

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

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI
OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ORTAM
TERAPİSİNDEN FAYDALANIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. BAHAR ŞEN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

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

**KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI
OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ORTAM
TERAPİSİNDEN FAYDALANIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. BAHAR ŞEN

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. H. Burak Baykara

İÇİNDEKİLER

TABLolar	v
KISALTMALAR	ix
TEŞEKKÜR	x
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ	5
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1 Kendine Zarar Verme Davranışı	7
2.1.1 Tanım	7
2.1.2 DSM- 5 Tanı Ölçütleri	7
2.1.3 Epidemiyoloji	9
2.1.4 Tarihçe	10
2.1.5 Etiyoloji	11
2.1.5.1 Psikodinamik Etkenler	11
2.1.5.2. Nörobiyolojik Etkenler	12
2.1.5.3 Psikososyal Etkenler	15
2.1.5.4 Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	18
2.2 Ortam Terapisi (Milieu Terapi)	19
2.2.1 Ortam Terapisi Tanımı	19
2.2.2 Ortam Terapisi İşleyişi	21
2.2.3 Ortam Terapisi Servis Süreci	22
2.2.4 Ortam Terapisi ve Psikiyatrik Bozukluklar	23
2.3 ÖZKİYİM	23
2.3.1. Tanımı ve Tarihçesi	23
2.3.2 Epidemiyoloji	24
2.3.3 Risk Faktörleri	25
2.3.4 Özkıyımın Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflandırmasında Yer Alması	26
3.HİPOTEZLER	27
4.GEREÇ VE YÖNTEM	28

4.1 Araştırmanın Türü	28
4.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
4.3 Araştırmanın Örneklemi	28
4.4 Örneklemenin Seçimi	28
4.4.1 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	28
4.4.2 Çalışmadan Dışlama Kriterleri	29
4.5 Yöntem	29
4.6 Veri Toplama Kaynakları	30
4.6.1. Veri Kayıt Formu	30
4.6.2 Bireysel ve ailesel/çevresel risk değerlendirme	31
4.6.3 Çocuklar İçin genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS)	31
4.6.4 HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents)	32
4.7 Etik Kurul Onayı	33
4.8 Araştırmanın İstatistiği	33
5. BULGULAR	34
5.1 Örneklemenin Değerlendirilmesi	34
5.1.1 Sosyal ve Demografik Değişkenler	34
5.1.2 İşlevsellik Değerlendirmesi	37
5.1.3 Kendine Zarar Verme Davranışlarının Değerlendirilmesi	39
5.1.4 Katılımcıların Suisidalitesinin İncelenmesi	40
5.1.5 Katılımcıların Psikiyatrik Tanıları	41
5.1.6 Katılımcıların Ailelerindeki Psikiyatrik Tanılar	43
5.1.7 Katılımcıların Alkol Madde Kullanımı	44
5.2 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Değerlendirilmesi	46
5.2.1 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırması	46

5.2.2 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırması	52
5.2.3 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Kendine Zarar Verme Metodları Karşılaştırması	54
5.2.4 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Alkol Madde Kullanımı Karşılaştırması	56
5.2.5 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırılması	56
5.2.6 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Ölçek Yatış ve Taburculuk Puanlarının Karşılaştırması	59
5.2.7 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların İlaç Kullanımı Karşılaştırması	60
5.3 Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması	63
5.3.1 Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların KZVD Uygulama Süresi ve Metodlarının Karşılaştırılması	63
5.3.2 Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların Suisidal Girişim Sayısının Karşılaştırılması	64
5.4 HoNOSCA ve CGAS Puan Değişimlerinin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi	65
5.4.1 KZVD Uygulama Süresi ve Metodlarının Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi	65
5.4.2 Suisidal Girişim ve Girişimdeki İmpulsivitenin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi	67
5.4.3 Yatış Süresinin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi	68
5.5 Verilerin Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi	69
5.6 HoNOSCA ve CGAS Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Değerlendirilmesi.....	72
6. TARTIŞMA	73
6.1 Sosyodemografik Veriler	73
6.1.1 Yaş	73
6.1.2 Cinsiyet	74

6.1.3 Okul Başarısı	74
6.1.4 Aile Yapısı	75
6.1.5 Ebeveynlerin Sosyoekonomik Durumu	76
6.2 Psikiyatrik Tanılar	77
6.3 Soygeçmiş Psikiyatrik Tanılar	79
6.4 Kendine Zarar Verme Davranışı Yöntemleri	80
6.5 Suisidal Girişim	81
6.6 Alkol Madde Kullanımı	82
6.7 Ortam Terapisinden Faydalanım	84
6.8 İlaç Kullanımı	86
7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	88
7.1 Sonuçlar	88
7.2 Öneriler	89
8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	90
9. KAYNAKÇA	91
10. EKLER	106

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablo 1: Örneklemenin Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi, Okul Başarısı, Yaşadıkları Yer, Aile Yapısı	34
Tablo 2: Katılımcıların Anne Yaşı, Baba Yaşı, Anne Eğitim Düzeyi, Baba Eğitim Düzeyi, Annenin Çalışma Durumu ve Babanın Çalışma Durumu	36
Tablo 3: Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Risk Puanları	37
Tablo 4: Katılımcıların CGAS Yatış ve Taburculuk Puanları	38
Tablo 5: Katılımcıların HoNOSCA Yatış ve Taburculuk Puanları	38
Tablo 6: Katılımcıların HoNOSCA Alt Testlerin Yatış ve Taburculuk Puanları	38
Tablo 7: Kendine Zarar Verme Davranışlarının Uygulama Süresi ve Metodları	39
Tablo 8: Katılımcıların Suisidal Girişim Oranı, Girişim Sayısı, Girişim Metodları, Suisidalite Süresi, Girişim Planlılığı	40
Tablo 9: Katılımcıların Primer ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıları, İstismar Oranları ..	42
Tablo 10: Ailesel Psikiyatrik Tanılar	43
Tablo 11: Ailesel Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	44
Tablo 12: Alkol Madde Kullanım Durumu	45
Tablo 13: İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi	45
Tablo 14: Kombine İlaç Tedavilerinin Değerlendirilmesi	45
Tablo 15: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Yaş Ortalaması Karşılaştırması	46
Tablo 16: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Cinsiyet Karşılaştırması	46
Tablo 17: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Eğitim Durumu Karşılaştırması	47
Tablo 18: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Okul Başarısı Karşılaştırması	47
Tablo 19: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Kardeş Sayısı Karşılaştırması	48
Tablo 20: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Aile Yapısı Karşılaştırılması	48

Tablo 21: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Anne Yaşlarının Karşılaştırması	49
Tablo 22: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Anne Eğitim Durumlarının Karşılaştırması	49
Tablo 23: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Anne Meslek Durumu Karşılaştırması	50
Tablo 24: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Baba Yaşlarının Karşılaştırması	50
Tablo 25: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Babanın Eğitim Durumu	51
Tablo 26: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Babanın Meslek Durumu Karşılaştırması	52
Tablo 27: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Davranım Bozukluğu Tanısı Karşılaştırması	52
Tablo 28: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Majör Depresif Bozukluk Tanısı Karşılaştırması	53
Tablo 29: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Karşılaştırması	53
Tablo 30: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Şizofreni Tanısı Karşılaştırması	54
Tablo 31: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Faça Metodu Karşılaştırması	54
Tablo 32: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Yumruk Atma Metodu Karşılaştırması	55
Tablo 33: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Alkol veya Madde Kullanımı Karşılaştırması	55
Tablo 34: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupları Alkol Kullanımı Karşılaştırması	56
Tablo 35: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Madde Kullanımı Karşılaştırması	56
Tablo 36: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Majör Depresif Bozukluk Karşılaştırılması	56

Tablo 37: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Bipolar Bozukluk Karşılaştırılması	57
Tablo 38: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Anksiyete Bozukluğu Karşılaştırılması	57
Tablo 39: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Şizofreni Karşılaştırılması	58
Tablo 40: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Karşılaştırılması	58
Tablo 41: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların HoNOSCA Yatış Puanlarının Karşılaştırması	59
Tablo 42: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların HoNOSCA Çıkış Puanlarının Karşılaştırması	59
Tablo 43: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların CGAS Yatış Puanlarının Karşılaştırması	60
Tablo 44: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların CGAS Çıkış Puanlarının Karşılaştırması	60
Tablo 45: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Antidepresan Kullanımı Karşılaştırması	60
Tablo 46: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Antipsikotik Kullanımı Karşılaştırması	61
Tablo 47: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Duygudurum Düzenleyici Kullanımı Karşılaştırması	61
Tablo 48: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Benzodiyazepin Kullanımı Karşılaştırması	62
Tablo 49: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Stimülan Kullanımı Karşılaştırması	62
Tablo 50: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Tek İlaç Kullanımı Karşılaştırması	62
Tablo 51: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların İkili İlaç Kullanımı Karşılaştırması	63
Tablo 52: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Üçlü İlaç Kullanımı Karşılaştırması	63

Tablo 53: Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların KZVD Uygulama Süresi Karşılaştırılması	63
Tablo 54: Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların KZVD Uygulama Metodlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 55: Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların Suisidal Girişim Sayısının Karşılaştırılması	65
Tablo 56: KZVD Uygulama Süresi Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi	65
Tablo 57: KZVD Uygulama Metodlarının Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi	66
Tablo 58: Suisidal Girişim ve Girişimdeki İmpulsivitenin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi	68
Tablo 59: Yatış Süresinin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi ...	68
Tablo 60: Pearson Korelasyon Analizi ile Yaş, CGAS Yatış, CGAS Çıkış, CGAS Fark, HoNOSCA Yatış, HoNOSCA Çıkış, HoNOSCA Fark, Yatış Süresi, KZVD Süresi ve Suisid Girişim Sayılarının Değerlendirilmesi	70
Tablo 61: HoNOSCA Fark ve CGAS Farkın Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Değerlendirilmesi	72
Tablo 62: HoNOSCA Alt Testlerinin Fark Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Değerlendirilmesi	72
 Şekil 1: HoNOSCA Değişimi ve Faça Kullanımı	67

KISALTMALAR

5-HIAA: 5-Hidroksi indol asetik asit

ASK: Anterior Singulat Korteks

CGAS: Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale)

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı – 5. Baskısı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EYA: Esansiyel Yağ Asidi

FKT: Fisher'ın Kesin Testi

HoNOS: Ulusal Sağlık Servisi Sonuç Ölçekleri (Health of the Nation Outcome Scales)

HoNOSCA-TR: Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents)

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal

ICD-10: Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases)

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Ort: Ortalama

Örn: Örnek

PTSB: Posttravmatik Stres Bozukluğu

SS: Standart Sapma

TEŞEKKÜR

Birlikte çalışma şansına sahip olduğum için büyük onur duyduğum, her konuda destek olup meslek yaşamımda bana yol gösteren değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Burak BAYKARA,

Uzmanlık eğitimim boyunca birikimlerini, deneyimlerini bize aktaran ve desteklerini esirgemeyen sayın hocalarım Prof. Dr. Süha MİRAL, Prof. Dr. Aynur AKAY, Prof. Dr. Neslihan İNAL, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Doç. Dr. Aylin ÖZBEK, Doç. Dr. Sevey ALŞEN GÜNEY, Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN, Doç. Dr. Taner GÜVENİR,

Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonumdan bu yana yardımlarını esirgemeyen, DEÜ Psikiyatri Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Beyazıt YEMEZ, Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ, Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Elif ONUR AYSEVENER, Doç. Dr. Emre BORA, Doç. Dr. Neşe DİREK ve Doç. Dr. Tolga BİNBAY hocalarım,

Uzmanlık eğitimim süresince desteklerini hep yanımda hissettiğim, en zor zamanlarda yardıma koşan sevgili meslektaşlarım, aynı zamanda dostlarım Dr. Çağatay ERMİŞ, Dr. Ezgi KARAGÖZ, Dr. Remzi Oğulcan ÇIRAY, Dr. Doğukan KOÇ,

Hem asistanlığım da hem de tez sürecinde destek olup, kendimi geliştirmemde ve hayallerimi gerçekleştirmemde büyük katkıları olan Dr. Seçil GÜNDÜZ UYSAL, Dr. Fatma Nur ELMAS, Dr. Serkan TURAN, Dr. Beste Dila EREN SARIKAYA, Dr. Emin ÇAĞLAR, Dr. Pelin Ünal VARİŞ, Dr. Begüm ŞAHBUDAK, Dr. Bari AY, Dr. Berrin BİLGİÇ, Dr. Tuğçe Cansu ÖZÇELİK, Dr. Elif UYSAL ÇETİNOĞLU, Dr. Gökhan YÖYLER, Dr. Berkin AKBAYDAR, Dr. Zeynep AYDIN, Dr. Ecem İNCE, Dr. Nurten Gözde KAMAR, Dr. Eren HALAÇ, Dr. Buket BELENDİR, Dr. Ahmet Berkay ESEN, Dr. Nurgül NERGİZ, Dr. Nazan GÜNDOĞAN, Dr. Tuğçe TURAN, Dr. Seren ATEŞ, Dr. Eren BAŞ, Dr. Zeynep EVLİYAOĞLU, Dr. Duru GÜLER, Dr. Eda ÇELİK, Dr. Ekin SÜT, Dr. Fadime TOKMAK, Dr. Samet ÇETİN, Dr. Özüm DOĞAN, Dr. Nilay AĞAÇ, Dr. Gizem KESER,

Çalışma disiplini ve özverisiyle kendine hayran bırakan Dr. Mervegöl ERTEKİN ŞİMŞEK, beraber çalışmaktan keyif aldığım, her zaman desteğim olan, biricik ekürim Dr. Oğuzhan ŞİMŞEK,

Asistanlık süresince ihtiyacımız olan her zaman yardımımıza koşan Psikolog Ümit ŞAHİN, Psikolog Özge KARAKUŞ, Sorumlu Hemşire Emel ÇEVİRİM, birlikte çalıştığımız hemşire arkadaşlarımız Gülcan ERSOY, Aysel DURMAZ, Birgül DÖNMEZ, Zeynep AKINCI ve Rüya DİMEN anabilim dalı sekreterlerimiz Duygu ÖZBEK, Naciye ÖZEGEMEN, Serap DOĞAN poliklinik sekreterlerimiz Yasin KÜÇÜKÇAPRAZ, Senem GÜRTAŞ, Meltem ÇAM KARAASLAN ve Burcu KARAKUŞ, servis sekreterimiz Gülçin ALGÜLLER, arşiv sorumlumuz Ozan ŞAKAR, personelimiz Döndü DOĞAN,

Bugün bulunduğum noktaya gelmemde en büyük payı olan, desteklerini her zaman yanımda hissederek varlıklarından güç aldığım sevgili ailem,

Bu zorlu yolda tüm sıkıntılara ortak olan, enerjisiyle daha iyi işler yapmam için bana güç ve cesaret veren, ilham kaynağım, meslektaşım, yol arkadaşım Halid Esad YAVAŞ

Hepinize teşekkür ederim

Bahar ŞEN

İzmir, 2021

ÖZET

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ORTAM TERAPİSİNDEN FAYDALANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Bahar ŞEN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

E-posta: drbaharsen@gmail.com

Amaç: Bu çalışmada özkıyım amacı olmayan kendine zarar verme davranışı bulunan olgular ile özkıyım girişimi ve kendine zarar verme davranışı olan olguların ortam terapisinden faydalanımlarının karşılaştırılması; bu bireyler arasındaki sosyodemografik farklılıklarının ve psikiyatrik tanılarının incelenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Metot: Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmada özkıyım amacı olmadan kendine zarar verme ve suisid girişimi olan grup 64, özkıyım amacı olmadan kendine zarar verme davranışı olan grup 67 kişiden oluşmaktadır. Yatış ile taburculuk sonrasında uygulanan bireysel ve ailesel risk değerlendirilmesi, HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği ve Çocuğun Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS)'nin istatistiği yapılmıştır.

Bulgular: Suisid girişimi ve KZVD olan grupta daha fazla kız cinsiyet ve lise öğrencisi olduğu saptanmıştır. Suisid girişimi ve KZVD olan grupta davranım bozukluğu ve şizofreni daha az; majör depresif bozukluk, borderline kişilik bozukluğu ve alkol madde kullanımı daha fazla olduğu saptanmıştır. KZVD metodları karşılaştırıldığında suisid girişimi ve KZVD olan grupta faça kullanımı daha fazla, yumruk atma ise daha az saptanmıştır. Alkol madde kullanımı olan bireylerde KZVD uygulama yılı ve suisid girişim sayısı daha fazla saptanmıştır. Faça uygulayanlarda HoNOSCA değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda kullanılan ölçek puanlarında anlamlı değişimlerin olduğu; gruplar arasında cinsiyet, kendine zarar verme metodu ve alkol madde kullanımında farklılıklar olduğu;

kendine zarar verme yöntemi ile ortam terapisinden faydalanım arasında farklılık olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kendine zarar verme davranışı, özkıyım, HoNOSCA, CGAS



ABSTRACT

EVALUATION OF THE BENEFIT FROM MILIEU THERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SELF HARM BEHAVIOR

Dr. Bahar ŞEN

Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry

E-mail: drbaharsen@gmail.com

Objective: The aim of this study is to compare the benefits of milieu therapy of cases with self-harming behavior with or without suicidal attempt. Also, it is aimed to examine and compare the sociodemographic differences and psychiatric diagnoses.

Method: In this study, 64 participant consisted in the group of people with deliberate self harm and suicide attempt and 67 participant consisted in the group of people with deliberate self harm. Individual and familial risk assessment, Clinical Outgoing Rating Scale (HoNOSCA-TR) and Child's Global Assessment Scale (CGAS) were used.

Results: It was determined that there were more girls and high school students in the group with suicide attempt and deliberate self harm. Conduct disorder and schizophrenia were less in the group with suicide attempt and deliberate self harm; Major depressive disorder, borderline personality disorder and alcohol substance use were found to be higher in this group. The cutting was more in the group with suicide attempt and deliberate self harm, while punching was found to be less in this group. The duration of deliberate self harm was longer and the number of suicide attempts were higher in individuals with alcohol or substance abuse. It was found that HoNOSCA change was more with cutting.

Conclusion: The changes in scale scores were found to be statistically significant; It was determined that there were differences between the groups in terms of gender, self-harm method

and alcohol substance use; It was found that there is a difference between self-harm method and benefit from mileu therapy.

Keywords: Delibrate self harm, suicide, HoNOSCA, CGAS



1.GİRİŞ

Kendine zarar verme, son yıllarda görülme sıklığı artmakta olan ve özellikle ergenlik döneminde görülme sıklığında artış olan önemli bir ruh sağlığı problemidir. Favazza(1998), kendine zarar verme davranışını (KZVD) “kişinin yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı ve tekrarlayıcı biçimde beden dokularına zarar vermesi” olarak tanımlamıştır¹. KZVD için yapılan tanımlardaki ortak özellikler; bedenin belirli bölümlerine tekrarlayıcı şekilde kasıtlı olarak zarar verilmesi ve ek olarak öz kıyım niyetini içermemesidir. Kişinin bilinçli olarak yaptığı kendini kesme, deri yolma, kendini yakma, çizme, deri kazıma ve benzeri davranışları KZVD tanımı içerisinde yer alır².

Kendine zarar verme ergenlik öncesinde daha az oranda görülürken, ergenlik döneminde görülme sıklığı artmaktadır. Kendine zarar verme, ağırlıklı olarak 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve başlangıç yaşı ortalama 13-14 yaş olarak bildirilmektedir^{3,4}. KZVD prevalans çalışmalarında farklı oranlar bulunmaktadır. Özkıyım tüm dünyada 10-24 yaş arasındaki gençlerde en yaygın ikinci ölüm nedenidir^{5,6}. Türkiye'deki özkıyım nedeni ölümünün %13'ünün 0-19 yaş arası bireylerde meydana geldiği görülmektedir⁷.

Toplum örneklemli çalışmalarda ergenlerin %13-%45'i hayatlarında en az 1 kez KZVD yaptıklarını bildirmişlerdir. Zoroğlu ve arkadaşlarının(2003) yaptığı bir çalışmada, KZVD prevalansı % 21,4 olarak bulunmuştur; katılımcılar cinsiyet yönünden kıyaslandığında KZVD sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır⁸.

Kendine zarar verme psikodinamik, psikososyal, nörobiyolojik, psikiyatrik tanı gibi birçok faktörle ilişkilidir⁹. Psikososyal etkenlerde en önemli faktörlerden biri çocukluk veya ergenlik döneminde ihmal veya istismar gibi olumsuz yaşam olaylarıdır¹⁰. İhmal veya istismar mağduru travmatize bireylerin maruz kalınan travmatik süreç ile ilişkili yeniden yaşantılama hissi sonucunda görülen huzursuzluk ile baş edebilmek için daha sık kendilerine zarar verdikleri saptanmıştır¹¹. Kendine zarar veren ergenlerin çoğunda, daha fazla cinsel istismar travması bulunmuştur¹². İstismar mağdurlarında KZVD'ye yol açan sebepler; cezalandırma ihtiyacı, başa çıkma metodu, duygu denetimindeki yetersizlik, duyguların farkına varmak, sembolleştirme, kendilik kontrollerini sağlamak ve yaşadıklarını kanıtlama isteği olarak

belirlenmektedir¹³.

Bir aile modeli ve aile pedagojisi kullanılarak oluşturulan ortam terapisi, on sekizinci yüzyılın sonlarında Pinel ve Tuke'un tedavi geleneğine dayanmaktadır. Günümüzde ortam terapisinin, sosyoterapötik, davranışsal ve psikodinamik yaklaşımları bulunmaktadır. Ortam terapisinin psikodinamik yaklaşımı ABD'deki Sullivan (1931), Menninger (1936) ve Cumming ve Cumming'e (1962) kadar uzanmaktadır. İngiltere'de, ortam terapisi yaklaşımları, İkinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonra Terapötik Topluluklar olarak adlandırılan ilk kuruluşların bazılarında kullanılmıştır. Sonrasında, ortam terapisinin psikodinamik yaklaşımı İskandinav ülkelerinde, Almanya ve Avusturya'da kullanılmaya başlanmıştır¹⁴.

“Tedavi edici ortam” terimini ilk olarak kullanan ve faydalarını açıklayan Maxwell Jones'dur. Jones, tedavi edici ortamı davranış, aktivite ve değerler için kültürel öğeler içeren, tedavi edici yatan hasta ortamı olarak tanımlamıştır. Tarihsel sürece bakıldığında, II. Dünya Savaşı öncesinde ruh sağlığı hastanelerinin, hastaların sadece toplum dışı tutuldukları ve fiziksel ihtiyaçlarının karşılanacağı yerler olarak görüldüğü anlaşılmaktadır¹⁵.

Ortam terapisi, hastanede yatan psikiyatri hastalarının, hastanedeki günlük yaşam aktivitelerine katılmalarına izin vererek pratik ve sosyal becerilerini, eğitmek ve arttırmak için önemli bir terapötik araç olarak tanımlanmaktadır. Ortam terapisiyle hasta hastane dışındaki yaşama hazırlanmaktadır¹⁴.

Günümüzde psikiyatri kliniklerinin amacı, hastanın hastane yatışına sebep olan psikiyatrik hastalığının farkına varmasına ve hastalığın iyileşmesine yardımcı olmaktır. İdeal tedavi ortamı sosyal organizasyonlar, destek ve toplumsal değerler ile hastaların benlik güçlerini en uygun şekilde kullanımına fırsat veren bir ortam olmalıdır¹⁶.

Kendine zarar verme ergenler arasında sıklığı artan bir durum olup bu gençlere klinik açıdan yardımcı olabilmek için, bu davranışın nedenlerini, eşlik eden klinik durumları, tedavi seçeneklerini ve tedaviden faydalanımlarını anlamak oldukça önemlidir. Literatüre bakıldığında bu alanda, kendine zarar vermesi olan ve servis yatışı olan ergenlerin tedavi seçeneklerinden biri olan ortam terapisiinden yararlanımını inceleyen bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Bu sebeple, çalışmamızın kendine zarar veren ergenlerde bu davranışa neden olabilecek risk faktörlerini, prognozu, klinik gidişini ve tedaviyi belirlemek için oldukça önemli olabileceği düşünülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Kendine Zarar Verme Davranışı

2.1.1 Tanım

KZVD, özkıyım niyeti olmadan, vücut dokularına doğrudan, tekrarlayıcı şekilde, kültürel olarak kabul edilemeyen, istemli olan bir yaralanma olarak tanımlanır^{13,17}. KZVD, cildin veya kemiklerin doğrudan yaralanmasına yol açan, nesnelerin üzerine vurmanın yanı sıra vücudun yüzeyini kesmeyi, çizmeyi veya yakmayı da içermektedir. Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması'nda (ICD-10), KZVD sadece belirti düzeyinde bulunmaktadır, bağımsız bir hastalık varlığı olarak tanımlanmamaktadır¹⁷.

Literatüre bakıldığında kendine zarar verenlerde en sık görülen davranış kendini kesmedir ve % 57'lik bir oran ile ilk sırada bulunmaktadır. Kullanılan diğer yöntemler arasında kendini zehirleme % 47, boğazı sıkıp nefessiz bırakma % 7, yumruk atma % 6, kafa vurma % 4, nesneleri yutma % 4 ve yakma % 3 oranında görülmektedir. Birden fazla kendine zarar verme oranı %67 olarak bildirilmiştir¹⁸. Zarar verilen bölgeler incelendiğinde; kollar, bacaklar, karın, kafa, göğüs ve genital olarak sıralanmaktadır. En yüksek oran kolay ulaşım nedeniyle %74 sıklıkta kollara uygulanmaktadır¹⁹.

2.1.2 Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı – 5. Baskı (DSM- V) Tanı Ölçütleri

KZVD, DSM-V'te, tanımlama olarak, klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar bölümünde, kişisel öykünün olduğu diğer durumlar başlığı altında, 'kendine zarar verme öyküsü' şeklinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Önerilen tanı ölçütleri;

- A. Geçen bir yıl içinde, bireyin beş veya daha fazla günde, sadece küçük veya orta derecede fiziksel zarara yol açacağı beklentisiyle intihar amacı olmadan vücudunun yüzeyine kanama, morarma veya ağrıya neden olabilecek türden yaralanmalarla (örn. kesme, yanma, bıçaklama, vurma, aşırı sürtünme) kasıtlı olarak hasar vermesi

Not: İntihar niyetinin yokluğu ya birey tarafından belirtilmiştir ya da bireyin bildiği ya da öğrendiği ölümle sonuçlanmayacak bir davranışa tekrar tekrar katılmasıyla sonuçlanabilir.

- B. Birey, aşağıdaki beklentilerden bir veya daha fazlasıyla kendine zarar verme davranışında bulunur:

1. Olumsuz bir duygudan veya bilişsel durumdan kurtulmak.
2. Kişilerarası güçlüğü gidermek.
3. Olumlu bir duygu durumu uyandırmak.

Not: İstenilen rahatlama veya tepki, kendine zarar verme sırasında veya kısa bir süre sonrasında yaşanır ve birey tekrar tekrarlayan davranış kalıpları gösterebilir.

- C. Kasıtlı kendine zarar verme aşağıdakilerden en az biriyle ilişkilidir:

1. Kendine zarar verme eyleminden hemen önceki dönemde ortaya çıkan depresyon, kaygı, gerginlik, öfke, genelleştirilmiş sıkıntı veya özeleştirme gibi kişilerarası zorluklar veya olumsuz duygular veya olumsuz düşünceler
2. Davranıştan önce, kontrol edilmesi zor olan amaçlanan davranışla ilgili bir meşguliyet dönemi.
3. Davranışı yapmadığı zamanda bile sık sık kendine zarar verme hakkında düşünmek.

- D. Davranış sosyal olarak (Örneğin; piercing, dövme, dini veya kültürel bir ritüelin bir parçası) onaylanmamıştır ve ciltte yara yolma veya tırnak ısırma ile sınırlı değildir.

- E. Davranış veya sonuçları kişilerarası, akademik veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntılara veya engellemelere neden olur.

- F. Davranış sadece psikotik ataklar, deliryum, madde zehirlenmesi veya madde yoksunluğu sırasında meydana gelmez. Nörogelişimsel bozukluğu olan bireylerde

yineleyici, basmakalıp davranışın parçası değildir. Davranış başka bir zihinsel bozukluk veya tıbbi durum (örn., psikotik bozukluk, otizm spektrum bozukluğu, entelektüel yetersizlik, Lesch-Nyhan sendromu, kendine zarar veren stereotipik hareket bozukluğu, trikotillomani, cilt yolma bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz²⁰.

2.1.3 Epidemiyoloji

Swannell ve ark. tarafından yapılan meta-analizde, dünya çapındaki okul örneklerinde en az bir kendine zarar verme davranışının ortalama yaşam boyu yaygınlığı % 17.2 olarak bulunmuştur. (% 8.0-26.3 aralığı). Oranlar genç yetişkinlerde % 13.4 ve yaşlı yetişkinlerde % 5.5 çok daha düşüktür¹⁷. Klinik örneklemelerde KZVD yaygınlığı psikiyatrik hastalarda % 12 ile % 80 arasında değişmektedir²¹.

KZVD öyküsü olan kişilerin % 55 ile % 85'inde özkıyım davranışı bildirilmektedir ve KZVD sıklığını artması, özkıyım girişimi riskinin artmasıyla ilişkilidir²¹. Genel olarak, kendine zarar verme davranışlarında mortalite oranları düşüktür. Bununla birlikte, vakaların % 12'si ile % 20'si ciddi zarar verme olarak sınıflandırılmıştır ve derin kesikler, kırıklar veya iç yaralanmalarla sonuçlanmıştır. En yüksek kendine zarar verme oranları akşam saatlerinde genellikle yatak odaları veya tuvaletler gibi özel alanlarda görülmektedir²².

KZVD, çoğunlukla 10-24 yaş aralığında görülmektedir ve ortalama başlangıç yaşı 13-14 yaş olarak belirtilmektedir^{3,4}. Zoroğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, KZVD sıklığı % 21,4 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada erkek ve kız katılımcılar arasında KZVD sıklığı açısından anlamlı fark bulunamamıştır⁸.

Başay ve arkadaşlarının yaptığı 1656 ergenin katıldığı toplum örneklemli çalışmada; ergenlerin %31,3'lük kısmının hayat boyu en az 1 kez kendine zarar verdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada kendine zarar vermeye başlama yaş ortalaması ise 13,3 olarak gösterilmiştir. KZVD sıklığı kıyaslandığında erkek ve kız ergenler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır²³.

2.1.4 Tarihçe

Antik çağlara ait yazılarda kendine zarar verme davranışının görüldüğü belirtilmiştir. Herodot, “Tarihin Altıncı Cildi” adlı kitabında, “Kendini dilim dilim kesen bir kişiyi” anlatmaktadır. Eski Ahit’te, bıçak ve neşterle kendilerini kesen bir gruptan; Yeni Ahit’te ise cinlerin etkisindeki bir adamın gece gündüz bağırıp çağırdığı ve kendisini taşla kesmesinden bahsedilmektedir^{19,24}. Yunan mitolojisi incelendiğinde Kral Oedipus’un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrendiği zaman günahkârlık ve suçluluk duyguları ile gözlerini çıkartıp Tebai şehrini terk ettiğinden bahsedilir. Norveç mitolojisinde Odin, sularında zekâ ve bilgelik akan Mirmir Nehrinin suyundan bir yudum içebilmek için bir gözünü verdiği söylenir. 1200’lü yıllarda, Marco Polo Bağdat’ta tanıştığı bir ayakkabı tamircisinin, bir kadın müşterisinin bacağına baktığı için günah duyguları ile kendi sağ gözünü kör ettiğini anlatır ²⁵.

Literatürde KZVD ilk olarak 1846 yılında suçluluk duyguları nedeniyle iki gözünü de çıkaran bir kadın hastadan söz edilmiştir ²⁴. Emerson (1913), kendine zarar verme kavramını ilk kez kendini kesme davranışının mastürbasyonun sembolik bir biçimi olarak değerlendirdiği çalışmasında kullanmıştır²⁶. Erken dönem psikanalitik çalışmalar, genital yaralanma ve organ kayıplarına neden olan KZVD’yi; kastrasyon fobisi, sapkın cinsel arzular ve mastürbasyon ile mücadele amacıyla yapıldığı yönünde değerlendirmiştir.

Menninger (1935) ‘Kendine Karşı İnsan’ adlı kitabında, KZVD’yi, öz kısıymı önlemek için hafifletilmiş öz kırım girişimi olarak tanımlamıştır. Ayrıca kendine zarar verme derecesinin önemine, beden bölgesinin seçimine, davranışın altında yatan psikodinamik etkenlere ve kişinin kendi kültüründeki anlamına işaret etmiştir. 1960 ve 1970’li yıllar arasında yapılan çalışmalarda KZVD çoğunlukla kendini kesme çerçevesinde ele alınmış, çocukluk çağı ayrılma bireyleşme sorunlarının ergenlik dönemine yansımaları şeklinde yorumlanmıştır ²⁷. Favazza (1996) KZVD ve öz kısıymın farklı kavramlar olduğunu belirtmiş ve kendine zarar verme davranışını kültürel olarak onay gören ve onaylanmayan kendine zarar verme olarak iki farklı grupta sınıflandırmıştır²⁴.

2.1.5 Etiyoloji

KZVD'ye yol açan sebepler arasında psikodinamik, nörobiyolojik ve psikososyal alanlarda pek çok etken araştırılmıştır. Araştırmaların sonucunda KZVD'nin birden çok sebeple ilişkili olduğu görülmüştür.

2.1.5.1 Psikodinamik Etkenler

KZVD'ye eğilimi olan hastalarla ilgili ilk psikoanalitik değerlendirmeyi Emerson (1913) incelemiştir. Emerson çalışmasında; KZVD'nin sadistik ve mazoşistik haz verdiği, bu hazı değersizleştiren yaraya yol açtığı, gerçek kastrasyonu önlemek amacıyla bu davranışın sembolik bir kastrasyonu simgelediği ve babanın arzu edilmekle birlikte aynı zamanda korkulan penetrasyonunu sembolize eden “self-penetrasyonun” bir parçası olduğu belirtilmiştir. KZVD'nin, mastürbasyon ile aynı etkiyi yarattığı şeklinde ifade edilmiştir ¹³.

KZVD'nin cinsel duyguların ve cinsel hazzın cezalandırılması olduğu iddia edilmiş ve bu sebeple KZVD'nin, mastürbasyonla ve cinsel doyumla aynı etkiyi oluşturduğu düşünülmüştür. Ergenlik öncesi dönemde bu davranışların ergenlik dönemine göre daha nadir gözlemlenmesi ve cinsel istismara maruz kalan bireylerde bu davranışın daha fazla görülmesi KZVD ve mastürbasyon arasındaki ilişkinin ispatı olduğu öne sürülmüştür ²⁸. Birey cinsel dürtüleri nedeniyle suçluluk hissettiği için kendini cezalandırır ve kendi cinsel organına zarar vermeyi amaçlayan bilinçdışı arzu duyar ancak aynı zamanda da kendine zarar verme davranışı sonrası cinsel haz hisseder ²⁹.

Öte yandan KZVD, cinsel dürtüleri denetleme denemesi olarak da görülmektedir. Kendine zarar verme, ölme isteğini vücudunu yaralamasıyla yansıtarak, kişinin kendisini ölüm dürtüsüne tamamen bırakmasını önler. Ek olarak KZVD'nin duygu ve çatışmaları benliğe ya da başkalarına yansıtma şekli olduğu söylenebilmektedir ²⁸.

Literatürde ergenlik döneminin en önemli görevinin anneden ayrılma ve bireyleşme olduğu öne sürülmektedir. Anneden ayrılma ve bireyleşmede yaşanan problemler, ergende

bağlanma nesnelerinden gelen sevgi ve ilgiyi zıt reaksiyonlarla nefret olarak yansıtmaya sebep olabilir. Ergende bu nefret ve öfke egoda katlanılamaz hale geldiğinde, bu nefreti ailesine ya da benliğine yansıtarak ortaya koyar²⁸.

Kendine zarar verme davranışını ifade eden diğer kavram ise cilt/benlik sınırıdır. Kişi, cildi üzerinde denetim kurduğunda bedeni ile dış dünya arasında bağlantı oluşturarak kontrolün kendisinde olduğunu hissedebilmektedir²⁴. Van der Kolk ve ark. 1991 yılındaki çalışmasına göre birey kendine zarar vererek; anksiyete, depresyon, varsanı, duygulanımda dalgalanma, depersonalizasyon, öfke, yalnızlık, boşluk hissi ve güvensizlik belirtilerinden kısa sürede ve etkin şekilde kurtulma şansı bulabilmektedir²⁷.

2.1.5.2. Nörobiyolojik Etkenler

Kendine zarar verme davranışı olan bireylerde genetik yatkınlık, nörogörüntüleme, lipid, nörotransmitter ve analjezi kavramlarıyla ilgili araştırmalar yapılmıştır. Hankin ve ark. 2011 çocuk ve ergenler ile yapılan çalışmada, serotonin taşıyıcı gen 5-HTTLPR'nin promotor bölgesinde kısa alelin bir veya iki kopyası olanlarda borderline kişilik bozukluğu semptomlarının yüksek şiddette olduğu görülmüştür (Hankin ve ark. 2011). Ancak Maurex ve ark. (2010) borderline kişilik bozukluğu olan kadınlarda 5-HTTLPR ile özkıym ve kendine zarar verme davranışı arasında bir ilişki bulamamıştır³⁰. Pooley ve ark. (2003), triptofan hidroksilaz (TPH A779C, rs1799913) aleli, KZVD'si olan kişilerde (n = 129) KZVD'si olmayan kişilere göre daha sık ortaya çıktığını bulmuşlardır. (n = 329; OR: 1.38,% 95 CI 1.02-1.88; p = .03)³⁰.

İncelenen diğer polimorfizmler, 5-HT1B reseptör geni (5-HTTLPR S / L), monoamin oksidaz A geni (MAOA G941T, rs1799835), 5-HT1B reseptör geni (HTR1B G861C, rs6296), 5-HT2A reseptör geni (HTR2A T102C, rs6313) ve 5-HT2C reseptör geni (HTR2C Cys23Ser, rs6318), KZVD ile ilişkili bulunmamıştır³⁰. Evans ve ark. (2000), yetişkinde TPH ve 5-HT2c reseptörünün genetik polimorfizmlerini belirlemişlerdir. Erkeklerde TPH'nin L alleli ile dürtüsellik arasında zayıf bir korelasyon olduğu saptanmıştır ancak dürtüsellik ile TPH intron 7 arasında korelasyon olmadığı bulunmuştur³⁰. Joyce ve ark. (2006) depresyonu olan hastalardan G-proteini β3'ün (GN β3) T alelinin kendini yaralama için bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır (OR: 3.96)³⁰.

KZVD veya ilişkili psikopatoloji olan bireylerde değişken fizyolojik reaktivite ile ilgili tutarsız sonuçlar bulunmaktadır. Nock ve Mendes (2008), KZVD öyküsü olan ergenlerde, üzücü bir görevle karşı karşıya kaldıklarında fizyolojik hiperaköz (cilt iletkenliği ile ölçülür) anlamlı olarak artmış oranda bulunmuştur. KZVD eyleminin hayal edilmesi, cilt iletkenliği ve kalp atış hızı ölçülerek fizyolojik gerginliği azaltabildiği belirtilmektedir (Brain ve ark. 1998, Haines ve ark. 1995). Novak, 2003 çalışmasında kendilerini ısırma şeklinde tekrarlayan kendine zarar verici davranışlara sahip rhesus maymunlarında da hızla azalan kalp hızı tespit etmiştir³⁰. Bunlara zıt olarak, Kaess ve ark. (2012) standardize edilmiş bir psikososyal stres protokolünde KZVD'si olan ve sağlıklı kontroller arasında kalp hızında farklılık bulamamışlardır³⁰.

Birkaç çalışmada, KZVD veya borderline kişilik bozukluğu olan hastalarında amigdala ve anterior singulat korteks (ASK) gibi limbik yapılarda “hyperarousal” gibi anormallikler bulunmuştur³⁰. KZVD'yi hayal ederken, duygusal yanıt ve bilişsel değerlendirmeden sorumlu olan sağ arka ASK'de aktivite azalması saptanmıştır (Kraus ve ark., 2010)³⁰.

Düşük kolesterol konsantrasyonları ve düşük seviyelerde esansiyel yağ asitleri (EYA'lar) kendine zarar verici davranışlarla ilişkilendirilmiştir³⁰. Randomize kontrollü çift-kör bir çalışmada, tekrarlayan kendine zarar verme davranışı olan hastalara 12 hafta boyunca n-3 EYA ve diğer gruba plasebo verilmiştir. n-3 EYA ile tedavi edilen hastalarda kontrol grubuna göre depresyon ve özkıyım eğiliminin azaldığı saptanmıştır. (Hallahan ve ark. 2007). Birçok çalışma (Atmaca ve ark. 2003; Deisenhammer ve ark. 2004) özkıyım girişiminde daha şiddetli yöntemler kullanan hastalarda daha düşük kolesterol düzeyleri bulmuştur³⁰. Bunlarla birlikte, serum kolesterol düzeyleri yaş, cinsiyet, ilaç veya diyet gibi faktörlerden oldukça etkilendiği için güvenilir belirteç olarak hizmet etmeyebileceği düşünülmektedir³⁰.

Serotonin, genel olarak agresif veya şiddet içeren davranışlarla, kendine zarar veren davranışlara göre daha fazla ilişkilendirilmektedir. Literatürde, 5-HT'deki düşüşlerin dürtüsel ve agresif davranışlar, özkıyım girişimleri ve depresyon ile ilişkili olduğuna dair sonuçlar bulunmaktadır³⁰. KZVD'si olan ergenlerde, olmayanlara göre periferik serotonin seviyelerinin daha az olduğu bildirilmiş olup KZVD'yi başlatma ve sürdürme ile de düşük serotonin oranlarının bağlantılı olabileceği belirtilmiştir^{30,31}. Bazı çalışmalarda KZVD olan kişilerin

BOS analizinde serotonin metaboliti olan 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) seviyeleri düşük bulunmuş ve bu serotonin seviyesinin KZVD ve şiddet davranışları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir ³². Ancak Stanley'nin, 2010 yılındaki çalışmasında KZVD'si olan ve olmayan hastalar arasında serotonin metaboliti olan 5-HIAA seviyeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır ³⁰. KZVD borderline kişilik bozukluğunda sık olarak gözlenmektedir. Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde serotonin geri alım inhibitörlerinin bu davranışları azalttığı gösterilmiştir ³¹.

KZVD'ye bağlı dopamin düzeylerinin arttığına dair yalnızca sınırlı kanıt bulunmaktadır. KZVD olan ve olmayan hastalar arasında dopamin metaboliti olan homovanillik asit seviyeleri arasında fark bulunamamıştır (Stanley, 2010). Bazı hayvan deneylerinde postsinaptik dopamin D1 ve D2 reseptörlerin duyarlı olduğu ve bu duyarlılığın KZVD ile ilişkili olduğu saptanmıştır ³³. Lesch-Nyhan sendromunda kompulsif ve stereotipik olarak kendine zarar verici davranışların gözlenmektedir, bu davranışlar ile de dopaminergik sistem bozukluğu ve dopamin reseptörü hipersensitivitesi arasında ilişki kurulmaktadır ³⁴. Zihinsel yetersizlik ve otizm spektrum bozukluğu olan olgularda da KZVD'nin dopamin ile ilişkisi gösterilmiştir. Ergenlerde otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizlikte gözlenen KZVD, dopamin antagonisti özelliği olan antipsikotik ilaçlarla azalmaktadır ³³.

KZVD'li bireylerde endojen opioid seviyeleri azalmış olarak bulunmuştur ve muhtemelen bu da davranışların "bağımlılık niteliğini" açıklamaktadır. Kendine zarar veren kişi kendi endojen opiyatlarına bağımlı duruma geldiğinde endojen opiyat düzeyini arttırmak için bu davranışı devam ettirir³³. Opioidler ağrı algısı ve bağımlılık davranışlarıyla ilişkilidirler. Değişmiş opioid seviyeleri, tekrarlanan KZVD öyküsü olan hastalarda bulunabilir (Coid ve ark., 1983; Sher ve Stanley, 2008; Sher ve Stanley, 2009). Stanley, 2009 çalışmasında KZVD'nin homeostaz modeline göre, çocukluk ihmali ve stres durumlarında KZVD ile kronik olarak daha düşük bir endojen opioid seviyesine neden olduğunu belirtmiştir ³⁰. Özetle, KZVD'de nörotransmitterlerin tutulumu ile ilgili çalışmalardan elde edilen en tutarlı sonuçlar, değişen stres cevabını gösteren azalmış endojen opioid düzeyleridir ³⁰.

Heim (2000), KZVD olan bireylerde kortizol üzerine yapılan çalışmaların çoğunluğunda azalmış kortizol sekresyonu saptamıştır³⁰. Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (HPA) aksla ilgili bilgiler incelendiğinde, erken çocukluk döneminde meydana gelen travmatik yaşantıların, kişilerin HPA ekseninde ve ağrı işleme merkezlerinde bozukluklara neden olduğu belirtilmiştir³⁵. Bununla birlikte Tiefenbacher ve ark. (2005) yaptığı çalışmada, aşırı duyarlı bir HPA ekseninin kendine zarar verme davranışına neden olması netlik kazanmamıştır³⁰. Analjezi veya hiperaljezi, KZVD'si olan hastalar tarafından bildirilen yaygın fenomenlerdir. Bu fenomen için bir açıklama, endojen opioid seviyelerinin normale göre daha az olması ile ilişkili olabilir³⁰. Endojen opiyatların ağrı eşiğini yükselterek, kendine zarar verme davranışı esnasında duyulan ağrı hissini önlediği düşünülmektedir³³. Nock ve Prinstein'a (2005) göre, tekrarlayan KZVD tipik olarak fiziksel ağrı olmadan uygulanmaktadır³⁰.

2.1.5.3 Psikososyal Etkenler

Bugüne kadar birçok çalışmada KZVD'nin psikososyal risk faktörleri incelenmiştir. Almanya'da yapılmış prevalans çalışmalarında cinsiyet oranı 3: 1 olarak bulunmuştur (kadın: erkek ergenler) (Brunner ve ark. 2007; Plener, Libal, Keller, Fegert ve Muehlenkamp, 2009)³⁶. Kızların daha fazla oranda KZVD uyguladığı ve cinsiyet farklılıkları arasında istatistiksel anlamlılığın olduğunu gösteren çalışmalar olmakla beraber cinsiyet farklılıkları ile ilgili bir tutarlılık olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır³⁷. Kadınlarda KZVD'nin fazla olması ile ilişkili açıklama, kadınların sadece stres faktörlerine uyum sağlamalarını sağlayan kişisel baş etme kaynaklarına sahip olamayabileceği ile ilgilidir. (Houtman 1990)³⁸.

Bazı çalışmalar düşük aile sosyoekonomik durumunu KZVD için bir risk faktörü olarak değerlendirmektedir. (Nada-Raja, Skegg, Langley, Morrison ve Sowerby, 2004; Hilt, Cha ve Nolen-Hoeksema, 2008). Ancak sosyoekonomik durum hakkında da tartışmalı sonuçlar bulunmaktadır³⁶. Bazı çalışmalarda da beyaz ırktan olmak KZVD ile ilişki bulunmuştur^{39,40}. Homoseksüel veya biseksüel yönelimli ergenlerde KZVD riskinin arttığı literatürde yer almaktadır (Whitlock ve ark., 2011; Wilcox, Arria, Caldeira, Vincent, Pinchevsky ve O'Grady, 2012)³⁶.

Çalışmalarda, çocukluk çağı istismar ve ihmal maruziyetleri yaşam boyunca ruhsal ve fiziksel sağlık üzerine olan negatif etkileri olduğu saptanmıştır. (Plener, Ignatius, Huber-Lang, Fegert, 2017)⁴¹. Cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, ihmal, ebeveynlerde alkol veya madde kullanımı, aile içi şiddete maruz kalma, ebeveynde psikiyatrik hastalık bulunması ve yoksulluk KZVD için psikososyal risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir⁴².

Fiziksel istismar; beden ve kendiliğin ayrışmasına, ağrı hissinin daha az hissedilmesine buna bağlı olarak kendine zarar vermenin daha kolay hale gelmesine neden olmaktadır. Çalışmaların çoğunda KZVD olan kişilerde bu davranışı uygulamayanlara göre daha yüksek oranda cinsel istismar maruziyeti olduğu saptanmıştır⁴³.

Aileye ilişkin özellikler de yine KZVD etiyolojisinde yer alan psikososyal faktörlerden biridir. Aile özelliklerini ele alan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı yaşayan, çocukluğunda kısa süreliğine olsa da ailesinden ayrı kalan ya da ebeveynleri boşanmış ergenlerin KZVD riski; ailesel ilişkileri olumlu olan ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur⁴³. İstismar olmadan bakım veren ile çocuk arasındaki bağlanmada olan problemler KZVD'nin gelişimine neden olabilmektedir (Gonzales ve Bergstrom, 2013). Ebeveyn kontrolü, Baetens ve ark. (2014) tarafından bir ebeveynin çocuğun davranışını sert fiziksel ceza veya psikolojik kontrol ile etkilemek istediği davranış olarak tanımlanmıştır. Ebeveyn desteği, çocuğa sıcaklık, kabul ve anlayış gösteren bir ebeveyni ifade etmektedir. Yüksek davranış kontrolü ve düşük ebeveyn desteği yansıtan ebeveynlik stillerinin, kendine zarar veren davranışların gelişimi için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Baetens ve ark. 2014)⁴².

Kendine zarar vermenin en yaygın bildirilen nedenlerinden biri, duygusal düzenleme biçimi olarak kendine zarar vermeyle istenmeyen duyguları hafifletmektir¹⁸. Tekrarlanan travmatik stres, uyarlanabilir duygu düzenleme stratejilerinin gelişimini engelleyebilmektedir⁴². Kendine zarar veren gençler, yoğun öfke ve üzüntü ile algılanan kişiler arası çatışma duyguları yaşarlar ve bu eylem duygusal çatışmalara geçici bir çözüm getirmektedir⁴⁴.

Hankin ve Abela (2011), iki yıldan uzun süren prospektif çalışmalarında, KZVD için risk faktörü olarak sosyal ilişkilerin zayıf oluşunu göstermişlerdir. KZVD'li ergenlerin, kontrol

grubuna kıyasla çeşitli sosyal problem çözme görevlerinde eksiklikleri olduğu saptanmıştır (Nock ve Mendes, 2008)³⁶.

Kendine zarar verenlerde grup kimliği sorunları konusunda araştırmalar gündeme gelmeye başlamıştır. KZVD'si olan ergenler bu davranışı özel bir eylem olarak görmektedirler. Bu görüş, grup tanımı fikrini daha da geliştirmekte ve KZVD'de kişilerarası ilişkilerin karmaşıklığını vurgulamaktadır⁴⁴. Ergenler, ilgi alanları kendisinininkine yakın olan akranlarıyla arkadaşlık kurma ya da akranlarına benzeme gibi süreçleri neticesinde arkadaş etkisinde kalmaktadır⁴⁵. “Gruba ait ya da grup dışı” algıları daha sonraki kimlik seçimlerini güçlendirmektedir (Shucksmith & Hendry, 1998). Popüler olmak ergenlik döneminde önemlidir, bu nedenle bir gruba uymamak kişisel olarak zor olmaktadır⁴⁴. KZVD'nin grup içinde yayılma mekanizması belirsiz kalmakla beraber, genellikle taklit veya kimliğe atıfta bulunmaktadır (Taiminen, 1992). KZVD uygulayan ergenlerin %82'sinin en az bir arkadaşının da benzer şekilde KZVD uyguladığı Nock and Prinstein(2004) tarafından yapılan çalışmada saptanmıştır⁴⁶.

Klein'in yansıtılmalı özdeşim modelini dayanılmaz duygular yaşamaya karşı bir savunma olarak kullanan Taiminen, zayıf kimliğe sahip hastaların ilk önce kendilerine zarar vermek için en iyi niteliklerini ilk kişinin iç temsiline yansıttığını ve daha sonra kendilerini bu temsil ile özdeşleştirdiklerini ileri sürmüştür. Taiminen'e göre en iyi niteliklerin kendi kendine zarar verenlerin iç temsillerine yansıtıldığını öne sürdüğü gibi, burada kötü niteliklerin, dikkat arayanların iç temsillerine yansıtıldığı belirtilmektedir⁴⁴.

Kız cinsiyette ve yaşı küçük ergenlerde bulaşma etkisinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır⁴⁵. KZVD hakkında birçok bilginin internette paylaşılması nedeniyle, ergenlerde görülen davranışların ve bozukluğun yayılmasında internet rolünün bu davranışlara katkıda bulunabilecek olması önemsenmelidir. (Whitlock ve diğerleri, 2006; Lewis ve diğerleri, 2011)³⁶. Sosyal etkileşim sıklıkla kişinin ilk kez KZVD uygulaması için risk oluştururken, davranışın sürmesi ise, çoğunlukla içsel motivasyon ile olduğu düşünülmektedir²³.

2.1.5.4 Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

KZVD ile eş zamanlı görülen psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki, toplum örneklemli çalışmalar dahil olmak üzere birçok çalışmada gösterilmiştir ^{47,48}. Klinik araştırmalarda KZVD uygulayan kişilerde psikiyatrik eş tanılarının yüksek oranda görüldüğü tespit edilmiştir ². Depresyon, bipolar bozukluk, sınırda kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar kendine zarar verme davranışı ile ilişkili bulunmuştur. (Dvir, Ford, Hill, Frazier, 2014) ⁴¹.

İngiltere'de yapılan kendine zarar verme için en öngörücü bozukluklar olarak depresyon ve bipolar bozukluğu bildiren kohort çalışmasında, bu hastalıkları alkol kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, şizofreni ve madde kötüye kullanımı izlemektedir ³⁴. Kendine zarar veren hastalarda klinik olarak teşhis edilen depresyon yaygınlığı % 30 ile % 66 arasında değişmektedir ancak depresyonun alt tipi ve şiddeti ile ilgili kesin tanımlamalar bulunmamaktadır ⁴.

Anksiyete bozukluklarında ve duygudurum bozukluklarında görülen bozulmuş emosyonel regülasyon ve olumsuz kendilik algısının KZVD'nin meydana gelmesinde rol aldığı şeklinde görüşler bulunmaktadır ⁴. Almanca konuşan kız cinsiyette ergen hastalarda, KZVD'ye eşlik eden en sık görülen tanılar; depresyon % 79.5, sosyal fobi % 38.5, post travmatik stres bozukluğu % 28.2 ve sınır kişilik bozukluğudur % 20.5 ¹⁷.

Kendine zarar verme insidansı tüm tanı grupları için incelendiğinde vakalar ve kontroller arasında, madde kötüye kullanımı veya bağımlılık grubunda en fazla ve anksiyete bozuklukları grubunda ise en az görülme oranı tespit edilmiştir ³⁴. Literatürde davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluklarının (KOKGB) KZVD ile ilişkili olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır ⁴⁹. Genel olarak, madde bağımlılığı veya kişilik bozuklukları olan bireylerin yaşı ve cinsiyetinden bağımsız olarak kendine zarar verme riski beklenmedik şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ³⁴.

Alkol ve madde kullanım bozukluğu olmadan alkol madde tüketiminin KZVD üzerine olan etkisi incelendiğinde; alkol ve madde kullanımının KZVD için risk faktörü olduğu

saptanmıştır ^{50,51}. Lo ve ark (2020), 2006-2017 yılları arasındaki takip çalışmasında, pediatrik acil servise başvuran gençler arasında, madde kullanım bozukluklarında büyük oranda bir artış olduğunu saptamıştır ⁵². Tuisku ve ark. ise alkol kullanımının, ergenlerde gelecek dönemde meydana gelecek olan KZVD ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır ⁵³. Favazza ve ark. (1996) alkol madde kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha fazla sayıda suisid girişiminde bulunduklarını göstermiştir ²⁴. Son yıllardaki çalışmalar madde kullanımının ergen popülasyonundaki yargılamayı etkilediğini ve bu durumun öğrenme, karar verme, bilişsel işlevlerde bozulmalara yol açabileceğini ve riskli davranışları artırabileceğini göstermektedir ^{54,55}.

Anoreksiya nervoza tanılı bireylerin %27-61'inde, bulimiya nervoza tanılı bireylerin ise %26-55'inde, KZVD olduğu saptanmıştır ⁵⁶. KZVD'de rol oynayan olumsuz duygulanım ile tıknırcasına yeme ataklarının ve kusma davranışının arasında bağlantı olduğu belirtilmektedir¹³. Risk yaşla birlikte azalmasına rağmen, kişilik bozukluklarının kendine zarar verme için önemli risk faktörleri olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır ³⁴.

Şizofreni en ciddi ruhsal bozukluklardan biridir ve yaşam boyu % 6'ya kadar öz kıyım riski bulunmaktadır. Ancak şizofreni ile ilişkili kendine zarar verme riski düşük olduğu tespit edilmiştir ³⁴. Psikoz, otizm, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), mental retardasyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanılı hastalarda KZVD'nin daha az görüldüğü saptanmıştır ¹⁸.

2.2 Ortam Terapisi (Milieu Terapi)

2.2.1 Ortam Terapisi Tanımı

Tarihsel süreç göz önüne alındığında, II. Dünya Savaşı öncesinde psikiyatri hastanelerinin, hasta bireylerin sadece toplumdan ayrı tutuldukları ve fiziksel ihtiyaçların sağlandığı yerler olduğu anlaşılmaktadır ¹⁵. Ortam terapisi, on sekizinci yüzyılın sonlarında Pinel ve Tuke'ye kadar uzanan, ortamın yerel ve aile merkezli bir şekilde düzenlendiği bir aile modeli ve aile pedagojisi kullanarak (Digby, 1985; Foucault, 1973)

oluşturulan etik tedavi geleneğine dayanmaktadır (Bloom ve Norton, 2004; Gunderson, 1978) ¹⁴. Ortam terapisi, hasta bakımının kalbinde olan insancıl, bireysel bakımın başlatılması için araç sağlamıştır ⁵⁷. “Tedavi edici ortam” terimini ilk kez gündeme getiren ve faydalarını açıklayan Maxwell Jones’dur. Jones, tedavi edici ortamı davranışlar, değerler ve aktiviteler için kültürel normlar içeren, yatan hasta ortamı olarak tanımlamıştır ¹⁵.

Günümüzde ortam terapisi, sosyoterapötik, davranışsal ve psikodinamik yaklaşımlar gibi özel kurallara dönüşmüştür (Delaney, 1997). Ortam terapsinin psikodinamik yaklaşımı ABD'deki Sullivan (1931), Menninger (1936) ve Cumming and Cumming (1962) 'e dayanmaktadır ¹⁴. Ortam terapisi, gelişimsel modellere (Berlin, 1978), limit belirleyici yaklaşımlara (Abroms, 1969), psikoterapötik yönetim modellerine (Keltner, 1981), davranışsal modellere (Pizzat, 1973), sürekli problem çözme modeline (Sautter, Heaney, & O'Neil, 1991), terapötik yönetim (Cotton, 1991, dinamik çevre (Oldham ve Russakoff, 1987; Rinsley, 1981) ve sosyoterapi yaklaşımlarına (Paul ve Lentz, 1977) göre düzenlenmiştir ⁵⁷.

Bazı klinisyenler ortam terapisinin en iyi yataklı tedavi sırasında uygulanan diğer terapiler için terapötik bir ortam, bir metaterapi veya bağlam olarak tanımlandığını iddia etmişlerdir (Abroms, 1969) ⁵⁷. Toplumsal perspektifin süreçte farklılaşması ve daha hümanist tedavilerin ortaya çıkması ile psikiyatri hastaneleri, hasta bireylerin davranışını farklılaştırabilen ve hastalığın iyileşmesine yardım eden güçlü kaynaklar olarak algılanmaya başlamıştır ¹⁵. Psikiyatrik tedavinin hedefleri semptomatik davranışın kontrol edilmesi veya sınırlandırılması ve temel psikososyal becerilerin öğrenilmesi şeklinde iki ana kısma indirgenebilir ³⁹. Son dönemde psikiyatri kliniklerinin amacı, hasta bireyin hastane yatışına sebep olan psikiyatrik sorunun farkına varmasına ve bu sorunu düzeltmesine yardımcı olmaktır ¹⁵.

Ortam terapisi yönteminin amacı, ortamdaki kişiler arası ilişki ve çevresel etkenleri değerlendirerek hastanın gelişimini ve tedavisini kolaylaştıracak koşulları ortaya çıkarmaktır ¹⁵. Esasen ortam terapisi, içinde tedavinin yapılabileceği sosyal bir düzenlemedir ³⁹. Ortam terapisinde, önem verilmesi gereken konular; sorumlulukların ve kararların bölüşülmesi, hasta ve ekip arasında iletişimin fazla olması, programın öncülüğü ve görevlerde açıklık sağlamadır ¹⁵.

2.2.2 Ortam Terapisi İşleyişi

Yataklı tedavi konusundaki psikiyatri araştırmaları uzun bir süreden beri ortam terapisi ile ilgili bölüm içermemektedir ⁵⁷. İngiltere'de, terapi yaklaşımları, İkinci Dünya Savaşı'ndan hemen sonra Terapötik Topluluklar olarak adlandırılan ilk kuruluşların bazılarında kullanılmıştır (Hinshelwood, 1999). Benzer şekilde, ortam terapisinin psikodinamik yaklaşımı İskandinav ülkelerinin (ör. Lindstrom, 1994; Schjodt, 2007; Strand, 1990) yanı sıra Almanya ve Avusturya'da da (ör. Ammon, 1959; Dworschak, 1998; Federn, 1999) yaygın şekilde kullanımı başlamıştır ¹⁴.

Ortam terapisinin etkinliği değerlendirilirken, davranışları sınırlayabilmeyi ve belirtilen becerileri öğretmek için tekniklerini ne kadar iyi kullanıldığını belirlemek yer almaktadır ³⁹. Ortam terapisinin nasıl çalıştığını açıklayan teori eksikliği ciddi bir sorundur. Müdahalenin neden çalışması gerektiği konusunda bir açıklama sağlanmalıdır (Gross, Fogg ve Conrad, 1993). Bu açıklama olmadan, değişimi getiren kritik süreçlerin doğasını tanımlamak imkansızdır (Gutheil, 1985; Hunt, 1983) ⁵⁷.

Ortam terapisinin asıl amacı aile ve diğer önemli kişilerle teması kolaylaştırmaktır (Larsen, 2004). Tüm klinik personeli her hastanın tedavisine dahil olmakta ve bunlardan sorumlu olmaktadır ⁴⁰. Bu terapötik topluluk, hastaların benzer talep ve sorumluluklarını yerine getirip benzer fırsatlar sağlayarak, hastaların geldiği toplam toplumun bir mikro kozmosu olarak hizmet etmektedir ³⁹.

İdeal terapi ortamı, hastalığı ön planda tutan veya hastaların barındığı bir yer olmasından öte; sosyal organizasyonları, desteği ve toplumsal değerleri ile ego gücünden en iyi şekilde faydalanımı imkan sağlayan, rasyonel bir ortam olmalıdır ¹⁵. Ortam terapisi, erken ilişkiler ve çocukluk deneyimlerini yaşamın ilerleyen dönemlerinde davranışsal sorunları ve psikiyatrik hastalığın nedensel açıklamaları olarak görmektedir (Andersson, 2003; Gordan ve Palmgren, 2001) ve bu nedenle tedavisi doğrudan ilişkilere ve erken bağlanmalara odaklanmaktadır ⁴⁰.

2.2.3 Ortam Terapisi Servis Süreci

Ortam terapisi uygulayan kurumun evsel bir şekilde organize edildiği ve yıkama, alışveriş, yemek pişirme ve küçük onarımlar yapılması gibi günlük yaşam aktivitelerinin çoğunun olduğu bildirilmektedir. Servis; ahşap mobilyalar, saksı bitkileri, resimler, çanak çömlek, süs eşyaları, masa örtüleri, bir televizyon seti ve DVD oynatıcı ve masalarda gazete ve dergiler ile canlı bir şekilde dekore edilmektedir. Ancak, servisin ortak kullanım odalarına, geniş koridoruna ve hasta odalarına servisin kurumsal ve tıbbi karakterini yansıtan plastik ilaç gözlükleri, kalemler ve tıbbi reklamı kağıtlar yerleştirilmektedir ¹⁴.

Ortam terapisinde, tedavinin gün boyu süren bir süreç olduğu ve bu nedenle her aktivitenin terapötik bir değere sahip olması gerektiğini vurgulanmaktadır ⁴⁰. Bazen hastalar diğer hastalar ve personel ile kart oyunları oynamaktadır. Genellikle bir ya da iki personel tarafından mutfakta servis edilen öğle ve akşam yemekleri birlikte yenilmektedir. Personel hastaları genellikle akşam saatlerinde aktif olmaya motive etmemektedir ¹⁴.

Psikodinamik yönelimli ortam terapisi literatüründe, hastalarla farklı ilişki yollarını açıklarken maternal ve paternal metaforlar kullanılmaktadır ¹⁴. Önemli bir faktör, tedavi ortamındaki sağlıklı personel ile gençler arasındaki ilişkileri, gençlerin ev ortamı ve diğer aile üyeleriyle birlikte ebeveynleri arasında köprü kurmak ve personel-hasta ilişkilerinin önemini anlamak için psikodinamik bir bakış açısı kullanılmaktadır ⁴⁰.

Servis; yemek hazırlama, yemek yeme, TV izleme, temizlik, çamaşır yıkama, toplama, dikiş, alışverişe çıkma, okul ve iş veya spor aktiviteleri yapma gibi günlük ev aktiviteleri çevresinde yapılandırılmaktadır. Sabah, personel hastaları kahvaltı için uyandırır ve sabah toplantısında hastalarla gün için aktivite seçeneklerinden bahsedilmektedir ¹⁴. Ortam terapisinde hastanın sınırlı olan bilişsel işlevlerine göre hastane ortamının dikkatli bir şekilde düzenlenmesini sağlanmalıdır. Bazı hastalar okula gönderilmekte, bazı hastalara doktorlar veya psikologlarla randevuları hatırlatılmaktadır ¹⁴.

2.2.4 Ortam Terapisi ve Psikiyatrik Bozukluklar

Mistral ve arkadaşları, tedavi edici ortam temelli klinik ortamda, hastaların davranım sorunları sebebiyle özel bakım odalarına alınma sıklığının büyük oranda daha az görüldüğünü saptamışlardır ¹⁵. McGhie ve Chapman, hastanın algısal sistemi kapasitesinin ötesinde yüklenildiğinde, ortam terapisi sürecinde işitsel halüsinasyonların ve kafa karışıklığının gelişme olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ortam terapisinin şizofreni hastaları için toksik bir çevresel uyarım dozu içerebileceği kavramı duyuşal yoksunluk çalışmalarından desteklenmektedir. Şizofreni tanısı olan hastaların optimal ilaç tedavisi düzenlendikten sonra ortam terapisinin şizofreni tedavisine gerçekte ne kadar katkı sağladığı araştırıldığında ortam terapisinin şizofreni tanılı hastalarda olumlu katkı sağlamadığı bulunmuştur ⁵⁸.

Sosyal, eğitimsel, tıbbi ve psikolojik müdahaleler de dahil olmak üzere çok boyutlu perspektiflerle uygulanan yeterince uzun süreli olan ortam terapisinin, yeme bozukluklarının semptomları ile birlikte davranışsal sorunların azaltılmasında etkili olduğu ve genel işlevsellik açısından fayda sağladığı saptanmıştır ⁵⁹. Kendine zarar verme ortam terapisi için önemli temalardan biridir. Özkıyım eğilimi olan hastalara, kendilerine zarar vermesine müsaade edilmeyeceğini belirtmek önemlidir. Ortam terapisi uygulayan birçok serviste hastaların kendine zarar vermeme konusunda imzalaması gereken bir sözleşme bulunmaktadır ¹⁵.

2.3 ÖZKIYIM

2.3.1. Tanımı ve Tarihçesi

Özkıyım, bir canlının, sonucunun ölüm olacağının bilincinde, kendisinin ölümüne yol açacak bir eylemde bulunmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), özkıyımı; kişinin sonucunun farkında olarak, farklı yollarla, ölme amacı güderek kendisine zarar vermesi şeklinde tanımlamaktadır ⁶⁰. Orta çağ dönemi Latince'sinde özkıyım kavramını belirtmek üzere “sui homicido” veya “sui ipisus homicidum” deyimleri kullanılmıştır. Özkıyım kavramının İngilizce'de “suicide” olarak kullanımı 1662 yılına dayanmaktadır. Latince'de ben anlamına gelen “sui”; ve öldürmek anlamına gelen “cedere” kelimelerinin birleşmesi sonucu oluşmuştur

⁶¹. Kavram olarak dilimize ulaşması Tanzimat Döneminde olmuştur. Bu dönemde dilimize çevrilen eserlerde kendini katletmek yerine intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır ⁶².

Türk Dil Kurumu intihar yerine, özkıyım ya da özekıyım gibi farklı terimlerin kullanımını önermektedir. DSÖ özkıyımı, özkıyım eylemi ve özkıyım girişimi olarak 2 ayrı grupta sınıflandırmaktadır. Burada özkıyım eylemi sonucunda ölüm gerçekleşen kendine zarar vermeyi ifade etmektedir. Özkıyım girişimiye, ölme niyetiyle gerçekleştirilen, kişinin kendisine büyük olasılıkla zarar verici bir davranışta bulunmasını ancak sonucunda ölüm olmaması anlamına gelmektedir ⁶⁰.

2.3.2 Epidemiyoloji

Özkıyım sonucunda ölüm oranları, her yıl artmaya devam etmektedir. Tüm dünyada yaklaşık 800.000 insan özkıyım sonucunda yaşamını yitirmektedir ⁶³. Özkıyım tüm dünyada 10-24 yaş arasındaki gençlerde en yaygın ikinci ölüm nedenidir ⁵⁶. Ergenlerde özkıyım düşünceleri, planları veya girişimleri farklı çalışmalarda %1.7 ile %20 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. 2015 yılında özkıyım ölümü sıklığının Türkiye’de yüz binde 4.1 olduğu, bunların %13’ünün 0-19 yaş arası bireylerde meydana geldiği görülmektedir ⁷.

Bir yıl içindeki özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyım riskleri incelendiğinde; ergenlerde ve genç erişkinlerde tamamlanmış özkıyım oranları erkeklerde kadınlara göre 2-4 kat fazladır, bununla beraber özkıyım girişimleri kadınlarda 3-9 kat daha fazla olduğu saptanmıştır ^{64,65}. Kadın cinsiyette özkıyım girişimi oranları yaşla birlikte artış göstererek orta-ergenlik çağında pik yaparken erkek cinsiyette özkıyım girişimi oranları genç erişkinliğe kadar artmaya devam etmektedir ^{66,67}. Özkıyım davranışındaki cinsiyet farklılıkları, duygusal ve davranışsal problemlerdeki farklılıklar ile açıklanmaya çalışılmıştır ⁶⁸. Erkek cinsiyetteki gençlerde özkıyım ölüm oranlarının yüksek olmasının dışsallaştırıcı bozuklukların daha fazla olması ve daha öldürücü yöntemlerin seçilmesiyle ilişkili olduğu tanımlanmıştır ^{69,70}. Özkıyım girişiminde bulunan kadınlar ise içselleştirici bozukluklar göstermektedirler ⁷¹.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 yılı verilerine bakıldığında 1974 yılındaki özkıyım sayısı 618 iken (100.000 kişi için 1.6), 2015 yılında 5 kattan daha fazla bir artış gözlenmiştir ⁷². 0-19 yaş arasında meydana gelen 417 tamamlanmış özkıyım vakasının 213'ü erkek, 204'ü kadındır. Yaş ilerledikçe erkek/kadın oranları belirgin olarak arttığı saptanmıştır. Özkıyım girişiminde bulunana kişiler cinsiyete göre incelendiğinde, kadınlarda en yüksek oran 18% ile 15-19 yaş grubunda bulunurken, erkeklerde ise bu oranın en yüksek 12.8% ile 20- 24 yaş grubunda olduğu görülmektedir ⁷².

2.3.3 Risk Faktörleri

Ergenlerde özkıyım düşüncesi geliştirecek riskler ile ilgili literatürde çalışmalar bulunmaktadır ve bu riskler kişisel ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu riskler arasında genetik faktörler, sosyodemografik faktörler, stresli yaşam olayları, ailesel problemler, psikiyatrik ve psikolojik faktörler yer almaktadır ⁵⁷.

Ergenlerde özkıyım düşüncesi için tipik sayılabilecek kişisel faktörler arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) yer almaktadır ^{73,74}. Ayrıca umutsuzluk, düşük özgüven ve dürtüsellik gibi psikolojik bozukluklar bilinen diğer risk faktörleridir ^{75,76}. Davranım bozukluğu, KOKGB, DEHB ve madde kullanım bozuklukları da özkıyım riskini artırmaktadır ^{77,78,79}. Özkıyım düşüncesi için çevresel risk faktörleri arasında ailede özkıyım davranışı veya ruhsal bozukluk öyküsü olması, ailede anlaşmazlıklar, çocuk ihmal ve istismarı, kişilerarası güçlükler, akran zorbalığı ve düşük sosyoekonomik seviye yer almaktadır ve bu etkenler özkıyım düşüncesi geliştirebilecek psikolojik problemler ile etkileşebildikleri gibi bunlardan bağımsız olarak da riski artırabilmektedirler ^{73,80,81}.

Özkıyım girişimi öyküsünün ardından özkıyım ile ilişkilendirilen en büyük risk faktörünün, bir psikopatolojiye sahip olmak olduğu bildirilmiştir ⁸². Majör depresif ataklar, özkıyım ölümlerinin yaklaşık yarısından sorumlu tutulmaktadır. Bipolar bozukluğa sahip hastalar arasında da karma atak içinde bulunan sürenin riski artırdığı belirtilmiştir ⁸³. Özkıyım ile ilişkilendirilen diğer psikopatolojiler arasında yeme bozuklukları ve özellikle B kümesi

kişilik bozuklukları sayılabilir ⁸⁴. Uyku bozuklukları da özkıyım ile ilişkili bulunan problemler arasında yer almaktadır ⁸⁵.

Literatürde geçmişte özkıyım girişimi öyküsü olmasının gelecekteki başka bir girişimin en güçlü belirteçlerinden biri olduğunu gösteren çalışmalar saptanmaktadır ⁸⁶. Spirito ve ark. 2006 yılında yaptıkları çalışmada özkıyım eylemlerinin yaklaşık %30'unda geçmiş özkıyım girişimi öyküsü olduğu, bir özkıyım girişimi sonrası eylemin tekrarlama olasılığının, geçmişinde özkıyım girişimi öyküsü olmayanlara göre 20 kat fazla olduğu ve özkıyım riskinin geçmişteki özkıyım girişimi sayılarıyla da orantılı olarak arttığı bildirilmiştir ⁸⁷. Hawton (2009) KZVD'nin özkıyım girişimleri için en güçlü risk faktörlerinden biri olduğunu öne sürmektedir ⁸⁸.

KZVD'nin hangi mekanizma ile özkıyım eylemine yol açtığı literatürde sıkça tartışılmıştır. Bu konudaki en önemli teorilerden birisi Joiner tarafından 2005 yılında geliştirilen Kişilerarası Özkıyım Teorisi'dir. Bu teoriye göre özkıyım düşüncesinin gelişmesine sebep olabilecek iki kişilerarası sorun mevcuttur. Bunlardan ilki aidiyet bozukluğu, ikincisi de algılanan sıkıntıdır. Aidiyet bozukluğunun temelinde yalnızlık duygusu varken, algılanan sıkıntıda ise temel düşüncede kendisini çevresine karşı yük olarak algılanmasıdır. Joiner, özkıyım düşüncesinden eyleme geçilebilmesi için ek bir faktöre daha ihtiyaç olduğunu belirterek edinilmiş özkıyım potansiyeli olarak tanımlamıştır. Kişinin önceki özkıyım girişimi, istismar öyküsü, travma öyküsü gibi acı verici olaylara maruz kalmasının, ölüm korkusunu azaltarak ve fiziksel acıya olan duyarlılığını azaltarak özkıyım eylemine geçmesine yol açtığı şeklinde yorumlanmıştır ⁸⁹.

2.3.4 Özkıyımın Ayrı Bir Bozukluk Olarak Tanı Sınıflandırmasında Yer Alması

İlk kez özkıyım davranışına yönelik ayrı bir tanı sınıflaması oluşturulmuş ve 2013 yılında yayınlanan DSM-V'in "Daha İleri Araştırmalar İçin Durumlar" bölümünde Özkıyım Davranışı Bozukluğu tanısı kendisine yer bulmuştur.

Önerilen tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Son 24 ay içerisinde, kişi bir özkıyım girişiminde bulunmuştur.

Not: Özkıyım girişimi kişinin kendi kendine başlattığı davranışlar dizisidir. Başlangıç zamanında, kişi bir seri eylemin kendi ölümüne yol açabileceğini beklemiştir (uygulanan yöntemi içeren davranışın gerçekleştiği zaman, “başlangıç zamanı”dır).

B. Eylem, özkıyım olmayan kendini yaralamanın kriterlerini karşılamaz. Yani, olumsuz duygu veya bilişsel durumdan rahatlamayı tetiklemek için veya olumlu duygudurumu elde etmek için gerçekleştirilen vücudun dış yüzeyine yönelmiş kendini yaralamayı kapsamaz.

C. Tanı, özkıyım fikirleri veya hazırlayıcı eylemler için uygulanmaz.

D. Eylem, bir deliryum veya konfüzyon durumu sırasında başlamamıştır.

E. Eylem, yalnızca politik veya dini amaç için gerçekleştirilmemiştir.

Varsa belirtiniz: Devam eden: Son girişimden bu yana 12 aydan fazla zaman geçmemiştir. Erken remisyonda: Son girişimden bu yana 12-24 ay geçmiştir ²⁰.

3.HİPOTEZLER

1. KZVD ve suisid girişimi olan kişilerde suisid girişimi olmayan KZVD grubundakilere göre alkol ya da madde kullanımı daha fazladır.
2. Alkol ya da madde kullanımı olması suicidal girişim sayısını arttırmaktadır.
3. Alkol ya da madde kullanımı olup olmamasının KZVD türüne bir etkisi vardır.
4. KZVD uygulama süresi arttıkça ortam terapisinden faydalanım daha az olmaktadır.
5. KZVD türü ile ortam terapisinden yararlanım arasında ilişki vardır.
6. Yatış süresi fazla olan olgularda ortam terapisinden faydalanım daha azdır.

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1 Araştırmanın Türü

Araştırma, KZVD uygulamış olup yataklı birimde tedavi gören hastalarda ortam terapisinden faydalanımı etkileyen faktörleri inceleyen tek merkezli, retrospektif bir tanımlayıcı çalışmadır.

4.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Haziran 2019 - Şubat 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir.

4.3 Araştırmanın Örneklemi

01/04/2011 ve 30/09/2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yatan hasta ünitesinde KZVD'si olan, suisid girişimi olanlar ile olmayanlar ve planlı taburculuğu yapılmış tüm çocuklar ve gençler çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem 9-18 yaş aralığındaki ergenler dahil edilmiştir. Yatış öncesinde olguların ailelerinden çalışma ve eğitimlerde verilerin paylaşılması için rutin olarak alınmış onamlar bulunmaktadır.

4.4 Örneklemin Seçimi

4.4.1 Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1. 01/04/2011 ve 30/09/2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yatan hasta ünitesinde KZVD'si olması
2. 9 yaş ile 18 yaş arasında olması

3. KZVD öyküsünün eğer ki alkol-madde kullanımı var ise; alkol-madde etkisi altında olmadığı zamanlarda da KZVD'nin meydana gelmiş olması
4. Planlı taburculuğu olmuş olması
5. Suisid girişimi olan grup için girişim öyküsünün olması

4.4.2 Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

1. Hastanın 8 yaş ve altında olması, 19 yaş ve üzerinde olması
2. Hastanın tüm KZVD'lerinin alkol veya madde etkisi altında olmuş olması
3. Hastada Bakım Vereni Tarafından Yapay Bozukluk (Munchausen by Proxy) olması
4. Orta veya Ağır Entelektüel Yetersizlik Sendromu olması
5. Lesh-Nyan Sendromu ve benzeri kendine zarar verme ile giden metabolik veya genetik sendromu olması
6. Orta veya ağır otizm spektrum bozukluğu tanısı olması
7. Hastanın yatılı birimden plansız çıkışı olması veya ölçek verilerinin eksik olması

4.5 Yöntem

Dosya taramasında servisin açılışından itibaren 533 olgunun servis yatışı olduğu, bu kişilerin 267'sinin ölçeğinin olduğu saptanmıştır ve bu grubun içinde 149 kişide KZVD olduğu, yaş nedeniyle 2 kişi ve ölçek puanlarının eksikliği nedeniyle 16 kişi dışlanmıştır. Çalışmaya dahil olma ve dışlama kriterlerine uyan 131 olgu çalışma örnekleme alınmıştır. Örneklem KZVD ve suisid girişimi olan grup ile sadece KZVD olan grup olarak ayrılmıştır. KZVD ve suisid girişimi olan grup 64, sadece KZVD olan grup 67 kişiden oluşmaktadır.

Çalışmada KZVD tanısının değerlendirilmesi için DSM-V tanı kriterleri kullanılmıştır. Tüm katılımcılarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar yatış öncesi ve yatış süresinde olan değerlendirme görüşmelerinde iki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi ve iki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları asistan hekimi tarafından klinik gözlemde tespit edilmiştir. Yatışı olan hastaların bireysel ve ailesel risk değerlendirmeleri yatış öncesi değerlendirme görüşmesinde bir çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi ve bir çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları asistan hekimi tarafından doldurulup iki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi ve iki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları asistan hekimi tarafından kontrol edilmiştir.

Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği-TR (HoNOSCA-TR) ve Çocuğun Global Değerlendirme Ölçeği (CGAS) ölçekleri yatış sonrasında ve taburculuk sonrasında iki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi ve iki çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları asistan hekimi tarafından yapıp kontrol edilmiştir. Çalışmadaki veriler hasta dosyalarının geriye doğru taranması ve ölçüm ve değerlendirme araçlarından elde edilen sonuç kayıtları ve başvuru sırasındaki rutin olarak kullanılan klinik değerlendirme sonuçlarından elde edilmiştir. Çalışmadaki verilerin taranması, veri kayıt formuna kaydedilmesi ve istatistik programına eklenmesi iki çalışmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

4.6 Veri Toplama Kaynakları

4.6.1. Veri Kayıt Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş cinsiyet, yaş, eğitim durumu, okul başarısı, aile tipi, ebeveynlerin eğitim ve meslek durumu, özgeçmiş ve soygeçmiş, KZVD türü, KZVD uygulama yılı, suicidal girişim varlığı, suicidal girişimin sayısı, suicidal girişimin türü, yatış süresi, bireysel ve ailesel risk değerlendirme puanları, HoNOSCA-TR yatış ve taburculuk puanları, CGAS yatış ve taburculuk puanları, ilaç kullanımları ve alkol-madde kullanımına ait bilgileri toplama amacıyla hazırlanmış kayıt formudur.

4.6.2 Bireysel ve ailesel/çevresel risk değerlendirmesi

Birimden yararlanan tüm çocuk ve ergenlere yatış sırasında uygulanan Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından hazırlanan değerlendirme formlarıdır.

Bireysel risk değerlendirmesinde; çocuk veya ergende yada ailede şiddet davranışı öyküsü, kesici, delici alet ve /veya silah kullanma öyküsü, tehdit edici davranış öyküsü, hayvanlara zarar verme öyküsü, yasal olmayan davranış/ ceza alma öyküsü, kasıtlı olarak kendine zarar verme öyküsü, yakın zamanda suisid düşüncesi/ girişimi öyküsü, alkol madde kullanımı öyküsü, istismar (duygusal, fiziksel, cinsel) öyküsü, fiziksel hasar/özünlüğün olması ve uygunsuz cinsel davranış öyküsü EVET/HAYIR olarak işaretlenmektedir. Toplam risk puanı 12 üzerinden hesaplanmaktadır.

Ailesel risk değerlendirmesinde; evde yetersiz denetim, aile içi çatışma, okulla işbirliğinin az olması, ailede işsizlik/ yoksulluk olması, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, ailede kendine zarar verme/ suisid öyküsü, sosyal desteğin az olması, çevrede işsizlik/ yoksulluk olması EVET/ HAYIR olarak işaretlenmekte, her evet yanıtı için 1 puan verilmekte ve ailesel ve çevresel risk puanı toplam 8 üzerinden hesaplanmaktadır.

4.6.3 Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS)

Klinisyen tarafından en düşük işlevsellikten en yüksek işlevselliği yansıtan 10 bölüm içinde 0'dan 100'e puanlama yapılmaktadır. Artan puanlar daha iyi genel işlevselliğe işaret etmektedir⁹⁰. Tedavi gidişatının takip edilebildiği ölçüm aracı olan CGAS genel işlevselliğin değerlendirilmesinde çok yaygın olarak kullanılan bir ölçektir^{91,92,93}. Psikososyal işlevselliği ölçmeyi hedefleyen yeni gereçlerin validasyonunda 'altın standart' olarak kabul edilmektedir⁹⁴.

4.6.4 Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents) HoNOSCA-TR

HoNOSCA, Manchester Üniversitesi, Sağlık Bakanlığı ve “The Royal College of Psychiatrists” tarafından hazırlanmıştır ⁹⁵. Ölçek, erişkinler için geliştirilen Ulusal Sağlık Servisi Sonuç Ölçekleri’nin (Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS); Wing ve ark, 1996) çocuk ruh sağlığı alanı için yapılmış bir uyarlamadır ⁹⁶.

HoNOSCA, 5’li likert tipi puanlanan (0=sorun yok, 1=müdahale gerektirmeyecek kadar küçük bir sorun, 2=hafif düzeyde ancak kesinlikle var olan bir sorun, 3=orta düzeyde ciddi bir sorun, 4=ciddi veya çok ciddi bir sorun) 13 maddeden oluşan, klinisyenler tarafından doldurulan ölçektir ^{97,90}. 0 "problem yok" ile 4 "çok ciddi problem" arasında değişen ve 2 veya daha yüksek puanların klinik olarak önemli sorunları gösterdiği varsayılmaktadır. Bu varsayımları destekleyen hiçbir araştırma bilinmemekle beraber cevap kategorilerinin içeriğine göre önerilen ciddiyet indeksinin mantıklı olduğu iddia edilmektedir. En az iki maddede skoru ≥ 3 olan “çok ağır” hastalar (madde 6, fiziksel hastalık hariç), bir maddede ≥ 3 skorla “orta derecede ağır” hastalar (madde 6, fiziksel hastalık hariç), en az bir maddenin puanı 2 olan "hafif" hastalar ve 2 veya daha yüksek puanı olmayan "subklinik" hastalar olarak psikopatoloji ciddiyeti tanımlanmaktadır. Toplam puanlamada 8 puan ve üzerinde düşüş olması anlamlı düşüş olarak kabul edilirken, daha az olması anlamlı olmayan düşüş olarak nitelendirilmiştir ⁹⁸.

Ölçek, yıkıcı davranışlar, kendine zarar verici davranışlar, alkol veya madde kullanımı, akademik başarı, psikotik ve emosyonel sempromlar ve ilişkisel problemleri kapsamaktadır. Ayrıca, toplam sorun puanı çocukların işlevselliğini ön görmek için kullanılmaktadır ⁹⁷. Düşen puanlar tedavi ile klinik gidişte iyileşmeyi göstermektedir ⁹⁷.

Literatür incelendiğinde; HONOSCA'nın klinik popülasyonlardaki değişime duyarlı olduğu bulunmuştur ^{99,100}. HONOSCA toplam puanı, klinik şiddetin iyi bir kantitatif ölçüsü olduğunu saptanmıştır ^{101,95}. Ayrıca CGAS ile korelasyonu bulunmaktadır ⁹¹.

Türkiye’de ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servisi’nde yapılmış ve poster bildiri olarak sunulmuştur ⁹⁷

4.7 Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 05.10.2020 tarih ve 2020/24-28 sayılı karar no. ile onayı ile yapılmıştır.

4.8 Araştırmanın İstatistiği

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmada toplanan veriler değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Yapılan tüm analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler normal dağılıma uyuyor ise ortalama $\pm$ standart sapma olarak ifade edilmiştir. Kategorik veya nominal değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin analizinde, öncelikle dağılımın normal olup olmadığı basıklık ve çarpıklık değerleri göz önüne alınarak kontrol edilmiştir.

Normal dağılan gruplarda bağımsız örneklem t-testi ve Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA (Repeated Measure ANOVA) uygulanmıştır. Kategorik veya nominal verilerin analizinde ki-kare testi uygulanmıştır. Ki-kare testinde gözlenen değerler arasında 5’den küçük değer olduğunda Fisher’in Kesin Testi (FKT) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki, Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyonun gücü açısından yapılan değerlendirmede, r ’nin mutlak değeri; 0.20-0.39 olduğunda ‘zayıf’, 0.40-0.59 olduğunda ‘orta’, 0.60-0.89 olduğunda yüksek korelasyon olarak alınmıştır.

5. BULGULAR

5.1 Örneklemin Değerlendirilmesi

5.1.1 Sosyal ve Demografik Değişkenler

Çalışma örneklemine ait sosyodemografik değişkenler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1: Örneklemin Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi, Okul Başarısı, Yaşadıkları Yer, Aile Yapısı

Değişkenler	Katılımcılar n=131
Yaş $\pm$ SS	14.4 $\pm$ 2
Cinsiyet (kız) n (%)	93 (71.0)
Cinsiyet (erkek) n (%)	38 (29.0)
Eğitim Durumu n (%)	
İlkokul	10 (7.6)
Ortaokul	51 (38.9)
Lise	70 (53.4)
Okul Başarı Durumu n (%)	
Düşük Düzey Başarı	87 (66.4)
Orta Düzey Başarı	33 (25.2)
Yüksek Düzey Başarı	11 (8.4)
Aile Yapısı n (%)	

Çekirdek Aile	90 (68.7)
Geniş Aile	4 (3.1)
Boşanmış Ebeveyn	26 (19.8)
Çocuk Evi	1 (0.8)
Evlat Edinilme	1 (0.8)
Anne Vefatı	3 (2.3)
Baba Vefatı	6 (4.6)
Kardeş Sayısı ort. $\pm$ SS	1.0 $\pm$ 1.0

Çalışma örnekleminin yaş ortalaması (ort.) ve standart sapması (SS) 14.4 ± 2 yıl olarak saptanmıştır. Cinsiyet olarak incelendiğinde tüm örneklemin %71'i kız cinsiyette, %29'u erkek cinsiyette olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri ilkokul %7.6, ortaokul %38.9, lise %53.4 olarak ayrılmıştır. Katılımcılarda %66.4 oranında düşük okul başarısı, %25.2 oranında orta düzey okul başarısı, %8.4 yüksek düzey okul başarısı bulunmuştur. Katılımcılar arasında her iki ebeveynle yaşama oranı %68.7, geniş ailede yaşama oranı %3.1, boşanmış ailelerde yaşama oranı %19.8, kurum bakımında kalma oranı %0.8, evlat edinilip ailelerde yaşama oranı %0.8, anne vefatı %2.3, baba vefatı %4.6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların kardeş sayısı 1.0 ± 1.0 bulunmuştur.

Tablo 2 katılımcıların anne ve babalarına ait sosyodemografik değişkenleri özetlemektedir. Katılımcıların ortalama anne yaşı 42.0 ± 6.0 yıl olduğu saptanmıştır. Annelerin eğitim durumu okuryazar olmayan %1.5, ilkokul mezunu %39.2, ortaokul mezunu %4.6, lise mezunu %25.4, üniversite mezunu %26.9, yüksek lisans mezunu %1.5, doktora mezunu %0.8 olarak bulunmuştur. Annelerin meslek durumu incelendiğinde %42.2 ev hanımı, %7.8 emekli, % 14.1 kamu çalışanı, % 35.9 özel sektör çalışanı oldukları saptanmıştır.

Katılımcıların ortalama baba yaşı 46.0 ± 6.0 yıl olduğu saptanmıştır. Babaların eğitim durumu okuryazar olmayan %0.8, ilkokul mezunu %30.2, ortaokul mezunu %16.3, lise mezunu %22.5, üniversite mezunu %27.1, yüksek lisans mezunu %3.1 olarak bulunmuştur.

Babaların meslek durumu incelendiğinde %7.0 çalışmadığı, %9.4 emekli, % 19.5 kamu çalışanı, % 64.1 özel sektör çalışanı oldukları saptanmıştır.

Tablo 2: Katılımcıların Anne Yaşı, Baba Yaşı, Anne Eğitim Düzeyi, Baba Eğitim Düzeyi, Annenin Çalışma Durumu ve Babanın Çalışma Durumu

Değişkenler	Katılımcılar n=131
Anne yaşı ort. $\pm$ SS	42.0 $\pm$ 6.0
Annenin Eğitim Durumu n (%)*	Katılımcılar n=130
Okur-Yazar Değil	2 (1.5)
İlkokul	51 (39.2)
Ortaokul	6 (4.6)
Lise	33 (25.4)
Lisans	35 (26.9)
Yüksek Lisans	2 (1.5)
Doktora	1 (0.8)
Annenin Meslek Durumu n (%)*	Katılımcılar n=128
Ev Hanımı	54 (42.2)
Emekli	10 (7.8)
Kamu Çalışanı	18 (14.1)
Özel Sektör Çalışanı	46 (35.9)
Değişkenler	Katılımcılar n=131
Baba yaşı ort. $\pm$ SS	46.0 $\pm$ 6.0
Babanın Eğitim Durumu. n (%)*	Katılımcılar n=129
Okur-Yazar Değil	1 (0.8)
İlkokul	39 (30.2)

Ortaokul	21 (16.3)
Lise	29 (22.5)
Lisans	35 (27.1)
Yüksek Lisans	4 (3.1)
Babanın Meslek Durumu n (%)*	Katılımcılar n=128
Çalışmıyor	9 (7.0)
Emekli	12 (9.4)
Kamu Çalışanı	25 (19.5)
Özel Sektör Çalışanı	82 (64.1)

* Veriler geriye dönük dosya taramasında bulunamamıştır.

5.1.2 İşlevsellik Değerlendirmesi

Katılımcıların bireysel risk puanı 6.0 ± 2.0 , ailesel risk puanları 4.0 ± 2.0 , CGAS yatış puanları ortalaması 35.0 ± 8.0 , CGAS taburculuk puanları ortalaması 56.0 ± 10.0 , CGAS fark puanları 21.0 ± 12.0 , CGAS değişimi $\% 68.0 \pm 56.0$, HoNOSCA yatış puanları ortalaması 29.0 ± 6.0 , HoNOSCA taburculuk puanları 17.0 ± 7.0 , HoNOSCA fark puanları ortalaması 12.0 ± 7.0 , HoNOSCA değişimi 41.0 ± 22.0 olarak saptanmıştır. HoNOSCA alt testleri incelendiğinde davranışsal alt testinde yatış puanı 9.0 ± 3.0 , taburculuk puanı 4.0 ± 3.0 , yetersizlik alt testinde yatış puanı 4.0 ± 2.0 , taburculuk puanı 3.0 ± 2.0 , semptomatik alt testinde yatış puanları 6.0 ± 2.0 , taburculuk puanları 3.0 ± 2.0 , sosyal ilişkiler alt testinde yatış puanı 11.0 ± 3.0 , taburculuk puanı 7.0 ± 3.0 şeklinde olduğu görülmüştür.

Tablo 3: Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Risk Puanları

Değişkenler, Katılımcılar n=131	Bireysel risk puanı ort. $\pm$ SS	Ailesel risk puanı ort. $\pm$ SS	Yatış risk puanları toplamı ort. $\pm$ SS
	6.0 ± 2.0	4.0 ± 2.0	10.0 ± 3.0

Tablo 4: Katılımcıların CGAS Yatış ve Taburculuk Puanları

Değişkenler, Katılımcılar n=131	CGAS Yatış Puanları ort. $\pm$ SS	CGAS Taburculuk Puanları ort. $\pm$ SS	CGAS Fark Puanları ort. $\pm$ SS	CGAS Değişim (%)ort. $\pm$ SS
	35.0 $\pm$ 8.0	56.0 $\pm$ 10.0	21.0 $\pm$ 12.0	68.0 $\pm$ 56.0

Tablo 5: Katılımcıların HoNOSCA Yatış ve Taburculuk Puanları

Değişkenler n, Katılımcılar n=131	HoNOSC A Yatış Puanları ort. $\pm$ SS	HoNOSC A Taburculuk Puanları ort. $\pm$ SS	HoNOSC A Yatış- Taburculuk Fark Puanları ort. $\pm$ SS	HoNOSC A Değişim (%)ort. $\pm$ SS
	29.0 $\pm$ 6.0	17.0 $\pm$ 7.0	12.0 $\pm$ 7.0	41.0 $\pm$ 22.0

Tablo 6: Katılımcıların HoNOSCA Alt Testlerin Yatış ve Taburculuk Puanları

Değişkenler, Katılımcılar n=131	Yatış Puanları ort. $\pm$ SS	Taburculuk Puanları ort. $\pm$ SS	Yatış- Taburculuk Fark Puanları ort. $\pm$ SS
HoNOSCA- Davranış	9.0 $\pm$ 3.0	4.0 $\pm$ 3.0	5.0 $\pm$ 3.0
HoNOSCA- Yetersizlik	4.0 $\pm$ 2.0	3.0 $\pm$ 2.0	1.0 $\pm$ 2.0
HoNOSCA- Semptomatik	6.0 $\pm$ 2.0	3.0 $\pm$ 2.0	3.0 $\pm$ 2.0

HoNOSCA-Sosyal	11.0 ± 3.0	7.0 ± 3.0	4.0 ± 3.0
----------------	------------	-----------	-----------

5.1.3 Kendine Zarar Verme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların KZVD uygulama süresi (yıl) 2.0 ± 1.0 olarak bulunmuştur. Faça atma %73.3, yumruk atma %19.8, kafa vurma %7.6, tırnaklama %4.6, yakma %3.2, saç yolma %0.8, kendini tokatlama %0.8 oranlarında uygulanmıştır. Katılımcıların %4.6'sı birden fazla metod ile kendine zarar vermiştir. Faça ve kafa vurma %1.5, faça ve tırnaklama %1.5, faça ve yakma %0.8, kafa vurma ve tırnaklama %0.8 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Kendine Zarar Verme Davranışlarının Uygulama Süresi ve Metodları

Değişkenler	Katılımcılar n=127
KZVD Uygulama Süresi(yıl) * ort. ± SS	2.0 ± 1.0
KZVD Uygulama Metodları n (%)	Katılımcılar n=131
Faça	96 (73.3)
Yumruk Atma	26 (19.8)
Kafa Vurma	10 (7.6)
Sigara ile Yakma	3 (2.3)
Tırnaklama	6 (4.6)
Saç Yolma	1 (0.8)
Kendini Tokatlama	1 (0.8)
Birden Fazla Metod Kullanımı n(%)	
Faça ve Sigarayla Yakma	1 (0.8)

Faça ve Tırnaklama	2 (1.5)
Faça ve Kafa Vurma	2 (1.5)
Tırnaklama ve Kafa Vurma	1 (0.8)

*Veriler tamamlanamamıştır.

5.1.4 Katılımcıların Suisidalitesinin İncelenmesi

Katılımcıların %48.9’unda suisidal girişim, %27.5’inde suisidal düşünce saptanmış olup %23.6 oranında suisidal girişim veya düşünce saptanmamıştır. Suisidal girişimi olan katılımcıların %85.9’u impulsif, %14.1’i planlı girişimde bulunmuştur. Suisidal girişimi olanlarda girişim sayısı 1.0 ± 1.0 olarak bulunmuştur. Suisidal girişim veya düşüncesinin başlamasından yatışa kadar geçen sürenin %66.3 oranında 1 yıldan az olduğu, %27.7 oranında 1-3 yıl arasında olduğu, %5.9 oranında 3-5 yıl olduğu bulunmuştur. Suisidal girişim metodları %64.1 ilaç alımı, %12.5 yüksekten atlama, %10.9 kesici delici alet kullanma, %3.1 ası, %3.1 ilaç ve ası, %3.1 ilaç ve kesici delici alet kullanma, %1.6 ilaç ve kimyasal madde ile zehirlenme, %1.6 ilaç ve yüksekten atlama olarak saptanmıştır.

Tablo 8: Katılımcıların Suisidal Girişim Oranı, Girişim Sayısı, Girişim Metodları, Suisidalite Süresi, Girişim Planlılığı

Suisidal Davranış n (%)	Katılımcılar n=131
Girişim	64 (48.9)
Düşünce	37 (27.5)
Suisid Düşüncesi ya da Girişimi Olmayan	30 (23.6)
	Katılımcılar n=131
Suisid Girişim Sayısı ort. $\pm$ SS	1.0 ± 1.0

Suisidalite Süresi. n (%)	Katılımcılar n=101
< 1 yıl	67 (66.3)
1-3 yıl	28 (27.7)
3-5 yıl	6 (5.9)
Suisidal Girişim Metodları n (%)	Katılımcılar n=64
İlaç Alımı	41 (64.1)
Kesici Delici Alet Kullanma	7 (10.9)
Ası	2 (3.1)
Yüksekten Atlama	8 (12.5)
İlaç ve Ası	2 (3.1)
İlaç ve Kesici Delici Alet Kullanma	2 (3.1)
İlaç ve Kimyasal Madde ile Zehirlenme	1 (1.6)
İlaç ve Yüksekten Atlama	1 (1.6)
Suisidal Girişim Planlılığı. n (%)	Katılımcılar n=64
Planlı	9 (14.1)
İmpulsif	55 (85.9)

5.1.5 Katılımcıların Psikiyatrik Tanıları

Katılımcılarda Otizm spektrum bozukluğu %1.5, OKB %3.1, Şizotipal kişilik bozukluğu %0.8, Tourette %3.8, DEHB %14.5, Hafif düzeyde zihinsel yetersizlik %2.3, Enkopresis %0.8, Avoidant kişilik bozukluğu %0.8, Konversiyon bozukluğu %0.8, Cinsel kimlik disforisi %5.3, Beden dismorfik bozukluğu %0.8, Fiziksel istismar %2.3, KOKGB %0.8, Majör depresif bozukluk %54.2, Bipolar bozukluk %13.7, Anksiyete bozukluğu %5.3, Borderline kişilik

bozukluğu %47.3, Şizofreni %6.1, Yeme bozukluğu %3.8, Cinsel istismar %19.1, Posttravmatik stres bozukluğu %8.4, Davranım bozukluğu %25.2, Alkol madde kullanım bozuklukları %3.1 oranlarında saptanmıştır.

Tablo 9: Katılımcıların Primer ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıları, İstismar Oranları

Psikiyatrik Tanılar. n (%)	Katılımcılar n=131
Otizm Spektrum Bozukluğu	2 (1.5)
OKB	4 (3.1)
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	1 (0.8)
Tourette	5 (3.8)
DEHB	19 (14.5)
Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik	3 (2.3)
Enkopresis	1 (0.8)
Avoidant Kişilik Bozukluğu	1 (0.8)
Konversiyon Bozukluğu	1 (0.8)
Cinsel Kimlik Disforisi	7 (5.3)
Beden Dismorfik Bozukluğu	1 (0.8)
Fiziksel İstismar	3 (2.3)
KOKGB	1 (0.8)
Majör Depresif Bozukluk	71 (54.2)

Bipolar Bozukluk	18 (13.7)
Anksiyete Bozukluğu	7 (5.3)
Borderline kişilik bozukluğu	62 (47.3)
Şizofreni	8 (6.1)
Yeme bozukluğu	5 (3.8)
Cinsel İstismar	25 (19.1)
PTSB	11 (8.4)
Davranım Bozukluğu	33 (25.2)
Alkol Madde Kullanım Bozuklukları	4 (3.1)

5.1.6 Katılımcıların Ailelerindeki Psikiyatrik Tanılar

Katılımcıların birinci ve ikinci derece akrabalarında olan psikiyatrik hastalıklar %32.8 oranında Majör depresif bozukluk, %12.2 oranında Şizofreni, %9.2 oranında Bipolar bozukluk, %8.4 Anksiyete bozuklukları, %7.7 Alkol-madde kullanım bozuklukları, %6.2 OKB, %1.5 Borderline kişilik bozukluğu, %0.8 Enüresis, %0.8 Yeme bozukluğu, %0.8 Zihinsel yetersizlik olarak belirlenmiştir. Genel olarak incelendiğinde katılımcıların %64.9'unda psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır.

Tablo 10: Ailesel Psikiyatrik Tanılar

Ailesel Psikiyatrik Tanılar. n (%)	Katılımcılar n=131
------------------------------------	--------------------

Majör Depresif Bozukluk	43 (32.8)
Şizofreni	16 (12.2)
Bipolar Bozukluk	12 (9.2)
Anksiyete Bozukluğu	11 (8.4)
Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları	10 (7.7)
OKB	8 (6.2)
Borderline Kişilik Bozukluğu	2 (1.5)
Enüresis	1 (0.8)
Yeme Bozukluğu	1 (0.8)
Zihinsel Yetersizlik	1 (0.8)

Tablo 11: Ailel Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Genel Toplam Ailel Psikiyatrik Hastalık Öyküsü n(%)	Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olmayan	Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olan
	42 (32.1)	85 (64.9)

5.1.7 Katılımcıların Alkol Madde Kullanımı

Katılımcıların %35.9'unun alkol ve/veya madde kullanımı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 12: Alkol Madde Kullanım Durumu

Alkol Madde Kullanım Durumu. n (%)	Katılımcılar n=131
Alkol veya Madde Kullanımı	47 (35.9)

5.1.8 Katılımcıların İlaç Kullanımı

Tablo 13: İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi

İlaç Kullanımı	n (%)
Antidepresan	54 (41.2)
Antipsikotik	105 (80.2)
Duygudurum Düzenleyici	16 (12.2)
Benzodiazepin	13 (9.9)
Stimülan	12 (9.2)
İlaç Kullanımı Olmayan	7 (5.3)

Tablo 14: Kombine İlaç Tedavilerinin Değerlendirilmesi

Kombine İlaç Tedavileri	n (%)
Tek İlaç Kullanımı	63 (48.1)
İkili İlaç Kullanımı	47 (35.9)
Üçlü İlaç Kullanımı	14 (10.7)

Katılımcıların ilaç kullanımları incelendiğinde; %5.3 oranında ilaç kullanımı olmadığı, %9.2 oranında stimülan kullanımı olduğu, %9.9 oranında benzodiyazepin kullanımı olduğu, %12.2 oranında duygudurum düzenleyici kullanıldığı, %41.2 oranında antidepresan kullanımı olduğu, %80.2 oranında antipsikotik kullanımı olduğu; kombinasyon tedavilerinde ise %48.1

oranında monoterapi tercih edildiği, %35.9 ikili ilaç kullanımı ve %10.7 oranında üçlü ilaç kullanımı olduğu saptanmıştır.

5.2 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Değerlendirmesi

5.2.1 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırması

Yaş ortalaması çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. (p=0.099)

Tablo 15: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Yaş Ortalaması Karşılaştırması

	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Yaş. yıl. ort. ± SS	14.1 ± 2.2	14.7 ± 1.5	t = 1.7	0.099

*Bağımsız örneklem t testi

Tablo 16: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Cinsiyet Karşılaştırması

Cinsiyet	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Kız. n (%)	38 (56.7)	55 (85.9)	X ² = 13.6	< 0.001

* Ki-kare testi

Kız cinsiyet suicidal girişim olan grupta %85.9 ve sadece KZVD olan grupta %56.7 olup iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcuttu ($p < 0.001$).

Tablo 17: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Eğitim Durumu Karşılaştırması

Eğitim Durumu	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
İlköğretim n (%)	37(55.2)	24(37.5)	$X^2 = 4.1$	0.042
Ortaöğretim n (%)	30(44.8)	40(62.5)		

* Ki-kare testi

Çalışma grupları eğitim düzeylerine göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcuttu ($p=0.042$). Suisidal girişimi ve KZVD olan grupta %37.5 oranında ilköğretim, %62.5 oranında ortaöğretim öğrencisi mevcuttu. Sadece KZVD olan grupta ise %55.2 oranında ilköğretim, %44.8 oranında ortaöğretim öğrencisi bulunmaktaydı.

Tablo 18: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Okul Başarısı Karşılaştırması

Okul Başarısı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Düşük	40 (59.7)	47 (73.4)	$X^2 = 3.0$	0.219
Orta	21 (31.3)	12 (18.8)		
Yüksek	6 (9.0)	5 (7.8)		

* Ki-kare testi

Çalışma grupları, ders başarısı yönünden istatistiksel olarak farklılık göstermemekteydi. Sadece KZVD olan grup için, düşük=%59.7. orta=%31.3. yüksek=%9.0; suicidal girişimi ve KZVD olan grup için, düşük=%73.4, orta=%18.8. yüksek=%7.8. $p=0.219$).

Tablo 19: Suicidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Kardeş Sayısı Karşılaştırması

	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suicidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Kardeş sayısı. ort. $\pm$ SS	1.1 $\pm$ 1	1 $\pm$ 0.7	t = -1.1	0.262

*Bağımsız örneklem t testi

Kardeş sayısı çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. ($p=0.262$)

Tablo 20: Suicidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Aile Yapısı Karşılaştırılması

Aile Yapısı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suicidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Çekirdek aile	47(70.1)	43(67.2)	$X^2=0.1$	0.715
Çekirdek aile olmayanlar	20(29.9)	21(32.8)		

* Ki-kare testi

Çalışma grupları aile yapısına göre kıyaslandığında, gruplar benzerdi ($p=0.715$). Sadece KZVD Olan grupta çekirdek aile % 70.1 oranında saptanmış olup; suicidal girişimi ve KZVD olan grupta çekirdek aile % 67.2 oranındaydı.

Tablo 21: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Anne Yaşlarının Karşılaştırması

	Sadece KZVD Olan Grup. n=65*	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik**	p değeri
Anne yaşı. ort. $\pm$ SS	42.4 $\pm$ 6.2	41.4 $\pm$ 6.6	t = -0.9	0.373

* Veriler 2 kişi için mevcut değildir. **Bağımsız örneklemde t testi

Anne yaşı çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. ($p=0.373$).

Tablo 22: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Anne Eğitim Durumlarının Karşılaştırması

Annenin Eğitim Durumu	Sadece KZVD Olan Grup. n=66*	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik**	p değeri
8 yıl veya daha az eğitim alanlar n (%)	29(43.9)	30(46.9)	$X^2=0.4$	0.803
9-12 yıl eğitim alanlar n (%)	16(24.2)	17(26.6)		
16 yıl veya daha fazla n (%)	21(31.8)	17(26.6)		

*Veriler 1 olgu için mevcut değildir. ** Ki-kare testi

Çalışma grupları annelerin eğitim düzeylerine göre kıyaslandığında, gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut olmadığı saptanmıştır ($p=0.803$). Sadece KZVD olan grupta 8 yıl veya daha az eğitim alanlar % 43.9, 9-12 yıl eğitim alanlar %24.2, 16 yıl veya daha fazla % 31.8 oranında saptanmış olup; suicidal girişimi ve KZVD olan grupta 8 yıl veya daha az eğitim alanlar % 46.9, 9-12 yıl eğitim alanlar %26.6, 16 yıl veya daha fazla % 26.6 oranındaydı.

Tablo 23: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Anne Meslek Durumu Karşılaştırması

Anne Meslek Durumu	Sadece KZVD Olan Grup. n=64*	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik**	p değeri
Ev hanımı	28(43.8)	26(40.6)	$X^2=0.1$	0.720
Ev hanımı olmayanlar	36(56.3)	38(59.4)		

* Veriler 3 kişi için bulunmamaktadır. **Ki-kare testi

Çalışma grupları anne meslek durumuna göre kıyaslandığında, gruplar benzerdi ($p=0.714$). Sadece KZVD olan grupta ev hanımı olanlar %43.8 oranında saptanmış olup; suicidal girişimi ve KZVD olan grupta ev hanımı olanlar %40.6 oranındaydı.

Tablo 24: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Baba Yaşlarının Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=65*	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik**	p değeri
Baba yaşı. ort. $\pm$ SS	45.4 $\pm$ 6.1	46.1 $\pm$ 6.7	t = 0.6	0.507

****Bağımsız örneklem t testi**

Baba yaşı çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. ($p=0.507$) * Veriler 2 kişi için mevcut değildir.

Tablo 25: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Babanın Eğitim Durumu

Babanın Eğitim Durumu	Sadece KZVD Olan Grup. n=65*	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik**	p değeri
8 yıl veya daha az eğitim alanlar n (%)	36(55.4)	25(39.1)	$X^2=3.5$	0.176
9-12 yıl eğitim alanlar. n (%)	12(18.5)	17(26.6)		
16 yıl veya daha fazla. n (%)	17(26.2)	22(34.4)		

*Veriler 2 olgu için mevcut değildir. ** Ki-kare testi

Çalışma grupları babaların eğitim düzeylerine göre kıyaslandığında, gruplar benzerdi ($p=0.176$). Sadece KZVD olan grupta 8 yıl veya daha az eğitim alanlar % 55.4, 9-12 yıl eğitim alanlar %18.5, 16 yıl veya daha fazla % 26.6 oranında saptanmış olup; suisidal girişimi ve KZVD olan grupta 8 yıl veya daha az eğitim alanlar % 39.1, 9-12 yıl eğitim alanlar %26.6, 16 yıl veya daha fazla % 34.4 oranındaydı.

Tablo 26: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Babanın Meslek Durumu Karşılaştırması

Baba Meslek Durumu	Sadece KZVD Olan Grup. n=64*	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik**	p değeri
Çalışmıyor	3(4.7)	6(9.4)	FKT	0.492
Çalışan	61(95.3)	58(90.6)		

* Veriler 3 kişi için bulunmamaktadır. ** Ki-kare testi

Çalışma grupları baba meslek duruma göre kıyaslandığında, gruplar benzerdi (p=0.492). Sadece KZVD olan grupta çalışmayanlar %4.7 oranında saptanmış olup; suisidal girişimi ve KZVD olan grupta çalışmayanlar %9.4 oranındaydı.

5.2.2 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırması

Tablo 27: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Davranım Bozukluğu Tanısı Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Davranım Bozukluğu n (%)	22 (32.8)	11 (17.2)	$X^2 = 4.3$	0.039

* Ki-kare testi

Davranım bozukluğu sadece KZVD olan grupta suisidal girişimi ve KZVD olan gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha sık saptandı (%32.8'e karşı %17.2. p=**0.039**)

Tablo 28: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Majör Depresif Bozukluk Tanısı Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Majör Depresif Bozukluk. n (%)	27(40.3)	44(68.8)	$X^2 = 0.1$	0.001

*Ki-kare testi

Majör depresif bozukluk çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermekteydi (**p=0.001**).

Tablo 29: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Borderline Kişilik Bozukluğu. n (%)	23(34.3)	39(60.9)	$X^2 = 9.3$	0.002

* Ki-kare testi

Borderline kişilik bozukluğu çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermekteydi (**p=0.002**).

Tablo 30: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Şizofreni Tanısı Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Şizofreni. n (%)	8(11.9)	0(0.0)	FKT	0.006

* Ki-kare testi

Şizofreni çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermekteydi (p=0.006).

5.2.3 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Kendine Zarar Verme Metodları Karşılaştırması

Faça atma (< **0.001**) ve yumruk atma (**0.003**) metodlarında çalışma grupları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmaktadır.

Tablo 31: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Faça Metodu Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Faça. n (%)	40(59.7)	56(87.5)	$X^2 = 13.0$	< 0.001

* Ki-kare testi

Tablo 32: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Yumruk Atma Metodu Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Yumruk Atma. n (%)	20(29.9)	6(9.4)	$X^2 = 8.7$	0.003

* Ki-kare testi

5.2.4 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Alkol Madde Kullanımı Karşılaştırması

Alkol veya madde kullanımı çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermekteydi ($p = 0.001$). Ayrı ayrı olarak da alkol ve madde kullanımı çalışma grupları arasında farklılık göstermektedir. ($p=0.003$, $p=0.011$)

Tablo 33: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Alkol veya Madde Kullanımı Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Alkol veya Madde Kullanımı. n (%)	11(22.4)	32(50.0)	$X^2=10.9$	0.001

* Ki-kare testi

Tablo 34: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupları Alkol Kullanımı Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Alkol Kullanımı. n (%)	10(14.9)	24(37.5)	$X^2=8.7$	0.003

* Ki-kare testi

Tablo 35: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Madde Kullanımı Karşılaştırması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup. n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Madde Kullanımı. n (%)	11(16.4)	23(35.9)	$X^2=6.5$	0.011

* Ki-kare testi

5.2.5 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Psikiyatrik Tanılarının Karşılaştırılması

Birinci ve ikinci derece akrabalarda majör depresif bozukluk çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi ($p= 0.265$)

Tablo 36: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Majör Depresif Bozukluk Karşılaştırılması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri

Soygeçmişte Majör Depresif Bozukluk, n (%)	19(28.4)	24(37.5)	$X^2=1.2$	0.265
--	----------	----------	-----------	-------

* Ki-kare testi

Birinci ve ikinci derece akrabalarda bipolar bozukluk çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p=0.491$)

Tablo 37: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Bipolar Bozukluk Karşılaştırılması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Soygeçmişte Bipolar Bozukluk, n (%)	5(7.5)	7(10.9)	$X^2=0.4$	0.491

*Ki-kare testi

Birinci ve ikinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p=0.098$)

Tablo 38: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Anksiyete Bozukluğu Karşılaştırılması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Soygeçmişte Anksiyete Bozukluğu, n (%)	3(4.5)	8(12.5)	$X^2=2.7$	0.098

* Ki-kare testi

Birinci ve ikinci derece akrabalarda şizofreni çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p=0.922)

Tablo 39: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Şizofreni Karşılaştırılması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Soygeçmişte Şizofreni, n (%)	8(11.9)	8(12.5)	$\chi^2=0.01$	0.922

* Ki-kare testi

Birinci ve ikinci derece akrabalarda alkol veya madde kullanım bozukluğu çalışma grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p= 0.525)

Tablo 40: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Soygeçmiş Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Karşılaştırılması

Tanı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
Soygeçmişte Alkol Madde Kullanım Bozukluğu, n (%)	4(6.0)	6(9.4)	FKT	0.525

* Ki-kare testi

5.2.6 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Ölçek Yatış ve Taburculuk Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 41: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların HoNOSCA Yatış Puanlarının Karşılaştırması

	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
HoNOSCA Yatış Puanlarının ort. $\pm$ SS	29.3 $\pm$ 5.7	29.3 $\pm$ 5.8	t = 0.7	0.999

*Bağımsız örneklem t testi

HoNOSCA yatış puanlarının ortalaması çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. (p=0.999)

Tablo 42: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların HoNOSCA Çıkış Puanlarının Karşılaştırması

	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
HoNOSCA Çıkış Puanlarının ort. $\pm$ SS	18.0 $\pm$ 7.0	16.4 $\pm$ 7.0	t = 0.6	0.196

*Bağımsız örneklem t testi

HoNOSCA çıkış puanlarının ortalaması çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. (p=0.196)

Tablo 43: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların CGAS Yatış Puanlarının Karşılaştırması

	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
CGAS Yatış Puanlarının ort. $\pm$ SS	34.9 $\pm$ 7.9	35.1 $\pm$ 7.3	t = 0.3	0.225

*Bağımsız örneklem t testi

CGAS yatış puanlarının ortalaması çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. (p=0.225)

Tablo 44: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların CGAS Çıkış Puanlarının Karşılaştırması

	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
CGAS Çıkış Puanlarının ort. $\pm$ SS	54.6 $\pm$ 10.8	56.8 $\pm$ 9.9	t = 0.4	0.926

*Bağımsız örneklem t testi

CGAS çıkış puanlarının ortalaması çalışma grupları arasında benzerlik göstermektedir. (p=0.196)

5.2.7 Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların İlaç Kullanımı Karşılaştırması

Tablo 45: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Antidepresan Kullanımı Karşılaştırması

Antidepresan Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
---------------------------	----------------------------------	---	-------------	-------------

	21 (31.3)	33 (51.6)	$X^2 = 5.5$	0.019
--	-----------	-----------	-------------	--------------

* Ki-kare testi

Çalışma grupları antidepresan kullanımına göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcuttur ($p=0.019$). Suisidal girişimi ve KZVD olan grupta daha fazla oranda antidepresan kullanımı saptanmıştır.

Tablo 46: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Antipsikotik Kullanımı Karşılaştırması

Antipsikotik Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
	53 (71.9)	52 (81.3)	$X^2 = 0.1$	0.758

* Ki-kare testi

Çalışma grupları antipsikotik kullanımına göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildir ($p=0.758$).

Tablo 47: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Duygudurum Düzenleyici Kullanımı Karşılaştırması

Duygudurum Düzenleyici Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
	11 (16.4)	5 (7.8)	$X^2 = 2.2$	0.133

* Ki-kare testi

Çalışma grupları duygudurum düzenleyici kullanımına göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildir ($p=0.133$).

Tablo 48: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Benzodiyazepin Kullanımı Karşılaştırması

Benzodiyazepin Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
	6 (9.0)	7 (10.9)	$X^2 = 0.1$	0.704

* Ki-kare testi

Çalışma grupları benzodiyazepin kullanımına göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildir ($p=0.704$).

Tablo 49: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Stimülan Kullanımı Karşılaştırması

Stimülan Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
	8 (11.9)	4 (6.3)	$X^2 = 1.2$	0.259

* Ki-kare testi

Çalışma grupları stimülan kullanımına göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildir ($p=0.704$).

Tablo 50: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Tek İlaç Kullanımı Karşılaştırması

Tek İlaç Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
	35 (52.2)	28 (43.8)	$X^2 = 0.9$	0.331

* Ki-kare testi

Çalışma grupları monoterapiye göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildir ($p=0.331$).

Tablo 51: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların İkili İlaç Kullanımı Karşılaştırması

İkili İlaç Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
	20 (29.9)	27 (42.2)	$X^2 = 2.1$	0.141

* Ki-kare testi

Çalışma grupları ikili ilaç kullanımına göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildir (p=0.141).

Tablo 52: Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup ile Sadece KZVD Olan Grupların Üçlü İlaç Kullanımı Karşılaştırması

Üçlü İlaç Kullanımı	Sadece KZVD Olan Grup n=67	Suisidal Girişimi ve KZVD Olan Grup n=64	İstatistik*	p değeri
	8 (11.9)	6 (9.4)	$X^2 = 0.2$	0.635

* Ki-kare testi

Çalışma grupları üçlü ilaç kullanımına göre kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildir (p=0.635).

5.3 Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların Karşılaştırılması

5.3.1 Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların KZVD Uygulama Süresi ve Metodlarının Karşılaştırılması

Tablo 53: Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların KZVD Uygulama Süresi Karşılaştırılması

	Alkol veya Madde Kullanımı	Alkol veya Madde Kullanımı Olan Grup n=47	İstatistik*	p değeri

	Olmayan Grup n=84			
KZVD uygulama yılı ort. $\pm$ SS	1.8 $\pm$ 1.0	2.4 $\pm$ 1.2	t= 3.0	0.004

*Bağımsız örneklem t testi

Alkol veya madde kullanımı olan grupta kullanımı olmayan gruba göre anlamlı düzeyde farklı KZVD uygulama yılı bulunmaktadır. (p=0.004)

Tablo 54: Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların KZVD Uygulama Metodlarının Karşılaştırılması

KZVD metodu	Alkol veya Madde Kullanımı Olmayan Grup n=84	Alkol veya Madde Kullanımı Olan Grup n=47	İstatistik*	p değeri
Faça n(%)	53(63.1)	43(91.5)	$X^2=12.4$	<0.001
Yumruk atma. n(%)	21(25.0)	5(10.6)	$X^2=4.0$	0.048

* Ki-kare testi

Alkol veya madde kullanımı olan grupta kullanımı olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla faça (p<0.001) ve daha az yumruk atma (p=0.048) metodu mevcuttur.

5.3.2 Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların Suisidal Girişim Sayısının Karşılaştırılması

Alkol veya madde kullanımı olan grupta kullanımı olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla suisidal girişim bulunmaktadır. (p=0.001)

Tablo 55: Alkol ya da Madde Kullanımı Olan ve Olmayan Grupların Suisidal Girişim Sayısının Karşılaştırılması

	Alkol veya Madde Kullanımı Olmayan Grup n=84	Alkol veya Madde Kullanımı Olan Grup n=47	İstatistik*	p değeri
Suisid Girişim Sayısı ort. $\pm$ SS	0.6 $\pm$ 1	1.3 $\pm$ 1.2	t=3.3	0.001

*Bağımsız örneklem t testi

5.4 HoNOSCA ve CGAS Puan Değişimlerinin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

5.4.1 KZVD Uygulama Süresi ve Metodlarının Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

KZVD uygulama süresinin uzunluğu ile HoNOSCA ve CGAS değişim puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. (CGAS değişim $p=0.153$, HoNOSCA değişim $p=0.849$)

Tablo 56: KZVD Uygulama Süresi Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

Değişken	F*	p
KZVD süresi - CGAS Değişim	2.1	0.153
KZVD süresi – HoNOSCA Değişim	0.1	0.849

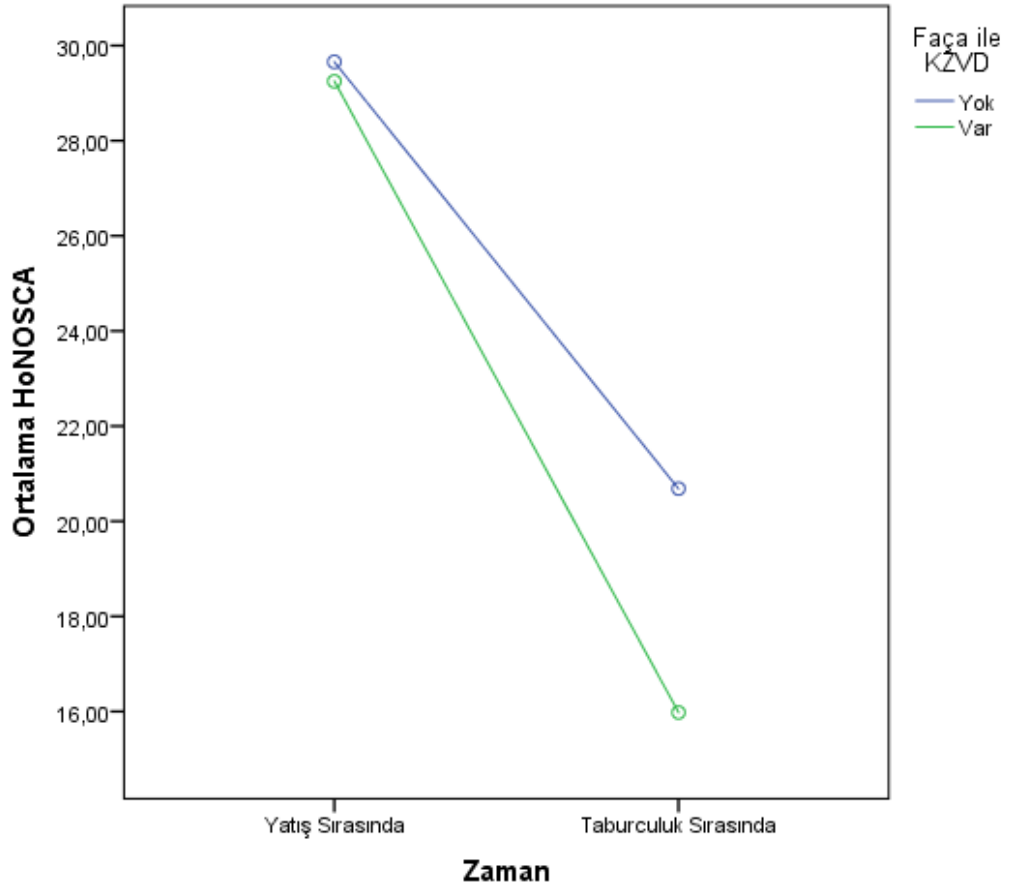
* Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

KZVD uygulama metodları ile HoNOSCA ve CGAS değişim puanları arasında istatistiksel anlamlılık sadece faça metodunda HoNOSCA değişiminde saptanmıştır. (CGAS değişim $p=0.070$, HoNOSCA değişim $p=0.002$)

Tablo 57: KZVD Uygulama Metodlarının Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

	Faça olan	Faça olmayan	F*	p
CGAS yatış	35.6 ± 0.7	33.5 ± 1.6	3.4	0.070
CGAS taburculuk	57.3 ± 1.0	51.0 ± 2.0		
HoNOSCA yatış	29.2 ± 0.5	29.6 ± 1.2	10.0	0.002
HoNOSCA taburculuk	16.0 ± 0.6	20.7 ± 1.4		
	Yumruk atma olan	Yumruk atma olmayan	F	p
CGAS yatış	32.8 ± 2.1	35.6 ± 0.6	1.6	0.208
CGAS taburculuk	50.8 ± 2.4	56.9 ± 1.0		
HoNOSCA yatış	31.2 ± 1.1	29.0 ± 0.6	1.5	0.231
HoNOSCA taburculuk	20.5 ± 1.7	16.4 ± 0.6		

* Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi



Şekil 1: HoNOSCA Değişimi ve Faça Kullanımı

5.4.2 Suisidal Girişim ve Girişimdeki İmpulsivitenin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

Suisidalite varlığı ve suisidal girişimdeki planlılık/impulsivite ile HoNOSCA ve CGAS değişim puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. (Suisidal girişim CGAS değişim $p=0.318$, HoNOSCA değişim $p=0.203$; Suisid planlılığı CGAS değişim $p=0.892$, HoNOSCA değişim $p=0.280$)

Tablo 58: Suisidal Girişim ve Girişimdeki İmpulsivitenin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

	Suisid girişimi olan	Suisid girişimi olmayan	F*	p
CGAS yatış	35.1 ± 1.0	35.0 ± 1.0	1.0	0.318
CGAS taburculuk	56.9 ± 1.2	54.6 ± 1.3		
HoNOSCA yatış	29.3 ± 0.7	29.3 ± 0.7	1.7	0.203
HoNOSCA taburculuk	16.4 ± 0.9	18.0 ± 0.9		
	Suisid girişimi impulsif olan	Suisid girişimi planlı olan	F	p
CGAS yatış	34.8 ± 1.0	36.9 ± 2.7	0.1	0.892
CGAS taburculuk	56.6 ± 1.4	58.1 ± 2.0		
HoNOSCA yatış	29.7 ± 0.8	27.3 ± 2.1	1.2	0.280
HoNOSCA taburculuk	16.3 ± 1.0	16.9 ± 2.3		

* Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

5.4.3 Yatış Süresinin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

Yatış süresi uzunluğu ile HoNOSCA ve CGAS değişim puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. (CGAS değişim p=0.184, HoNOSCA değişim p=0.130)

Tablo 59: Yatış Süresinin Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA ile Değerlendirilmesi

Değişken	F*	p
Yatış süresi - CGAS	1.8	0.184

Yatış süresi - HoNOSCA	2.3	0.130
---------------------------	-----	-------

* Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testi

5.5 Verilerin Korelasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Verilerin Pearson korelasyon analizi incelendiğinde; CGAS çıkış puanı ve yaş arasında düşük düzey ($r=0.209$ $p=0.016$), HoNOSCA çıkış puanı ile yaş arasında negatif düşük düzey ($r=-0.182$ $p=0.037$), HoNOSCA değişimi ile yaş arasında düşük düzey ($r=0.172$ $p=0.050$), CGAS değişim ve CGAS yatış puanları arasında negatif orta düzey ($r=-0.471$ $p<0.001$), HoNOSCA yatış ile CGAS yatış puanları arasında negatif orta düzey ($r=-0.443$ $p<0.001$), HoNOSCA değişim ile CGAS yatış puanları arasında negatif düşük düzey ($r=-0.224$ $p=0.010$), CGAS çıkış ile CGAS fark puanları arasında yüksek düzey ($r=0.760$ $p<0.001$), HoNOSCA yatış ile CGAS çıkış arasında negatif düşük düzey ($r=-0.235$ $p=0.007$), HoNOSCA çıkış ile CGAS çıkış puanları arasında negatif yüksek düzeyde ($r=-0.821$ $p<0.001$), HoNOSCA fark ile CGAS çıkış arasında yüksek düzey ($r=0.616$ $p<0.001$), KZVD süresi ile CGAS çıkış puanları arasında negatif düşük ($r=-0.226$ $p=0.011$), HoNOSCA çıkış ile CGAS fark arasında negatif yüksek düzey ($r=-0.636$ $p<0.001$), HoNOSCA fark ile CGAS fark arasında yüksek düzey ($r=0.689$ $p<0.001$), HoNOSCA çıkış ile HoNOSCA yatış arasında orta düzey ($r=0.391$ $p<0.001$), HoNOSCA fark ile HoNOSCA yatış arasında orta düzey ($r=0.426$ $p<0.001$), KZVD süresi ile HoNOSCA yatış arasında düşük düzey ($r=0.182$ $p=0.041$), HoNOSCA fark ile HoNOSCA çıkış puanları arasında negatif yüksek düzey ($r=-0.666$ $p<0.001$), suid girişim sayısı ile HoNOSCA fark arasında düşük düzey ($r=0.190$ $p=0.030$), suid girişim sayısı ile KZVD süresi arasında düşük düzey ($r=0.183$ $p=0.039$), yatış süresi ile CGAS yatış puanları arasında negatif düşük düzey ($r=-0.198$ $p=0.024$) korelasyon saptanmıştır.

Tablo 60: Pearson Korelasyon Analizi ile Yaş, CGAS Yatış, CGAS Çıkış, CGAS Fark, HoNOSCA Yatış, HoNOSCA Çıkış, HoNOSCA Fark, Yatış süresi, KZVD Süresi ve Suisid Girişim Sayılarının Değerlendirilmesi

	Yaş	CGAS Yatış	CGAS Çıkış	CGAS Fark	HoNOSCA Yatış	HoNOSCA Çıkış	HoNOSCA Fark	KZVD Süresi	Suisid Sayısı	Yatış Süresi
Yaş		r = -0.005 p=0.956	r = 0.209 p= 0.016	r = 0.171 p=0.051	r = -0.009 p=0.915	r = 0.182 p= 0.037	r = 0.172 p= 0.050	r = 0.150 p=0.091	r = 0.149 p=0.089	r = -0.128 p=0.146
CGAS Yatış	r = -0.005 p=0.956		r = 0.150 p=0.088	r = -0.471 p< 0.001	r = -0.443 p< 0.001	r = 0.138 p=0.117	r = 0.224 p= 0.010	r = 0.133 p=0.135	r = 0.050 p=0.574	r = 0.198 p= 0.024
CGAS Çıkış	r = 0.209 p= 0.016	r = 0.150 p=0.088		r = 0.760 p< 0.001	r = 0.235 p= 0.007	r = 0.821 p< 0.001	r = 0.616 p< 0.001	r = 0.226 p= 0.011	r = 0.050 p=0.281	r = 0.010 p=0.907
CGAS Fark	r = 0.171 p=0.051	r = -0.471 p< 0.001	r = 0.760 p< 0.001		r = 0.079 p=0.370	r = 0.636 p< 0.001	r = 0.689 p< 0.001	r = 0.083 p=0.352	r = 0.072 p=0.413	r = 0.135 p=0.123

H	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
oNOS	=-	=	=-	=0.07		=0.391	=0.426	=0.18	=0.08	=0.12
CA	0.009	0.443	0.235	9		p<0.0	p<0.0	2	5	0
yatış	p=0.915	p<0.001	p=0.007	p=0.370		01	01	p=0.041	p=0.337	p=0.171
H	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
oNOS	=-	=-	=-	=-	=0.391		=-	=0.16	=-	=-
CA	0.182	0.138	0.821	0.636	p<0.0		0.666	6	0.124	0.036
çıkış	p=0.037	p=0.117	p<0.001	p<0.001	01		p<0.001	p=0.061	p=0.160	p=0.683
H	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
oNOS	=0.17	=-	=	=0.68	=0.426	=-	=-	=0.19	=0.13	
CA	2	0.224	0.616	9	p<0.0	0.666	0.017	0	3	
fark	p=0.050	p=0.010	p<0.001	p<0.001	01	p<0.001	p=0.849	p=0.030	p=0.130	
K	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
ZVD	=	=-	=-	=-	=0.182	=0.166	=-	=0.18	=0.09	
süresi	0.150	0.133	0.226	0.083	p=0.041	p=0.061	0.017	3	1	
	p=0.091	p=0.135	p=0.011	p=0.352		1	p=0.849	p=0.039	p=0.306	
S	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
uisid	=	=-	=0.09	=0.07	=0.085	=-	=0.190	=0.18		=-
sayısı	0.149	0.050	5	2	p=0.337	0.124	p=0.030	3		0.015
	p=0.089	p=0.574	p=0.281	p=0.413		p=0.160	30	p=0.039		p=0.866

Y	r	r	r	r	r	r	r	r	r	
atış	=-	=-	=-	=0.13	=0.120	=-	=0.133	=0.09	=-	
süresi	0.128	0.198	0.010	5	p	0.036	p	1	0.015	
	p	p	p	p	=0.171	p	=0.130	p	p	
	=0.14	=0.02	=0.90	=0.12		=0.683		=0.30	=0.86	
	6	4	7	3				6	6	

*Pearson korelasyon analizi

5.6 HoNOSCA ve CGAS Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Değerlendirilmesi

Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile ölçek puanları değişimi incelendiğinde; CGAS, HoNOSCA ve HoNOSCA alt testlerdeki yatış ile taburculuktaki olan değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 61: HoNOSCA Fark ve CGAS Farkın Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Değerlendirilmesi

	CGAS fark	HoNOSCA fark
Z	-9.718	-9.725
p	p<0.001	p<0.001

* Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Tablo 62: HoNOSCA Alt Testlerinin Fark Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Değerlendirilmesi

	HoNOSCA- Davranışsal fark	HoNOSCA- Yetersizlik fark	HoNOSCA- Semptomatik fark	HoNOSCA- Sosyal fark
Z	-9.491	-8.630	-8.630	-9.356
p	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

* Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

6. TARTIŞMA

6.1 Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızda, kendine zarar verme davranışı olan ve servis yatışı olup ortam terapisi almış olan olguların terapiden faydalanım düzeylerinin incelenmesi ve suicidal girişimi olanlar ile olmayanların bulgularının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu bulguların gruplar arasında istatistiksel açıdan daha sağlıklı karşılaştırılması ve sosyodemografik değişkenlerin sonuçları etkilememesi amaçlandığından grupların sosyodemografik özellikleri eşleştirilmesi istenmiştir. Ancak retrospektif çalışma olması ve kendine zarar verme davranışının cinsiyet ve yaş gibi değişkenlerle farklılık göstermesi eşitleme için kısıtlılık getirmiştir. Olgular cinsiyet yönünden eşlenememiştir. Yaş, cinsiyet, olguların eğitim durumu, okul başarısı, aile yapısı, ebeveyn yaşı, ebeveyn eğitim ve meslek durumları detaylı olarak aşağıda tartışılmıştır.

6.1.1 Yaş

Çalışmaya katılan tüm olgular 9-17 yaş aralığındadırlar. Çalışma örnekleminin yaş ort. ve SS 14.4 ± 2 yıl olarak saptanmıştır. Örneklem suicidal girişimi olan ve olmayan olarak gruplandırıldığında; suicidal girişim olan grupta yaş ortalaması 14.7 ± 1.5 , girişim olmayan grupta ise 14.1 ± 2.2 olarak saptanmıştır. Gruplar arası istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

Kendine zarar verme davranışı çocukluk döneminde daha az görülmekte olup görülme sıklığı ergenlik döneminde artmaktadır. Literatür incelendiğinde de birçok kaynakta davranışın genellikle 12 ile 15 yaşları arasında başladığı ve ergenlikten sonra önemli ölçüde azaldığı şeklinde bilgilerin yer aldığı anlaşılmıştır. Suisidal girişim için yaş değerlendirildiğinde çalışmaların çoğunda 15 yaş ve sonrasında suicid girişiminin olduğu, 10-14 yaş arasında daha az görülmekte olduğu bulunmuştur ¹⁰². Yaş için incelendiğinde çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu saptanmıştır.

6.1.2 Cinsiyet

Literatürde KZVD'nin erkekler ve kızlar arasında dağılımı konusunda da farklı sonuçlar bulunmaktadır. Örneklem cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde erkeklerin %21, kızların %79 oranlarında dağılım gösterdiği saptanmıştır. Örneklem suicidal girişimi olan ve olmayan olarak gruplandırıldığında; suicidal girişim olan grupta kız cinsiyetin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde tanımlayıcı çalışmaların çoğunluğunda kız cinsiyet ön plana çıkmaktadır²². Çalışma sonucunun literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır.

Cinsiyet farklılıklarının nedenleri henüz net olmamakla beraber, bazı yazarlar kızlarda daha yüksek oranda KZVD görülmesini kızların KZVD'yi daha fazla dile getirip daha sık poliklinik başvurusunda bulunması ile ilişkilendirmektedir. Ek olarak östrojen ve progesteronun emosyonel regülasyon üzerindeki etkileri ve KZVD'ye en çok eşlik eden tanılardan depresyon ve anksiyete bozukluklarının kızlarda daha sık görülmesi, KZVD'nin kızlarda daha yüksek oranda görülmesine sebep olduğu düşünülmektedir¹⁰³. Ancak literatürde cinsiyetin eşit oranda saptandığını belirten çalışmalar olduğu gibi erkek dominansı olan çalışmalar da bulunmaktadır^{104,105}.

Ülkemizde KZVD alanında yapılmış bir çalışmada lise öğrencileri arasında cinsiyet yönünden fark bulunmamıştır⁸. Suisid için cinsiyet risk faktörleri incelendiğinde ise; Miranda-Mendizabal ve ark.'ın 2019 yılındaki sistematik derlemesinde her iki cinsiyet için ortak risk faktörleri madde kullanım bozukluğu ve kişilerarası şiddete maruz kalma olarak saptanmıştır. Kadınlara özgü risk faktörleri yeme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, bipolar bozukluk olarak bulunmuştur. İntihar girişimi için erkeğe özgü risk faktörleri ise davranım sorunları, umutsuzluk, ebeveyn ayrılığı, arkadaşın suicidal girişimi şeklindedir¹⁰⁶.

6.1.3 Okul Başarısı

Katılımcıların eğitim düzeyleri ilkökul %7.6, ortaokul %38.9, lise %53.4 olarak ayrılmıştır. Katılımcılarda %66.4 oranında düşük okul başarısı, %25.2 oranında orta düzey okul başarısı, %8.4 yüksek düzey okul başarısı bulunmuştur. Örneklem suicidal girişimi olan

ve olmayan olarak gruplandırıldığında; suicidal girişim olan grup ile olmayan grubun okul başarısı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde okul, kendine zarar verme için hem olumlu hem de olumsuz etkilerken çalışmamızda iki grup arasında istatistiksel anlamlılığın çıkmaması; katılımcıların çoğunluğunda düşük eğitim düzeyi olması ve orta ile yüksek düzey eğitimlerin az olması karşılaştırmada anlamlılığın bulunamamasıyla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Sınırlı eğitim başarısı ve okula bağlılık duygusunun yokluğu da kendine zarar vermeyle ilişkili görünmektedir ¹⁰⁷. Okula devamsızlık ve kendine zarar verme arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek, her biri derinlemesine araştırma gerektiren birçok olası mekanizma bulunmaktadır ¹⁰⁸. Ruhsal bozukluğun varlığı, bu ilişkide kesinlikle rol oynayabilecek bir faktördür; depresyon ve kaygı bozuklukları gibi tanılar hem okul devamsızlığıyla hem de kendine zarar verme ile ilişkili bulunmuştur ^{9,108}. Ayrıca okulda zorbalığın olması devamsızlığa neden olurken aynı zamanda KZVD için de risk faktörü olmaktadır ¹⁰⁹. Literatürde okul başarısının KZVD için koruyucu, okul devamsızlığının ise suicidal girişim için risk faktörü olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır ¹¹⁰. Bununla beraber okul devamsızlığının suicidal girişim sıklığını ve hospitalizasyonu azalttığını destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır ^{111,112}.

Ülkemizden okul başarısı ile ilişkili bir çalışma incelendiğinde KZVD öyküsü bulunan gençlerde; daha düşük okul başarısı, daha kötü ders çalışma alışkanlığı ve daha fazla sınıf tekrarı öyküsünün olduğu; devamsızlık ve disiplin ile ilgili daha fazla sorun yaşandığı ve öğretmenlerle olan ilişkilerin daha olumsuz algılandığı saptanmıştır ¹¹³. Ancak bunlarla beraber okul başarısının KZVD'ye olan etkisinden ziyade olguların psikopatolojisi ve psikososyal risk faktörlerinin varlığı KZVD ile ilişkili olduğu şeklinde düşünülmektedir.

6.1.4 Aile Yapısı

Aile yapısı açısından katılımcılar değerlendirildiğinde, katılımcılar arasında her iki ebeveynle yaşama oranı %68.7, geniş ailede yaşama oranı %3.1, boşanmış ailelerde yaşama oranı %19.8, kurum bakımında kalma oranı %0.8, evlat edinilip ailelerde yaşama oranı %0.8, anne vefatı %2.3, baba vefatı %4.6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların kardeş sayısı 1.0 ± 1.0 bulunmuştur. Örneklem suicidal girişimi olan ve olmayan olarak gruplandırıldığında; suicidal

girişim olan grup ile olmayan grubun aile yapısı ve kardeş sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde ise; iki ebeveynle beraber yaşamama, çatışmalı aile ilişkileri ve boşanmış ailelerde üvey anne veya üvey babayla birlikte yaşama kendine zarar verme davranışı ve suisidalite için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır¹¹⁰.

Literatürde KZVD ve suisidal girişim olanlarda ailesel problemler sadece KZVD olan olgulara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ¹¹⁴. Bu da aile işlevselliğinin bozulma şiddetinde olan artışın olgulardaki psikopatolojinin de artmasına sebep olduğunu göstermektedir. İlk doğan bireylere kıyasla ikinci doğan veya daha geç doğan bireylerde suisidalite riskinin artmış olduğu saptanmıştır ¹¹⁵. Kardeş sayısının artması veya sıralamasının değişmesinin farklı psikososyal ve ekonomik nedenleri olabilmektedir. Çalışmamızda kardeş sıralaması incelenememiştir. Ancak kardeş sayısı incelendiğinde KZVD'ye ek olarak suisidalite varlığı ile kardeş sayısı değişimi arasında ilişki bulunamamıştır.

Ülkemizden örnekler incelendiğinde kendine zarar verme davranışı gösteren gençlerde iki ebeveynle yaşama oranının daha az olduğu, ailelerinde daha yüksek oranda marital sorunlar yaşandığı ve aile içi şiddet oranlarının daha fazla olduğu anlaşılmıştır ¹¹³. Bunlara ek olarak literatürde bizim çalışmamızda olduğu gibi kendine zarar verme için aile yapısında farklılık bildirmeyen çalışmaların da olduğu görülmüştür ^{2,116}.

6.1.5 Ebeveynlerin Sosyoekonomik Durumu

Ebeveynlerin sosyoekonomik durumu için katılımcılar değerlendirildiğinde; anne yaşlarının 27-58 arasında olup doğumdaki en düşük anne yaşı 16, baba yaşlarının 30-65 arasında olup doğumdaki en düşük baba yaşının 17 olduğu, annelerin %45.3'ünün babaların ise %47.3'ünün lise seviyesinden daha düşük eğitim seviyesinde olduğu, annelerin %50'sinin babaların ise %83.6'sının iş sahibi olduğu saptanmıştır. Örneklem suisidal girişimi olan ve olmayan olarak gruplandırıldığında; suisidal girişim olan grup ile olmayan grubun ebeveynlerinin sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışma örneklemimizin tek merkezli, kısıtlı bir bölgeden hasta profilinden

oluşması nedeniyle, çevre şartları göz önünde bulundurularak iki grup arasında farkın olmamasına neden olabileceği düşünülmüştür.

Literatür incelendiğinde çalışmalarda ebeveyn eğitimi ve aylık maddi gelir, ebeveynlerin sosyoekonomik durumu olarak tanımlanmıştır. Düşük sosyoekonomik statüde olan gençlerin daha fazla oranda kendine zarar verdiği tespit edilmiştir ¹¹⁷. Yine farklı bir çalışmada yoksulluğun, babalardaki düşük eğitim seviyesinin kendine zarar verme ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur ¹¹⁰. Ancak bazı çalışmalarda en az tek veya iki ebeveynin de çalıştığı, sosyoekonomik seviyenin orta veya yüksek seviye olduğu ve sosyoekonomik seviye ile kendine zarar verme arasında ilişki saptanamadığı durumlara da rastlanmıştır ¹⁰³. Ebeveyn yaşı ile kendine zarar verme arasındaki ilişki incelendiğinde de; doğumda anne yaşının 20'den az olması suicidal girişim ile ilişkilendirilmiştir. Ancak baba yaşının doğumda 25 yaş altında olması suicidalite ile ilişkilendirilmemiştir ¹¹⁵.

6.2 Psikiyatrik Tanılar

Literatür yüksek psikopatoloji oranlarına sahip ergenlerin daha erken ve daha ciddi KZVD formlarına başvurduğunu göstermektedir.¹¹⁸ Abdelraheem ve ark. 2019 yılına ait çalışmasında KZVD'nin eşlik ettiği en yaygın tanı % 60 oran ile depresyon olarak bulunmuştur. Bu tanının ardından % 34 oranla uyum bozukluğu ve % 26 ile travma sonrası stres bozukluğu takip etmektedir. Kendine zarar verenlerin % 91'inde travma öyküsü bildirilmiştir, en yaygın travma %39'la okulda zorbalığa maruz kalma olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada KZVD için risk faktörleri incelendiğinde; depresyonun KZVD riskini yaklaşık 5 kat arttırdığı, her tür travmanın ise riski 9 kat arttırdığı, travma alt tipleri incelendiğinde cinsel istismarın riski 4 kat, aile içi şiddetin 3 kat, akran zorbalığının ise 3 kat arttırdığı saptanmıştır. Psikoz, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyon tanıları olan olgularda KZVD'nin daha az görüldüğü saptanmıştır ¹¹⁹.

Çalışmamızda ise en sık görülen tanılar %54.2 ile majör depresif bozukluk, %47.3 ile borderline kişilik bozukluğu, %25.2 ile davranım bozukluğu, %19.1 ile cinsel istismar, %14.5 ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. Depresyon ve borderline kişilik bozukluğunu Nock ve ark. ile Prinstein ve ark. KZVD'nin en sık görüldüğü tanılar olarak betimlemişlerdir

^{120,121}. Hargus ve Hukkanen ve ark. madde kullanım bozukluğu, dürtüsellik ve davranım bozukluğunu KZVD'ye eşlik eden tanılar olarak tanımlamışlardır ^{122,123}. Ayrıca karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ile hiperaktivite eşlik eden ve etmeyen dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu da KZVD için risk faktörleri olarak Hawton ve ark. çalışmasında gösterilmiştir ⁵. Çalışmamızda da literatüre uyumlu olarak KZVD uygulayan ergenlerin %54.2'si majör depresif bozukluk tanısı almıştır. Bu durum majör depresif bozukluğun emosyonel regülasyonu bozması ve kendine zarar verme davranışına yol açması şeklinde yorumlanabilir. Literatür incelendiğinde borderline kişilik bozukluğu KZVD için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir ¹²⁴. Çalışmamızda da dürtüsellik ve emosyonel disregülasyonun en çok eşlik ettiği tanılardan biri olan borderline kişilik bozukluğu tanısının fazla olması literatürle uyumlu olarak açıklanmaktadır. DEHB'de davranış inhibisyonunda güçlüklerin olduğu; bu inhibisyon yetersizliğine bağlı olarak irritabilite, hostilite ve emosyonel disregülasyon olduğu bilinmektedir. DEHB, KZVD risk faktörlerinden biri olarak sayılmaktadır ¹¹⁹. Çalışmamızdaki DEHB oranı literatürdeki beklenen oranla benzer bulunmuştur. Çalışmalarda madde kullanımı ve kullanım bozukluğu tanısı KZVD'de sık görülen tanılardandır. Çalışmamızın yapıldığı yataklı birime birimin koşulları nedeniyle aktif madde kullanımı olan bireylerin yatışı yapılmamaktadır. Bu nedenle çalışmadaki madde kullanım bozukluğu tanısı alan birey sayısı azdır. Ancak bozukluk tanısı almadan alkol-madde kullanımı olan bireylerin oranı literatürle de uyumlu olarak % 35.9 oranında saptanmıştır.

Ergenlerde suicidal girişim için risk faktörleri incelendiğinde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve posttravmatik stres bozukluğunun suicidal ile en çok ilişkili bozukluklardan olduğu saptanmıştır. ^{73,74} Davranım bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları suicidal riskinin artırmaktadır ^{77,78}. Suicidal ile ilişkili olabilecek diğer psikopatolojiler ise yeme bozuklukları ve özellikle borderline kişilik bozuklukları olarak tanımlanmıştır ⁸⁴. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak majör depresif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu suicidal girişim olan grupta daha fazla saptanmıştır. Ancak literatürde davranım bozukluğu suicidal risk faktörleri içinde sayılmasına rağmen çalışmamızda davranım bozukluğu suicidal olmayan grupta daha fazla tespit edilmiştir. Bu durum suicidal olan grubun çoğunlukla kız cinsiyetten oluşması, davranım bozukluğu tanısının ise daha çok yaşı küçük olan erkeklerde tespit edilmesiyle ilişkilendirilmiştir.

6.3 Soygeçmiş Psikiyatrik Tanılar

Çalışmamızda katılımcıların birinci ve ikinci derece akrabalarında olan psikiyatrik hastalıklar %32.8 oranında Majör depresif bozukluk, %12.2 oranında Şizofreni, %9.2 oranında Bipolar bozukluk, %8.4 Anksiyete bozuklukları, %7.7 Alkol-madde kullanım bozuklukları, %6.2 Obsesif kompulsif bozukluk, %1.5 Borderline kişilik bozukluğu, %0.8 Enüresis, %0.8 Yeme bozukluğu, %0.8 Zihinsel yetersizlik olarak belirlenmiştir. Örneklem suicidal girişimi olan ve olmayan olarak gruplandırıldığında; suicidal girişim olan grup ile olmayan grubun ebeveynlerinde olan psikiyatrik tanılar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır.

Literatür incelendiğinde soygeçmişte ruhsal bozukluk öyküsü ile ergenin kendine zarar vermesi arasında ilişki olduğu anlaşılmaktadır ¹²⁵. Önemli bir psikososyal etken olarak uygunsuz ev ortamı, hem de bu duruma eşlik eden genetik yüklülük ile ebeveynlerdeki ve ailenin diğer üyelerindeki ruhsal bozukluklar, ergendeki kendine zarar verme için risk etkeni olmaktadır ¹²⁶. Çalışmamızda iki grupta da ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. İki grup için de risk faktörü olan bu durumun çalışmamızdaki suicidalite olan grup için anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlemlenmiştir.

KZVD olmayan ergenler ile kıyaslandığında KZVD bulunan ergenlerin ailelerinde kendine zarar vermenin daha fazla olduğu bulunmuştur ¹²⁷. Maternal depresyon ve paternal antisosyal kişilik bozukluğu paterni olan çocukların hem içselleştirme hem de dışsallaştırma psikopatolojileri için özellikle yüksek risk altında olduğu öne sürülmektedir. Kendine zarar verme, aile geçmişinde kendine zarar verme, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile güçlü bir şekilde ilişkili görünmektedir ¹⁰³. Ebeveynlerde olan alkol veya madde kullanımı, aile içi şiddet, mental retardasyon, anksiyete bozuklukları, DEHB ve depresyon kendine zarar verme için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Ailesel psikiyatrik tanılar incelendiğinde çalışmamızda bulduğumuz gibi KZVD ve suicidal için ayrı risk faktörü tanımlanmamıştır. Ayrıca bakım veren ile çocuk arasında gelişen bağlanmadaki problemler de KZVD için risk faktörü olarak değerlendirilmektedirler.⁴²

Araştırmamızda ailesel depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, anksiyete ve alkol madde kullanım bozuklukları öne çıkmaktadır. Şizofreni diğer çalışmalarda öne çıkan ailesel hastalıklardan biri değildir. Ancak bizim çalışmamızda görülme sıklığı yüksek bulunmuştur. Bir araştırmada; aile öyküsünde KZVD bulunmasının erkek ergenlerde kendine zarar verme davranışı riskini 3.3 kat; kızlarda ise 2.8 kat arttırdığı tespit edilmiştir ¹. Ülkemizden literatür incelemesi yapıldığında ise bir çalışmada soygeçmişte kendine zarar verme öyküsü ergenlerde KZVD için risk faktörü olarak bulunmuş, ailesinde kendine zarar verme öyküsü olan ergenlerin, kendine zarar verme riskinin yaklaşık 2,4 kat arttığı saptanmıştır ¹¹³. Fakat bunlarla beraber aile öyküsünde KZVD olması ergende olan KZVD riskini arttırmakla beraber bu davranışın tekrarlamasıyla ilişkisinin olmadığı saptanmıştır ^{128,129,130}.

6.4 Kendine Zarar Verme Davranışı Yöntemleri

Çalışmamızda kendine zarar verme yöntemlerine bakıldığında en çok kullanılan yöntemin %73.3 oranla kesme olduğu, ikinci sırada da %19.8 ile sert bir yüzeye vurma olduğu görülmüştür. Katılımcıların %4.6'sı birden fazla metod ile kendine zarar verdiği saptanmıştır. Burrow (1992) ve ark. kendine zarar veren insanların en çok kendini kesme yöntemini uyguladığını saptamışlardır ³⁸. Foster (2007) ve ark. ayrıca Beer (2010) ve ark. kafa vurma, yumruk atmaya ek olarak en sık kullanılan yöntemin kesme olduğunu saptamışlardır. ^{131, 104} Morey ve ark.'ın 2008 yılında yayınladıkları çalışmada her iki cinsiyette de en çok kullanılan yöntemin kendini kesme olduğu belirtilmiştir ¹³². Gillies (2018) ve ark. tarafından ergenlerde kendine zarar verme yaygınlığı ve özelliklerini inceleyen 1990–2015 yılları arasındaki çalışmaları kapsayan topluma dayalı bir meta-analizde kendini kesme, % 45 oranında en yaygın kendine zarar verme biçimi olarak bulunmuştur. Bu yöntemi, yaraların iyileşmesini önlemek % 33, sert yüzeye kafasını vurma % 31, yumruk atma % 27, kendi kendini zehirleme veya aşırı doz ilaç alımı % 20 ve yakma % 10 ile takip etmiştir. ¹³³ Çalışmamızda katılımcılar tarafından en sık kullanılan yöntemler literatürle uyumlu bulunmuştur.

Zoroğlu ve ark. tarafından 2001 yılında istismar ve ihmalin sonuçlarının araştırıldığı çalışmada ise her iki cinsiyette en sık rastlanan kendine zarar verme davranışının başını, yumruğunu ve diğer beden parçalarını duvara ya da başka bir sert zemine vurma olduğu bulunmuştur. İkinci sırada ise kesici aletle kesme olarak belirtilmiştir ¹³⁴.

Bowers ve ark 2008 yılındaki çalışmalarında KZVD'nin genel olarak ölümcül yaralanmalara neden olmadığını saptamışlardır¹³⁵. Bununla beraber Burrow (1992) ve ark %12, Ehmann (2001) ve ark %20 oranında derin kesi ve kırık olduğunu belirtmişlerdir^{38, 136}. Madge ve arkadaşlarının 2008 yılındaki çalışmasında kendine zarar veren ergenlerin %12'sinin KZVD'den sonra hastaneye başvurduğu saptanmıştır¹³⁷.

İzmir'de Başay ve ark. 2017 yılı çalışmasında kendine zarar verme davranışının başlangıç yaşı ortalaması $13,3 \pm 2,6$ olarak saptanmıştır²³. Klonsky ve ark (2007) da KZVD'nin en sık 13-14 yaşlarında başladığı bildirilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların KZVD uygulama süresi 2.0 ± 1.0 olarak bulunmuştur. Yaş ortalaması ile beraber değerlendirildiğinde KZVD başlama yaşının ortalama 12-14 arasında olduğu ve bunun da literatürle uyumlu olduğu saptanmıştır. Nijman ve ark. KZVD'nin daha çok odada veya tuvalette ve akşam saatlerinde uygulandığını saptamışlardır¹³⁸.

6.5 Suisidal Girişim

KZVD öyküsü olanların % 70'i en az bir kez ve % 55'i birkaç kez suisid girişiminde bulunmaktadır^{120,122}. KZVD'nin suisidalite ile yakın ilişkili olduğunu gösteren, literatürle uyumlu olarak çalışmamızda kendine zarar verme davranışı olan bireylerin %48.9'unda suisid girişimi, %27.5'inde suisidal düşünce saptanmıştır. KZVD'nin özkıyım ile ilişkisi belirsizdir. Bazı uzmanlar KZVD'yi, olumsuz duyguları azalttığını ve bu olumsuz duyguları düzenleyerek yaşamı sürdürmenin bir yolu olarak betimlemektedirler^{139,140}. Ancak bunun tam tersi şekilde KZVD'nin özkıyım düşüncesi ve girişimlerinin ortaya çıkışını hızlandıran bir faktör olduğunu savunlar da olmaktadır.

Rodav ve ark. da 2014 yılında yaptıkları çalışmalarında KZVD'nin özkıyım için belirteç olduğunu saptamışlardır¹⁴¹. Victor ve Klonsky (2014), KZVD uygulayan ergenlerde özkıyım davranışını en çok öngören faktörleri araştırdıkları çalışmalarında umutsuzluk ve dürtüselliğin en önemli risk faktörü olduğunu saptamışlardır^{142,143}. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak suisid girişimlerinin %85.9'unun impulsif olduğunu saptadık. KZVD'den suicide dönüşteki risk faktörlerine ek olarak 1 yıldan uzun süredir uygulanan KZVD, birden fazla metod kullanımı, faça metodu, KZVD'nin sık olması, ağır derecede kendine zarar verme,

KZVD sırasında fiziksel acı hissetmeme önemli risk faktörleri arasındadır ^{120,144,145}. Lloyd ve ark. çalışmalarında tekrarlayıcı ve kendini kesme gibi ağır formlarda KZVD'si olan bireylerin %28'inde özkıyım girişimi saptamışlardır. Aynı çalışmada sınırlı ve hafif şekilde kendine zarar verenlerin sadece %1'i özkıyım girişiminde bulunduğu belirtilmiştir ². Benzer şekilde Hawton ve ark. tekrarlayan KZVD'nin özkıyım için risk faktörü olduğunu, izlem çalışmalarında kendine zarar verenlerde 5 yılda %1.7, 10 yılda %2.4 ve 15 yılda %3'e kadar artan oranlarda özkıyım girişimi olduğunu belirtmişlerdir ¹. Çalışmamızda suicidalitesi olan kişilerin %40.6'sının 1 yıldır kendine zarar verdiği, %31.7'sinin 2 yıldır KZVD uyguladığı, %17.8'in 3 yıldır KZVD uyguladığını saptadık. Literatürle uyumsuz olarak KZVD yılı arttıkça suicidalitesi olan bireylerin daha az olduğunu saptadık. Bu durumu katılımcıların çoğunluğun 1-3 yıldır KZVD uygulaması ile ve yıllar ilerledikçe geriye dönük KZVD uygulama yılının net hatırlanamamasının yanıltıcı olabilmesi ile ilişkilendirdik.

KZVD sıklık ve şiddetinin suicidal düşüncesi ve girişimi ile bağlantılı olduğunu gösteren Whitlock ve ark 2006 yılındaki çalışmasında birden fazla sayıda kendine zarar verme öyküsü olan bireylerin %39'unun, bir kez kendine zarar verme öyküsü olan bireylerin ise %21'inin suicidal davranış gösterdiği saptanmıştır ¹⁴⁶. Favazza ve ark. kendini yaralama davranışı olan bireylerin %63.3'ünün daha önce suicidal girişiminde bulundukları özellikle de tekrarlayan kendini yaralama davranışı olanlarda sıklıkla ciddi suicidal girişimleri saptamışlardır. Aynı çalışmada bu girişimlerin tipik olarak KZVD'de kullanılan yöntemden farklı bir şekilde, sıklıkla ilaç entoksikasyonu ile olduğunu saptamışlardır ¹⁹. Literatürle uyumlu olarak %64.1 oranında ilaç entoksikasyonu ile suicidal girişimi tespit ettik. Ek olarak suicidal girişimi olan bireylerin % 87.5'inin faça metodunu kullandığını saptadık. Bu da yine literatürle uyumlu olarak ciddi şekilde yaralamaya yol açacak KZVD yöntemlerinin suicidal girişimle ilişkili olduğunu göstermektedir.

6.6 Alkol Madde Kullanımı

Chai ve ark. 2020 yılına ait çalışmasında kendine zarar verme riskinin en yüksek olduğu durumlar madde kullanım bozukluğu ve ardından kişilik bozukluğu ile alkol kullanım bozukluğu olarak saptanmıştır ³⁴. Çalışmamızda katılımcıların %35.9'unun alkol ve/veya madde kullanımı olduğu tespit edilmiştir. Kabukçu ve ark. tarafından yapılan, ergenlerde

kendine zarar verme davranışını inceleyen bir çalışmada KZVD olan katılımcılarda alkol kullanım oranı % 50.4 olarak bildirilmiştir ¹¹³. Bu oran çalışmamızdaki orana göre yüksek kalmaktadır ¹¹³. Ancak ülkemizin kültürel yapısı, stigmatizasyon kaygısı ve madde kullanımı ile ilgili adli zorluklardan dolayı katılımcıların doğru bilgi veremedikleri düşünülmüş olup çalışmamızda alkol ve madde kullanımının bildirilenden daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, çalışmanın yapıldığı yataklı birime alkol madde kullanım bozuklukları olan bireyleri seçilmemesinin de bu duruma yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

Favazza ve ark. (1996) alkol ve madde kullanımının kendine zarar verme davranışını kolaylaştırdığı, alkol madde kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha çok suisid girişiminde bulunduklarını göstermiştir ²⁴. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak alkol-madde kullanımı olan grupta karşılaştırma grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla suisidal girişim olduğu, suisidal girişim olan grubun daha uzun süredir KZVD uyguladığı, KZVD için daha fazla oranda kesici delici alet kullandığı bulunmuştur. Başay ve ark. 2011 yılında lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada alkol kullanımının KZVD riskini 2.7 kat arttırdığı saptanmıştır ²³. Alkol kullanımı ve KZVD tekrarlama arasındaki ilişki incelendiğinde ise alkol kullanımı ya da alkol kullanım bozukluğunun kendine zarar vermenin tekrarlama ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ^{147,128,148}.

Madde kullanımı ile suisidal düşünce ve girişimler incelendiğinde Arenliu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında esrar kullanımı olan erkeklerde ve kadınlarda suisid girişimin ve düşüncesinin esrar kullanmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ¹⁴⁹. Benzer olarak esrar dışında kullanılan uyarıcı, halüsinojen ve sedatif ajanlarla da her iki cinsiyette suisidal girişim ve düşüncenin madde kullanımı olmayan bireylere göre daha fazla olduğunu Cho ve arkadaşları 2007 yılındaki çalışmasında saptamışlardır. Ancak uçucu madde kullanımı olanlarda suisidal girişim veya düşüncenin kontrollerle benzer olduğu bulunmuştur ¹⁵⁰. Swahn ve arkadaşlarının 2012 yılındaki çalışmasında madde kullanımına 13 yaşından önce başlayan olguların suisidalitesinin madde kullanımına 13 yaştan sonra başlayanlara göre kıyaslandığında artmış olduğu bulunmuştur ¹⁵¹. Benzer şekilde Peltzer, Pengpid ve arkadaşlarının 2015 yılındaki çalışması da bu bilgiyi desteklemektedir ¹⁵².

6.7 Ortam Terapisinden Faydalanım

Çalışmamızda KZVD uygulama süresinin uzunluğu ile HoNOSCA ve CGAS değişim puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Ancak suisid girişim sayısı ile KZVD süresi arasında düşük düzey ($r=0.183$ $p=0.039$) korelasyon saptanmıştır. KZVD uygulama süresi arttıkça suisidalitenin arttığı ve bunun da mevcut psikopatolojinin daha da ağırlaşmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Hawton ve ark. tekrarlayan KZVD'nin özkıyım için risk faktörü olduğunu, izlem çalışmalarında kendine zarar verenlerde ilerleyen yıllarda artmış suisidalite riski ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızdaki KZVD süresinin 1-3 yıl arasında yoğunlaşması nedeniyle daha uzun süre kendine zarar veren bireylerdeki HoNOSCA ve CGAS değişimleri tespit edilemediği düşünülmektedir ¹.

Suisidalite varlığı ve suisidal girişimdeki planlılık/impulsivite ile HoNOSCA ve CGAS değişim puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Victor ve Klonsky (2014), KZVD uygulayan ergenlerde özkıyım davranışını yordayan faktörleri araştırdıkları çalışmalarında dürtüsellüğün en önemli risk faktörlerinden biri olduğunu saptamışlardır ^{142,143}. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak suisid girişimlerinin %85.9'unun impulsif olduğunu saptadık. Çalışmadaki planlı özkıyım girişim oranının belirgin şekilde az olması, impulsif ile planlı özkıyım karşılaştırmasında anlamlı fark ile sonuçlanmaması yönünde neden olabileceği düşünülmektedir.

KZVD uygulama metodları ile HoNOSCA ve CGAS değişim puanları arasında istatistiksel anlamlılık sadece faça metodunda HoNOSCA değişiminde saptanmıştır. Literatürde kendine zarar veren insanların en çok kendini kesme yöntemini uyguladığı saptanmıştır ^{38 131, 104 132 133}. Çoğu çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da çok yüksek oranda faça metodu saptadık. Diğer çalışmalarla da benzer olarak faça metodunu kullanan bireylerin sayısının fazla olması ile façayı ön plana çıkarmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kendini kesme şeklinde olan KZVD'ler toplumda olduğu gibi yataklı birimlerde de tedavi ekibinin bireylerle daha fazla ilgilenilmesini sağlamış ve daha fazla eylem planı yapılarak tedavide iş birliği artırılması için daha çok çalışılmış olabileceği de ihtimallere dahil edilmiştir.

CGAS çıkış puanı ve yaş arasında düşük düzey ($r=0.209$ $p=0.016$), HoNOSCA çıkış puanı ile yaş arasında negatif düşük düzey ($r=-0.182$ $p=0.037$), HoNOSCA değişimi ile yaş arasında düşük düzey ($r=0.172$ $p=0.050$) korelasyon saptanmıştır. Setoya ve ark. küçük çocuklarda gelişim sorunları nedeniyle tedaviye yanıtın engellenebileceğini belirtmişlerdir ¹⁵³. Ayrıca daha ileri yaşlarda ortaya çıkan psikopatolojilerle kıyaslandığında erken başlangıçlı hastalıklarda genel işlevsellik ve tedavi yanıtı daha azdır ^{153,154} Ek olarak yaştan artması ile soyut düşüncenin gelişmesi, yargılamanın ve tedavi ekibiyle iş birliğinin artması psikoterapiye olan yanıtı arttırmış olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Howe ve ark tarafından yürütülen 2015 yılına ait orta ve ağır derecede psikopatolojiye sahip gençlerin iyileşme düzeylerini inceleyen çalışmada; yatış sırasında HoNOSCA değerlendirmesinde büyük çoğunlukta duygusal ve semptomlarla ilişki alt ölçekten yüksek puan alındığı, taburculuk sırasında ise aile yaşamı ve ilişkiler ile ilgili olan alt ölçekten yüksek puan alındığı, yatıştan taburculuğa kadar puanlamada en büyük düşüşün bilinçli kendine zarar verme ile ilişkili olan 3.maddede olduğu, yatışta alt ölçekteki her maddeye %65 oranında 2 ve üzeri puan verildiği, taburculuk sırasında ise bu oranın %7'ye gerilediği saptanmıştır ¹⁵⁵. Çalışmamızda Howe ve ark.(2015) çalışmasıyla uyumlu olarak taburculukta alt testlerde en yüksek puan sosyal alt ölçeğinde saptanmıştır. Boon ve ark. ölçek kesme puan önerileri göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızda 33 bireyin HoNOSCA puanlarının 8'den daha az azaldığı ve yine 33 bireyin CGAS ortalamalarının 50 altında kaldığı saptanmıştır.

KZVD süresi, suisid girişim sayısı, CGAS ve HoNOSCA yatış puanlarının yüksekliği CGAS ve HoNOSCA değişim ile ilişkili saptanmıştır. Diğer bir değişle yatış öncesi daha ağır psikopatolojisi olan bireylerde CGAS yükselişi ve HoNOSCA düşüşü incelendiğinde daha hafif patolojileri olan bireylere göre daha büyük fark saptanmıştır. Daha ağır patolojileri olan bireylerde aile ilişki problemleri, aile içi şiddet daha fazla bulunmaktadır. ¹¹⁰ Servis yatışı ile ailelerden ve istismar ortamından uzaklaşma olguların tedavi ortamına alışmasını ve ailesel problemleri daha az olan bireylere göre daha çok faydalanmalarına sebep olmuş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca daha ağır patolojisi olan bireylerin tedavileri ve genel durumları daha çok tartışılmaktadır. Bu durum onlarla daha çok ilgilenilmesine ve patolojinin daha çok hafiflemesine sebep olabileceği gibi, çok kötü durumun hafiflemesi ile orta düzey problemin hafiflemesi klinisyenlerce görece daha düşük puanlandırılmış olabileceği de düşünülmektedir.

Literatürde ortam terapisinde yatış süresi ve iyileşme düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalar çok kısıtlıdır. Demirgören ve ark. (2019) HoNOSCA ile değerlendirilen sosyal alandaki iyileşme, birimde daha uzun kalış süresiyle yakından ilişkili olduğunu saptamışlardır. Ortam terapisi uygulanan birimde yapılmış olan iki çalışmada ortalama yatış süresi 70 ve 85 gün olarak saptanmıştır ^{59,156}. HoNOSCA ölçeği kullanılarak psikopatolojilerin iyileşme düzeylerindeki farklılığı inceleyen çalışmada Boon ve ark. hospitalizasyon süresini 273 gün olarak saptamışlardır ⁹⁸. Çalışmamızda ortalama yatış süresi 85 gün olarak saptanmıştır. Önceki yıllarda aynı birimde yapılmış olan çalışmalardaki süreyle benzer bulunmuştur. Bu konudaki kısıtlı olan literatürde yatış süresinin iyileşme düzeylerini etkilemesi konusunda farklılıklar bulunmaktadır. Çalışmamızda CGAS'ın anlamlı yükselişi, HoNOSCA toplam ve alt ölçek puanlarının anlamlı düşüşü saptanmıştır. Ancak yatış süresi uzunluğu ile ölçeklerdeki değişim arasında ilişki saptanmamıştır.

6.8 İlaç Kullanımı

Antidepresanların hem majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkili olmaları hem de nüksü önlemeleri ile suisid riskini azalttıkları düşünülmektedir. Çalışmalar, çeşitli ülkelerde suisidalitedeki düşüşün antidepresan kullanım sıklığıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Gibbons ve arkadaşlarına ait 2007 yılı çalışmasında antidepresan kullanımı azaldığında suisidalitede artış olduğunu saptanmıştır ¹⁵⁷. Literatürde KZVD tedavisinde antidepresan kullanımı ile ilgili çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Genel olarak incelendiğinde ise antidepresanlar KZVD tedavisinde özellikle ilk basamakta önerilmemektedir ¹⁵⁸. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak suisidal girişim olan grupta antidepresan kullanımının daha fazla yer aldığı, sadece KZVD olan grupta ise anlamlı düşük oran saptanmıştır.

Lityum karbonatın, hem bipolar hem de unipolar depresyonda uzun dönemli takipte özkıyım girişimlerini yaklaşık % 80 oranında azalttığını gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır ¹⁵⁹. KZVD tedavisinde duygudurum düzenleyiciler olarak lityum ve topiramatin kullanıldığını gösteren olgu sunumları literatürde mevcuttur ¹⁶⁰. Literatürde özellikle lityumun faydalı olduğu belirtilmesine rağmen çalışmamızda lityum kullanımının sadece iki hastada

olduğu, duygudurum düzenleyicilerinin tedavide kombinasyona eklendiği tespit edilmiştir. Kullanım azlığının yan etki nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Son zamanlarda tek başına veya antidepresan ilaçlarla kombinasyon halinde antipsikotik kullanımının sık uygulandığı ve antidepresan etkiler için olumlu etki olduğu gözlemlenmiştir ^{161,162}. KZVD tedavisinde antipsikotikler iritabiliteyi kontrol altına almada etkili olarak kullanılmaktadır. Ancak, Ingenhoven ve Duivenvoorden (2011) emosyonel labilite ve dürtü kontrolünde faydalanımın sınırlı olduğunu saptamışlardır ¹⁶³. Çalışmamızda % 80.2 gibi yüksek oranda antipsikotik kullanımı saptanmıştır. Bu oran diğer çalışmalarda olan oranlardan fazladır ve ortam terapisinden faydalanımı araştırdığımız çalışmamızda önemli bir kısıtlılıktır. Suisid ve KZVD gibi yüksek riskli durumların, davranışları daha hızlı kontrol etme ihtiyacına yol açması ve kapalı ortamda servis dinamiklerini bozmamak adına daha hızlı ve daha çok antipsikotik kullanımına neden olduğu düşünülmektedir.

Benzodiazepin kullanımının anksiyeteyi azaltarak ve uyku bozukluğunu iyileştirerek antidepresan etkiyi arttırdığı düşünülmektedir ¹⁶⁴. Ancak özellikle kısa etkili benzodiazepinlerin disinhibisyona neden olarak suisidaliteyi arttırdığına dair örnekler de bulunmaktadır ¹⁶⁵. Benzodiazepinlerin KZVD üzerine etkileri incelendiğinde ise etkisiz veya disinhibisyonla olumsuz etkilediğine dair çelişkili sonuçlar saptanmıştır ¹⁶⁶. Serviste kullanılan benzodiazepinlerin çoğunlukla uzun etkili olduğu ve disinhibisyon riski nedeniyle kullanımlarının görece daha az olduğu saptanmıştır.

Öhlund ve arkadaşlarının 2020 yılındaki çalışmasında DEHB olan olgularda altı aylık stimülan kullanımı sonrasında iki yıla kadar KZVD ve suisid görülme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir ¹⁶⁷. Çalışmamızda da DEHB olan bireylerin stimülan kullanımı olduğu gözlemlenmiştir. Ancak çalışmadaki her DEHB'nin stimülan almadığı saptanmıştır. Meydana gelen bu durum, olgu özelinde komorbid hastalıklar nedeniyle etkin tedavinin uygulanamaması ile ilişkilendirilmiştir.

7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

7.1 Sonuçlar

Bu çalışmada, sadece KZVD olan 67 olgu ve KZVD'ye ek olarak suisid girişimi olan 64 olgunun ortam terapisinden faydalanımları karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik verilere baktığımızda iki grup arasında yaş, aile yapısı, anne baba yaşı, anne baba eğitim durumu, anne baba çalışma durumu, okul başarısı ve kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Suisid girişimi ve KZVD olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kız cinsiyet ve orta öğretim öğrencisi olduğu saptanmıştır.

Psikiyatrik tanılar incelendiğinde suisid girişimi ve KZVD olan grupta davranım bozukluğu ve şizofreni istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az; majör depresif bozukluk, borderline kişilik bozukluğu ve alkol madde kullanımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır. KZVD metodları karşılaştırıldığında suisid girişimi ve KZVD olan grupta faça kullanımı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla, yumruk atma ise daha az saptanmıştır. İki grup arasında birinci ve ikinci derece akrabalarında psikiyatrik tanılar açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Alkol madde kullanımı olan bireylerde KZVD uygulama yılı ve suisid girişim sayısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır.

HoNOSCA ve CGAS ölçek değişim puanları incelendiğinde; suisid girişimi olması, suisidal girişimin planlı ya da impulsif olması, KZVD uygulama yılı, yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. HoNOSCA ve CGAS ölçek puanları ve KZVD metodları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece faça metodunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Faça uygulayanlarda HoNOSCA değişiminin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur. Taburculukta alt testlerde en yüksek puan sosyal alt ölçeğinde saptanmıştır. Ölçek puanlarında 33 bireyin HoNOSCA puanlarının 8'den daha az azaldığı ve yine 33 bireyin CGAS ortalamalarının 50 altında kaldığı saptanmıştır.

HoNOSCA ve CGAS ölçek puanları ile korelasyon analizi yapıldığında ise CGAS değişim ve CGAS yatış puanları arasında negatif orta düzey, HoNOSCA yatış ile CGAS yatış

puanları arasında negatif orta düzey, HoNOSCA çıkış ile HoNOSCA yatış arasında orta düzey, HoNOSCA fark ile HoNOSCA yatış arasında orta düzey korelasyon; CGAS çıkış ile CGAS fark puanları arasında yüksek düzey, HoNOSCA çıkış ile CGAS çıkış puanları arasında negatif yüksek düzeyde, HoNOSCA fark ile CGAS çıkış arasında yüksek düzey, HoNOSCA çıkış ile CGAS fark arasında negatif yüksek düzey, HoNOSCA fark ile CGAS fark arasında yüksek düzey, HoNOSCA fark ile HoNOSCA çıkış puanları arasında negatif yüksek düzey, yaş ile HoNOSCA çıkış puanı arasında negatif düşük düzey, yaş ile CGAS çıkış puanı arasında düşük düzey, KZVD süresi ile CGAS çıkış puanları arasında negatif düşük, KZVD süresi ile HoNOSCA yatış arasında düşük düzey, suisid girişim sayısı ile HoNOSCA fark arasında düşük düzey, suisid girişim sayısı ile KZVD süresi arasında düşük düzey, yatış süresi ile CGAS yatış puanları arasında negatif düşük düzey korelasyon saptanmıştır.

7.2 Öneriler

1. KZVD gösteren ergenlerin özkıyım girişimi açısından riskli konumda oldukları gözlenmiştir. Bu nedenle klinik izlemde özkıyım girişimine yönelik koruyucu önlemler alınması gerekmektedir.
2. KZVD'si olan bireylerde duygusal baş edebilirliği arttırmak amacıyla destekleyici görüşmeler yaparak hospitalizasyon ihtiyacının azaltılması sağlanmalıdır.
3. Alkol madde kullanımı kendine zarar veren bireylerde suisidalite için en önemli risk faktörlerinden biridir. Bu nedenle alkol madde kullanımı ile mücadele ederek psikopatolojinin kontrolü sağlanmalıdır.
4. Uzun süredir, tekrarlayıcı şekilde, kesme gibi ağır yaralayıcı metodlarla kendine zarar veren bireylere suisid riski yönünden ayrıca dikkat edilmelidir.
5. İlaç kullanımı olan ve olmayan ortam terapisinden yararlanan bireylerin karşılaştırılması önerilir.
6. Planladığımız gruplara ek olarak sadece suisid girişimi olan bireylerin de ayrı bir grup oluşturduğu çalışmalar KZVD – suisid geçişlerinde risk faktörlerini daha iyi anlamamızı sağlayabilecektir. Servis yatışı olan KZVD olgularına poliklinik takipli olguların dahil edildiği çalışmalar patolojiyi daha iyi karşılaştırmamıza yardımcı olacaktır. Bu nedenle grupların farklı kombinasyonları ile çalışma detaylandırılmalıdır.

8. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

1. Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri retrospektif desende oluşturulmuş bu çalışmada bazı verilerde kayıpların olmasıdır.

2. Çalışmanın diğer bir önemli kısıtlılığı ilaç kullanımı olması ve ilaç kullanımı olan hastaların ilaç dozajlarının çalışmaya alınmamış olmasıdır.

3. Çalışmanın önemli kısıtlılıklarından diğeri ise tek kliniğe ait verileri içermesidir. Bu durumda örneklemin benzer çevreden olmasına neden olduğu ve sonuçların genellenmesine engel olabileceği düşünülmüştür.

4. Çalışmada sadece yataklı birim ihtiyacı olan katılımcıların örneklemini içermesi ve daha hafif patolojileri olan kendine zarar veren bireylerin örnekleme olmaması verileri yorumlamada kısıtlılığa yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

5. Çalışmamızda örneklem sayısı azdır. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmıştır.

6. Çalışmamızdaki diğer önemli kısıtlılıklardan biri ise, katılımcıların istismar ve ihmal gibi travmatik yaşantılarla, alkol madde kullanımı ile ilgili soruları yanıtlarken toplumda önyargıyla karşılanabilen yaşantıların gerçek bildirimine engel olacak bir baskı yaratması olasılığının bulunmasıdır. Bu nedenle elde edilen verilerin popülasyondaki gerçek oranlardan daha az olabileceği düşünülmüştür. Aynı ölçüde olmamakla beraber benzer durum, özkıyım girişimi ve kendine zarar verici davranışlara yönelik sorular için de geçerli olabileceği düşünülmüştür.

9. KAYNAKÇA

1. Hawton, K. *et al.* Deliberate self-harm in adolescents: A study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* (2003) doi:10.1111/1469-7610.00200.
2. Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. & Kelley, M. L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol. Med.* (2007) doi:10.1017/S003329170700027X.
3. Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. & Turkheimer, E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *Am. J. Psychiatry* (2003) doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501.
4. Klonsky, E. D. & Muehlenkamp, J. J. Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology* (2007) doi:10.1002/jclp.20412.
5. Hawton, K., Saunders, K. E. A. & O'Connor, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet* (2012) doi:10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
6. Patton, G. C. *et al.* Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* (2009) doi:10.1016/S0140-6736(09)60741-8.
7. Liu, X. C., Chen, H., Liu, Z. Z., Wang, J. Y. & Jia, C. X. Prevalence of suicidal behaviour and associated factors in a large sample of Chinese adolescents. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* (2019) doi:10.1017/S2045796017000488.
8. Zoroglu, S. S. *et al.* Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin. Neurosci.* (2003) doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01088.x.
9. Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin. Psychol. Rev.* (2004) doi:10.1016/j.cpr.2004.04.005.
10. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Miles, J. & Hawton, K. Self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in Scotland. *Br. J. Psychiatry* (2009) doi:10.1192/bjp.bp.107.047704.
11. Gladstone, G. L. *et al.* Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and

- revictimization. *Am. J. Psychiatry* (2004) doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1417.
12. Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A. & Klapp, B. F. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* (2009) doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.013.
 13. Aksoy, A. & Ögel, K. Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatr. Derg.* (2003).
 14. Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpén, A. & Anderssen, N. Raising adults as children? a report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues Ment. Health Nurs.* 30, 151–158 (2009).
 15. Oflaz, F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları Therapeutic milieu in a psychiatric ward and the responsibilities of nurses. *Anadolu Psikiyatr. Derg.* 55–61 (2006).
 16. Oflaz, F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları Therapeutic milieu in a psychiatric ward and the responsibilities of nurses. *Anadolu Psikiyatr. Derg.* (2006).
 17. Plener, P. L. *et al.* Non-suicidal self-injury in adolescents. *Dtsch. Arztebl. Int.* 115, 23–30 (2018).
 18. De Kloet, L. *et al.* Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 45, 749–755 (2011).
 19. Favazza, A. R. & Rosenthal, R. J. Diagnostic issues in self- mutilation. *Hosp. Community Psychiatry* (1993) doi:10.1176/ps.44.2.134.
 20. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic Classification. in *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.x00diagnosticclassification.
 21. Turner, B. J., Austin, S. B. & Chapman, A. L. Psychological and Pharmacological Interventions. *Can. J. Psychiatry* 59, 576–585 (2014).
 22. James, K., Stewart, D. & Bowers, L. Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the literature. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 21, 301–309 (2012).
 23. B., K. B. *et al.* Non-suicidal self-injury among Turkish high school students: Functions, emotion regulation and separation individuation. *Neuropsychiatr. Enfance. Adolesc.* (2012).
 24. Favazza, A. *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body*

- Modification in Culture and Society (3rd edn). The British Journal of Psychiatry* (1996).
25. Favazza, A. R. & Conterio, K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr. Scand.* (1989) doi:10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x.
 26. Feldman, M. D. The challenge of self-mutilation: A review. *Comprehensive Psychiatry* (1988) doi:10.1016/0010-440X(88)90048-X.
 27. Helvacı Çelik, F. G. & Hocaoglu, Ç. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı. *Psikiyatr. Guncel Yaklasimler - Curr. Approaches Psychiatry* (2017) doi:10.18863/pgy.281577.
 28. Suyemoto, K. L. The functions of self-mutilation. *Clin. Psychol. Rev.* (1998) doi:10.1016/S0272-7358(97)00105-0.
 29. Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M. & Wohl, M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *Int. J. Psychoanal.* (1972).
 30. Groschwitz, R. & Plener, P. The neurobiology of non-suicidal self-injury (NSSI): a review. *Suicidol. Online* **3**, 24–42 (2012).
 31. Crowell, S. E. *et al.* Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Dev. Psychopathol.* (2005) doi:10.1017/S0954579405050522.
 32. Kishore, S. & Stamm, S. The snoRNA HBII-52 regulates alternative splicing of the serotonin receptor 2C. *Science* (80-.). (2006) doi:10.1126/science.1118265.
 33. Tiefenbacher, S., Novak, M. A., Lutz, C. K. & Meyer, J. S. The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: A nonhuman primate model. *Frontiers in Bioscience* (2005) doi:10.2741/1500.
 34. Chai, Y. *et al.* Risk of self-harm after the diagnosis of psychiatric disorders in Hong Kong, 2000–10: a nested case-control study. *The Lancet Psychiatry* **7**, 135–147 (2020).
 35. Ballard, E., Bosk, A. & Pao, M. Invited commentary: Understanding brain mechanisms of pain processing in adolescents' non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence* (2010) doi:10.1007/s10964-009-9457-1.
 36. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) *et al.* S2k-Leitlinie: Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter. *[Internet]* (2015).
 37. Akça, S. Ö., Selen, F., Demir, E. & Demir, T. Cinsiyet ve Yaş Farklılıklarının Ergenlerin Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Kendine Zarar Verme, Psikoz, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Alkol-Uyuşturucu Bağımlılığı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

- İle İlişkili Sorunlara Etkisi. *Dicle Tıp Derg.* (2018) doi:10.5798/dicletip.457235.
38. Burrow, S. The deliberate self-harming behaviour of patients within a British special hospital. *J. Adv. Nurs.* 17, 138–148 (1992).
 39. Abroms, G. M. Defining milieu therapy. *Psychiatry Dig.* 31, 32–33 (1970).
 40. Ahonen, L. & Degner, J. Moral development as a crucial treatment goal for young people in institutional care: A critical comparison between milieu therapy and cognitive behavioral therapy. *Ther. Communities Int. J. Ther. Communities* 33, 4–15 (2012).
 41. Haid-Stecher, N. & Sevecke, K. Belastende Kindheitserfahrungen und selbstverletzendes Verhalten – die Rolle der Emotionsregulation. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 68, 623–638 (2019).
 42. Hornor, G. Nonsuicidal Self-Injury. *J. Pediatr. Heal. Care* 30, 261–267 (2016).
 43. Toprak, S., Cetin, I., Guven, T., Can, G. & Demircan, C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res.* (2011) doi:10.1016/j.psychres.2010.09.009.
 44. Crouch, W. & Wright, J. Deliberate Self-Harm at an Adolescent Unit: A Qualitative Investigation. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 9, 185–204 (2004).
 45. Prinstein, M. J. *et al.* Peer influence and nonsuicidal self injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J. Abnorm. Child Psychol.* (2010) doi:10.1007/s10802-010-9423-0.
 46. Nock, M. K. & Prinstein, M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J. Consult. Clin. Psychol.* (2004) doi:10.1037/0022-006X.72.5.885.
 47. Lewis, S. P. & Heath, N. L. Nonsuicidal self-injury among youth. *J. Pediatr.* (2015) doi:10.1016/j.jpeds.2014.11.062.
 48. Klonsky, E. D., Victor, S. E. & Saffer, B. Y. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry* (2014) doi:10.1177/070674371405901101.
 49. Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F. & Gratz, K. L. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J. Adolesc.* (2011) doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.004.
 50. Brausch, A. M. & Boone, S. D. Frequency of nonsuicidal self-injury in adolescents: Differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2015) doi:10.1111/sltb.12155.

51. Rossow, I. *et al.* Cross-National Comparisons of the Association between Alcohol Consumption and Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2007) doi:10.1521/suli.2007.37.6.605.
52. Lo, C. B. *et al.* Children's mental health emergency department visits: 2007-2016. *Pediatrics* (2020) doi:10.1542/peds.2019-1536.
53. Tuisku, V. *et al.* Depressed adolescents as young adults - Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *J. Affect. Disord.* (2014) doi:10.1016/j.jad.2013.09.031.
54. Morin, J. F. G. *et al.* A population-based analysis of the relationship between substance use and adolescent cognitive development. *Am. J. Psychiatry* (2019) doi:10.1176/appi.ajp.2018.18020202.
55. Moss, S. L., Santaella-Tenorio, J., Mauro, P. M., Keyes, K. M. & Martins, S. S. Changes over time in marijuana use, deviant behavior and preference for risky behavior among US adolescents from 2002 to 2014: testing the moderating effect of gender and age. *Addiction* (2019) doi:10.1111/add.14506.
56. Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J. & Turner, J. M. Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine* (2010) doi:10.3122/jabfm.2010.02.090110.
57. Delaney, K. R. nity , therapeutic milieu Milieu Therapy : A Therapeutic Loophole The milieu umbrella widened with a second group of conceptual influences , the sociologists , nurses , and anthropologists. 33, 19–28 (1997).
58. Van Putten, T. Milieu Therapy: Contraindications? *Arch. Gen. Psychiatry* (1973) doi:10.1001/archpsyc.1973.04200050053009.
59. Demirgören, B. S., Özbek, A., Şen, B., Şimşek, O. & Güvenir, T. Is inpatient treatment effective for eating disorders in adolescents? Retrospective analysis of a general inpatient psychiatric unit for children and adolescents. *Yeni Symp.* 57, 2–5 (2019).
60. World Health Organization. Facts and figures about suicide. *Geneva: World Health Organisation Press Office* (1999).
61. Kreitman, N. Definition of suicide. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* (1988) doi:10.1192/s0007125000224537.
62. Bulut, E.R , Küçükler, H, Bulut, N.S. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhur. Tıp Derg.* (2011) doi:10.7197/cmj.v34i1.1008000942.

63. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative Executive Summary. *Geneva: WHO Press* (2014).
64. Wunderlich, U., Bronisch, T., Wittchen, H. U. & Carter, R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr. Scand.* (2001) doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00432.x.
65. Eaton, D. K. *et al.* Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR. Surveill. Summ.* (2012).
66. Thompson, M. P. & Light, L. S. Examining gender differences in risk factors for suicide attempts made 1 and 7 years later in a nationally representative sample. *J. Adolesc. Heal.* (2011) doi:10.1016/j.jadohealth.2010.07.018.
67. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. & Baldwin, C. L. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* (2001) doi:10.1097/00004583-200104000-00011.
68. Kaess, M. *et al.* Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: A population-based study. *BMC Public Health* (2011) doi:10.1186/1471-2458-11-597.
69. Mergl, R. *et al.* What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four european countries. *PLoS One* (2015) doi:10.1371/journal.pone.0129062.
70. Värnik, A. *et al.* Suicide methods in Europe: A gender-specific analysis of countries participating in the 'European Alliance Against Depression'. *J. Epidemiol. Community Health* (2008) doi:10.1136/jech.2007.065391.
71. Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. Prevalence and Comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a Birth Cohort of 15 Year Olds. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* (1993) doi:10.1097/00004583-199311000-00004.
72. Özcan, B., Şenkaya, S., Özdin, Y. & Dinç, A. Türkiye'deki İntihar Vakalarının Çeşitli Kriterlere Göre İstatistiksel Olarak İncelenmesi. *Sos. Polit. Çalışmaları Derg.* (2018) doi:10.21560/spcd.vi.282723.
73. Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D. & Grapentine, W. L. Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* (2000) doi:10.1207/S15374424JCCP2903_10.

74. Mazza, J. J. The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2000) doi:10.1111/j.1943-278X.2000.tb01069.x.
75. McGee, R., Williams, S. & Nada-Raja, S. Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *J. Abnorm. Child Psychol.* (2001) doi:10.1023/A:1010353711369.
76. Conner, K. R., Meldrum, S., Wieczorek, W. F., Duberstein, P. R. & Welte, J. W. The Association of Irritability and Impulsivity with Suicidal Ideation Among 15- to 20-year-old Males. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2004) doi:10.1521/suli.34.4.363.53745.
77. Gould, M. S. *et al.* Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* (1998) doi:10.1097/00004583-199809000-00011.
78. King, R. A. *et al.* Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* (2001) doi:10.1097/00004583-200107000-00019.
79. Wu, P. *et al.* Substance Use, Suicidal Ideation and Attempts in Children and Adolescents. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2004) doi:10.1521/suli.34.4.408.53733.
80. Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (2006) doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x.
81. Klomek, A. B. *et al.* Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. *J. Adolesc. Heal.* (2013) doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.008.
82. Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry* (2004) doi:10.1186/1471-244X-4-37.
83. Holma, K. M. *et al.* Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord.* (2014) doi:10.1111/bdi.12195.
84. Tyrer, P., Reed, G. M. & Crawford, M. J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet* (2015) doi:10.1016/S0140-6736(14)61995-4.
85. Liu, J. W. *et al.* Associations between sleep disturbances and suicidal ideation, plans, and attempts in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sleep* (2019)

- doi:10.1093/sleep/zsz054.
86. Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A. & Grisham, J. R. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol.* (2000) doi:10.1037/0022-006X.68.3.371.
 87. Spirito, A. & Esposito-Smythers, C. Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology* (2006) doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095323.
 88. Hawton, K. & van Heeringen, K. Suicide. *The Lancet* (2009) doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X.
 89. Van Orden, K. A. *et al.* The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol. Rev.* (2010) doi:10.1037/a0018697.
 90. Sorheim, N. T., Helge, H. B., Martin, E. & Siv, K. Predictors of rate of change for children and youth with emotional disorders: A naturalistic observational study. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* (2016).
 91. Lundh, A., Forsman, M., Serlachius, E., Lichtenstein, P. & Landén, M. Outcomes of child psychiatric treatment. *Acta Psychiatr. Scand.* (2013) doi:10.1111/acps.12043.
 92. Lundh, A., Kowalski, J., Sundberg, C. J., Gumpert, C. & Landén, M. Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Res.* (2010) doi:10.1016/j.psychres.2010.02.006.
 93. Shaffer, D. *et al.* A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch. Gen. Psychiatry* (1983) doi:10.1001/archpsyc.1983.01790100074010.
 94. Schorre, B. E. H. & Vandvik, I. H. Global assessment of psychosocial functioning in child and adolescent psychiatry: A review of three unidimensional scales (CGAS, GAF, GAPD). *European Child and Adolescent Psychiatry* (2004) doi:10.1007/s00787-004-0390-2.
 95. S.G., G. *et al.* Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). *Br. J. Psychiatry* (1999).
 96. Gowers, S. G. *et al.* Health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. *British Journal of Psychiatry* (1999) doi:10.1192/bjp.174.5.428.

97. Halfon, S., Çavdar, A. & Kara, D. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Alanında Bir Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği Formunun Psikometrik Özellikleri. *Klin. Psikol. Derg.* (2019) doi:10.5455/kpd.26024438m000016.
98. Boon, A. E., de Boer, S. B. B., van Dorp, M. & Nijssen, Y. A. M. Reliable and clinically significant change based on the Health of the Nation Outcome Scales. *Psychiatry Res.* (2019) doi:10.1016/j.psychres.2019.112587.
99. Brann, P. & Coleman, G. On the meaning of change in a clinician's routine measure of outcome: HoNOSCA. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* (2010) doi:10.3109/00048674.2010.513037.
100. Kisely, S., Campbell, L. A., Cartwright, J., Cox, M. & Campbell, J. Do the health of the nation outcome scales measure outcome? *Can. J. Psychiatry* (2010) doi:10.1177/070674371005500706.
101. Brann, P., Coleman, G. & Luk, E. Routine outcome measurement in a child and adolescent mental health service: An evaluation of HoNOSCA. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* (2001) doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00890.x.
102. Bachmann, S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2018) doi:10.3390/ijerph15071425.
103. Bježančević, M., Groznica Hržić, I. & Dodig-Ćurković, K. Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. *Psychiatr. Danub.* 31, 413–420 (2019).
104. Beer, M. D., Muthukumaraswamy, A., Khan, A. A. & Musabbir, M. A. Clinical characteristics of patients with self harming behaviour in a low secure mental health unit. *J. Psychiatr. Intensive Care* (2010) doi:10.1017/S1742646409990112.
105. Bowers, L., Gournay, K. & Duffy, D. Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: A national survey of observation policies. *J. Adv. Nurs.* 32, 437–444 (2000).
106. Miranda-Mendizabal, A. *et al.* Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health* (2019) doi:10.1007/s00038-018-1196-1.
107. P., S., R., P., M., S., A.A., M. & K., S. Self-harm in young adolescents (12-16 years): Onset and short-term continuation in a community sample. *BMC Psychiatry* (2013).
108. Epstein, S. *et al.* School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation

- in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry* (2020) doi:10.1007/s00787-019-01327-3.
109. Bellis, M. A. *et al.* Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: A retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health* (2018) doi:10.1186/s12889-018-5699-8.
 110. Aggarwal, S., Patton, G., Reavley, N., Sreenivasan, S. A. & Berk, M. Youth self-harm in low- and middle-income countries: Systematic review of the risk and protective factors. *International Journal of Social Psychiatry* (2017) doi:10.1177/0020764017700175.
 111. Lyon, M. E. *et al.* Assessing African American adolescents' risk for suicide attempts: Attachment theory. *Adolescence* (2000).
 112. de Man, A. F., Leduc, C. P. & Labrèche-Gauthier, L. Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adolescents: personal variables, stress, and social support. *Adolescence* (1993).
 113. Somer, O. *et al.* Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* (2015) doi:10.1007/s00127-015-1060-z.
 114. Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J. & Moro, M. R. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PLoS One* (2016) doi:10.1371/journal.pone.0153760.
 115. Orri, M. *et al.* In-utero and perinatal influences on suicide risk: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* (2019) doi:10.1016/S2215-0366(19)30077-X.
 116. Klonsky, E. D. & Olino, T. M. Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *J. Consult. Clin. Psychol.* (2008) doi:10.1037/0022-006X.76.1.22.
 117. Lodebo, B. T., Möller, J., Larsson, J. O. & Engström, K. Socioeconomic position and self-harm among adolescents: A population-based cohort study in Stockholm, Sweden. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* (2017) doi:10.1186/s13034-017-0184-1.
 118. Ferrara, M., Terrinoni, A. & Williams, R. Non-suicidal self-injury (Nssi) in adolescent inpatients: Assessing personality features and attitude toward death. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* 6, 1–8 (2012).
 119. Abdelraheem, M., McAloon, J. & Shand, F. Mediating and moderating variables in the

- prediction of self-harm in young people: A systematic review of prospective longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* (2019) doi:10.1016/j.jad.2018.12.004.
120. Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. J. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* (2006) doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010.
 121. Prinstein, M. J. *et al.* Longitudinal Trajectories and Predictors of Adolescent Suicidal Ideation and Attempts Following Inpatient Hospitalization. *J. Consult. Clin. Psychol.* (2008) doi:10.1037/0022-006X.76.1.92.
 122. Hargus, E., Hawton, K. & Rodham, K. Distinguishing Between Subgroups of Adolescents Who Self-Harm. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2009) doi:10.1521/suli.2009.39.5.518.
 123. Hukkanen, R., Sourander, A. & Bergroth, L. Suicidal ideation and behavior in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry* (2003) doi:10.1080/08039480310000969.
 124. Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* (2013) doi:10.1080/15374416.2013.794699.
 125. Turgay, A. An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America* (1989) doi:10.1016/s0193-953x(18)30408-8.
 126. Brent, D. A. *et al.* Risk Factors for Adolescent Suicide: A Comparison of Adolescent Suicide Victims With Suicidal Inpatients. *Arch. Gen. Psychiatry* (1988) doi:10.1001/archpsyc.1988.01800300079011.
 127. Skegg, K. Self-harm. in *Lancet* (2005). doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3.
 128. Spirito, A., Lewander, W. J., Levy, S., Kurkjian, J. & Fritz, G. Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: Factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr. Emerg. Care* (1994) doi:10.1097/00006565-199402000-00003.
 129. Chitsabesan, P., Harrington, R., Harrington, V. & Tomenson, B. Predicting repeat self-harm in children: How accurate can we expect to be? *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* (2003) doi:10.1007/s00787-003-0302-x.
 130. Yen, S. *et al.* Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol. Med.* (2013) doi:10.1017/S0033291712001912.
 131. Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *J. Adv. Nurs.* (2007) doi:10.1111/j.1365-

2648.2007.04169.x.

132. Morey, C., Corcoran, P., Arensman, E. & Perry, I. J. The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *BMC Public Health* (2008) doi:10.1186/1471-2458-8-79.
133. Gillies, D. *et al.* Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2018) doi:10.1016/j.jaac.2018.06.018.
134. Zoroğlu, S. *et al.* Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatr. Derg.* (2001).
135. Bowers, L. *et al.* Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *Br. J. Psychiatry* (2008) doi:10.1192/bjp.bp.107.037721.
136. Ehmann, T. S. *et al.* Violence in treatment resistant psychotic inpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.* (2001) doi:10.1097/00005053-200110000-00009.
137. Madge, N. *et al.* Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* (2008) doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x.
138. Nijman, H. L. I. & Campo, J. M. L. G. . Situational Determinants of Inpatient Self-Harm. *Suicide Life-Threatening Behav.* (2002) doi:10.1521/suli.32.2.167.24401.
139. Walsh, B. Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology* (2007) doi:10.1002/jclp.20413.
140. Whitlock, J. Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med.* (2010) doi:10.1371/journal.pmed.1000240.
141. Rodav, O., Levy, S. & Hamdan, S. Clinical characteristics and functions of non-suicide self-injury in youth. *Eur. Psychiatry* (2014) doi:10.1016/j.eurpsy.2014.02.008.
142. Dougherty, D. M. *et al.* Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res.* (2009) doi:10.1016/j.psychres.2008.06.011.
143. Victor, S. E. & Klonsky, E. D. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* (2014) doi:10.1016/j.cpr.2014.03.005.
144. Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E. & Pepper, C. M. An examination of non-

- suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Arch. Suicide Res.* (2010) doi:10.1080/13811110903479086.
145. Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M. & Chapman, A. L. How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Arch. Suicide Res.* (2013) doi:10.1080/13811118.2013.802660.
 146. Whitlock, J., Eckenrode, J. & Silverman, D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* (2006) doi:10.1542/peds.2005-2543.
 147. Reith, D. M., Whyte, I. & Carter, G. Repetition risk for adolescent self-poisoning: A multiple event survival analysis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* (2003) doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01114.x.
 148. Vajda, J. & Steinbeck, K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* (2000) doi:10.1046/j.1440-1614.2000.00712.x.
 149. Arenliu, A., Kelmendi, K., Haskuka, M., Halimi, T. & Canhasi, E. Drug use and reported suicide ideation and attempt among Kosovar adolescents. *J. Subst. Use* (2014) doi:10.3109/14659891.2013.820803.
 150. Cho, H., Hallfors, D. D. & Iritani, B. J. Early initiation of substance use and subsequent risk factors related to suicide among urban high school students. *Addict. Behav.* (2007) doi:10.1016/j.addbeh.2006.11.017.
 151. Swahn, M. H. *et al.* Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among students in France and the United States. *Int. J. Public Health* (2012) doi:10.1007/s00038-011-0255-7.
 152. Peltzer, K. & Pengpid, S. Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among school-aged adolescents in four Pacific Island countries in Oceania. *Int. J. Environ. Res. Public Health* (2015) doi:10.3390/ijerph121012291.
 153. Setoya, Y. *et al.* Evaluating outcomes of the child and adolescent psychiatric unit: A prospective study. *Int. J. Ment. Health Syst.* (2011) doi:10.1186/1752-4458-5-7.
 154. Egger, H. L. & Angold, A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* (2006) doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x.
 155. Howe, D., Batchelor, S. & Coates, D. D. Young Australians with moderate to severe mental health problems: client data and outcomes at Children and Young People's Mental Health. *Early Interv. Psychiatry* (2017) doi:10.1111/eip.12252.

156. Serim Demircoren, B., Ozbek, A. & Gencer, O. Factors affecting improvement of children and adolescents who were treated in the child and adolescent psychiatry inpatient unit. *J. Int. Med. Res.* (2017) doi:10.1177/0300060517713833.
157. Gibbons, R. D. *et al.* Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* (2007) doi:10.1176/appi.ajp.2007.07030454.
158. Smith, B. D. Self-mutilation and pharmacotherapy. *Psychiatry (Edgmont)*. (2005).
159. Baldessarini, R. J., Pompili, M. & Tondo, L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management. *CNS Spectrums* (2006) doi:10.1017/S1092852900014681.
160. Hawton, K. *et al.* Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015) doi:10.1002/14651858.CD001764.pub2.
161. Baker, R. W. *et al.* Acute dysphoric mania: Treatment response to olanzapine versus placebo. *J. Clin. Psychopharmacol.* (2003) doi:10.1097/00004714-200304000-00005.
162. Hirschfeld, R. M. A., Weisler, R. H., Raines, S. R. & Macfadden, W. Quetiapine in the treatment of anxiety in patients with bipolar I or II depression: A secondary analysis from a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J. Clin. Psychiatry* (2006) doi:10.4088/JCP.v67n0304.
163. Ingenhoven, T. J. M. & Duivenvoorden, H. J. Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: Meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *Journal of Clinical Psychopharmacology* (2011) doi:10.1097/JCP.0b013e3182217a69.
164. Lønborg, P. D., Smith, W. T., Glaudin, V. & Painter, J. R. Short-term cotherapy with clonazepam and fluoxetine: Anxiety, sleep disturbance and core symptoms of depression. *J. Affect. Disord.* (2000) doi:10.1016/S0165-0327(99)00195-0.
165. Cowdry, R. W. & Gardner, D. L. Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder: Alprazolam, Carbamazepine, Trifluoperazine, and Tranylcypromine. *Arch. Gen. Psychiatry* (1988) doi:10.1001/archpsyc.1988.01800260015002.
166. Brent, D. A. *et al.* Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am. J. Psychiatry* (2009) doi:10.1176/appi.ajp.2008.08070976.
167. Öhlund, L. *et al.* Suicidal and non-suicidal self-injurious behaviour in patients with

bipolar disorder and comorbid attention deficit hyperactivity disorder after initiation of central stimulant treatment: a mirror-image study based on the LiSIE retrospective cohort. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* (2020) doi:10.1177/2045125320947502.



10. EKLER

Ek 1:Veri Kayıt Formu

Ek 2: HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents)

Ek 3: Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS)

Ek 4: Etik Kurul Onayı



Ek 1: VERİ KAYIT FORMU

1. Adı- Soyadı:
2. Protokol no:
3. Doğum Tarihi:
4. Cinsiyet: K() E()
5. Yatış yapıldığı tarihteki yaşı(ay):
6. Primer hastalık tanısı: Majör Depresif Bozukluk() Bipolar Bozukluk()
Anksiyete Bozukluğu() B küme örgütlenme patolojileri() Şizofreni()
Yeme Bozukluğu() Cinsel istismar () PTBS () Alkol-Madde Kullanım
Bozukluğu() OKB () OSB () DEHB () Enkopresis () Davranım
Bozukluğu ()
7. Komorbid hastalık tanısı: Majör Depresif Bozukluk() Bipolar Bozukluk()
Anksiyete Bozukluğu() B küme örgütlenme patolojileri() Şizofreni()
Yeme Bozukluğu() Cinsel istismar () PTBS () Alkol-Madde Kullanım
Bozukluğu() OKB () OSB () DEHB () Enkopresis () Davranım Bozukluğu
() A küme örgütlenme patolojileri() C küme örgütlenme patolojileri() Yas
() KOKGB () Fizik istismar () Cinsel kimlik disforisi ()
8. Eğitim düzeyi: İlkokul() Ortaokul() Lise()
9. Okul başarısı: Düşük() Orta() Yüksek()
10. Aile yapısı: Çekirdek() Boşanmış() Vefat()
11. Kardeş sayısı:

12. Ailede ruhsal patoloji öyküsü: Yok() Var() (Majör Depresif Bozukluk()

Bipolar Bozukluk() Anksiyete Bozukluğu() B küme örgütlenme

patolojileri() Şizofreni() Yeme Bozukluğu())

13. Yatış süresi(gün):

14. Anne eğitim düzeyi: Okuryazar değil() İlkokul() Ortaokul() Lise()

Lisans() Yüksek lisans()

15. Baba eğitim düzeyi: Okuryazar değil() İlkokul() Ortaokul() Lise()

Lisans() Yüksek lisans()

16. Anne mesleği: Ev hanımı() Emekli() Kamu çalışanı() Özel sektör()

17. Baba mesleği: Çalışmıyor() Emekli() Kamu çalışanı() Özel sektör()

18. Anne yaşı:

19. Baba yaşı:

20. Yatış bireysel risk puanı:

21. Yatış ailesel risk puanı:

22. Yatış ailesel ve bireysel risk puan toplamı:

23. CGAS yatış puanı:

24. CGAS çıkış puanı:

25. CGAS yatış-çıkış fark puanı:

26. HoNOSCA TR yatış puanı:

27. HoNOSCA TR çıkış puanı:,

28. HoNOSCA TR yatış-çıkış fark puanı:

29. HoNOSCA TR Davranışsal yatış puanı:

30. HoNOSCA TR Yetersizlik yatış puanı:

31. HoNOSCA TR Semptomatik yatış puanı:

32. HoNOSCA TR Sosyal yatış puanı:
33. HoNOSCA TR Davranışsal çıkış puanı:
34. HoNOSCA TR Yetersizlik çıkış puanı:
35. HoNOSCA TR Semptomatik çıkış puanı:
36. HoNOSCA TR Sosyal çıkış puanı:
37. HoNOSCA TR Davranışsal yatış-çıkış fark puanı:
38. HoNOSCA TR Yetersizlik yatış-çıkış fark puanı:
39. HoNOSCA TR Semptomatik yatış-çıkış fark puanı:
40. HoNOSCA TR Sosyal yatış-çıkış fark puanı:
41. İlaç kullanımı: SSRI (), Antipsikotik () Duygudurum düzenleyici ()
Benzodiyazepin () Stimülan ()
42. Suisidalite: Yok () Düşünce () Girişim ()
43. Suisid girişimi: Planlı () İmpulsif ()
44. KZVD metodu: Faça () Yumruk () Yakma () Kafa vurma () Tırnaklama ()
Saç çekme () Tokat atma ()

Ek 2: HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents)

Tarih:

Hastanın Adı-Soyadı:

Puanlayan Kişinin Adı-Soyadı:

CGAS Puanı :

HoNOSCA Puan Tablosu

Puan Aralığı 0-4

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz

Bölüm A		
1	Yıkıcı, antisosyal veya saldırgan davranışla ilgili sorunlar	
2	Aşırı hareketlilik, dikkat veya konsantrasyonla ilgili sorunlar	
3	Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı	
4	Alkol, madde/uçucu madde kötüye kullanım sorunları	
5	Akademik veya dil becerileriyle ilgili sorunlar	
6	Fiziksel hastalık veya özürllülük sorunları	
7	Varsanılar, sanrılar veya olağandışı algılarla ilgili sorunlar	
8	Organik kökeni olmayan somatik yakınmalarla ilgili sorunlar	
9	Duygusal veya duygusal belirtilerle ilgili sorunlar	
10	Akran ilişkileriyle ilgili sorunlar	
11	Ozbakım ve bağımsızlıkla ilişkili sorunlar	
12	Aile yaşamı ve aile içi ilişkilerle ilgili sorunlar	
13	Okula Devam Sorunları	
BÖLÜM A TOPLAM PUAN		

Bölüm B		
14	Çocuğun/gencin güçlüklerini anlama veya bu konuda bilgilendirme sorunları	
15	Çocuğun/gencin güçlükleriyle başetme veya alınabilecek hizmetlerle ilgili bilgi eksikliği sorunları	
BÖLÜM A + B TOPLAM PUAN		

HoNOSCA-TR
Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği

Puanlama El Kitabı

2008

Uzm. Psk. Lalecan İşcanlı

Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir

Uzm. Dr. Fatma Varol Taş

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı
İzmir, TÜRKİYE

Puanlama Yönergesinin Özeti:

- 1) Bütün ölçekleri 1'den 13'e kadar sırayla puanlayınız. Ek olarak, 14. ve 15. ölçekleri de eğer gerekiyorsa puanlayabilirsiniz.
- 2) Daha önceki bir ölçekte puan verdiğiniz bir bilgiye, sonraki bir ölçekte tekrar puan vermeyiniz.
- 3) Puanlama yaptığınız dönem içinde ortaya çıkan EN CİDDİ sorunun düzeyine göre puanlayınız.
- 4) Bütün ölçeklerin yapısı şöyledir:

0 = sorun yok

1 = müdahale gerektirmeyecek kadar küçük bir sorun

2 = hafif düzeyde ancak kesinlikle var olan bir sorun

3 = orta düzeyde ciddi bir sorun

4 = ciddi veya çok ciddi bir sorun

BÖLÜM A

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

1. Yıkıcı, antisosyal veya saldırgan davranışla ilgili sorunlar

Hiperkinetik bozukluk, depresyon, otizm, madde ve alkol sorunları gibi bozukluklara ilişkin davranışlar **DAHİLDİR**.

Fiziksel veya sözel saldırganlık (örneğin itme, vurma, mala/eşyaya zarar verme, alay etme), veya diğer çocuklara yönelik fiziksel veya cinsel istismar **DAHİLDİR**.

Antisosyal davranışlar (örneğin çalma, yalan söyleme, sahtekarlık) veya karşıt olma davranışları (örneğin otoriteye karşı gelme veya öfke nöbetleri) **DAHİLDİR**.

2. ölçekte puanlanacak olan aşırı hareketlilik, 13. ölçekte puanlanacak olan okuldan kaçma davranışı ve 3. ölçekte puanlanacak olan kendine zarar verme davranışı **DAHİL DEĞİLDİR**.

- | | |
|---|---|
| 0 | Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır. |
| 1 | Ufak çapta tartışma, ısrarcı/tutturucu davranışlar, uygunsuz irritabilite, yalan söyleme vs. |
| 2 | Hafif düzeyde ancak belirgin yıkıcı veya antisosyal davranış, mala/eşyaya hafif düzeyde zarar verme veya saldırganlık veya karşı gelme davranışı. |
| 3 | Kavga etme, sürekli tehdit etme, belirgin karşıt olma davranışları veya mala/eşyaya daha ciddi düzeyde zarar verme veya orta düzeyde suç davranışları gibi; orta düzeyde ciddi saldırgan veya antisosyal davranışlar. |
| 4 | Hemen hemen bütün aktivitelerde/ortamlarda yıkıcılık veya diğerlerine/hayvanlara yönelik en az bir ciddi fiziksel saldırı veya mala/eşyaya ciddi düzeyde zarar verme davranışı. |

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

2. Aşırı hareketlilik, dikkat veya konsantrasyonla ilişkili sorunlar

Hiperkinetik bozukluk, mani veya ilaçlara bağlı hareketlilik artışına ilişkin aşırı hareketlilik davranışları **DAHİLDİR**.

Depresyon dahil her türlü nedene bağlı huzursuzluk, kıpır kıpır olma, dikkatsizlik veya konsantrasyonla ilişkili sorunlar **DAHİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Nadiren aşırı hareketlilik veya düşük düzeyde huzursuzluk vs.
- 2 Hafif düzeyde ancak belirgin aşırı hareketlilik ve/veya dikkat sorunları vardır ancak bu sorunlar genellikle kontrol edilebilir.
- 3 Bazen kontrol edilemeyen, orta düzeyde ciddi aşırı hareketlilik ve/veya dikkat sorunları.
- 4 Aktivitelerin/ortamların çoğunda ortaya çıkan ve hemen hemen hiçbir zaman kontrol edilemeyen ciddi düzeyde aşırı hareketlilik ve/veya dikkat sorunları.

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

3. Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı

Kendine vurma ve kendini kesme gibi kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, aşırı doz alımı, kendini asma, boğulma vs. **DAHİLDİR.**

Bir fiziksel hastalığın doğrudan sonucu olan kaşıma ve koparma/yolma 6. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR.**

Ciddi öğrenme bozukluğuna veya fiziksel özüre bağlı kazayla kendine zarar verme davranışı 6. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR.**

Madde/alkol kullanımının doğrudan sonucu olarak ortaya çıkan hastalıklar veya yaralanmalar 6. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR.**

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Zaman zaman ortaya çıkan, yaralanmayla sonuçlanmayan ölüm veya kendine zarar verme düşünceleri. İntihar düşünceleri veya kendine zarar verme davranışı yoktur.
- 2 İntihar düşünceleri ile ilişkili olsun ya da olmasın, ölümcül olmayan kendine zarar verme davranışı (örneğin bileğini çizme).
- 3 Orta düzeyde ciddi intihar planı (hap biriktirmek gibi intihara hazırlık davranışları dahildir) veya orta düzeyde, ölümcül olmayan kendine zarar verme davranışı (örneğin ölümcül düzeyde olmayan aşırı doz alımı)
- 4 Ciddi intihar girişi (örneğin ciddi düzeyde aşırı doz alımı) veya ciddi düzeyde kasıtlı kendine zarar verme davranışı

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

4. Alkol, madde/uçucu madde kötüye kullanım sorunları

Çocuk ya da gencin yaşı ve içinde yaşadığı toplumun normları gözönünde bulundurularak değerlendirilen alkol ve madde/uçucu madde kötüye kullanım sorunları **DAHİLDİR**.

Alkol veya madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan saldırgan/yıkıcı davranışlar 1. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

Alkol veya madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel hastalık veya özürlü 6. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Yaş normlarıyla uyumlu olarak düşük düzeyde alkol veya madde kullanımı
- 2 Hafif düzeyde artmış alkol veya madde kullanımı
- 3 Yaş normlarıyla belirgin şekilde uyumsuz, orta düzeyde ciddi madde veya alkol sorunları
- 4 Bağımlılığa veya yeti kaybına neden olan ciddi madde veya alkol sorunları

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

5. Akademik veya dil becerileriyle ilgili sorunlar

Herhangi bir bozukluk, bir sorun (örneğin bir gelişimsel öğrenme sorunu) veya fiziksel özürle (örneğin işitme sorunu) ilişkili okuma, heceleme, aritmetik, konuşma ve dil sorunları **DAHİLDİR**.

Yaygın öğrenme sorunu olan çocuklar, beklenen işlevsellik düzeyinin altında bir düzeyde olmadıkları sürece bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

Duygusal veya davranışsal sorunlarla ilişkili olarak akademik başarının düşmesi **DAHİLDİR**.

Tamamen yetersiz eğitimden kaynaklanan geçici sorunlar **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Normal sınırlar içinde, düşük düzeyde sorun
- 2 Klinik düzeyde anlamlı, hafif düzeyde ancak belirgin sorun
- 3 Kişinin zeka yaşı, geçmişteki başarısı veya fiziksel özürü dikkate alındığında; beklenen düzeyin altında, orta düzeyde ciddi sorunlar
- 4 Kişinin zeka yaşı, geçmişteki başarısı veya fiziksel özürü dikkate alındığında; beklenen düzeyin fazlasıyla altında, ciddi sorunlar

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

6. Fiziksel hastalık veya özürlülük sorunları

Hareket etmeyi sınırlayan veya engelleyen, görme veya işitme sorunlarını ortaya çıkaran veya kişinin işlevselliğini bozan fiziksel hastalıklar veya özürler **DAHİLDİR**.

Hareket bozukluğu (örneğin tikler)(, ilaca bağlı yan etkiler, madde/alkol kullanımına bağlı fiziksel etkiler veya psikolojik sorunların sonucu olan fiziksel komplikasyonlar (örneğin aşırı kilo kaybı) **DAHİLDİR**.

Ciddi zihinsel veya fiziksel özüre bağlı kendine zarar verme davranışı (örneğin kafasını duvarlara vurma) **DAHİLDİR**.

Organik bir temeli olmayan bedensel yakınmalar 8. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca, fiziksel bir sağlık sorununa bağlı yeti kaybı yoktur.
- 1 Puanlama yapılan dönemde, bir sağlık sorununa bağlı düşük düzeyde yeti kaybı (örneğin soğuk algınlığı, ciddi olmayan düşme vs.)
- 2 Fiziksel sağlık sorununa bağlı, hafif düzeyde ancak kesinlikle varolan işlev kısıtlılığı
- 3 Fiziksel sağlık sorununa bağlı, orta düzeyde işlev kısıtlılığı
- 4 Fiziksel sağlık sorunlarına bağlı tamamen veya ciddi düzeyde yeti kaybı

7. Varsanılar, sanrılar veya olağandışı algılarla ilişkili sorunlar

Tanıdan bağımsız olarak; varsanılar, sanrılar ve olağandışı algılar **DAHİLDİR**.

Varsanılar ve sanrılarla ilişkili olan tuhaf/bizar davranışlar **DAHİLDİR**.

Yanılsama (ilüzyon) veya psödo-varsanılar gibi diğer normaldışı algılarla ilişkili sorunlar veya aşırı değerlendirilmiş düşünceler (örneğin bozulmuş beden imgesi, şüpheli veya paranoid düşünceler) **DAHİLDİR**.

Varsanılar veya sanrılarla ilişkili yıkıcı veya saldırgan davranışlar 1. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

Varsanılar veya sanrılarla ilişkili aşırı hareketlilik 2. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca, olağandışı düşünceler veya algılar ortaya çıkmamıştır.
- 1 Kültürel normlarla uyumsuz tuhaf veya egzantrik inançlar
- 2 Olağandışı düşünceler veya algılar vardır (örneğin paranoid düşünceler, yanılsamalar veya beden imgesi ile ilgili sorunlar) ancak sıkıntı veya bizar davranışlar hafif düzeydedir (örneğin klinik olarak vardır ancak hafif düzeydedir).
- 3 Normaldışı davranışlar veya algılar veya sanrılar ve varsanılara ilişkin orta düzeyde zihinsel meşguliyet. Bu durum fazlasıyla sıkıntıya yol açar ve/veya açık biçimde bizar davranışlarla kendini gösterir.
- 4 Zihinsel durum veya davranışlar; sanrılar veya varsanılar veya olağandışı algılardan ciddi düzeyde olumsuz etkilenmiştir. Bu durumun çocuk/ergen ve diğerleri üzerinde ciddi etkileri vardır.

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

8. Organik kökeni olmayan somatik yakınmalarla ilgili sorunlar

Gastrointestinal (örneğin organik olmayan kusma) veya kardiyovasküler veya nörolojik belirtiler veya organik olmayan enürezis veya enkoprezis veya uyku sorunları veya kronik yorgunluk **DAHİLDİR**.

Tikler gibi hareket bozuklukları ve organik kökeni olmayan somatik yakınmalar tablosunu karıştıran fiziksel hastalıklar 6. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Sadece düşük düzeyde sorunlar vardır (örneğin zaman zaman olan enürezis, minör uyku sorunları, organik kökeni olmayan baş ağrıları veya karın ağrıları).
- 2 Organik kökeni olmayan somatik yakınmalarla ilişkili hafif ancak belirgin sorun
- 3 Bazı aktivitelerde orta derecede kısıtlanmaya neden olan, orta düzeyde ciddi yakınmalar
- 4 Belirtiler çok ciddidir veya çoğu aktivitede/ortamda devam eder. Çocuk veya genç bu durumdan ciddi ve olumsuz şekilde etkilenmektedir.

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

9. Duygusal veya duygusal belirtilerle ilişkili sorunlar

Sadece, daha önceki ölçeklerde puanlanmamış olan en ciddi klinik sorunu **PUANLAYINIZ**.

(Yeme bozuklukları da dahil olmak üzere) Herhangi bir klinik durumdan kaynaklanan depresyon, anksiyete, endişeler, korkular, fobiler, obsesyonlar veya kompülsiyonlar **DAHİLDİR**.

Korkulara ve fobilere bağlı olarak ortaya çıkan saldırgan, yıkıcı davranışlar veya aşırı hareketlilik 1. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

Ruhsal sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel yakınmalar (örneğin ciddi kilo kaybı) 6. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca; depresyon, anksiyete, korku veya fobilerle ilişkili belirtilere rastlanmamıştır.
- 1 Hafif düzeyde anksiyöz, sıkıntılı veya kısa süreli duygudurum değişiklikleri
- 2 Hafif düzeyde ancak klinik olarak belirgin duygusal belirtiler vardır ancak kişinin zihnini meşgul etmez.
- 3 Kişinin zihnini meşgul eden, bazı aktivitelerini engelleyen ve en azından zaman zaman kontrol edilemeyen orta düzeyde ciddi duygusal belirtiler.
- 4 Bütün aktiviteleri engelleyen ve hemen hemen her zaman kontrol edilemez olan ciddi duygusal belirtiler

10. Akran ilişkileriyle ilgili sorunlar

Okul arkadaşları ve sosyal çevre ile ilişkili sorunlar **DAHİLDİR.**

Sosyal ilişkilerden aktif veya pasif çekilme veya aşırı yakınlaşmayla ilişkili sorunlar veya doyurucu akran ilişkileri kurma becerileri ile ilişkili sorunlar **DAHİLDİR.**

Akranlarını istismar etme ve saldırgan davranışların sonucu olarak sosyal reddedilme **DAHİLDİR.**

Saldırgan davranışlar veya akran istismarı davranışı 1. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR.**

Aile veya kardeşlerle sorunlar 12. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR.**

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Kısa süreli veya düşük düzeyde sorunlar, zaman zaman sosyal iç çekilme
- 2 Akran ilişkileri kurma ve sürdürmede hafif düzeyde ancak belirgin sorunlar. Bu sorunlar; sosyal iç çekilme, aşırı giricilik, reddedilme veya akran istismarına uğramaya neden oldukları için sıkıntı yaratmaktadırlar.
- 3 Sosyal ilişkilerden aktif veya pasif çekilmeye, aşırı yakınlığa ve/veya destek sağlamayan ilişkilere (örneğin ciddi şekilde akran istismarına uğramaya) bağlı olarak ortaya çıkan orta düzeyde sorunlar
- 4 Sosyal iletişim kuramama ve/veya sosyal ilişkilerden çekilmeye bağlı olarak hiç arkadaşın olmaması ve ciddi sosyal izolasyon.

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

11. Özbakım ve bağımsızlıkla ilişkili sorunlar

Çocuğun kronolojik yaşını gözönünde bulundurarak, genel işlevsellik düzeyini (örneğin beslenme, yıkanma, giyinme, tuvalete gitme gibi basit özbakım aktiviteleri; ayrıca uygun para harcama, tek başına seyahat etme, alışveriş yapma vb. karmaşık aktiviteler) **PUANLAYINIZ**.

Motivasyon eksikliği, duygudurum bozukluğu veya başka bir bozukluktan kaynaklanan düşük işlevsellik düzeyi **DAHİLDİR**.

Bütün becerileri deneyimleme şansının olmaması (örneğin aşırı sınırlandırıcı bir ailesi olması nedeniyle) 12. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

Enürezis ve enkoprezis 8. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır. Çocuk veya genç bütün alanlarda iyi bir işlevsellik düzeyine sahiptir.
- 1 Sadece düşük düzeyde sorunlar (örneğin tertipsiz, düzensiz olmak)
- 2 Yeterli düzeyde öz bakım vardır ancak kişi, (yukarıda tanımlanan) bir veya daha fazla karmaşık aktiviteyi sergilemede kesinlikle yetersizdir.
- 3 Bir veya daha fazla özbakım alanında majör sorunlar (yemek yeme, yıkanma, giyinme) veya pekçok karmaşık beceriyi gerçekleştirmede yetersizlik
- 4 Tüm veya hemen hemen tüm özbakım ve/veya karmaşık beceri alanlarında ciddi yetersizlik

12. Aile yaşamı ve aile içi ilişkilerle ilgili sorunlar

Ebeveyn-çocuk ve kardeşlerle ilişki sorunları **DAHİLDİR**.

Koruyucu aile ebeveynleri, yetiştirme yurdundaki sosyal hizmet uzmanları ve öğretmenlerle ilişkiler **DAHİLDİR**.

Evdeki ve ayrı yaşayan ebeveynlerle/kardeşlerle ilişkiler **DAHİLDİR**. Ebeveynlerin kişilik sorunları, ruhsal hastalıkları ve evlilik sorunları; yalnızca çocuğu etkilediği düşünüldüğü takdirde puanlanmalıdır.

Yetersiz iletişim, kavgalar, sözlü veya fiziksel düşmanlık, eleştirme ve iftira, ebeveyn ihmali/reddi, aşırı kısıtlama şeklinde ortaya çıkan duygusal istismar, cinsel ve/veya fiziksel istismar **DAHİLDİR**.

Kardeş kıskançlığı, kardeş tarafından fiziksel veya zorlayıcı cinsel istismar **DAHİLDİR**.

İlişkilerde aşırı yapışma ve aşırı korumacılık sorunları **DAHİLDİR**.

Yeniden yapılanmaya sebep olabilecek ailesel yas tutma sorunları **DAHİLDİR**.

Çocuğun veya gencin saldırgan davranışları 1. ölçekte puanlanır ve bu ölçeğe **DAHİL DEĞİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönemde böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Düşük düzeyde veya kısa süreli sorunlar
- 2 Hafif ancak belirgin sorun (örneğin bazı ihmal veya düşmanlık veya aşırı yapışma veya aşırı korumacılık dönemleri)
- 3 Orta düzeyde sorunlar (örneğin ihmal, istismar, düşmanlık). Ailenin/bakımverenlerin parçalanması veya yeniden yapılanmayla ilişkili sorunlar.
- 4 Çocuğun veya gencin ailesi/bakımvereni tarafından mağdur edilmesi, istismar edilmesi veya ciddi şekilde ihmal edilmesi veya bu şekilde hissetmesi.

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

13. Okula Devam Sorunları

Okuldan kaçma, okul reddi, okuldan uzaklaşma veya herhangi bir nedenle okulla ilişkilerin kesilmesi **DAHİLDİR**.

Puanlama sırasında gidilmekte olan okulla (örneğin hastane okulu, özel öğretmen vs.) ilgili devam sorunları **DAHİLDİR**.

Eğer tatil dönemiye, bir önceki okul döneminin son iki haftasını **PUANLAYINIZ**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır.
- 1 Düşük düzeyde sorunlar (örneğin iki veya daha fazla derse geç kalma)
- 2 Hafif ancak belirgin sorunlar (örneğin okuldan kaçma veya okul reddi nedeniyle pek çok derse girmeme)
- 3 Belirgin sorunlar, puanlama yapılan dönemde çocuk veya gencin devamsız olduğu gün sayısının çok fazla olması.
- 4 Ciddi sorunlar, hemen hemen her gün veya çoğu gün devamsızlık. Puanlama yapılan dönemde herhangi bir nedenle okuldan uzaklaştırılma veya ilişkilerin kesilmesi.

BÖLÜM B

14. ve 15. ölçekler; bilgi eksikliği veya hizmetlere erişimin yetersiz olması nedeniyle, çocuk/genç, ebeveyn veya bakımveren için sorun olan alanları kapsamaktadır. Bunlar çocuğun ruh sağlığına dair doğrudan ölçümler değildir ancak bu ölçeklerdeki değişimler, çocuğun uzun vadede yararı için önemlidir.

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

14. Çocuğun/gencin güçlüklerini (son iki hafta içindeki) anlama veya bu konuda bilgilenme sorunları

Çocuğun/gencin, ebeveynlerin veya bakımverenlerin yararlı bilgi ve anlayış eksikliği **DAHİLDİR.**

Sorunun nedeni veya tanısı veya prognozu ile ilgili bilgi eksikliği **DAHİLDİR.**

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır. Ebeveynler/bakımverenler çocuğun sorunuyla ilgili yeterli düzeyde bilgilendirilmiştir.
- 1 Sadece düşük düzeyde sorunlar
- 2 Hafif düzeyde ancak belirgin sorun
- 3 Orta düzeyde ciddi sorunlar. Ebeveynlerin/bakımverenlerin soruna dair çok az veya yanlış bilgileri vardır. Bu durum konfüzyona veya suçluluk duygularına yol açmaktadır.
- 4 Çok ciddi sorun. Ebeveynlerin/bakımverenlerin çocuğun/gencin sorunlarının doğasına ilişkin hiçbir bilgisi yoktur.

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz.

15. Çocuğun/gencin güçlükleriyle başetme veya alınabilecek hizmetlerle ilgili bilgi eksikliği sorunları

Çocuğun/gencin, ebeveynlerin veya bakımverenlerin veya sevk eden klinisyenin ulaşabileceği yararlı bilgi eksikliği **DAHİLDİR**.

Çocuğun yararlanabileceği en uygun hizmetler (bakımla ilgili düzenlemeler, eğitim kurumları, çocuk koruma kanunu) ile ilgili bilgi eksikliği **DAHİLDİR**.

- 0 Puanlama yapılan dönem boyunca böyle bir sorun olmamıştır. Bütün gerekli hizmet ihtiyaçları ile ilgili farkındalık vardır.
- 1 Sadece düşük düzeyde sorunlar
- 2 Hafif düzeyde ancak belirgin sorun
- 3 Orta düzeyde ciddi sorunlar. Ebeveynlere/bakımverenlere uygun hizmetlerle ilgili çok az bilgi verilmiştir veya uzmanlar çocuğun nerede yaşamını sürdürmesi gerektiğine karar vermemişlerdir.
- 4 Çok ciddi sorun. Ebeveynlerin/bakımverenlerin uygun hizmetlerle ilgili hiç bilgisi yoktur veya uzmanlar çocuğun nerede yaşamını sürdürmesi gerektiğini bilmiyorlardır.

Ek 3: Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS)

COCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ara değerler kullanın (örn: 35, 58, 62). Tedavi ve sonlanımı dikkate almadan o sıradaki işlevselliği ölçün. Aşağıdaki örnekler yalnızca yol göstermek amacıyla verilmiştir, değerlendirme yapılırken aynı koşulların bulunması gerekli değildir.

- 100-91 Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik (evde, okulda ve akran ilişkilerinde); çok çeşitli etkinliklerde bulunur ve bir çok ilgi alanı vardır (hobiler, okul dışındaki etkinliklere katılma ya da izcilik gibi bir organizasyonun içinde yer alma); sevilir, güvenlidir; "sıradan" kaygılar hiç bir zaman kontrol dışına çıkmaz; okulda iyidir; herhangi bir belirti yoktur.
- 90-81 Bütün alanlarda iyi işlevsellik; evde, okulda ve yaşlıları ile ilişkileri güvenlidir; geçici zorluklar olabilir ve "sıradan" kaygılar nadiren kontrol dışına çıkabilir (önemli bir sınavı olduğunda hafif kaygılanma, nadiren kardeşlerine, ana babasına ya da yaşlılarına karşı yaşanan öfke patlamaları).
- 80-71 Evde, okulda ya da yaşlı ilişkilerinde işlevsellikte yalnızca hafif bir bozulma; zorlu yaşam olayları (anne baba ayrılığı, ölüm, kardeş doğumu) karşısında hafif bir duygusal sıkıntı ya da davranışlarda bir miktar bozulma görülebilir; ancak bunlar kısa sürelidir ve işlevsellikteki engellenme geçicidir; bu çocuklar başkaları için yalnızca çok az rahatsız edicidir ve onları iyi tanıyan kişiler tarafından sorunlu olarak düşünülmezler.
- 70-61 Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği oldukça iyidir (nadiren okulu asma, önemsiz hırsızlıklar gibi tek tük antisosyal davranışlar; okul ödevlerinde süregen hafif zorluklar; kısa süreli duygudurum değişimleri; belirgin kaçınma davranışına yol açmayan korku ve kaygılar; kendinden emin olmama); anlamlı bazı kişiler arası ilişkileri vardır; çocuğu iyi tanımayan bir çok kişi onda bir sorun olduğunu düşünmese de iyi tanıyanlar bu sorunları ciddiye alabilir.
- 60-51 Yer yer bozulmalarla giden değişken işlevsellik ya da sosyal alanların hepsinde olmasa da bir çoğunda belirtilerin olması; çocuğun işlevselliğini bozan bir ortamda ya da zamanda değerlendirme yapan için işlevsellikteki bozulma açıktır ama çocuğu diğer ortamlarda gözleyenler bunu fark etmezler.
- 50-41 Çoğu sosyal alanda işlevsellikte orta düzeyde bir engellenme ya da bir alandaki işlevsellikte ciddi bozulma (intihar düşünceleri, okul reddi ve diğer kaygı biçimleri, obsesif ritüeller, majör konversiyon belirtileri, sık anksiyete atakları, zayıf ya da yetersiz sosyal beceriler, anlamlı sosyal ilişkinin bir miktar korunması ile birlikte sık saldırgan ya da antisosyal davranış dönemleri).
- 40-31 Bir çok alandaki işlevsellikte belirgin bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşlı ilişkilerinde ya da topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır (Örn: belli bir tehdit olmaksızın süren saldırganlık, belirgin sosyal içine kapanma ve duygulanım ya da düşünce bozukluğu nedeniyle davranışlarda izolasyon, ölüm niyetiyle olduğu açık intihar girişimlerinde bulunma); bu çocukların özel eğitim koşullarında okutulmasına, hastaneye yatırılmasına ya da okuldan alınmasına (bu durum bu kategoride yer alması için yeterli bir koşul değildir) gerek olabilir.
- 30-21 İşlevselliğinin hemen her alanında engelli (Örn: sosyal etkinliklere katılmadan bütün gününü evde, kurumda ya da yatağında geçirir; gerçeği değerlendirmesinde ya da iletişiminde ciddi bozulma vardır, bazen enkoheran ve uygunsuz davranır).
- 20-11 Başkalarına ya da kendine zarar (Örn: sıklıkla saldırgan olma, yineleyen intihar girişimlerinin olması) vermesini önlemek için belirgin bir düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme ya da iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik (Örn: sözel iletişim ve jestleri kullanmada ciddi sorunlar, belirgin sosyal kapalılık, stupor) nedeniyle yardıma gereksinim duyar.
- 10-1 Sürekli denetim gereklidir (24 saat bakım); şiddetli saldırganlık ya da kendine zarar verici davranışlar vardır; gerçeği değerlendirmede, iletişimde, öz bakım becerilerinde duygulanım ve bilişsel alanlarda ciddi bozulma gözlenir.

Ek 4: Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Aylin Özbek

Araştırmınıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5075-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Çocuk ve Ergenlerin Ortam Terapisinden Faydalanımının Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Aylin Özbek 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	29.09.2020		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/24-28	Tarih:05.10.2020				
	Doç.Dr. Aylin Özbek'in sorumlusu olduğu "Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Çocuk ve Ergenlerin Ortam Terapisinden Faydalanımının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait 29.09.2020 tarihli sorumlu araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Sorumlu araştırmacı görevinin Doç.Dr. H.Burak Baykara'ya devredilmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi 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	DEÜ 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.Nil 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 ☒	