgileri

2165658, Charcot-Marie Tooth Hastalığında Video Head İmpulse Testi İle Vestibülo-Oküler Sistemin Değerlendirilmesi, 3001 - Başlangıç AR-GE, Burslu, Sonuç raporu kabul, ARDEB, SBAG - Sağlık Bilimleri Araştırma Destek Grubu, Projeye Katılma/Ayrılma Tarihleri: 21.08.2017 - 21.08.2017, Proje Başlangıç/Bitiş

Tarihleri: 15.04.2017 - 15.04.2018.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

8.3. STROOP TESTİ

STROOP TESTİ									
Anabilim Dalı									
psikoloji Laboratuvarı									
SİYAH / BEYAZ OKUMA									
YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ
MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ
Süre :									
DÖRTGEN RENGİ SÖYLEME									
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	YEŞİL	MAVİ	MAVİ
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL
Süre :									
RENKLİ KELİMELERİ OKUMA									
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	YEŞİL	MAVİ	MAVİ
KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI
KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL
Süre :									
RENKLİ KELİMELERİN RENGİNİ SÖYLEME									
MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
MAVİ	YEŞİL	MAVİ	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL
MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI
MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	MAVİ	KIRMIZI	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ
MAVİ	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	KIRMIZI	YEŞİL	MAVİ	YEŞİL	MAVİ
Süre : Yanlış : Spontan Düzeltme : Süre Farkı :									

8.4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte yaptığım başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seke ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilir olduğumu düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONCUL M.D.

8.5. C-SSRS

COLUMBIA – İNTİHAR RİSKİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (C-SSRS)

İlk Değerlendirme /İnceleme Versiyonu

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 irdeme 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.

C-SSRS Baseline Screening - Turkey/Turkish - Version of 25 Apr 14 - Mapi.
ID7851 / C-SSRS-Baseline-Screening_AU5.1_tur-TR.doc

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ		
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.	Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman	Geçen __ Ay
1. Ölmüş Olmayı Dilemek Katılımcı ölmüş olmak ya da artık yaşamamak ya da uykuya dalmak ve bir daha uyanmamak şeklinde bir düşüncesi olduğunu onaylıyor. <i>Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalmayı ve bir daha uyanmamayı istediniz mi?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
2. Belirli Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri Değerlendirme süresi boyunca, bir kişinin yaşamına son vermeyi istemesi / kendisini öldürmekle ilgili düşünceleri olmadan (örneğin, “kendimi öldürmeyi düşündüm” diyerek) intihar etmeyi istemesi ile ilgili belirli olmayan genel düşünceler yöntemler, niyet ya da plan. <i>Gerçekten hiç kendinizi öldürmekle ilgili düşünceleriniz oldu mu?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
3. Harekete Geçme Niyeti Olmaksızın Herhangi Bir Yöntem (Plan Değil) İle Aktif Olarak İntihar Etme Düşüncesi Katılımcı intihar düşünceleri olduğunu ve değerlendirme süresi boyunca en az bir yöntemi düşündüğünü onaylıyor. Bu, zaman, yer ya da yöntem ile ilgili ayrıntılar üzerinde çalışılan belirli bir plandan farklıdır (örneğin, kendini öldürme yöntemi düşüncesi vardır, ancak belirli bir plan yoktur). “Aşırı doz almayı düşündüm ancak hiçbir zaman bunun zamanı, yeri ya da bunu gerçekten nasıl yapacağıma ilişkin belirli bir plan yapmadım...” ve bunu hiçbir zaman gerçekleştirmedim” diyecek kişileri kapsar. <i>Bunu nasıl yapabileceğinizi düşünüyor muydunuz?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
4. Belirli Bir Plan Olmadan, Eyleme Geçmeye Niyetli Bazı Aktif İntihar Etme Düşünceleri Birinini kendini öldürmekle ilgili aktif intihar düşünceleri olması ve katılımcının “Bu düşüncelere sahibim fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım” sözünün aksine, bu tip düşüncelere göre harekete geçmek için bir ölçüde niyetli olduğunu bildirmesi. <i>Böyle düşünceleriniz olmuş muydu ve bunları gerçekleştirilmeye hiç niyetlendiniz mi?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
5. Belirli Bir Plan ve Niyetle Birlikte Aktif İntihar Etme Düşüncesi Tamamen ya da kısmen ayrıntılı olarak yapılmış bir plan ile kendini öldürme düşünceleri ve katılımcının bu düşünceleri gerçekleştirmeye niyetli olması. <i>Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntıları planlamaya başladınız mı ya da planladınız mı? Bu planınızı gerçekleştirmeye niyetli misiniz?</i> Eğer yanıt evetse, açıklayın:	Evet Hayır ☐ ☐	Evet Hayır ☐ ☐
DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce tipine göre değerlendirilmelidir (yani, 1’den 5’e kadar, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun.		
Ömür Boyu - En Şiddetli Düşünce: _____ Tip No (1-5) _____ Düşüncelerin Tanımı _____ Geçen X Ay - En Şiddetli Düşünce: _____ Tip No (1-5) _____ Düşüncelerin Tanımı _____	En Şiddetli	En Şiddetli
Sıklık <i>Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?</i> (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 bir çok defa	_____	_____
Süre <i>Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süreyle aklınızda kalıyor?</i> (1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında (2) 1 saatten az / bazen (5) 8 saatten fazla / ısrarla ya da devamlı (3) 1-4 saat / çoğu zaman	_____	_____
Kontrol Edilebilirlik <i>Eğer yapmak isterseniz kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşünmeyi durdurabilir misiniz / durdurabilirsiniz mi?</i> (1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir (4) Düşünceleri oldukça zorlanarak kontrol edebilir (2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir (5) Düşünceleri kontrol edemez (3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir (6) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz	_____	_____
Caydırıcılar <i>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?</i> (1) Caydırıcılar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi (4) Caydırıcılar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi (2) Caydırıcılar muhtemelen sizi engelledi (5) Caydırıcılar sizi kesinlikle engellemedi (3) Caydırıcıların sizi engellediği kesin değil (6) Uygulanamaz	_____	_____
Düşüncelerin Nedenleri <i>Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için ne gibi nedenleriniz vardı? Acıya bir son vermek için mi ya da hissettiğiniz durumu sonlandırmak (başka bir deyişle, bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) için miydi ya da başkalarının dikkatini çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için miydi? Ya da her ikisi miydi?</i> (1) Tamamen dikkati 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) Acıya tamamen son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (3) Eşit ölçüde dikkat çekmek ya da başkalarından intikam ya da tepki almak için ve acıya son vermek / acıyı durdurmak için (6) Uygulanamaz	_____	_____

8.6. ABTÖ

ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki sorulara kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz.
Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün.

Eğer **TAMAMEN BENZİYORSA** aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine **4**;
BİRAZ BENZİYORSA **3**;
BENZEMİYORSA **2**;
HİÇ BENZEMİYORSA **1** yazınız.

- | | | |
|--------------------------|-----|--|
| ☐ | 1. | Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler. |
| ☐ | 2. | Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler. |
| ☐ | 3. | Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar. |
| ☐ | 4. | Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler. |
| ☐ | 5. | Annem ve babam bazı konularda “sen kendin karar ver” derler. |
| ☐ | 6. | Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar. |
| ☐ | 7. | Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler. |
| ☐ | 8. | Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler. |
| ☐ | 9. | Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar. |
| ☐ | 10. | Annem ve babamla her tartıştığım da bana “büyüdüğün zaman anlarsın” derler. |
| ☐ | 11. | Derslerimden düşük not aldığım da, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler. |
| ☐ | 12. | Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler. |
| ☐ | 13. | Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar. |
| ☐ | 14. | Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığım da, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler. |
| ☐ | 15. | Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar. |
| ☐ | 16. | Derslerimden düşük notlar aldığım da, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım. |
| ☐ | 17. | Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz. |
| ☐ | 18. | Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığım da, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler. |

Aşağıdaki her ifadenin yanında bulunan kutulardan sadece size uygun olanın içine çarpı(X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

☐

Hayır

☐

Eğer cevabınız Evet ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir (Pazartesi-Cuma arası)?

8:00'den önce
8:00 – 8:59 arası
9:00 – 9:59 arası

☐
☐
☐

10:00 – 10:59 arası
11:00 ya da daha geç
İstediğim saate kadar

☐
☐
☐

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

☐

Hayır

☐

Eğer cevabınız Evet ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir .

8:00'den önce
8:00 – 8:59 arası
9:00 – 9:59 arası

☐
☐
☐

10:00 – 10:59 arası
11:00 ya da daha geç
İstediğim saate kadar

☐
☐
☐

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,
22. Boş zamanlarınızda ne yaptığını,
23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığını,

Hiç çaba göstermez	Çok az çaba gösterir	Çok çaba Gösterir
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

24. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin,
25. Boş zamanlarınızda ne yaptığın,
26. Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin,

Bilgileri yoktur	Çok az bilgileri vardır	Çok bilgileri vardır
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐