



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**KENDİNİ ZEHİRLEME YOLUYLA İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARDA ALGILANAN
SOSYAL DESTEK, DİNİ YÖNELİM VE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. İSRAFİL BÜLBÜL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2011



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**KENDİNİ ZEHİRLEME YOLUYLA İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARDA ALGILANAN
SOSYAL DESTEK, DİNİ YÖNELİM VE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. İSRAFİL BÜLBÜL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. YASİN BEZ

DİYARBAKIR-2011

ÖNSÖZ

Üniversitemiz Rektör Yardımcısı ve Anabilim Dalı Başkanımız Prof.Dr. Aytekin Sır'a,

Asistanlığım süresince klinik beceri ve tecrübesini esirgemeyen, deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Faruk Gürgen, Prof. Dr. Mustafa Özkan, Prof. Dr. Remzi Oto, Prof. Dr. Şakir Özen, Doç. Dr. Aziz Yaşan ve Yrd. Doç. Dr. M. Cemal Kaya'ya,

Asistanlığımın ilk yıllarında beraber çalışma fırsatı bulduğum Dr. Altan Eşsizoglu, Dr.Murat Yalçın, Dr. M.Veysi Ceylan, Dr. Suna Önal, Dr. M. Zeki Tanırcan ve Dr. Evindar Karabulut'a,

Tez çalışmamda yol gösterici olan Yrd. Doç. Dr. Yasin Bez'e

Tezimin hazırlanmasında büyük emekleri olan asistan arkadaşlarım Dr. Süleyman Dönmezgil, Dr. M. Emin Yüksel, Dr. Hilal Selçuk, Dr. Zübeyir Can, Dr. Şule Özkan, Dr. Erkan Kakdaş ve Dr. Cuma Taş'a,

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan keyif aldığım psikiyatri servisinin tüm hemşire, personel ve sekreterlerine,

Çocuk psikiyatrisi rotasyonumda beraber çalışma fırsatı bulduğum Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nın başta Prof. Dr. M. Levent Kayaalp olmak üzere tüm akademik kadrosu ve diğer çalışanlarına,

Tezimin saha çalışması sırasında yardımlarını esirgemeyen Seyyidhan Kömürçü, Uğur Kömürçü, Şeyma Sert, Rojbin Bülbül ve Mesut Büyük'e,

Sevgili aileme ve yanımda olduğunu her zaman hissettiğim sevgili eşim Neslîxan'a,

Sonsuz teşekkürler...

İsrafil Bülbül

Diyarbakır - Eylül 2011

ÖZET

Kendini Zehirleme Yoluyla İntihar Girişimi Nedeniyle Bir Üniversite Hastanesine Başvuranlarda Algılanan Sosyal Destek, Dini Yönelim ve Bağlanma Özelliklerinin Araştırılması

Amaç: Bu çalışmanın amacı kendini zehirleme yoluyla intihar girişiminde bulunan kişilerde algılanan sosyal destek, dini yönelim ve bağlanma biçimlerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran kendini zehirleme yoluyla intihar girişiminde bulunan 60 hasta ve benzer sosyodemografik verilere sahip psikiyatrik öyküsü olmayan 60 sağlıklı birey alınmıştır. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Dini Yönelim Ölçeği ve Erişkin Bağlanma Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Hasta grubunda algılanan sosyal destek olarak aile ve arkadaş altölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü. Kontrol grubunda içsel ve dışsal-kişisel dini yönelim puanları hasta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan kişilerde kararsız bağlanma biçimi kontrol grubunda ise güvenli bağlanma biçimi daha baskın tip olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Algılanan aile ve arkadaş desteği, içsel dindarlık, dışsal-kişisel dindarlık ve güvenli bağlanma biçiminin kendini zehirleyerek intihar girişiminde bulunma açısından önemli faktörler olduğu görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İntihar, Sosyal Destek, Dini Yönelim, Bağlanma Biçimi

ABSTRACT

Investigation of Attachment Styles, Religious Orientation and Perceived Social Support in Individuals Admitted to a University Hospital with Suicide Attempt Through Self-Poisoning

Objective: The aim of this study is to investigate the attachment styles, religious orientation and perceived social support in individuals with suicide attempt through self-poisoning.

Method: Sixty patients with suicide attempt through self-poisoning who were admitted to Dicle University Medical Faculty Hospital and 60 healthy subjects without any psychiatric history and with similar demographical features have been included in the study. Sociodemographical Data Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and Religious Orientation Scale were applied to all participants.

Results: In patients group, with regard to social support sub-scale scores of family and friends were significantly lower than comparison group. Intrinsic and extrinsic-personal religious sub-scale scores in the comparison group were significantly higher than the patient group. Ambivalent attachment style were found predominantly in individuals with suicide attempt and secure attachment style were detected predominantly in the comparison group.

Conclusion: Perceived family and friend support, intrinsic religiousness, extrinsic-personal religiousness, and secure attachment style have been detected to be important factors in terms of suicide attempt through self-poisoning.

Key Words: Suicide, Social Support, Religion Orientation, Attachment Style

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfalar</u>
Önsöz	i
Özet	ii
İngilizce Özet (Abstract)	iii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vi
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	2
2.1. İntihar	2
2.1.1. Tanım	2
2.1.2. Etiyoloji	4
2.1.3. Risk Faktörleri	9
2.1.4. Dünyada İntihar	10
2.1.5. Türkiye’de İntihar	13
2.1.6. Diyarbakır’da İntihar	15
2.2. Din ve İntihar	18
2.3. Bağlanma Kuramı	22
2.3.1. Giriş	22
2.3.2. Bağlanma Biçimleri	23
2.3.3. Erişkinlikte Bağlanma	24
2.3.4. Psikopatoloji ve Bağlanma	25
2.3.5. Bağlanma ve İntihar	26
2.4. Sosyal Destek ve İntihar	28
3. Gereç ve Yöntem	31
3.1. Verilerin Toplanması	31
3.2. Veri Toplama Araçları	32
3.3. İstatistik Metodu	35

4. Bulgular	36
4.1. Sosyodemografik Özellikler	36
4.1.1. Tanımlayıcı Bilgiler	36
4.1.2. Tıbbi Öykü	38
4.1.3. Psikiyatrik Öykü	38
4.1.4. Soygeçmiş	43
4.2. Psikometrik Ölçeklerin Hasta ve Kontrol Gruplarında Puan Dağılımı ve Karşılaştırılması	43
4.3. Hasta Grubunda Cinsiyetler Arasında Karşılaştırma	46
4.4. Hasta Grubunda Bağlanma Biçimi Açısından Karşılaştırma	49
4.5. Hasta Grubunda Korelasyon Analizleri	51
5. Tartışma	53
6. Sonuçlar	63
7. Kaynaklar	64
8. Ekler	78

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

5-HIAA	: 5-Hidroksiindolasetikasit
5-HT	: 5- Hidroksitriptamin
BOS	: Beyin omurilik sivisi
COMT	: Katekol-O-metiltransferaz
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin.
EBÖ	:Erişkin Bağlanma Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Ögütü
DYÖ	: Dini Yönelim Ölçeği
HPA	: Hipotalamik-pituiter-adrenal aks
HVA	: Homavanilik asit
ICD-10	: Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması, Onuncu Revizyon
MAOA	: Monoamin oksidaz
MHPG	: 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol
SERT	: Serotonin taşıyıcı reseptör
SS	: Standart sapma
TH	: Tirozin hidroksilaz (TH)
TPH	: Triptofan hidroksilaz
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar ciddi bir psikiyatrik acil durum ve halk sağlığı sorunudur. İntiharın tarihi, sosyolojik, kültürel, epidemiyolojik, biyolojik, genetik, psikolojik, filozofik, dinsel, ekonomik, mesleki, varoluşçu ve daha başka boyutları mevcuttur (1).

Bu tez çalışması da intihar sorununu, algılanan sosyal destek, dindarlık ve bağlanma davranışları açısından ele almaktadır. Çalışmalar sosyal desteğin ruh sağlığı üzerine ve intiharın önlenmesinde yararlı etkileri olduğunu göstermektedir (2, 3). Sosyal desteğin, ya stresörlerin olumsuz etkilerini azaltmak gibi doğrudan etki ya da yaşamdaki krizlerin üstesinden gelebilmek için hem maddi kaynak hem de duygusal destek sağlamak gibi dolaylı mekanizmalarıyla bu durumu gerçekleştirdiği düşünülmektedir (4, 5). Sosyal destek ve intihar arasındaki kuvvetli ilişkinin ruhsal hastalık varlığından bağımsız olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (6). Din ve ruh sağlığı ve özel olarak da intihar konusunda, dindarlık seviyesi ile intihar riski arasında negatif bir korelasyon olduğunu ifade eden birçok çalışma bugüne kadar yayınlanmıştır (7, 8). Dinin stresle başa çıkmada psikolojik ve sosyal destek sağladığı öne sürülmüştür (9). Yine güvensiz bağlanma biçimlerinin suisidalite ile ilişkili olduğuna dair görüşler literatürde yer almaktadır (10).

Çalışmamızda, bölgemizde ve ülkemizde daha önce çok az araştırılmış ve halen araştırılması gereken kendini zehirleme yoluyla intihar edenlerde algılanan sosyal desteği, dini yönelim ve bağlanma biçimlerinin tespit edilmesi ve demografik veriler ile araştırma konusu değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha önce ülkemizde ve bölgemizde kendini zehirleme yoluyla intihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal destek kısmen araştırılmıştır, bununla birlikte gerek bölgemizde gerekse tüm dünyada dini yönelimler ve bağlanma özellikleri böyle bir hasta popülasyonunda yeterince araştırılmamıştır.

Çalışmamızın sonucunda daha fazla algılanan sosyal desteğin, daha fazla dindarlığın ve güvenli bağlanma biçiminin intihardan koruyucu birer etken olarak görev yaptığını bulmayı öngörüyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar

2.1.1. Tanım

“İntihar” kelimesi yazılı Türkçe’de ilk defa Franciscus Meninski’nin *Thesaurus Linguarum Orientalium* adlı 1680 tarihli sözlüğünde geçer. Nişanyan’ın *Çağdaş Türkçenin Etimolojik Sözlüğü*’nde “intihar”ın Arapça’da “hayvanın boğazını keserek öldürme, boğazlama” anlamına gelen “nahr” kökünden geldiği belirtilmiştir (11). Son dönemlerde Türkçe’de “intihar” yerine “özkıym” kelimesinin kullanımı yaygınlık kazandığı göze çarpmaktadır.

“Suicide” kelimesi ilk defa 1662 yılında Edward Philips’in *New World of Words* eserinde yazılı metinlere geçmiştir. *Oxford English Dictionary* sözcüğü ilk defa 1651’de sözlüğüne dahil etmiştir. Sonradan türetilen bu sözcük Latince’de “kendi” ve “öldürmek” sözcüklerinin birleşiminden elde edilmiştir (12).

İntihar, kayıtlı insanlık tarihinin bir parçası olmasına rağmen evrensel bir olgu olarak kabul edilmemektedir. Çünkü, Güney Amerika’da Tierra del Fuego bölgesindeki Yahgan kabilesi, Güneydoğu Asya’da Andaman Adası yerlileri ve Avustralya’nın çeşitli yerli kabileleri intiharın ne olduğu bilmiyor (12).

İntiharın özet bir tanımını yapmak güçtür (13). İntihar konusunda çalışan ve intiharın bilimsel tanımlamasının öncülerinden olan Fransız sosyolog Emile Durkheim’dır. Durkheim 1897 tarihli *İntihar* isimli eserinde intihar ve intihar girişimini şöyle tanımlamaktadır (14):

“Ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir. İntihar girişimi ise, bu biçimde tanımlanan ama ölüm sonucu doğurmadan durdurulan edime denir.”

Tanımda geçen olumlu edimden kasıt kendini asmak, ilaç almak gibi belli bir kas gücü gerektiren eylemlerdir. Olumsuz edim ise besin almayı red etmek gibi bir şey yapmamak üzerine kurulu edimlerdir. Yukarıdaki tanım ışığında Durkheim önünü düzayak sandığı için kendini pencereden atan sanırlı bir hastanın ölümünü intihar olarak kabul etmemektedir. Ayrıca inancı için ölen şehit ve çocuğu için kendini feda eden annenin ölümünü de bu edimlerin bilinçli olarak yapılmış olmasından dolayı bunun bilimsel olarak intihar olarak adlandırılması gerektiğini belirtmiştir. Yine Durkheim’a göre öfkeye kapılan akrebin iğnesiyle kendi kendini sokması ya da kimi köpeklerin sahiplerini yitirdiklerinde yemek yemeyi reddetmeleri sonucu ölmeleri, sonucunun ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan edimler olmadığı için intihar olarak adlandırılamaz (14).

Durkheim’dan sonra farklı disiplinlerden ve farklı akımlardan birçok yazar intiharın tanımı konusunda çalışmalar yayınlamıştır. Herbiri bağlı olduğu düşünce sistemi içinde farklı tanımlar geliştirmiştir. Bu tanımların her biri kuşkusuz intiharın bir başka yönünü vurgulamasına rağmen henüz üzerinde uzlaşılmış bir intihar tanımı bulunamamıştır (13).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) bir raporunda “Kendine Yönelmiş Şiddet” başlığı altında tam bir intihar tanımı yapmaktan kaçınılmıştır. Suisidal davranışların tanımlanması konusunda bir anlaşmazlığın olduğunu belirtilmiş ve bazı terimleri açıklamaya girişilmiştir. “Ölümcül suisidal davranışlar” (fatal suicidal behaviour) ölümle sonuçlanan suisidal eylemler, “ölümcül olmayan suisidal davranışlar” (non-fatal suicidal behavior) da ölümle sonuçlanmayan suisidal eylemler olarak tanımlanmıştır. “Ölümcül olmayan suisidal davranışlar”ın Amerika Birleşik Devletleri’nde sıklıkla “intihar girişimi” (attempted suicide), Avrupa’da da daha çok “parasuisid” (parasuicide) ve “kendini kasıtlı yaralama” (deliberate self-harm) olarak adlandırıldığını belirtmiştir. “İntihar düşüncesi” terimi de kendini öldürme düşüncelerine atıfta bulunmaktadır. “Kendini yaralama” (self-mutilation) kavramı ise biliçli bir intihar niyeti olmadan vücuda dolaysız ve kasıtlı zarar vermeyi ifade etmektedir (15).

İntihar ile ilgili bir diğer kavram da “parasuisid” kavramıdır. Parasuisid kavramı oldukça geniş ve değişik anlamlarda kullanılan bir kavramdır. Genellikle

“intihar girişimi” kavramıyla eşanlamli kullanılması yanında öldürme niyeti olmadan kendini kasıtlı yaralama anlamında da kullanılır (16). Literatürde bu konuda tartışmalar sürse de (17, 18) “parasuisid” kavramı daha çok “intihar girişimi” anlamında kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün uluslararası hastalık sınıflandırma sistemi olan ICD-10 rehberinin XX. Bölümü’nde “hastalığın ve ölümün dış nedenleri” (external causes of morbidity and mortality) başlığı altında “kasten kendini yaralama” (Intentional self-harm) adıyla ele almıştır. Açıklamasında bu başlığın “bilerek kendini yaralama ya da zehirlleme” ve “intihar (girişimi)”ni kapsadığı belirtmiştir. X60-X84 kodları ile ilaç, uyuşturucu madde, kimyasal madde, asılma, boğulma, suda boğulma, ateşli silah, keskin cisim, künt cisim, patlayıcı madde, duman ve ateş, yüksek bir yerden atlama ve motorlu araç çarpması gibi kendine zarar verme yöntemleri sınıflandırılmıştır (19).

Amerikan Psikiyatri Birliğı’nin *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*’nın son baskısında (DSM-IV-TR) intihar major depresif epizot ve borderline kişilik bozukluğu için bir tanı ölçütüdür. Majör depresif epizotun A(9) ölçütü şöyledir: “*yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değıl), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması*”. Borderline kişilik bozukluğunun 5. ölçütü ise şöyledir: “*yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler göz korkutmalar ya da kendinekiyim davranışı*”. DSM-IV-TR intihar için özel bir tanım yapmaktan kaçınmıştır (20).

2.1.2. Etiyoloji

2.1.2.1. Sosyolojik Yaklaşımlar

Sosyoloji disiplini intiharı incelerken, sosyal grupların karşılaştırılmalı intihar oranları, bölgesel ve ülkesel intihar oranları, yıllara göre bölgesel intihar oranları, gelir düzeyi, işsizlik oranı, boşanma ve göç gibi sosyal değışkenler üzerinde durmaktadır. Eğitim, ekonomik gelir, cinsiyet, medeni hal, yaş ve iş gibi sosyal

özelliklerin bireyin içinde bulunduğu sosyal konumla etkileşimini araştırır. İntihar olaylarında da sosyologlar, daha çok, neden bazı gruplardaki intihar oranlarının diğer bazı gruplardakinden daha fazla olduğunu öğrenmeye çalışırlar (21).

İntiharı ilk defa sosyolojik metotlarla inceleyen ve kendisinden sonra gelen birçok teorisyeni etkileyen kişi Durkheim'dır (22). Sosyal gruplardaki intihar oranlarının sadece psikolojik değişkenlerle açıklanamayacağını düşünen ve intihar oranlarını bireysel ve sosyal etkenlerin etkileşiminin belirlediğine inanan Durkheim intihar ve bir takım sosyal etkenler arasındaki ilişkileri ortaya koymaya çalışmıştır. İntihar konusunda birçok istatistiki veriyi araştırdıktan sonra intiharı gruplar arasındaki bütünleşme düzeyi ve toplumun bireysel davranışı düzenleme düzeyi ile bağlantılı bulmuştur. Bu iki düzey üzerinden intiharı dört kategoriye ayırmaktadır. Bunlar;

Egoist (bencil) intiharlar: *Yetersiz bütünleşme düzeyi* ile ilintili olan intihar tipidir. Kişinin sosyal çevresi veya bir sosyal grupta bütünleşmemesi, grupta uyum sağlamaması ve sosyal bağının zayıflaması sonucu yalnızlıkla yüz yüze kalması nedeniyle oluşan intihar tipidir. İşsizlik, boşanma gibi değişkenlere bağlı intiharlar bu tipe bir örnektir.

Altruistik (elcil) intiharlar: *Aşırı bütünleşme düzeyi* ile ilintili intihar tipidir. Kişinin toplumla bağının çok güçlü olmasından dolayı sosyal grupta ve onun kuralları ve normlarıyla aşırı bütünleşir. Burada kişi kendisini içinde bulunduğu sosyal grubun beklentileri ve normları için feda eder. Hint kültüründe dul kalan kadının kendisini eşinin cenaze ateşinde yakması, intihar bombacıları ve Japon toplumundaki harakiri bu tipe örnek verilebilir.

Anomik (kuralsızlık) intiharları: *Yetersiz düzen* ile ilintili intihar tipidir. Özellikle sanayi toplumlarının bir ürünü olan bu intihar tipi sosyal değişimin hızlı olduğu dönemlerde toplumdaki normların çözülmesinden kaynaklanan bilinmezlik ve kuralsızlık nedeniyle gerçekleşmektedir. Ekonomik kriz dönemindeki intiharlar buna örnektir.

Fatalist (kaderci) intiharlar: *Aşırı düzen* ile ilintili intihar tipidir. Anomik intiharın tersidir; bireyin üzerinde baskı yapan kuralların ve normların çok katı olmasından kaynaklanır. Kölelerin intiharı örnek olarak verilebilir.

Özetle, Durkheim'a göre intihar, sebepleri inkar edilemeyecek kadar toplumsal bir olgudur. İntiharların gerçek sebepleri olan sosyal güçler bir toplumdan diğerine değişiklik gösterebilir ama önemli olan bireyden değil, grup veya toplumdan kaynaklanmış olmalarıdır (14).

Durkheim sonrasında da birçok sosyal bilimci intihar olgusu üzerine çalışmaya devam etmesine rağmen hiçbirisi Durkheim kadar etkili olamamıştır.

2.1.2.2. Psikolojik Yaklaşımlar

2.1.2.2.1. Dinamik Yaklaşımlar

Sigmund Freud 1916'da yayınladığı *Yas ve Melankoli* adlı çalışmasında intihar üzerinde durmuştur. Bu çalışmada Freud intiharı depresyonun bir sonucu olarak görmektedir. Normal şartlarda ego, düş kırıklığına uğratan nesneden libidoyu çeker ve serbest kalan libido yeni bir nesneye yatırılır ama depresyonda yeni bir nesne bulunamaz. Böylece boşta kalan libido egonun içine geri çekilir. Libido egoda terk edilmiş nesne ile özdeşimde kullanılır ve böylece yitirilen nesne egonun bir parçası haline gelir. Süperego, sevgi nesnesi ve ego arasında bir ayırım yapmadığından yitirilen sevgi nesnesine duyulan kin ve öfke egoya yönelir. Kendi kendini cezalandırarak öfke duyulan sevgi nesnesi cezalandırılır. Freud aynı çalışmada veciz bir şekilde şöyle der (23):

“Uzun zamandır, intihar eğilimi olup da başkalarına yönelik öldürücü dürtülerini kendine doğru çevirmemiş bir nevrotiğin var olmayacağını biliyoruz...”

Freud sonrası Menninger, Ringel, Henseler, Kind ve Shneidmann gibi psikanalistler de intihar üzerine çeşitli çalışmalar yaparak dinamik kurama katkıda

bulundular. Menninger'e göre yıkıcı ve yapıcı dürtülerin dışa yöneltilmesindeki bozukluklar onların yeniden ayrışarak içe, "kendiliğe" dönmelerine neden olur ve intihar eğilimlerini güçlendirirler. Ringel, intiharı "presuisidal sendrom" adını verdiği bir ruhsal bozukluğa bağlar. Ringel'e göre sağlam ve sağlıklı kişiler çok nadiren intihar girişiminde bulunurlar. Kind'in Nesne İlişkileri Kuramı'na göre de intihar girişiminin temel amacı ölmek değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin merkezinde bulunan bir nesneyi değiştirmektir. Henseler'e göre özgüven ve özdeğerliliğinde bozukluk gösteren kişi, büyük bir rahatlık, sonsuz bir güven ve bitmeyen bir dinginliği simgeleyen anne karnındaki "uyumlu birincil durum" tasarımlarını ölümle eşanlamlı olarak düşünmektedir. Sheidmann ise intiharı dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemi olarak anlar (13).

2.1.2.2.2. Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşımlar

Bilişsel kuramcılar intiharı daha çok umutsuzluk çerçevesinde ele almakta ve intihar girişiminde bulunan hastaların intiharı genellikle çaresizlikleri ya da umutsuzluk için bir çözüm yolu olarak gördüklerini belirtmektedirler. Bireyin yaşama bakış açısı umutsuzluklarla karakterizeyse, intihar riskinin de arttığı öne sürülür. Umutsuzluğun, intihara niyet ile güçlü bir bağlantısının bulunduğu bildirilmekte, intihara iten önemli bir etken olduğu söylenmektedir (24, 25). Bilişsel kuramın babası sayılan Beck, depresyonun umutsuzluk ve karamsarlık gibi bazı bilişsel belirtilerinin, intihar davranışı ile daha fazla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Umutsuzluğun depresyondan bağımsız olarak intihar davranışı ile ilişkili olduğuna dair birçok çalışma yayınlanmıştır (26, 27).

İntiharı bilişsel çarpıtmaların sonucu olarak gören bilişsel kuramcılar depresyondaki umutsuzluk ve çaresizlik ile intihar arasında güçlü bir bağ olduğunu öne sürerler. Depresif kişi kendisini güçsüz ve yetersiz, çevreyi olumsuz, desteklemeyen olarak görür ve geleceğin de böyle devam edeceğini çarpıtarak tasarlar. Bu gibi durumlarda kişi intiharı felaketvari yaşamından kurtulmak için tek çıkış yolu olarak görmektedir (28).

Davranışçı yaklaşımların ortak teması, intihar davranışının öğrenilmiş bir başa çıkma mekanizması olması ve sosyal sonuçlarının da etkisiyle kalıcı hale gelmesidir. Davranışçı tedaviler, yıkıcı olmayan başa çıkma mekanizmalarının öğrenilmesi üzerinde durmaktadır. Bu tedaviler davranışsal defisitler üzerinde duran paket programlar biçiminde hazırlanmışlardır. Örneğin kronik intihar davranışı için davranışçıların hazırladığı bir tedavi paketi sosyal yeteneklerin geliştirilmesi, kaygı ile başa çıkma mekanizmaları, birey ve aile üyeleri arasında sorumluluk sözleşmeleri yapılmasını kapsamaktadır (29).

2.1.2.3. Biyolojik Yaklaşımlar

Birçok çalışmada serotonerjik fonksiyonlarda bozukluğun intihar davranışına yatkınlıkla ilişkili olabileceği öngörülmüştür. Postmortem beyin reseptörlerinin değerlendirildiği çalışmalarda orbital prefrontal kortekste azalmış serotonin aktivitesinin intihar davranışı riskini artırdığı ve saldırgan ve dürtüsel davranışlara eğilime neden olduğu bildirilmiştir. Çeşitli çalışmalarda, serotonerjik fonksiyon bozukluğunun daha ölümcül intihar davranışı ile ilişkili olabileceği belirlenmiştir. İntihar eden bazı kişilerde, serotonin sinir terminallerinde serotonin taşıyıcı bağlanma bölgesi yokluğu ile birlikte 5HT1a ve 5HT2a reseptörleri gibi postsinaptik reseptörlerin arttığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda beyin omurilik sıvısında (BOS) 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeylerinin düşük olduğu ve bu durumun psikiyatrik patolojilerden bağımsız olduğu saptanmıştır (30).

Şiddet içeren yöntemlerle gerçekleşen intihar ölümlerinde yapılan postmortem frontal korteks doku incelemelerinde, plazma serotonin seviyeleri ile ilişkili olan imipramin bağlanma düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (31). Ayrıca bu kişilerde yapılan çalışmalarda BOS'ta 5-HIAA seviyelerinde düşüklük ve norepinefrinin temel yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol (MHPG) seviyesinde de anlamlı artış tespit edildiği ilave olarak intihara teşebbüs etmiş bazı depresyonlu hastaların BOS'unda da dopaminin yıkım ürünü olan homavanilik asit (HVA) düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (32).

Postmortem çalışmalarda, intihar sonucu ölenler, başka şiddet metotları ile ölenlerle karşılaştırıldığında adrenal bezin daha büyük olduğu, frontal kortekste kortikotropin-releasing faktör (CRF) için daha az bağlanma bölgesi ve BOS'ta daha yüksek seviyelerde CRF olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulardan her biri intiharı hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) aksla ilişkilendirir (33).

Son yıllarda kolesterol seviyelerinin çok düşük düzeylerde oluşu intihar riski ile ilişkilendirilmiştir. Hayvan çalışmalarında düşük kolesterol seviyesi ile saldırgan ve dürtüsel davranışın arttığı bildirilmiştir. İnsanlarda bu ilişki tam olarak gösterilememiştir. Ancak yine de düşük kolesterol seviyeleri ile intihar arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği öngörülmüştür. Norepinefrik sistemle ilgili yapılan çalışmalarda, intihar eden kişilerde locus seroleusta daha az norepinefrik nöron olduğu tespit edilmiştir (34).

2.1.3. Risk Faktörleri

İntihar için patognomonik bir risk faktörü yoktur. Tek başına hiç bir risk faktörü yeteri kadar istatistikî güce sahip değildir. İntihar riski değerlendirilmesi herhangi bir tek faktör üzerinden öngörülemmez ve değerlendirme multifaktöriyel olmalıdır. Birçok retrospektif, toplum-bazlı psikolojik otopsi ve çalışma intihar girişiminde bulunan psikiyatri hastalarında genel risk faktörlerini tespit etmiştir (35)

Kısa Süreli Risk Faktörleri: Bir yıl içinde intiharı öngören risk faktörleri şunlardır: panik ataklar, yoğun anksiyete, zevk ve ilgi kaybı, alkol kötüye kullanımı, depresif mikst durumlar, dikkat eksikliği ve global insomnia. Kısa süreli risk faktörlerinin çoğu ağır, anksiyete kaynaklı ve çeşitli psikotrop ilaçlarla tedavi edilebilir (36). Yaygın anksiyete bozukluğu ile beraber majör depresif bozukluğu olan hastalarda intihar düşüncesi oranı tek başına depresyonu olan hastalarinkinden daha yüksektir. Ağır depresyon ile anksiyete ya da panik atak komorbiditesi ölümcül olabilir. Bir hasta depresyonu tolere edebilir ama anksiyete ya da panik ataklar da eklendiğinde hayatı dayanılmaz hale gelebilir ve intihar gündeme gelebilir (37).

Uzun Süreli Risk Faktörleri: Uzun süreli risk faktörleri intihar düşüncesi, intihar niyeti, ağır umutsuzluk ve önceki intihar girişimidir. Risk faktörlerinin sayısı arttıkça intihar riski de artmaktadır. Majör affektif bozukluk, kronik alkolizm, madde kötüye kullanımı, şizofreni ve borderline kişilik bozukluğu olan hastalar intihar için artmış risk altındadırlar (32).

Demografik Risk Faktörleri: Demografik risk faktörleri yaş, ırk ve medeni hali içerir. Beyaz ırka mensup 65 yaşını geçmiş erkeklerde risk artmıştır. Seksen beş yaşını geçmiş beyaz erkeklerde risk en fazladır. Kadınların intihar girişi oranı erkeklerinkinden 3-4 kat daha fazla olmasına rağmen erkeklerin intihar oranı kadınlarinkinden 3-4 kat daha fazladır. Boşanmış bireylerdeki intihar oranı evli bireylerdeki orandan anlamlı bir şekilde daha fazladır. Genç erişkinlik dönemi haricinde beyaz bireylerde intihar oranı diğer ırklara göre daha yüksektir (38).

Genetik Risk Faktörleri: Ailede bir mental hastalık özellikle de intihar öyküsü, intihar için anlamlı bir risk faktörüdür. Affektif bozukluklar, şizofreni, alkolizm ve madde kötüye kullanımı, B kümesi kişilik bozukluklarının etyolojisinde genetik komponentler mevcuttur. Bu bozukluklar intiharların çoğu ile ilişkilidir. Ama intihar riskinin genetik geçişi psikiyatrik hastalıkların geçişinden bağımsızdır. Son zamanlarda en önemlileri serotonin taşıyıcı reseptör (SERT), triptofan hidroksilaz (TPH), bazı serotonin reseptörleri (5HT1A, 5HT1B, 5HT2A), katekol-O-metiltransferaz (COMT), monoamin oksidaz A (MAOA), tirozin hidroksilaz (TH) olan bazı genlerin intihar ile ilişkileri araştırılıyor (39).

2.1.4. Dünya’da İntihar

Dünyada intihar oranları ve değişkenleri açısından en sistematik ve sağlıklı bilgiler Dünya Sağlık Örgütü’nün kaynaklarında bulunduğu için bu konuda faydalanacağımız temel başvuru kaynaklarımız da bu kurumun raporları olacaktır.

DSÖ’nün yaptığı bir çalışmaya göre 2000 yılında dünyada tahminen 815 000 kişi intihar sonucu ölmüştür. Bu, yılda 100 000 kişiden 14.5’inin -başka bir deyişle her 40 saniyede bir kişinin- dünyada intihar sonucu öldüğünü göstermektedir. İntihar

dünyada ondördüncü ölüm nedenidir. 15-30 yaş arası popülasyonda dördüncü, 30-44 yaş arasında ise beşinci ölüm nedenidir (40).

Ulusal intihar oranları oldukça değişkenlik gösterir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) intihar rakamlarını sunan ülkeler arasında en yüksek intihar oranları Doğu Avrupa ülkelerinde (örneğin Belarus 41.5/100 000, Estonya 37.9/100 000, Litvanya 51.6/100 000 ve Rusya Federasyonu 43.1/100 000) bulunmaktadır. Yüksek intihar oranları Sri Lanka'dan (1996'da 37/100 000) da rapor edilmektedir. Latin Amerika ülkelerinde (özellikle Kolombiya 4.5/100 000 ve Paraguay 4.2/100 000) ve bazı Asya ülkelerinde (örneğin Filipinler 2.1/100 000 ve Tayland 5.6/100 000) genellikle düşük intihar oranları tespit edilmektedir. Avrupa'nın geri kalan ülkelerinde, Kuzey Amerika'da, Asya'nın önemli bölgelerinde ve Pasifik ülkelerindeki oranlar bu iki uç arasında yer almaktadır (örneğin Avustralya 17.9/100 000, Belçika 24/100 000, Kanada 15/100 000, Finlandiya 28.4/100 000, Fransa 20/100 000, Almanya 14.3/100 000, Japonya 19.5/100 000, İsviçre 22.5/100 000 ve Birleşik Devletler 13.9/100 000). Ne yazık ki Afrika ülkelerindeki intihar oranları hakkında çok az bilgi mevcuttur.

Finlandiya ve İsveç'in 18. yüzyıldan beri intihar oranları verileri mevcuttur ve ikisi de intihar oranlarının zamanla arttığını göstermektedir. 20. yüzyıl süresince Finlandiya, İrlanda, Hollanda, Norveç, İskoçya, İspanya ve İsveç'te intiharlar anlamlı bir şekilde artarken İngiltere, Galler, İtalya, Yeni Zelanda ve İsviçre'de anlamlı bir şekilde düşmüştür. Avustralya'da anlamlı bir değişim gözlenmemiştir.

İntihar oranları genel popülasyonda eşit bir şekilde dağılmamaktadır. Küresel olarak intihar oranları yaş ile beraber artar. Oranlar 5-14 yaş aralığı için 0.9/100 000 iken 75 yaş yukarısı için 66.9/100 000 gibi yüksek bir orandır. Genel olarak 75 yaş ve yukarısı için oran 15-24 yaş arası için olan oranın yaklaşık 3 katıdır. Oran olarak yaşlı kişilerde intihar yüksek olsa da gerçekte 45 yaş altı kişilerde mutlak rakam daha yüksektir. 45 yaş altı kişilerdeki intihar oranı 45 yaş üstü kişilerdeki intihar oranlarını 3 katıdır. Bu fenomen bütün ülkelerde gözükür ve bu durum endüstrileşme ve zenginlik seviyesi ile korele değildir. Yaş ve cinsiyete göre dünyadaki intihar oranları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yaş ve cinsiyete göre intihar oranları*.

	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	Toplam
Erkek	0.7	12.7	18.3	20.5	17.0	13.9	9.6	7.3	100
Kadın	0.9	13.3	15.0	15.4	14.7	13.9	13.7	13.1	100
Toplam	0.8	12.8	17.5	19.2	16.4	13.9	10.7	8.7	100

*1990-2000 yılları arasındaki DSÖ verileri baz alınarak hazırlanmıştır.

Cinsiyet, kültür, ırk ve etnisite de intiharın epidemiyolojisinde önemli etkenlerdir. İntihar oranları erkeklerde kadınlara oranla daha yüksektir. Erkek/kadın oranı 1.0:1 ile 10.4:1 arasında değişmektedir. Oranlar kısmen kültürel bağlamdan etkileniyor gözükmemektedir. Oranlar Asya ülkelerinde (örneğin Çin 1.0:1, Filipinler 1.6:1, Singapur 1.5:1) göreceli olarak düşükken eski Sovyetler Birliği ülkelerinde (Belarus 6.7:1, Litvanya 6.2:1) yüksek ve Şili (8.1:1) ile Porto Riko'da (10.4:1) çok yüksektir. Ortalama olarak, erkeklerin intihar oranı kadınlarınkinden 3 kat fazladır ve ileri yaş erkeklerde bu oranın daha da artması dışında aşağı yukarı her yaş grubunda bu oran sabit kalmaktadır. Genelleme yapılırsa Asya ülkelerinde cinsiyetler arası intihar oranları dünyanın geri kalanından daha düşüktür.

Birleşik Devletler'de Afrikalı Amerikanlar arasında intihar oranı artışı bildirilmesine rağmen Kafkasyalılar'ın intihar oranı diğer ırklara göre 2 kat daha fazladır. Bu yüksek prevalans örüntüsü Güney Afrika ve Zimbabwe'de yaşayan Kafkasyalılar arasında da tespit edilmiştir. Kafkasyalılar arasında genel olarak daha yüksek olan bu oranlar, Ermenistan, Azerbaycan ve Gürcistan gibi eski Sovyet Cumhuriyetlerinde bulunmaktadır.

Estonya, Finlandiya ve Macaristan'da olduğu gibi aynı etnik gruba mensup olmak benzer intihar oranlarına sahip olmakla ilişkili gibi gözükmemektedir. Macaristan coğrafi olarak oldukça uzak olmasına rağmen üç ülkenin intihar oranları oldukça yüksektir. Farklı etnik gruplar aynı yerde yaşasa dahi farklı intihar oranlarına sahip

olabilirler. Singapur'da yaşayan Çinli ve Hintlilerin intihar oranı Malayların oranından çok daha yüksektir (15).

2.1.5. Türkiye’de İntihar

Türkiye’de intihar istatistiklerine ilişkin veriler 1962 yılından bu yana derlenmekte olup tüm yerleşim yerlerini içermektedir. Yerleşim yerlerinde meydana gelen her bir intihar olayı için "intihar istatistik formu" emniyet ya da jandarma teşkilatı personeli tarafından doldurulur ve her ayın sonunda valilik ve kaymakamlıklar kanalı ile topluca Türkiye İstatistik Kurumu’na (TÜİK) gönderilir (41) .

TÜİK’in cinsiyete göre intiharla ilgili istatistik verileri 1975 yılından beri beş yıllık arayla ve son beş yılın verileri Tablo 2’de gösterilmiştir (42). Tablodan da anlaşılacağı üzere 1975 yılında 1.97/100 000 olan kaba intihar hızı 2009 yılında 4.03/100 000 olmuştur. Bu artışa rağmen dünya ortalaması olan 14.5/100 000 oranının çok altında seyretmektedir. Tabloya göre Türkiye genelinde intihar vakalarının giderek artma eğilimi göstermesine karşın, diğer ülkelerle kıyaslandığında daha düşük oranda kaldığı görülmektedir.

Cinsiyetler arası intihar oranları karşılaştırıldığında 1975’te 1.25:1 olan erkek/kadın oranı sürekli artmış ve 2009 yılında 2.6:1 oranıyla dünya ortalamasına yaklaşmaktadır.

Yine TÜİK 2010 verilerine göre; 2073’ü erkek ve 860’ı kadın toplam 2933 kişi intihar etmiştir (erkek/kadın 2.41:1). Türkiye’de yaşa ve cinsiyete göre intihar oranları da Tablo 3’de gösterilmiştir. Tablo 1’de gösterilen DSÖ verileri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de intiharın kadınlarda daha fazla olmak üzere daha genç yaşlarda gerçekleştiği görülmektedir. Dünyada kadın intiharlarının %37.3’ü 34 yaş altı kadınlarda iken Türkiye’de bu oran % 60.7’yi bulmaktadır. Erkeklerde ise dünyaki oran %31.7 iken ülkemizde %52’yi geçmektedir.

Tablo 2. TÜİK'in verilerine göre cinsiyete göre intiharlar ve kaba intihar hızı.

Yıl	Toplam	Erkek (%)	Kadın (%)	Kaba İntihar Hızı (%000)
1975	788	438 55,6	350 44,4	1,97
1980	750	428 57,1	322 42,9	1,69
1985	1 187	732 61,7	455 38,3	2,36
1990	1 357	865 63,7	492 36,3	2,42
1995	1 460	907 62,1	553 37,9	2,36
2000	1 802	1 114 61,8	688 38,2	2,67
2005	2 703	1 740 64,4	963 35,6	3,75
2006	2 829	1 782 63,0	1 047 37,0	3,88
2007	2 793	1 808 64,7	985 35,3	3,98
2008	2 816	1 924 68,3	892 31,7	3,96
2009	2 898	2 111 72,8	787 27,2	4,03

Tablo 3. TÜİK verilerine göre 2010 yılı Türkiye’de yaşa ve cinsiyete göre intihar sayı ve oranları.

TÜİK	Sayı	Toplam	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Bilinmeyen
Toplam	Toplam	2933	107	381	311	331	288	251	227	214	203	151	119	89	69	29
Erkek	Erkek	2073	48	202	205	228	211	191	182	171	171	115	87	70	50	23
Kadın	Kadın	860	59	179	106	103	77	60	45	43	32	36	32	19	19	6
Oranlar (%)	Oran	Toplam	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Bilinmeyen
Toplam	Toplam	100	3.6	12.9	10.6	11.2	9.8	8.5	7.7	7.2	6.9	5.1	4.0	3.0	2.3	0.9
Erkek	Erkek	100	2.3	9.7	9.8	10.9	10.1	9.2	8.7	8.2	8.2	5.5	4.1	3.3	2.4	1.1
Kadın	Kadın	100	6.8	20.8	12.3	11.9	8.9	6.9	5.2	5.0	3.7	4.1	3.7	2.2	2.2	0.6

Ülkemizde 2010 yılı istatistiklerine göre 1528 kişi kendini asarak, 693 kişi ateşli silah kullanarak, 300 kişi yüksekten atlayarak, 204 kişi kimyevi madde kullanarak, 67 kişi suya atlayarak, 35 kişi kesici alet kullanarak, 17 kişi tren veya başka bir motorlu araç altına atlayarak, 13 kişi doğalgaz, tüpgaz vb. kullanarak, 9 kişi kendini yakarak ve 67 kişi de diğer yöntemleri kullanarak intihar etmiştir. İntihar eden erkeklerin %56.8'ı ve kadınların ise sadece %9.6 iş/meslek sahibidir (43).

Ancak ülkemizde TÜİK verileri bağlamında, görevliler, toplumun yargılayıcı yaklaşımı nedeni ile aileyi korumak adına intiharları kaza olarak bildirmeye eğilimlidir. Bazen intiharı kazalardan ayırmak güç olabilmektedir. Bu nedenle Türkiye'deki sonuçların güvenilirliği daima bir soru işaretine sahiptir (44).

2.1.6. Diyarbakır'da İntihar

TÜİK verilerine göre Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 2010 yılı içerisinde 170'i erkek 110'u kadın olmak üzere toplam 280 kişi intihar etmiştir. Böylece 2010 yılında Türkiye geneli erkek/kadın intihar oranı 2.41:1 iken Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bu oran 1.54:1 olarak gerçekleşmiştir. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki intihar yöntemi ise Türkiye geneli ile benzerdir.

Diyarbakır'da ise 2010 yılında 47 erkek ve 36 kadın (erkek/kadın oranı 1.30:1) intihar etmiştir. Erkekler en sık ateşli silah kullanarak (n:21), kendini asarak (n:14) ve yüksekten atlayarak (n:10) intihar ederken, kadınlar en sık kendini asarak (n:13), yüksekten atlayarak (n:13) ve ateşli silah kullanarak intihar girişiminde bulunmuştur.

Yaş grupları ve cinsiyet dikkate alındığında Türkiye toplamı, Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Diyarbakır iline ait resmi istatistikler karşılaştırmalı olarak Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. TÜİK verilerine göre 2010 yılı istatistikleri.

TÜİK	2010	Toplam	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Bilin-Meyen
Türkiye	Toplam	2.933	107	381	311	331	288	251	227	214	203	151	119	89	69	163	29
Genel	Erkek	2.073	48	202	205	228	211	191	182	171	171	115	87	70	50	119	23
Toplam	Kadın	860	59	179	106	103	77	60	45	43	32	36	32	19	19	44	6
Güneydoğu	Toplam	280	23	60	38	44	32	19	14	9	5	6	6	2	5	11	6
Anadolu	Erkek	170	14	27	20	29	24	13	9	7	4	4	5	0	5	6	3
Bölgesi	Kadın	110	9	33	18	15	8	6	5	2	1	2	1	2	0	5	3
	Toplam	83	3	17	11	16	8	3	9	4	3	2	2	2	0	3	0
Diyarbakır	Erkek	47	1	4	7	10	7	3	5	3	2	2	1	0	0	2	0
	Kadın	36	2	13	4	6	1	0	4	1	1	0	1	2	0	1	0

Diyarbakır’da 1997 yılında adliye sevk edilmiş intihar ve intihar girişimlerine ilişkin mahkeme dosyalarını incelenmesi ile yapılan bir çalışmada 134 dosyanın 26’sı intihar olgusu, geri kalanı ise intihar girişimlerine ait olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Diyarbakır’da intihar hızı 4,8/100000, intihar girişim hızı ise 19,8/100000’dir. İntihar girişiminde bulunanların 86’sı (%79,6), intihar olgularının ise 17’si (%65,4) kadındır. İntiharda ve intihar girişiminde bulunanların yaş ortalamaları sırasıyla $27,77 \pm 15,37$ ve $22,12 \pm 6,82$ olarak bulundu. Gösterilen intihar nedenlerinde ilk sırayı ruhsal bozukluklar alırken (%46,1), intihar girişimlerinde ailesel sorunlar (%39,8) ön plandaydı. İntihar kurbanları tarafından en sık seçilen yöntem asıydı ve yüksek doz ilaç alımı intihar girişimcileri tarafından en sık kullanılan yöntemdi. İntihar girişimi ve intiharlar kadınlarda ve bekarlarda daha sıklıkla görüldü. Sonuç olarak Diyarbakır’da, intihar hızının yüksek oluşunun temel nedenlerinden birisinin göç hızındaki artış olabileceği düşünülmüş. Kadınlar arasında intihar ve intihar girişimlerinin yüksekliğinin ise, bu bölgede yaşayan kadınların içinde bulunduğu olumsuz sosyal konumla ilişkili olabileceğini düşünülmüş (45).

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne organofosfat zehirlenmeleri ile başvuran 165 hastayı kapsayan bir incelemede hastaların 155'inin kadın (%94) ve yaş ortalamasının da 20.9 olduğu bulunmuştur. Hastaların 156'sı (%94.5) intihar amaçlı ve 9'u (%5.5) da bilmeyerek ilacı almışlar. 74 (%45) hastanın daha önce de intihar girişimi bulunmaktadır. 142 (%86) hasta şifa ile taburcu edilirken 23 (%14) hasta da ölmüştü. Kadınlarda (%95.5) intihar amaçlı ilaç alma oranı erkeklere (%25) göre daha yüksek bulunurken ölümle sonuçlanan vakaların hepsinin intihar amacıyla organofosfat alanlar olduğu tespit edilmiştir (46).

Kendini zehirleme yöntemiyle intihar girişiminde bulunan kişilerde yapılan bir Diyarbakır çalışmasında 156 hastadan (110 kadın, 46 erkek) kadınların yaş ortalamasının erkeklerden daha düşük bulunduğu (sırasıyla 21.04 ve 27.17), kadınların % 70'inin ve erkeklerin % 4.3'ünün son 1 yıl içerisinde aile içinde fiziki şiddete uğradığı saptanmıştır. Aynı çalışmada intihar girişiminden 1 hafta öncesine kadar aileleriyle sorun yaşama, aile içi fiziksel şiddete uğrama ve işsiz olma oranlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu, sosyal desteğin ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde tamamlanmış intihar olgularının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olmasında bu özelliklerin rolü olabileceği düşünülmüştür (47).

Diyarbakır'da yapılan bir başka akut zehirlenme çalışmasında vakaların %75'inin 15-25 yaş aralığında bulunduğu ve %85 nedeninin de intihar girişimi olduğu bulunmuştur. Tıbbi ilaçların yüksek dozda alınması %50 en fazla sebepken tarımsal ilaçlar %35 oranında saptanmıştır. Yüksek dozda alınan tıbbi ilaçlar içinde en fazla oranlar psikiyatrik ilaçlar (%20) ve parasetamol (%17,5) olmuştur. İntihar girişiminde bulunanların oranı yalnız olan gençlerde, kadınlarda, kalabalık ailelerde, şehirde oturanlarda ve ilköğretim ve lise mezunlarında daha yüksek bulunmuştur (48). Bir başka akut zehirlenme çalışmasında % 63.5'inin intihar amaçlı olduğu geri kalanın kaza sonucu olduğu tespit edilmiş olup 108 intihar vakasından % 71.3'ünün kadın ve %68.5'ininde bekar olduğu bulunmuştur (49). Yoğun bakım ünitesinde yatan zehirlenme vakalarda yapılan bir geriye dönük analizde ise 55 hastadan sadece 1'i intihar amaçlı ilaç almamıştı. Hastaların % 80'i kadın ortalama yaş 23.6 olarak

bulunmuştur. Bunlardan 47 hasta taburcu edilirken 2 hasta sevk edildi ve 6 hasta da ölmüş (50).

Diyarbakır Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nde 1996-98 yılları arasında tanzim edilen ölü muayene ve otopsi raporlarından elde edilen olgu bilgilerine göre ölümlerin %76'sı kaza, %15'i cinayet ve %9'u intihar olduğu saptandı (51). Bir başka adli tıp çalışmasında da Diyarbakır'da banyo ölümleri araştırılıyor. Bu çalışmada da 52 olgudan 16'sı (%30,8) intihar şeklindeydi. Banyoda intihar eden 11 erkek ve 5 kadının hepsi ası yöntemiyle intihar etmiştir (52). Diyarbakır'da yine Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nün kayıtlarının incelendiği bir çalışmada çocuk ve ergen intiharları araştırılmıştır. On dokuz yaş altı 56 intiharların %71'i kadın olup, %43'ü ateşli silahla, %28'i ası ile ve %16'sı da yüksekten atlama ile meydana gelmiştir (53).

Diyarbakır'da 1996-2001 yılları arasında intihar sonucu ölen kişilerde yapılan postmortem bir çalışmada %58'inin (174/302) kadın olduğu, kadın intiharlarının %56.3'ünün 20 yaş altı olduğu bulunmuştur. Kadınlar en sık ası (%32.2), erkekler ise en sık ateşli silahlarla intihar girişiminde bulunmuştur. Yirmi dokuz kadının (%16.7) psikiyatrik bir hastalığı olduğu belgelenmiş ve en sık intihar nedeni ailevi problemler teşkil etmiştir (54).

2.2. Din ve İntihar

Din ve ruh sağlığı ilişkisi farklı disiplinler açısından uzun süreden beri tartışılan konulardan biri olagelmektedir. Bu iki kavram birlikte düşünüldüğünde çoğunlukla akla ilk gelen dinin genel ruh sağlığı üzerinde bir etkisinin olup olmadığıdır. Teolojik tartışmalarda dinin her zaman ruh sağlığını koruyucu olduğu şeklinde bir ön kabul vardır. Psikolojik ve psikiyatrik disiplinler açısından ise soru bu kadar kolay cevaplandırılabilir bir konu olarak görülmez (55).

Deneyisel kanıtlar dinler arası intihar oranlarının farklı olduğunu işaret etmektedir. Birleşik Devletler'deki en yaygın dini gruplar arasında Protestanlar en yüksek intihar oranlarına sahipken Katolikler onları takip etmektedirler. Müslümanlarda Hristiyan ya da Hindu gruplarla karşılaştırıldığında daha düşük

intihar davranışı oranları kaydedilmektedir. Yüksek düzeyde dindarlık azalmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (56).

PsycINFO ve MEDLINE veritabanlarında 1980-2008 yıllarında yapılmış dindarlık ve intihar hakkındaki yayınları inceleyen bir derleme her dini gruba ait özgün özellikleri bulmaya çalışmıştır (57).

Hristiyanlık ve İntihar: Kutsal Kitap'ta ve apokrifalarda toplam 10 tane tamamlanmış intihar ve 11 tane de intihar girişimi ya da düşüncesi bulunmaktadır. Kutsal Kitap insan hayatının kutsal olduğunu belirtir ama intihar konusunda övücü ya da yeri bir yorumda bulunmaz (58). İntihar kelimesi Kutsal Kitap'ta geçmez ancak beşinci yüzyılda Aziz Augustine'in intiharın altıncı emirdeki "öldürmeyeceksin" kuralına aykırı olduğunu savunmuştur. Onüçüncü yüzyılda Aziz Thomas Aquinas, Aziz Augustine'in görüşüne dayanarak intiharı günah olarak tanımlamıştır. Günümüzde dünyada 2.1 milyar Hristiyan yaşamaktadır. Katolik ve Baptist mezhebine üye olanlarda intihar oranı Protestan olanlara oranla daha düşüktür. Katolik ve Baptistler daha fazla kilise aktivitelerine katıldıklarından sosyal destek ağları daha geniştir.

Hinduizm ve İntihar: Dünyada yaklaşık 900 milyon Hindu yaşamaktadır. İslam ve Hristiyan kaynaklarının aksine Hindu kutsal metinleri intihar konusunda ikirciklidir. Reenkarnasyon ve karma Hindu felsefesine göre hayat ölümle son bulmuyor ve ölümden sonra yeniden doğulur. Bu nedenle Hindu dini intihara daha hoşgörülüdür. Eşinin ölümünden sonra kendini yakma olan Sati kavramı dini bir kavram değildir ve günümüzde yasaklanmıştır. Hinduların intihar oranları hakkında veriler sınırlı da olsa Müslümanlarla karşılaştırıldıklarında oldukça yüksek çıkmaktadır.

Musevilik ve İntihar: Dünyada 14 milyon Musevi yaşamaktadır. Musevilikte intihar cinayetle eşdeğerdir. Yahudi doktrini altıncı emirdeki "öldürmeyeceksin" kuralına bağlı olarak değil insan hayatının herşeyden üstün olduğuna inandığı için intiharı reddetmektedir. Musevilerin intihar oranı Hristiyanlarınkinden düşük Müslümanlarınkinden yüksektir. Ayrıca İsrail'deki Musevilerin intihar oranı Birleşik Devletler'de yaşayan Musevilerin oranından düşüktür (57).

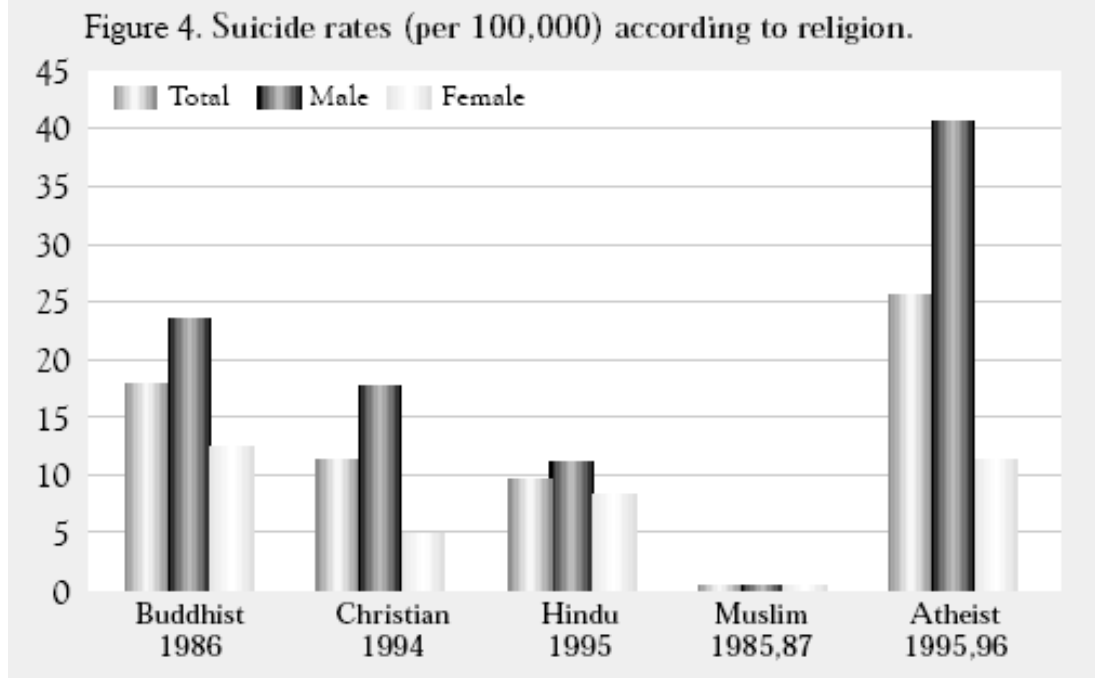
İslam ve İntihar: İslamiyet'in intihar üzerine etkisi sınırlı bilgiler nedeniyle tanımlanması zor olmaktadır. Hiçbir Ortadoğu ülkesi ölüm verilerini DSÖ'ye vermemekte ve çok az İslam ülkesi intiharı kaydetmekte ve intihar oranlarını bildirmektedir. Sınırlı veriler göstermektedir ki İslam ülkelerinde intihar oranları diğer ülkelere oranla düşüktür. Dünyada yaşayan 1.5 milyar Müslümanın intihar oranları da Hristiyan ve Hindulara göre daha düşüktür. Çalışmalarda İslam ülkelerinde depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, karamsarlık ve ölüm obsesyonunun batı örneklerine göre daha fazla görülmektedir. Psikolojik sıkıntı seviyesinin daha fazla olmasına rağmen intihar oranının düşük olmasına birkaç açıklama önerilmiştir. Birincisi, Müslümanlar arasındaki yüksek dindarlık seviyesi tampon görevi görmektedir. Dindarlık arttıkça depresyonun ve anksiyetenin seviyesi düşmektedir. İkincisi, İslam intiharın günah olması konusunda diğer dinlerden daha sıkıdır. Üçüncüsü, İslam ülkelerinde sosyal damgalanma nedeniyle bildirilen oranlarda sahte bir düşüklük yaratmaktadır. Bazı araştırmalar İslam ülkelerinde intihar oranlarının giderek arttığını bildirmektedir (57).

Kuran-ı Kerim'de Nisa süresi 29. Ayet'te (*Ey iman edenler! Mallarınızı aranızda batıl yollarla yemeyin. Ancak karşılıklı rıza ile yapılan ticaretle olursa başka. Kendinizi helâk etmeyin. Şüphesiz Allah, size karşı çok merhametlidir*) açık bir şekilde intiharı yasaklanmıştır. Otuzuncu ayette de intihar edenlerin cehennem ateşinde cezalandırılacağı belirtilmiştir (*Kim haddi aşarak ve zulmederek bunu yaparsa, onu cehennem ateşine atacağız. Bu, Allah'a pek kolaydır*). Ayrıca İslam Peygamberi birçok hadisinde intihar etmenin haram olduğunu ve ahirette cezasının ne kadar ağır olduğunu ifade etmiştir. (53, 59, 60, 61).

DSÖ'ye intihar verilerini eksiksiz veren sosyoekonomik ve gelir seviyeleri farklı 27 ülkenin istatistiklerini inceleyen bir çalışmada, ülkenin genel nüfusundaki İslam taraftarlarının yüzdesi ile genel nüfusun intihar oranı arasında anlamlı bir şekilde negatif korelasyon tespit edilmiştir (62).

DSÖ verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada dünyadaki ülkeler Budistler, Hristiyanlar, Hindular, Müslümanlar ve ateistler olarak sınıflandırılmış ve bu ülkelerin bir karşılaştırması yapılmıştır (Şekil 1). Kuveyt gibi müslüman ülkelerin intihar oranı sıfıra çok yakın (0.1/100 000) bulunurken Hindu (örneğin Hindistan) ve Hristiyan

ülkelerde (örneğin İtalya) bu oran 10/100 000 civarındadır (Hindularda 9.6/100 000, Hristiyanlarda 11.2/100 000). Ateist ülkelerde (örneğin Çin) intihar oranı 25.6/100 000 gibi bir rakamla en yüksek grubu oluşturmaktadır (63, 64).



Şekil 1. Dinlere göre dünyada intihar oranları.

Birleşik Devletler’de depresyon hastalarında yapılan bir çalışmada herhangi bir dine üye olmayan kişilerde, bir dine üye olan kişilere kıyasla, anlamlı bir şekilde daha fazla yaşam boyu intihar girişimi, birinci derece akrabalarında daha fazla intihar oranı, yaşamak için daha az neden algılaması ve intihar eylemine karşı daha az ahlaki itiraz olduğu bulunmuştur. Klinik özellikler açısından bir dine üye olmayanlarda daha fazla yaşam boyu impulsivite, agresyon ve geçmiş madde kullanım öyküsü mevcutken depresyon derecesi, umutsuzluk ve yaşam olayları açısından iki grup arasında bir fark bulunamamıştır (65).

Ruh sağlığı ve dindarlık arasındaki olumlu ilişkinin teorik açıklamalarında çeşitli görüşler öne sürülmüştür. Bunlardan bazıları; **davranış düzenleme teorisi** (namaz, dua, günah çıkarma gibi yapılması istenen ve içki, kumar, uyuşturucu gibi

yapılmaması istenen yönergelerle dindar birey ruhsal hastalıklara karşı korunmaktadır), **olumlu duygular teorisi** (Tanrı'ya duyulan güven ve sevgi kişinin Tanrı tarafından korunduğunu düşünmesini sağlayarak ruh sağlığını olumlu yönde etkilemektedir), **bilişsel yönelim teorisi** (din, istikrarlı bir tutarlılık duygusu oluşturur), **alternatif değerler teorisi** (insandan kendisinden yukarıda olanı değil aşağıda olanı görmesi istenir) ve **sosyal destek teorisi** (dindar insanlar sosyal bir gruba ait olduklarını hissederek güven duyguları artar) gibi görüşlerdir (66).

Özetle, araştırmalar genellikle tutarlı bir şekilde dindarlık düzeyi arttıkça intiharın kabul edilebilirliğinin azaldığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte yapılan çalışmalar intihara yönelik tutumları dini, mezhepsel, kültürel, etnik ve ırklar arası farklılıkların çeşitlendirebildiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda intihar oranlarının intihara karşı güçlü dini yasakların olduğu kültürlerde daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir (67).

2.3. Bağlanma Kuramı

2.3.1. Giriş

Bağlanma kuramının babası sayılan John Bowlby (1907-1990) çocuk gelişimi, psikanaliz ve psikiyatri alanlarında çalışmalar yapmıştır. Bowlby kuramın temel ilkelerinin formüle ederken Mary D. Salter Ainsworth ise Bowlby'nin kuramına davranışsal boyut kazandırarak ve kuramın istatistiksel olarak ölçülebilir hale gelmesini sağlayarak hem metodolojisini oluşturmuş hem de kurama büyük yenilikler getirmiştir (68).

Bowlby'ye göre bağlanma, çocuğun ilgi-bakım ihtiyaçlarını karşılayan kişilere, genellikle ebeveynlere, karşı geliştirdiği güçlü duygusal bağlardır. Bireyin kurduğu ilk ilişki, yeni doğan ile ona bakım veren anne ya da annenin yerini alabilecek temel bakım veren bir diğer bakıcı arasında geçmektedir. Hatta bu ilişki anne karnında iken başlar. Bu ilişkinin, bebeğin kendini güvende hissetmesi, temel gereksinimlerinin giderilmesi, duygusal yakınlık görmesi gibi olumlu bir süreçte ilerlemesi halinde, anne ya da bakıcısıyla kurduğu ilişki sonucunda kendini

sevilmeye ve onaylanmaya değer görerek önemli ve güvende olduğunu hissedecektir. Eğer bebek kendini güvende hissederse, başkalarının ve dünyanın da güvenilir bir yer olduğuna dair “zihinsel temsiller” oluşturur. Bu güvenlik hissi, kişinin kendisi ve diğerleri hakkında olumlu modeller geliştirebilmesi için temel bir yapı oluşturmaktadır ve bu modeller “içsel çalışan modeller” (*internal working models*) ya da “zihinsel temsiller” (*mental presentations*) olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bakımverenlerinin bulunduğu bir ortamda çocuklar bakımverenlerini bir “güvenli üs” olarak kullanıp çevreyi araştırırlar. Bowlby’ye göre bebekler beslenme gereksiniminden bağımsız olarak bakım verenin varlığına gereksinim duyarlar. Bu nedenle bakım verenden uzaklaştığında veya uzaklaşma tehdidi varlığında etkinleşen, bakım verenin varlığında da yatışan ağlama, tutunma, takip etme gibi çocukta içgüdüsel olarak bulunan “bağlanma davranışları” (*attachment behaviours*) mevcuttur (69).

2.3.2. Bağlanma Biçimleri

Bağlanma biçimlerini ilk kez Mary Ainsworth tanımlamıştır. Ainsworth *Yabancı Durum Deneyi*’nde (Strange Situation Test) laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini gözlemlemiştir. Bunları **güvenli**, **kaygılı-kararsız (anksiyöz-ambivalan)** ve **kaygılı-kaçınan (anksiyöz-kaçınan)** olarak 3 farklı gruba ayırmıştır. Ainsworth’e göre güvenli bebek, annenin veya bakımverenin gereksinimlerini karşıladığını sürekli deneyimleyerek bilir. Kaygılı-kararsız bebek, anneden ayrılırken ağlamaya ve kaygılanmaya oldukça yatkındır. Bu tip bebekler gereksinim duyduklarında anne-babalarının karşılık verebileceklerinden, yardım edeceklerinden kuşku duyarlar. Bu belirsizlikten dolayı ayrılık anksiyetesi duymaya yatkındırlar. Kaçınan bebek ise, annenin reddedici davranışını anneden belirgin bir şekilde anneden kaçınmakla veya anneyi yok sayarak yanıt verirler. Hayatını, annesinin sevgisi ya da desteği olmadan sürdürmeye çalışır (70). Sonradan tanımlanan diğer bir bağlanma biçimi ise **güvensiz-dezoryante/dezorganize** bağlanma tipidir. Bu çocuklar kavuşmalarda, ambivalan, stereotipik, karmaşık veya alakasız davranışlar sergilerler. Son olarak, **kaçınan-ambivalan (kaçınan-kararsız)** bebekler hem kaçınan hem de kararsız

davranışlar gösterirler. Bu durum genelde istismar ve ihmal ile ilişkili gibi durmaktadır (71).

2.3.3. Erişkinlikte Bağlanma

John Bowlby ve Mary Ainsworth'un çalışmaları sonucu oluşturulmuş olan bağlanma kuramındaki temel ilkelerden biri, temel bakım veren kişi ile kurulmuş olan bağlanma ilişkilerinin yaşam boyu devam ettiği ve erişkin dönemde de insanların davranışlarına yön verdiğidir (72).

Genellikle erişkinlerde bağlanma biçimlerini tanımlayan iki önemli model kullanılmaktadır. Bunlar Hazan ve Shaver'in Modeli ve Bartholomew'ın Dörtlü Bağlanma Modeli'dir.

Hazan ve Shaver Modeli: Hazan ve arkadaşları, Ainsworth'un ortaya koymuş olduğu üçlü bağlanma biçiminin yetişkin yaşamındaki karşılıkları olan ve özellikle yakın ilişkiler bağlamında tanımladıkları romantik ilişkilerde bağlanmayı, kendini bildirime dayanan bir ölçekle araştırmışlar ve yetişkinler için de **güvenli**, **kaygılı-kararsız** ve **kaygılı-kaçıngan** bağlanma biçimleri olmak üzere üç boyut tanımlamışlardır. Buna göre, güvenli bağlanma biçimine sahip yetişkinler kendine güvenen, sosyal açıdan girişken, yakın ilişkiler kurmaktan rahatsızlık duymayan bireylerdir. Kaygılı- kararsız yetişkinler kendilerine güvenmeyen, reddedilmek ve terk edilmekten korkan kişilerdir. Kaygılı-kaçıngan yetişkinlerin ise yakın ilişkilerden kaçındıkları, kendilerini açmaktan rahatsız oldukları ve sosyal bakımdan baskılanmış oldukları görülmektedir (73).

Erişkinlerin bağlanma kategorilerine dağılımı (% 55 güvenli, %25 kaçınmacı, % 20 kaygılı kararsız) farklı birçok ülkede birçok araştırmacı tarafından doğrulanmaktadır. Oranlar Ainsworth'un *Yabancı Durum Deneyi*'ndeki oranlara benzerdir (74).

Dörtlü Bağlanma Modeli: Bartholomew ve arkadaşları benliğe ve başkalarına ilişkin olumlu ya da olumsuz görüşte olmayı temel alarak dört farklı

bağlanma modeli önermişlerdir. Dörtlü Bağlanma Modeli olarak adlandırdıkları bu sınıflandırmalarını şu şekilde açıklamışlardır:

Güvenli bağlanma biçimi (Secure attachment style): Olumlu benlik ve başkaları modelinin birleşimi olarak tanımlanmaktadır. Güvenli bağlanma stiline sahip bireyler kendilerini sevmeye değer görürken, başkalarını da güvenilebilir ve ulaşılabilir olduklarına yönünde olumlu beklentileri vardır. Başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir ve aynı zamanda özerkliklerini de koruyabilirler. Bu bağlanma stili Hazan ve Shaver'ın güvenli bağlanma stiline karşılık gelmektedir.

Saplantılı bağlanma biçimi (Preoccupied attachment style): Olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modellerinin birleşimi olarak tanımlanır. Saplantılı bireyler kendilerini sevmeye değer görmezken, başkalarını oldukça olumlu değerlendirirler. İlişkileri konusunda takıntılıdır. Bu bağlanma stili Hazan ve Shaver'ın kaygılı-kararsız bağlanma stiline karşılık gelmektedir.

Korkulu bağlanma biçimi (Fearful attachment style): Olumsuz benlik modeli ile olumsuz başkaları modelinin bir birleşimi olarak tanımlanır. Korkulu bağlanma stili olan bireyler, kendilerinin değersiz ve başkalarının da güvenilmez ve reddedici olduklarına inanmak eğilimindedirler. Başkaları ile yakınlık kurmaktan kaçınarak reddedilme olasılığından kendilerini korumaya çalışırlar.

Kayıtsız bağlanma biçimi (Dismissive attachment style): Olumlu benlik ve olumsuz başkaları modelinin birleşimi olarak tanımlanır. Bu bireyler, kendilerini değerli görme eğilimindedirler. Başkalarına karşı tutumları ise genelde olumsuzdur. Yakınlığa karşı kayıtsızdırlar ve yakın ilişkilerin çok fazla gerekli olmadığına inanırlar (75).

2.3.4. Psikopatoloji ve Bağlanma

Bağlanma kuramı hem bir normal gelişim kuramı hem de bir psikopatoloji kuramıdır (76). Bowlby'nin çalışmalarından itibaren güvensiz bağlanma biçimleri daha sonraki yaşam dönemlerinde ortaya çıkan psikopatolojilerin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma daha çok sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Güvensiz bağlanma biçimleri olan kaygılı-kararsız bağlanma anksiyete bozuklukları

ve depresif bozukluklarla ilişkilendirilirken, kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir. Dağınık bağlanmanın (dezorganize/dezoryante) ise dissosiyatif bozukluklarla birlikteliği bildirilmiştir (77). Pek çok çalışmada gösterildiği üzere kültürler arası fark göstermeksizin doğum sonrası depresyon annenin güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkili bulunmaktadır (78, 79, 80). Panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (81).

Ülkemizde Kökçü ve Kesebir yaptığı bir çalışmada bipolar bozukluk tanılı olgularda kaçınan bağlanma, bu olguların çocuklarında kaygılı/kararsız bağlanma, sağlıklı kontrollerden sık bulunmuştur. Güvensiz bağlanma ile hipertimik mizaç arasında ters ilişki saptanmıştır. Bu çalışmaya göre güvensiz bağlanma biçimi ve duygudurum bozukluklarının birbirini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkilemektedir (82).

2.3.5. Bağlanma ve İntihar

İntihar girişiminin temelini oluşturan ruhsal durumlar ve psikolojik dinamiklerin analizi güvensiz bağlanmanın böyle yıkıcı eylemlerle ilişkili olduğuna dair olan hipotezi güçlendirir. Kişinin kendi başına zorluk ve acılarının üstesinden gelemediği bazı vakalarda intihar girişimi yardım, bakım ve ilgi için bir çılgılığı temsil edebilir. Bağlanma kuramı perspektifinden bakıldığında bu tür intihar davranışları bağlanma sisteminin kaygılı hiperaktivitesinin (*anxious hyperactivation*) uç bir durumudur. Erişilemeyen ve cevap vermeyen bağlanma figürünün dikkatini çekmek için kullanılan diğer uyumsal yöntemler başarısız olduğunda kaygılı kişiler için intihar bağlanma figürünün sevgisini, şefkatini ve ilgisini kazanmanın bir aracı olabilir. Diğer vakalarda, intihar girişimi belirli birilerine karşı düşmanca bir reaksiyonu ya da sosyal izolasyona, yabancılaşmaya ve kimlik dağınıklığına karşı bir itirazı temsil edebilir. Bu tür intihar girişimleri, bağlanma sisteminin uç kaçınan etkisizleştirme (*avoidant deactivation*) vakalarını oluştururlar. Bu kaçınan etkisizleştirme sadece karşılıklı bağlılık ve yakınlıktan değil diğer insanlardan ve

hatta hayatın kendisinden kaçınmaya sebep olabilmektedir. Bir diğer değişle, intihar davranışı hem kaygılı hiperaktivasyonun uç bir biçimi hem de kaçınan etkisizleştirmenin uç bir formu olabilir (83).

Güvenli olmayan bir bağlanma stili depresyon ve intihar için yordayıcı olabilir (84). İlginç bir şekilde çok az çalışma intihar ve bağlanma arasındaki ilişkisi üzerine çalışmıştır. İntihar ile güvenli olmayan bağlanma biçimleri arasında korelasyon tespit eden çalışmanın çoğu prospektif değildir. Tek prospektif çalışma, majör depresif epizotlu hastalarda yapılan bir follow-up çalışmada düşük güvenli ve fazla kaçınan bağlanma biçimlerinin 1 yıllık takipte intihar riskini arttırdığı görülmüştür (85). Başka bir majör depresif bozukluk çalışmasında ise kaygılı bağlanma biçimi geçmiş intihar öyküsü ile ilişkili olarak bulunmuştur (86).

İran’da Türkmen öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi güvenli olmayan bağlanma biçimiyle negatif korelasyon, güvenli bağlanmayla da pozitif korelasyon kurulmuştur (87).

Türkiye’de intihar ve bağlanma biçimleri ilişkisini araştıran tek bir çalışma bulunmuştur. Demir, üniversite öğrencilerinde gerçekleştirdiği çalışmasında şu sonuçlara varmıştır (88):

1-) Kendine karşı olumsuz algıları olan saplantılı ve korkulu bağlanma kategorilerine giren kişilerde, kendini olumlu algılayan güvenli ve kayıtsız bağlanmış kişilere göre daha yüksek oranda intihar düşüncesi görülmüştür.

2-) Kendini olumsuz, diğerlerini olumlu algılayan saplantılı bağlanmış kişilerin intihar düşüncesi, korkulu bağlanmış kişilere göre daha yüksek oranda görülmüştür. Saplantılı bağlanma kız ve erkeklerde ortak yordayıcı olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak, günümüzde bağlanma ve intihar ilişkisi konusunda dünyada yeteri miktarda çalışma ve veri mevcut değildir. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde de bu konuda henüz klinik bir çalışma yapılmamıştır.

2.4. Sosyal Destek ve İntihar

Bilim çevreleri, sosyal ilişkiler ve sağlık arasında bir ilişki olduğuna dikkat çekmektedir. Fazla sosyal yalıtım ya da az sosyal bütünleşme olan kişilerin ölme olasılığı daha yüksektir (89) . İlk major ampirik sosyolojik çalışma olan Durkheim'ın *İntihar* çalışmasına göre sosyal bütünleşmesi az olan kişilerde intihar daha fazla görülmektedir (14).

Literatürde sosyal desteğin tanımı konusunda görüş birliği olmadığından farklı araştırmacıların farklı tanımları olduğu gözlenmiştir. Sarason ve arkadaşları (1983) sosyal desteğin bireyin başkaları tarafından ne derece sevildiğine ve sayıldığına ilişkin bir kavram olduğunu ifade ederlerken, en kapsamlı tanımı yapan Cobb (1976) sosyal desteğin bireyin a) ilgilenildiğine, sevildiğine b) değerli olduğuna c) karşılıklı iletişim ve zorunluluklar ağının bir parçası olduğuna inanmasını sağlayan bir bilgi olduğunu ifade etmiştir. Gallagher ve arkadaşlarına (1983) göre sosyal destek bireylerin yaşamlarında bir krizin ve bir değişikliğin olumsuz sonucunu azaltabilecek bir çaredir. Kaplan ve Kilhlea (1976) ise sosyal desteği kısa dönemli krizlerin ve yaşam geçişlerinin, uzun dönemli güçlüklerin, streslerin ve yoksunlukların üstesinden gelmek için uyumsal yeterliliği geliştirmeye yönelik hizmet veren bireyler ya da gruplar arasındaki bağlanmalar olarak ifade etmişlerdir (90).

Bağlanma kuramının kurucusu Bowlby, küçük yaştaki bebeklerin sosyal destekleri olduğunda, kendilerine güvendiklerini, ileride de başkalarına sosyal destek verebildiklerini ve yıkıcı psikopatoloji gösterme olasılıklarının düştüğünü ileri sürmektedir. Bowlby, ayrıca sosyal desteğin, engellenme ve problem çözmeyle ilgili sorunların üstesinden gelmeyi kolaylaştırdığını ve kendi ayakları üzerinde durabilme kapasitesini artırdığını da ifade etmektedir (91).

Thoits (1986) da stresli olaylarda çevreden yapılan yardımların kişinin başa çıkma çabalarını güçlendirdiğini ileri sürmüştür. Sosyal desteği, kişinin başa çıkma sürecine kendisi için önem taşıyan bireylerin katılması şeklinde yorumlamıştır. Yazara göre sosyal destek, kişinin içinde bulunduğu stresli durumu, stresöre yüklediği anlamı ve duygusal tepkisini değiştirmesine katkıda bulunmak suretiyle

bireyi zorlayıcı olayın olumsuz etkilerinden korumaktadır. Sosyal desteğin sağladığı yardım ister somut ve araçsal, ister emosyonel ve kendilik değerini artırıcı olsun her ikisi de bireyin içinde bulunduğu stresli durumun zararlı etkilerini hafifletici işlev görür (92).

Sosyal desteğin en önemli kaynaklarının başında şüphesiz aile gelmektedir. Aileden alına destek bireyin ruh sağlığının korunmasında önemli bir faktördür. Perlin (1977) bir çalışmada sosyal yalıtım ve aile genişliği ile depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Aile üyelerinin birbirlerinden uzaklaşması, bağlarda gevşeme ve sosyal yalıtım arttıkça depresif duygular ve intihar potansiyeli de artmaktadır. Birden fazla değişkenin etkileşimi intihar potansiyelinde rol oynamaktadır, özellikle var olan durum ailenin dengesinde bir bozulma meydana getiriyorsa intihar riski artmaktadır (93).

Palabıykoğlu ve arkadaşlarının intihar girişimi olan ve olmayan depresif hastaları inceledikleri bir çalışmada intihar girişimi olan üyelerin diğer aile üyelerini sevgisiz, red eden ve desteklemeyen olarak algılandıklarını bulmuştur (94). Öz güven ve arkadaşlarının intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan kriz vakalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunan grupta bireylerin kendilerini diğer gruba göre daha yalnız tanımladıkları, sosyal izolasyon içinde oldukları ve ekonomik güçlükleri daha çok yaşadıkları görülmektedir. Yazarlar intihar girişimi grubundaki bireylerin yalnızlık ve izolasyon duygularının, yetersiz sosyal destek nedeniyle ortaya çıkabileceği gibi, bu bireylerin çevresindekilerden yardım almada güçlüklerinden de kaynaklanabileceği görüşünü paylaşmışlardır (95). Majör depresif bozukluklu 249 hastanın 5 yıllık takip çalışmada önceki intihar girişimi, yaş, eş kaybı ve depresyonun derecesi gibi etkenlerin yanında intihar için risk faktörlerinin arasında algılanan düşük sosyal desteğin de olduğu bulunmuştur (96). Bir başka Amerikan çalışmada da aile işlevselliği ve sosyal destekte eksikliğin düşük gelirli Afrikalı Amerikalıların intihar etmesiyle güçlü bir şekilde ilişkili bulunmuştur (97).

Diyarbakır'da Yaşan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada intihar eden kadınların algılanan sosyal desteği intihar eden erkeklerinkinden anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Yazarlara göre bu sonuç kadınların

sosyalleşmesine, çalışmasına ve istedikleri evlilikleri yapmalarına otorite figürleri tarafından izin verilmemesinin bir sonucu olabilir. Ayrıca mevcut kültür içinde aile ile çatışan kadının itaatsiz ve saygısız olarak algılanması, aile desteğinden yoksun bırakılmasıyla sonuçlanmış olabilir (47).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Ocak 2011-Temmuz 2011 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran ya da herhangi bir serviste yatarak tedavi gören ya da psikiyatri polikliniğine başvuran son bir ay içerisinde kendini zehirleme yöntemiyle intihar girişiminde bulunmuş 15-65 yaş arasında olup çalışma için hazırlanmış olan Aydınlatılmış Onam Formu'nu imzalayan ardışık 60 hasta çalışmaya dahil edildi. On sekiz yaş altında olanların hem kendisinden hem de velilerinden de imzalı onam alınmıştır. Ayrıca bir hastane çalışanı da onam sürecine tanıklık etmiştir.

Akut psikozu olanlar, mental retardasyonu olanlar, demans tanısı almış olanlar, okuma yazma bilmeyenler, yeteri kadar Türkçe bilmeyenler ve yeteri kooperasyon sağlanamayanlar çalışmaya alınmadı. Yeteri kadar Türkçe bilmeme nedeniyle 3 kişi çalışmaya alınmadı.

Hasta grubu tamamlandıktan sonra benzer yaş, cinsiyet ve eğitim durumuna sahip 60 kişiden oluşan bir kontrol grubu oluşturuldu. Kontrol grubunun 15 kişisi hastanemiz ayaktan hasta polikliniklerine başvuranlara refakat eden akrabalarından, 25 kişisi hasta grubunun önemli bir kısmı hem on sekiz yaş altında hem de öğrenci olduğu için bir devlet lisesindeki öğrencilerden ve kalan 20 kişisi şehir merkezindeki site sakinlerinden seçilmiştir.

Hasta grubu için oluşturulan dışlama kriterleri kontrol grubu için de uygulandı. Ayrıca “hiç intihar girişiminde bulunmamak”, “intihar düşüncesine sahip olmamak” ve “psikiyatrik bir tanı ve/veya tedavi almış olmamak” kriterleri de kontrol grubu için uygulandı.

Çalışmaya katılan hem hastalara hem de kontrol grubuna çalışma için hazırlanmış olan “Sosyodemografik Veri Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)”, “Dini Yönelim Ölçeği (DYÖ)” ve “Erişkin Bağlanma Ölçeği (EBÖ)” uygulanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanıldı. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, ekonomik durumu, çalışma durumu, kimlerle yaşadığı, nerede yaşadığı, tıbbi ve psikiyatrik hastalık öyküsü, önceki tedavileri, geçmiş intihar öyküsü, hangi ilaçla intihar girişiminde bulunduğu, ilacı nereden bulduğu, niye intihar ettiği, intihar etmeye nasıl karar verdiği ve soygeçmişinde psikiyatrik hastalık ve intihar öyküsünün olup olmadığı bu form kullanılarak sorgulanmıştır. Form, hastanın verdiği bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Formda psikiyatrik öykü ve intihar girişimi ile ilgili sorular sadece hasta grubuna yöneltilmiştir. Çünkü kontrol grubu için bu kategoriler dışlama kriterleri olarak alınmıştır.

3.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (ÇBASDÖ) orijinali Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (98). Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapılarak yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Daha sonra Eker ve Arkar, ölçeğin yapı geçerliliğini başka bir sosyal destek ölçeği, bir belirti tarama listesi, bir umutsuzluk ölçeği ve bir yalnızlık ölçeği ile değerlendirmiştir (99).

ÇBASDÖ kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Önerilen altölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir. Faktör analizi bu önerilen yapıyı çeşitli örneklemelerde desteklemiştir. Ölçeğin ve altölçeklerin iç tutarlılığı ve test-tekrar test korelasyonları yeterlidir. Geçerlik açısından, ÇBASDÖ başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu yönde ve depresyon ve anksiyete ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir (96).

Ölçek üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır: Aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaşlar (6,7,9,12. maddeler) ve özel bir insandır (1,2,5,10. maddeler). Ölçek, yedili Likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (96).

3.2.3. Dini Yönelim Ölçeği

Çalışmada kullanılan, Allport ve Ross tarafından geliştirilen Dini Yönelim Ölçeği (DYÖ) beşli likert tipi bir ölçektir (100). Orijinali, 9 maddesi içsel dini yönelimi, 11 maddesi dışsal dini yönelimi ifade eden 20 maddeden oluşmuştur. DYÖ’nün Türkçe güvenirlik ve geçerliliği Cirhinlioğlu tarafından yapılmıştır (101). Orijinal ölçek kültüre uyarlanırken İlahiyat Fakültesi öğretim üyesi iki kişi ve Kur’an hocası bir kişinin görüşleri alınarak “Şartlar engellemediği sürece ibadetimin gereklerini yerine getiririm” maddesinin karşılığı olarak “Şartlar engellemediği sürece her gün beş vakit namaz kılarım”, “Senede bir kere malımın zekatını veririm”, “Şartlar engellemediği sürece insanın ömründe bir kez hacca gitmesi gerektiğini düşünürüm” ve “Şartlar engellemediği sürece ramazan ayında oruç tutarım” maddeleri ölçeğe ilave edilmiştir. Böylece orijinal ölçekteki bir maddeye karşılık dört madde eklenmesi ile uyarlanan ölçekteki madde sayısı 23’e çıkmıştır. Katılımcılardan “hiç katılmıyorum”, “pek katılmıyorum”, “kararsızım”, “biraz katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” seçeneklerinden kendilerine uygun olanı işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekte “hiç katılmıyorum” 1 puan, “tamamen katılıyorum” ise 5 puandır. 6, 10 ve 18. maddeler ters madde olarak kodlanmıştır.

İçsel dindarlık dini başlı başına bir amaç olarak ele almaktadır. Allport ve Ross'a göre (1967) içsel dini yönelime sahip olarak adlandırılan bireyler dini inançlarına bütünüyle bağlı olarak tanımlanır ve din etkisi yaşamlarının tüm yönlerinde görülür. Din bütün yaşama anlam veren bir değerler sistemidir ve kişi dinine göre günlük yaşamını sürdürme eğilimindedir. Bireyler benimsedikleri inançları içselleştirmeye çalışır ve bunlara tam olarak uyarlar. Diğer bir ifade ile içsel olarak dindar olan kişiler kendini feda edecek tarzda dini inanç ve değerlerine bağlıdırlar. Allport içsel dindarlığın birleştirici ve bütünleştirici, hoşgörülü, olgun, önyargısız olma ve ruh sağlığı ile pozitif ilişki taşıdığını ileri sürmektedir. İçsel olarak dindar olan kişi için kuvvetli kişisel inançlar önem taşıırken dinin sosyal kazanç yönü önemli değildir (97).

Diğer taraftan dışsal dini yönelime sahip kişiler dini, dini olmayan amaçlarına ulaşmak için araç olarak kullanırlar. Dışsal olarak dindar olanlar için dindar olma güdüsü sosyal, araçsal ve faydacı olan dışsal değerlere ve inançlara dayanır. Kişi güvenlik, kendini doğrulama, teselli ve sosyal ilişkiler sağlama, kendini oyalama, statü ve bağışlanma, sosyal mevki ve onay elde etme, güçlü bir iç gruba katılma ve benliğini koruma amacı gibi birçok nedenle dini kullanır (97).

Dışsal dini yönelimi inceleyen çalışmaların çoğu dışsal dini yönelimin dışsal-kişisel (extrinsic-personal) ve dışsal-sosyal (extrinsic-social) olarak iki boyutta ele alınabileceğini ileri sürmüşlerdir. Dışsal-sosyal yönelimde din kilisede arkadaşlarla toplanma gibi bireysel sosyal ihtiyaçları karşılama ile ilişkilidir. Dışsal-kişisel yönelim ise dua ederek huzur sağlama gibi kişisel ihtiyaçları karşılama ile ilişkilidir (98).

Ölçek içsel dini yönelim, dışsal-kişisel dini yönelim ve dışsal-sosyal dini yönelim olmak üzere 3 faktöre ayrılmıştır. İçsel dini yönelim 1, 3, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 18 ve 22. maddeleri kapsarken dışsal-kişisel dini yönelim 2, 9, 11, 12, 19 ve 23. maddeleri ve dışsal-sosyal dini yönelim de 4, 15, 17, 20 ve 21. maddeleri kapsamaktadır. 5. madde ise uygun bulunmadığından çalışmadan çıkarılmıştır (98).

3.2.4. Erişkin Bağlanma Ölçeği

Erişkin Bağlanma Ölçeği (EBÖ), Collins ve Read tarafından Hazan ve Shaver'ın Bağlanma Modeli baz alınarak geliştirilmiş Likert tipli bir ölçektir (102). Türkçe'ye çevirimi ve geçerliği Alp (basılmamış veri) tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonu Türkiye'de birkaç çalışmada kullanılmıştır (103, 104, 105).

Orijinali 18 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe versiyonu 17 maddeden oluşmaktadır. Yine orijinalinde 5'li Likert tipiyken Türkçe'sinde 4'lü Likert kullanılmıştır. “Hiç doğru değil” 1 puan, “biraz doğru”, 2 puan, “oldukça doğru” 3 puan ve “çok doğru” 4 puan olarak hesaplanmıştır. Güvenli, kaçınan ve kararsız (ikircikli/ambivalent) olmak üç bağlanma biçimini ölçer. Güvenli bağlanma için 3,4,7, 12, 13 ve 16. maddeler, kaçınan bağlanma için 1,2, 5, 14, 15 ve 17. maddeler ve kararsız/ikircikli bağlanma için de 6, 8, 9, 10 ve 11. maddelerin puanı toplanır. Yalnız kararsız bağlanmanın puanı 1 madde eksik olduğu için 1,2 ile çarpılır. Hangi bağlanma biçiminin puanı yüksekse kişinin bağlanması o şekildedir. Güvenli bağlanma puanı yüksekse o kişinin bağlanması güvenli, kaçınan ya da kararsız bağlanmanın puanı yüksekse bağlanması güvensiz olarak nitelendirilir.

3.3. İstatistik Metodu

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 11.5 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans), parametrik dağılım özelliği gösteren nicel ölçümlerin karşılaştırılmasında bağımsız değişkenler için t test, non-parametrik dağılım gösteren nicel ölçümlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dört gözlü düzende ve çok gözlü düzende Ki-Kare testi, gereken durumlarda Fisher's exact test kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

4.1.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışma, 60'ı hasta grubu, 60'ı kontrol grubu olmak toplam 120 kişi üzerinde yapılmıştır. Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımı, medeni durumu, yaşadıkları yer, birlikte yaşadıkları kişiler ve çalışma durumları Tablo 5'te verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda hasta grubu ile kontrol grubunun cinsiyet açısından benzer olduğu görülmüştür ($\chi^2=0.043$, $p=0.835$). Yine her iki grup, medeni durum açısından da benzer bulunmuştur ($\chi^2=0.051$, $p=0.822$). Birlikte yaşadığı kişiler her iki grupta da en büyük oranı ailesiyle yaşayanlar (% 88.3) oluşturmaktadır ve iki grup arasında bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=2.333$, $p=0.311$). İki grubun yaşadığı yerler karşılaştırıldığında hasta grubunda 40 (% 66.7) Diyarbakır şehir merkezinde yaşarken kontrol grubunda bu sayı 58'e (% 96.7) çıkmaktadır ve iki grup arasında fark tespit edilmiştir ($\chi^2=18.033$, $p=0.00$). İki grubun çalışma ile ilgili verileri incelendiğinde hasta grubunda çalışmayanlar (% 55) en büyük oranı oluştururken kontrol grubunda ayrı bir sınıf olarak alınan öğrenciler (% 56.7) en büyük oranı oluşturmaktadır ve gruplar çalışam durumu açısından farklı bulunmuştur ($\chi^2=19.354$, $p=0.000$).

Hasta ve kontrol grubunun ortalama yaş, ortalama eğitim süresi ve yaşadığı evde aylık ortalama gelirleri Tablo 6'da sunulmuştur. Hasta grubunda yaş ortalaması (22.60) kontrol grubuna (23.10) benzerdi ($t=-0.334$, $p=0.739$). Hasta grubunda ortalama eğitim süresi 8.83 yıl iken kontrol grubunda bu süre 9.28 yıl olarak bulunmuş fakat anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0.566$ $p=0.573$). Yaşadığı eve giren aylık ortalama gelir TL cinsinden hasta grubunda 1191.50 olarak tespit edilirken kontrol grubunda bu rakam 2037.33'ü bulmaktadır ama her iki grup gelir açısından benzer bulunmuştur ($t=-1.955$, $p=0.55$).

Tablo 5. Hasta ve kontrol grubunun tanımlayıcı bilgileri.

		Hasta Grubu	Kontrol Grubu
		N=60	N=60
		n (%)	n (%)
Cinsiyet	Kadın	44 (73.3)	45 (75)
	Erkek	16 (26.7)	15 (25)
Medeni durumu	Evli	13 (21.7)	12 (20)
	Evli değil	47 (76.3)	48 (80)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Ailesiyle	53 (88.3)	53 (88.3)
	Ailesi dışında kişilerle	7 (11.7)	5 (8.3)
	Diğer	0 (0)	2 (3.3)
Yaşadığı yer	Diyarbakır Merkez	40 (66.7)	58 (96.7)
	Diyarbakır Dışında	20 (33.3)	2 (3.3)
Çalışma durumu	Çalışıyor	10 (16.7)	16 (26.7)
	Çalışmıyor	33 (55.0)	10 (16.7)
	Öğrenci	17 (28.3)	34 (56.7)

Tablo 6. Hasta ve kontrol grubunun yaş, öğrenim ve ekonomik durum göstergeleri.

		N	Ortalama	Std. Dev.
Yaş	Kontrol	60	22.60	8.04
	Hasta	60	23.10	8.34
Eğitim (yıl)	Kontrol	60	9.28	4.28
	Hasta	60	8.83	4.42
Gelir	Kontrol	60	1191.50	815.53
	Hasta	60	2037.33	3249.81

4.1.2. Tıbbi Öykü

Hastalar ve kontrol grubuna “Tıbbi bir hastalığınız var mı?” ve “Herhangi bir tıbbi tedavi alıyor musunuz?” şeklinde tıbbi öyküleri soruldu. Her iki soruya verilen cevaplar açısından hasta grubu ve kontrol grubunun benzer oldukları görülmüştür (tıbbi hastalık öyküsü için $\chi^2=0.00$, $p=1.00$ ve tıbbi tedavi öyküsü için $\chi^2=1.263$, $p=0.261$). Hasta ve kontrol grubunun tıbbi öykü ile ilgili istatistikleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

4.1.3. Psikiyatrik öykü

Kontrol grubundaki kişilerin çalışmaya alınabilmesi için “psikiyatrik bir tanı ve/veya tedavi almış olmamak”, “hiç intihar girişiminde bulunmamak” ve “intihar düşüncesine sahip olmamak” kriterleri uygulandığı için bu gruptaki kişilere ilgili sorular sorulmamıştır. Bu nedenle burada sadece hasta grubunun psikiyatrik öyküsü verilecektir.

Tablo 7. Hasta ve kontrol grubunun tıbbi öyküsü.

		Hasta Grubu	Kontrol Grubu
		N=60	N=60
		n (%)	n (%)
Tıbbi Hastalık Öyküsü	Evet	16 (26.7)	16 (26.7)
	Hayır	44 (73.3)	44 (73.3)
Tıbbi Tedavi Öyküsü	Evet	15 (25.0)	10 (16.7)
	Hayır	45 (75.0)	50 (83.3)

Hasta grubunun psikiyatrik öyküsü Tablo 8’de gösterilmektedir. Çalışmaya alınan hastalardan 26’sı (% 43.3) daha önce psikiyatrik tedavi aldığını ifade ederken 20 (% 33.3) kişi de halen psikiyatrik bir tedavi aldığını belirtmiştir. On kişinin (%16.7) öyküsünde psikiyatri kliniğine yatış mevcutken daha önce intihar girişiminde bulunan 23 (% 38.3) kişi çalışmada yer almıştır.

Tablo 8. Hasta grubunun psikiyatrik öyküsü.

	Psikiyatrik	Şimdiki	Kliniğe	İntihar
	Tedavi	Psikiyatrik	Yatış	Girişimi
	Öyküsü	Tedavi	Öyküsü	Öyküsü
	Frekans (%)	Frekans (%)	Frekans (%)	Frekans (%)
Hayır	34 (56.7)	40 (66.7)	50 (83.3)	37 (61.7)
Evet	26 (43.3)	20 (33.3)	10 (16.7)	23 (38.3)
Toplam	60 (100.0)	60 (100.0)	60 (100.0)	60 (100.0)

Daha önce psikiyatrik tedavi aldığını belirtenler (26 kişi) ağırlıklı olarak (17 kişi) farmakoterapi aldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca 5 kişinin psikoterapi ve 4 kişi de kombine tedavi (farmakoterapi + psikoterapi, farmakoterapi + EKT) aldığı bulunmuştur. Hasta grubunun daha önce aldığı psikiyatrik tedavi türleri Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Hasta grubunun daha önce aldığı psikiyatrik tedavi türleri.

	Frekans	Oran
Tedavi almamış	34	56.7
Farmakoterapi	17	28.3
Psikoterapi	5	8.3
Kombine	4	6.7
Toplam	60	100.0

Çalışmaya katılan 60 hastadan 53’ü (% 88.3) intihar etmeye “bir anda” karar verdiğini belirtirken sadece 7 (% 11.7) kişi “uzun süredir” intihar etmeyi planladığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. İntihar karar süreci.

	Frekans	Oran
Bir anda karar verdim	53	88.3
Uzun süredir planlıyordum	7	11.7
Toplam	60	100.0

İntihar girişiminde bulunan kişilerin ifade ettikleri intihar nedenleri Tablo 11’de frekans ve oranlarıyla yer almaktadır. Bazı hastalar birden fazla sebep bildirmişleridir. Çalışmamızda hastalarımızın en sık belirttiği neden % 51.7 ile belirgin bir farkla “aile ile ilgili sorunlar”dır. “Terk edilme” ve “iş ile ilgili sorunlar” diğer önemli sebepler arasında görünmektedir.

Tablo 11. İntihar nedenlerine ilişkin frekans ve oranlar.

	Frekans	Oran
Aile ile ilgili sorunlar	31	51.7
Terk edilme	12	20.0
İş ile ilgili sorunlar	10	16.7
Okul ile ilgili sorunlar	7	11.7
Özel bir sebebi yok	7	11.7
Fiziksel şiddete uğrama	5	8.3
Sevdiği birinin ölümü	5	8.3
Hukuksal/Adli sorunlar	4	6.7
Cinsel şiddete uğrama	3	5.0
Bunaltı, stress	3	5.0
Bedensel hastalık	1	1.7
Diğer	6	10.0

İntihar girişiminde bulunanlar çoğunlukla (% 46.7) psikiyatri dışı tıbbi ilaç ile kendini zehirelemeye çalışırken önemli bir kısmı (% 31.7) ise psikotropolarla ölmeye kalkışmıştır. Bazıları da (% 11.7) ikisini kombine kullanmıştır. Geriye kalanlarda böcek zehiri, fare zehiri ve temizlik ilaçlarını kullanmayı seçmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. İntihar girişiminde kullanılan ilaçlar.

	Frekans	Oran
Psikiyatri dışı tıbbi ilaç	28	46.7
Psikiyatrik ilaç	19	31.7
Psikiyatrik olan ve olmayan tıbbi ilaç	7	11.7
Böcek zehiri	3	5.0
Fare zehiri	1	1.7
Temizlik ilacı	1	1.7
Bilinmiyor	1	1.7
Toplam	60	100.0

Hastalardan 28'i (% 46.7) intihar etmek için kendisinin kullandığı ilaçları tercih ederken 26'sı (% 43.3) da evde başkalarının kullandığı ilaçlarla kendini zehirlenmeye çalışmıştır. Dört (% 6.7) kişi de intihar etmek amacıyla eczaneden ilaç satın almıştır (Tablo 13).

Tablo 13. İntihar için ilaçların temin yolları.

	Frekans	Oran
Kendi kullandığı ilaç	28	46.7
Evde birilerinin kullandığı ilaç	26	43.3
İntihar amacıyla eczaneden alınmış	4	6.7
Evde bulunan zehir	1	1.7
Kendisinin ve evde birilerinin kullandığı ilaç	1	1.7
Toplam	60	100.0

4.1.4. Soygeçmiş

Tablo 14, hasta ve kontrol grubunun akrabalarında psikiyatrik hastalık ve intihar girişim öyküsü göstermektedir. Hasta grubunda akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü sadece 11 (%18.3) kişide mevcutken kontrol grubunda 20 kişide (% 33.3) tespit edilmiştir ama sonuçlar benzer bulunmuştur ($\chi^2=3.523$, $p=0.061$). Akrabalarda intihar girişimi öyküsünü hasta grubunda 16 (%26.7) kişi bildirirken kontrol grubunda 13 (% 21.7) kişi ifade etmiştir ve iki grup arasında fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.409$, $p=0.522$).

Tablo 14. Hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik soygeçmişi.

		Hasta Grubu	Kontrol Grubu
		N=60	N=60
		n (%)	n (%)
Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Evet	11 (18.3)	20 (33.3)
	Hayır	49 (81.7)	40 (66.7)
Akrabalarda İntihar Öyküsü	Evet	16 (26.7)	13 (21.7)
	Hayır	44 (73.3)	47 (78.3)

4.2. Psikometrik Ölçeklerin Hasta ve Kontrol Gruplarında Puan Dağılımı ve Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubunda yaş, toplam eğitim yılı ve yaşadığı evde aylık ortalama gelir ile beraber çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı karşılaştırmalı bir şekilde Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Psikometrik ölçek puanlarının hasta ve kontrol grubunda dağılımı.

	Hasta Grubu (N=60)	Kontrol Grubu (N=60)	İstatistik	
	Median (min-max)	Median (min-max)	Z	p
Yaş	21(16-60)	20 (16-55)	-0.433	0.665
Eğitim (yıl)	10 (0-17)	10 (0-18)	-0.645	0.519
Aylık ortalama gelir (TL)	1000 (400-20000)	1000 (150-5000)	-1.419	0.156
CBASDÖ aile altölçek puanı	18.5 (4-28)	24 (4-28)	-3.095	0.002
CBASDÖ arkadaş altölçek puanı	16.5 (4-28)	22 (4-28)	-3.436	0.001
	(Mean±SS)	(Mean±SS)	t	p
CBASDÖ özel bir insan altölçek puanı	15.36±8.34	16.86±8.08	1.000	0.319
CBASDÖ toplam puanı	48.00±15.05	58.33±16.09	3.632	0.000
DYÖ içsel dini yönelim altölçek puanı	38.10±12.35	42.15±7.57	2.164	0.032
DYÖ dışsal-kişisel dini yönelim altölçek puanı	23.96±6.29	26.00±2.87	2.276	0.025
DYÖ dışsal-sosyal dini yönelim altölçek puanı	15.76±5.32	16.55±4.67	0.857	0.393
DYÖ toplam Puanı	77.83±20.83	84.70±12.49	2.190	0.031
EBÖ güvenli bağlanma puanı	13.35±3.62	15.15±3.44	2.786	0.006
EBÖ kaçınan bağlanma puanı	15.41±3.80	14.48±3.67	-1.368	0.174
EBÖ kararsız bağlanma puanı	14.38±4.87	11.90±3.82	-3.102	0.002

Yaş, toplam eğitim yılı, yaşadığı evde aylık ortalama gelir, ÇBASDÖ aile ve arkadaş altölçek puanları gruplardaki dağılımlar normal olmadığından Mann-Whitney U testi ile hesaplanmıştır. Diğer parametreler de bağımsız değişkenler için t testi kullanılarak analizleri yapılmıştır.

Hasta grubundaki yaş [21(min-max:16-60)], toplam eğitim yılı [10 (min-max:0-17)] ve yaşadığı evde aylık ortalama gelir (TL olarak) [1000 (min-max:400-20000)] kontrol grubundaki sonuçlarla [sırasıyla 20 (min-max:16-55), 10 (min-max:0-18) ve 1000 (min-max:150-5000)] benzer bulunmuştur (sırasıyla p değerleri 0.665, 0.519 ve 0.156) .

Kontrol grubundaki ÇBASDÖ aile alt ölçek puanı [24 (min-max:4-28)] ve arkadaş altölçek puanı [22 (min-max:4-28)] hasta grubuna nazaran [aile için 18.5 (min-max:4-28) ve arkadaş için 16.5 (min-max:4-28)] anlamlı derecede daha yüksek oldukları gözlenmiştir (aile için $Z=-3.095$, $p=0.002$ ve arkadaş için $Z=-3.436$, $p=0.001$). ÇBASDÖ özel bir insan altölçek puanı açısından hasta ve kontrol grubu benzer bulunmuştur ($t=1.000$, $p=0.319$). Ama ÇBASDÖ toplam puanına baktığımızda kontrol grubunun (58.33 ± 16.09) hasta grubundan (48.00 ± 15.05) belirgin bir şekilde daha yüksek puanlar aldığını görmekteyiz ($t=3.632$, $p=0.000$). Sonuçta, özel bir insan altölçek puanı hariç ÇBASDÖ toplam puan ve diğer altölçek puanları hasta grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır.

DYÖ toplam puanları hasta ve kontrol grupları arasında karşılaştırıldığında hasta grubundaki kişilerin toplam puanlarının (77.83 ± 20.83) kontrol grubundakilere (84.70 ± 12.49) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmektedir ($t=2.190$, $p=0.031$). Ayrıca DYÖ altölçek puanları karşılatırıldığında, içsel dini yönelim altölçek puanları (hasta grubu için 38.10 ± 12.35 ve kontrol grubu için 42.15 ± 7.57) ve dışsal-kişisel dini yönelim altölçek puanlarının (hasta grubu için 23.96 ± 6.29 ve kontrol grubu için 26.00 ± 2.87) da yine hasta hasta grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır (içsel dini yönelim için $t=2.164$, $p=0.032$, dışsal-kişisel dini yönelim için $t=2.276$, $p=0.025$). Dışsal-sosyal dini yönelim altölçek puanı açısından iki grup birbirlerine benzer bulunmuştur ($t=0.857$, $p=0.393$). Böylece, dışsal-sosyal dini yönelim altölçek puanı hariç hem içsel dini yönelim puanı hem dışsal-kişisel dini

yönelim puanı ve hem de DYÖ toplam puanlarında hasta ve kontrol grubunun birbirlerinden farklı olduğu bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubu için EBÖ altölçek puanları değerlendirildiğinde kaçınan bağlanma puanları açısından iki grubun benzer olduğu olduğu görülmektedir ($t=-1.368$, $p=0.174$). EBÖ güvenli bağlanma altölçek puanları hesaplandığında kontrol grubundaki kişilerin puanlarının (15.15 ± 3.44) hasta grubundaki kişilerin puanlarına (13.35 ± 3.62) göre yüksek olduğu ve bunun istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=2.786$, $p=0.006$). Kararsız bağlanma altölçek puanlarını karşılaştırdığında ise hasta grubunun puanlarının (14.38 ± 4.87) kontrol grubuna (11.90 ± 3.82) nazaran daha yüksek olduğu bulunmuş ve bunun istatistiki olarak da farklı olduğu görülmüştür ($t=-3.102$, $p=0.002$). Bu şekilde, erişkin bağlanma biçimleri açısından değerlendirdiğimizde, kaçınan bağlanmanın her iki grupta benzer olduğu, güvenli bağlanmanın kontrol grubunda daha yüksek oranda olduğu ve kararsız bağlanmanın da hasta grubunda daha yaygın olduğu tespit edilmiştir.

Kaçınan ve kararsız bağlanma biçimlerini güvensiz bağlanma biçimi olarak sınıflandırdığımızda hasta grubunda kontrol grubuna göre belirgin bir fark olduğu ortaya çıkmaktadır ($\chi^2=6.652$, $p=0.010$). Hasta grubunda 19 kişi (%31.7) kişi güvenli, 41 kişi (%68.3) güvensiz bağlanma biçimine sahipken kontrol grubunda 33 kişi (%55.0) kişi güvenli, 27 kişi (%45.0) güvensiz bağlanma biçimi özellikleri göstermektedir.

4.3. Hasta Grubunda Cinsiyetler Arasında Karşılaştırma

Hasta grubunun kendi içinde cinsiyetler arası karşılaştırmasında sosyodemografik özellikler açısından; yattığı (ya da başvurduğu) servis, yerleşim yeri, kimlerle yaşadığı, çalışma durumu, medeni hali, tıbbi hastalık öyküsü, tıbbi tedavi öyküsü, psikiyatrik tedavi öyküsü, şimdiki psikiyatrik tedavi, psikiyatri servisine yatış öyküsü, önceki intihar girişimi öyküsü, intihar için kullandığı ilacın türü, ilacı nasıl temin ettiği, akrabalarda psikiyatrik hastalık ve akrabalarda intihar öyküsü bakımından yapılan ki-kare testinde fark tespit edilmemiştir.

Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda yaşadığı evde aylık ortalama gelir, psikiyatri kiliniğine yatış sayısı ve daha önceki intihar girişimi sayısı açısından hasta grubunda cinsiyetler arasında bir fark olmadığı saptanmıştır.

İntihar sebebi açısından ise aile ile ilgili sorunlar, terk edilme, fiziksel şiddete uğrama, cinsel şiddete uğrama, okul ile ilgili sorunlar, hukuksal/adli sorunlar, sevdiği birinin ölümü, bedensel hastalık, özel bir sebebi olmadığını belirtme, diğer nedenler ve bunalıtı/stress etkenleri açısından fark tespit edilemezken sadece iş sorunları nedeniyle erkeklerin kadınlardan daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu belirttiği gözlenmiştir. Tablo 16’da görüldüğü gibi her iki cinsiyette de intihar nedenleri arasında en sık aile ile ilgili sorunlar ve ardından da terk edilme ifade edilmiştir. Erkeklerin hiçbiri cinsel şiddete uğrama ve bedensel hastalık nedeniyle intihar girişiminde bulunmamıştır. Bazı hastalar 1’den fazla neden belirtmiştir.

Tablo 16. İntihar sebeplerinin cinsiyetlere göre dağılımı.

	Kadın (N=44)	Erkek (N=16)	İstatistik	
	n (%)	n (%)	χ^2	p
Aile ile ilgili	23 (52.3)	8 (50.0)	0.024	0.876
Terk edilme	8 (18.2)	4 (25.0)	0.341	0.716
Fiziksel şiddet	4 (9.1)	1 (6.3)	0.124	1.000
Cinsel şiddet	3 (6.8)	0 (0)	1.148	0.558
İş sorunları	4 (9.1)	6 (37.5)	6.818	0.017
Okul sorunları	6 (13.6)	1 (6.3)	0.621	0.663
Hukuksal/adli sorunlar	3 (6.8)	1 (6.3)	0.006	1.000
Sevdiği birinin ölümü	3 (6.8)	2 (12.5)	0.496	0.602
Bedensel hastalık	1 (2.3)	0 (0)	0.370	1.000
Bunalıtı/stress	1 (2.3)	2 (12.5)	2.584	0.171
Özel bir sebebi yok	6 (13.6)	1 (6.3)	0.621	0.663
Diğer sebepler	5 (11.4)	1 (6.3)	0.341	1.000

Tablo 17. Hasta grubunda psikometrik ölçeklerin cinsiyetlere göre dağılımı.

	Kadın (N=44)	Erkek (N= 16)	İstatistik	
	Mean±SS	Mean±SS	t	p
Yaş	23.20±8.73	22.81±7.44	0.160	0.874
Eğitim (yıl)	8.43±4.88	9.93±2.59	-1.17	0.247
ÇBASDÖ aile altölçek puanı	17.43±7.80	19.00±7.77	-0.689	0.494
ÇBASDÖ arkadaş altölçek puanı	15.04±7.56	14.06±7.85	0.425	0.672
ÇBASDÖ özel bir insan altölçek puanı	16.88±7.91	11.18±8.28	2.436	0.018
ÇBASDÖ toplam puan	49.36±12.71	44.25±20.19	1.167	0.248
DYÖ içsel dini yönelim altölçek puanı	38.34±13.85	37.43±7.05	0.248	0.805
DYÖ dışsal-kişisel dini yönelim altölçek puanı	23.88±6.52	24.18±5.79	0.163	0.871
DYÖ dışsal-sosyal dini yönelim altölçek puanı	15.75±5.50	15.81±4.94	0.040	0.968
DYÖ toplam puanı	77.97±22.64	77.43±15.37	0.088	0.930
EBÖ güvenli bağlanma puanı	13.29±3.31	13.50±4.50	-0.192	0.849
EBÖ kaçınan bağlanma puanı	16.02±3.80	13.75±3.37	2.107	0.039
EBÖ kararsız bağlanma puanı	14.45±5.11	14.17±4.29	0.195	0.846

Hasta grubunda uygulanan psikometrik ölçekler ve yaş ile eğitim durumunun t-testi ile yapılan cinsiyetler arasında karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17’de görüldüğü gibi hasta grubunda kadınların yaş (23.20) ve toplam eğitim yılı (8.43) erkeklerinkine (sırasıyla 22.81 ve 9.93) benzer görünmektedir (yaş için $t=0.160$, $p=0.874$ ve eğitim için $t=-1.17$, $p=0.247$).

Hasta grubunda DYÖ toplam puanı ve altölçek puanları bakımından kadın ve erkek cinsiyeti arasında fark bulunmamıştır.

ÇBASDÖ özel bir insan altölçek puanlarında kadınlarda (16.88) erkeklere (11.18) oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($t=2.436$, $p=0.018$). ÇBASDÖ aile altölçek puanı, arkadaş altölçek puanı ve toplam puanında hasta grubunda erkek ve kadınlarda benzer bulunmuştur.

Hasta grubundaki cinsiyetler arasında EBÖ kaçınan bağlanma puanlarında kadınlarda (16.02) erkeklere (13.75) oranla anlamlı bir şekilde daha yüksek değerler olduğu görülürken ($t=2.107$, $p=0.039$) güvenli bağlanma ve kararsız bağlanma puanları açısından fark tespit edilememiştir. Sahip oldukları bağlanma biçimi gözönüne alındığında ise cinsiyetler açısından bir fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2=2.029$, $p=0.363$). Bağlanma biçimini güvenli ve güvensiz olarak sınıflandırılıp incelendiğinde yine kadın ve erkeklerin gruplandırılması benzer olarak karşımıza çıkmaktadır ($\chi^2=1.472$, $p=0.225$).

4.4. Hasta Grubunda Bağlanma Biçimi Açısından Karşılaştırma

Kaçınan ve kararsız bağlanma biçimlerinin ikisi de güvensiz bağlanma biçimi şeklinde sınıflandırılmış ve hasta grubundaki psikometrik ölçeklerin güvenli ve güvensiz bağlanma biçimine sahip kişilerde nasıl bir dağılım gösterdiği t-testi ile araştırılmıştır (Tablo 18).

Tablo 18’de de görüldüğü üzere hasta grubunda gerek DYÖ altölçek puanlarında gerek DYÖ toplam puanında güvenli bağlananlar ile güvensiz bağlananlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Bağlanma biçimi açısından psikometrik ölçeklerin karşılaştırılması.

	Güvenli Bağlananlar (N=19)	Güvensiz Bağlananlar (N=41)	İstatistik	
	Mean±SS	Mean±SS	t	p
ÇBASDÖ aile altölçek puanı	19.05±7.67	17.29±7.83	0.815	0.419
ÇBASDÖ arkadaş altölçek puanı	18.94±7.01	12.85±7.55	2.971	0.004
ÇBASDÖ özel bir insan altölçek puanı	17.52±8.04	14.36±8.38	1.375	0.174
ÇBASDÖ toplam puan	55.52±14.24	44.51±14.27	2.782	0.007
DYÖ içsel dini yönelim altölçek puanı	37.89±8.23	38.19±13.95	0.087	0.931
DYÖ dışsal-kişisel dini yönelim altölçek puanı	24.63±5.80	23.65± 6.55	0.554	0.582
DYÖ dışsal-sosyal dini yönelim altölçek puanı	15.84±4.82	15.73±5.59	0.074	0.941
DYÖ toplam puanı	78.36±15.72	77.58±22.99	0.134	0.894

ÇBASDÖ aile altölçek puanı ve özel bir insan altölçek puanı açısından incelendiğinde güvenli ya da güvensiz bağlanmaya sahip olmanın benzer olduğu tespit edilmiştir. Ancak güvenli bağlananlarda ÇBASDÖ arkadaş altölçek puanı

(18.94) ile ÇBASDÖ toplam puanları (55.52) güvensiz bağlananlara (sırasıyla 12.85 ve 44.51) göre istatistiki olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (arkadaş altölçek için $t=2.971$, $p=0.004$ ve toplam puan için $t=2.782$, $p=0.007$).

Hasta grubunda güvenli bağlananlar ile güvensiz bağlananlar arasında daha önceki intihar girişimi öyküsü açısından benzer bulunmuştur ($Z=1.292$, $p=0.196$).

4.5. Hasta Grubunda Korelasyon Analizleri

Hasta grubunda sosyodemografik veriler, psikiyatrik öykü ve psikometrik ölçeklerin puanlarının birbirleriyle ve kendi aralarında korelasyonları incelenmiştir. Aşağıda klinik olarak önemli olan sonuçlar gösterilmiştir. Tek yıldız (*) olanlar 0.05 seviyesinde anlamlı, çift yıldız (**) olanlar 0.01 seviyesinde anlamlıdır.

Yaş ile ilgili: Hasta grubunda yaş artarken toplam eğitim süresi* (yıl olarak), evli olmama ihtimali*, akrabalarda intihar öyküsü** ve ÇBASDÖ arkadaş altölçek puanı** düşmektedir.

Eğitim süresi (yıl): Toplam eğitim süresi artarken ÇBASDÖ arkadaş altölçek puanı* artmakta; dışsal-kişisel, dışsal-sosyal ve toplam dini yönelim altölçek puanları*, güvenli** ve kaçınan* bağlanma puanları azalmaktadır.

Yerleşim yeri: Diyarbakır merkezde yaşamının, daha önce psikiyatrik tedavi alma*, psikiyatri servisine yatış yapma*, psikiyatri servisine yatış sayısı*, halen psikiyatrik tedavi alma*, intihar girişimi öyküsü ve sayısı*, ÇBASDÖ arkadaş altölçek puanı* ve toplam puanı ile pozitif korelasyonu mevcuttur.

Çalışma durumu: Çalışıyor olmak; ÇBASDÖ arkadaş altölçeği puanı**, DYÖ'nün tüm altölçek puanlarında* ve toplam puanında* düşük olmak ile koreledir.

Medeni durum: Medeni durumun hiçbir parametre ile pozitif ya da negatif korelasyonu tespit edilmemiştir.

Psikiyatrik Öykü: Önceki ve şimdiki psikiyatrik tedavi alma öyküsü, önceki psikiyatri servisi yatışı ve sayısı, önceki intihar girişimi ve sayısı; ÇBASDÖ aile ve

arkadaş altölçek puanları*, ÇBASDÖ toplam puanı*, DYÖ içsel ve dışsal-kişisel altölçek puanları**, DYÖ toplam puanı** ve güvenli bağlanma puanı* ile negatif korelasyonu gözlenirken kararsız bağlanma puanı* ile pozitif korelasyon saptanmıştır.

ÇBASDÖ Puanları: ÇBASDÖ altölçek puanlarından biri artarken diğer altölçek puanları* ve toplam ölçek puanı* da artmaktadır. Ayrıca ÇBASDÖ aile altölçek puanı artarken DYÖ dışsal kişisel** ve dışsal sosyal altölçek** puanlarıyla beraber DYÖ toplam puanları** da artmaktadır.

DYÖ Puanları: DYÖ altölçek puanlarından biri artarken diğer altölçek puanları* ve DYÖ toplam puanı* da artmaktadır. İçsel dini yönelim puanı ile kaçınan bağlanma puanı arasında pozitif korelasyon** mevcuttur.

EBÖ puanları: Güvenli bağlanma puanı artarken kaçınan bağlanma puanı* ve kararsız bağlanma puanı** azalmakta; kaçınan ve kararsız bağlanma puanlarından biri artarken diğeri de artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza, 15-65 yaş aralığında son bir ay içinde kendini zehirleme yoluyla intihar girişiminde bulunmuş 60 kişi hasta grubu ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip ama daha önce psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü ya da intihar girişimi olmayan 60 kişi kontrol grubu olarak alınmıştır.

İntihar girişiminde bulunanlardan 16 kişi (%26.6) erkek, 44 kişi (%73.3) ise kadın cinsiyetinde idi. Bu oranlar hem literatürle hem de daha önce Diyarbakır'da yapılan çalışmalarla benzerdir (47, 48, 53, 106, 107, 108, 109). Kontrol grubumuzdaki cinsiyet oranları hasta grubuyla benzer bulunmuştur. Hasta (21) ve kontrol (20) grubundaki kişilerin yaş ortalamaları ve toplam eğitim süresi (okula devam ettiği toplam yıl olarak) birbirlerine benzer olarak tespit edilmiştir ve intihar girişiminde bulunanların yaş ortalamaları literatüre uymaktadır (16, 51, 53, 109, 110). Hastaların kontrol grubuyla benzer eğitim seviyesine sahip olması literatürle tam uyuşmamaktadır (15, 111). Hasta grubunun ortalama eğitim yılı 8.83 iken kontrol grubunda 9.28 yıldır. Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyinin benzer olması yapacağımız psikometrik incelemeler ve gruplararası dağılım ve karşılaştırmaların daha sağlıklı sonuçlar verme olasılıklarını arttırmıştır.

İntihar girişiminde bulunan hastalarımızın büyük bir kısmı (%76.3) evli olmadığını belirtmiştir. Yine kontrol grubundaki evli olmayan bireylerin oranı (% 80) da hasta grubuyla benzer bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan kişiler daha çok genç erişkin olduklarından dolayı evli olmayanların oranının yüksek olması anlaşılabilir. Benzer oranlar Türkiye'de başka çalışmalar da da görülmüştür (52, 112, 113). Korelasyon analizlerinde medeni durumun hiçbir psikometrik ölçek puanıyla pozitif ve/veya negatif korelasyon göstermediği bulunmuştur. Medeni durum konusunda bölgemizde yapılan bir çalışmada çok eşlilik ile intihar ilişkisi irdelenmiştir. Çok eşlilikte başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların daha fazla görülmesi çok eşli ailelerde kadınların intihar riskini artırırken, çok eşliliğin olduğu toplumlarda çok eşli bir evliliğe veya istemediği birisiyle evliliğe zorlanan genç kızla aileleri arasında çatışmalara ve intihara neden olabilmektedir (114).

Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda ailesiyle beraber yaşayanların oranı % 88 civarındadır. Hasta grubunda yalnız yaşayan kimse bulunamadı. Bölgemizde çekirdek aile yapısının halen güçlü bir şekilde korunduğu ve hasta grubunda, büyük çoğunluğunun bekar, 20’li yaşlarda, genç ve işsiz olması bu kişilerin büyük çoğunlukla ebeveynleriyle beraber kalması sonucunu doğurmaktadır. Türkiye’de yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (108). Başka bir parametremiz olan yaşadığı yer açısından hasta ve kontrol grubunda belirgin fark bulunmaktadır. Hasta grubunun sadece % 66.7’si Diyarbakır merkezde yaşıyorken kontrol grubunda bu oran % 96.7 olarak tespit edilmiş ve bu durum bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilmiştir.

Hasta grubu ile kontrol grubu arasında çalışma durumu açısından farklılık gözlenmiştir. Hasta grubunda çalışmayanlar % 55.0 gibi yüksek bir orana sahipken kontrol grubunda bu oran sadece % 16.7 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamanın intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu burada açıkça görülmektedir (16, 115). İntihar sebepleri incelendiğinde cinsiyetler arasında tek fark erkeklerde iş sorunları nedeniyle intihar girişiminde bulunduğunu belirtenlerin oranının anlamlı bir şekilde kadınların oranından daha yüksek olmasıdır. Bunun da ülkemizde ve özellikle Diyarbakır’da kadınların zaten çalışma yaşamına erkeklere oranla oldukça düşük düzeyde katılıyor olmalarının ve buna bağlı olarak kadınlarda iş sorunları yaşayabilme olasılıklarının doğal olarak erkeklere göre daha düşük olması rol oynuyor olabilir. İran’da yapılan bir çalışmada eğitim seviyesinin, işgücüne katılım oranının ve şehirleşmenin daha düşük seviyelerde olduğu illerde kadın intihar oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yazarlar, Batı Medeniyetleri’ndeki yüksek intihar oranlarını Durkheim’ın anomik (kuralsızlık) intihar tipi yani *yetersiz düzen*’le ilişkilendirirken, İran’daki yüksek intihar oranlarını ise, en azından kadınlar için, Durkheim’ın fatalistik (kaderci) intihar tipiyle yani *aşırı düzen*’le ilişkili olduğunu ortaya çıkarmışlardır (116).

Bölgemizde de feodal ilişkilerin halen oldukça güçlü olması, kadınların eğitim düzeylerinin erkeklere nazaran düşük olması, kadınlara sadece ev içi işlerin layık görülmesi, kadına karşı ev içi şiddetin yaygın olması, başlık parasının halen kısmen de olsa varlığını koruması, son otuz yıldır bölgede yaşanan çatışmaların

halen devam etmesi, zorunlu göç ve daha birçok nedenden dolayı kadın intiharların en azından bir kısmının fatalistik intiharlar olduğu söylenebilir. Fatalistik kadın intiharları ile ilgili bir diğer önemli husus da “namus/töre cinayeti” konusudur. Bu cinayetlerin çoğuna intihar süsü verildiği toplumda yaygın bir kanaat olarak görülmektedir. Cinayetin işlenmediği durumlarda kimi zaman intihara sürüklenme kimi zaman da doğrudan intihar etmeye yönlendirme sözkonusu olabilmektedir (117).

Çalışma durumuna bağlı gibi duran yaşadığı eve aylık giren ortalama gelir intihar eden ve etmeyenler karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hakeza, hasta grubunda erkekler ve kadınlar arasında da eve giren aylık ortalama gelir benzer bulunmuştur. Ailede başka birinin çalışıyor olmasının, çalışmayan aile bireyinin intihar girişimi riskini azaltmadığı ve intihara karşı bu durumun koruyucu bir faktör olmadığı görülmektedir. Yani, ailedeki gelirin yüksek olması çalışmayan aile bireyinin intihar girişimi olasılığını azaltmamaktadır (118).

Hasta ve kontrol grubunda hem tıbbi hastalık öyküsü hem de tıbbi tedavi öyküsü benzer bulunmuştur. Bu durum aslında literatürle çok uyumlu değildir. Ancak bu durumun veri formunda hastalık ve tıbbi tedavi kavramlarını hastanın/katılımcının tahayyülüne bıraktığımız ve ayrıca ayrıntılandırmadığımız için (mesala kronik ve akut biçiminde sınıflandırılabilirdi) benzer olarak çıktığı kanaatindeyiz. Eğer hastalıklar ve tedaviler gruplandırılıp hastaya/katılımcıya o şekilde sorulmuş olsaydı muhtemeldir ki süreğen hastalığa sahip olma ve ona bağlı uzun süreden beri tedavi alma intihar girişiminde bulunan kişilerde belki de daha yüksek oranda tespit edilebilecekti. Bu da çalışmamızın başka bir kısıtlılığı olarak not edilmiştir. Başka bir neden, fiziksel bir hastalığa sahip olmanın daha çok ileri yaşlarda intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu düşünülürse (1, 112) hasta grubumuzun genç yaş grubunda olması bu bulguyu desteklememiş olabilir.

İntihar eden kişilerin psikiyatrik öyküleri incelendiğinde daha önce psikiyatrik tedavi aldığını belirtenlerin oranı % 43.3, daha önce bir psikiyatri kliniğinde yatırılarak tedavi edilenlerin oranı %16.7 ve halen psikiyatrik tedavi alanların oranı %33.3 olarak tespit edilmiştir. Daha önce intihar girişimi olanların oranı ise %38.3 olarak tespit edilmiş ve bu oran literatüre benzerdir (16, 46, 112,

119). Bu parametreler intihar girişimi için yordayıcı faktörler olarak kabul edilmektedir (16, 17, 120). Kontrol grubu için dışlama kriterleri olarak kullanıldığı için bu sorular kontrol grubundaki kişilere sorulmamıştır. Yukarıdaki oranlar açısından cinsiyetler arasında fark saptanmadı. Burada asıl önemli olan intihar girişiminde bulunan kişilerin %33.3'ünün psikiyatrik tedavi altındayken buna girişimleri konusudur. Diyarbakır'da daha önce ergen ve gençlerde yapılan intihar amaçlı akut zehirlenme çalışmasında %12 oranında önceki intihar girişimi öyküsü saptanmıştır (107). Ruh sağlığı çalışanlarının özellikle psikiyatri hekimlerinin tüm hastalarında ya da en azından şüphelendikleri hastalarda mutlaka intihar düşüncesi olup olmadığını sorgulamaları gerekmektedir. Bulduğumuz bir diğer önemli sonuç ise intihar girişiminde bulunmuş hastalardan, hiç bir psikiyatrik tedavi almamış olanlarının oranının da oldukça yüksek (%56.7) olmasıdır. Bu oranın bu kadar yüksek olmasının birçok sebebi olabilmektedir. Psikiyatrik tedaviye ulaşım olanaklarının ülkemizde özellikle bölgemizde çok fazla olmaması, toplumda halen yaygın bir şekilde olan damgalanma korkusu nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvurmaya çekinme gibi nedenler bu sorunda rol alıyor olabilir. Bu konuda Özkan, bölgedeki durumu özellikle kadınlar açısından şöyle özetlemektedir (114);

“Kadınlar üzerindeki baskılayıcı tutum, onların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını da sınırlamaktadır. Kadınlar doktora gidebilmek için, çoğunlukla, kocalarının ya da aile büyüklerinin iznini almak ve onların refakatinde doktora gitmek durumundadırlar. Bütün bunların üzerine toplumda psikiyatrik hastalıklar konusundaki yanlış ve eksik bilgilerden kaynaklanan, ruhsal şikayetlerle bir psikiyatri hekimine başvurma konusundaki çekince eklenince, psikiyatrik hastalığı olan kadınların büyük bir kısmı tedavisiz kalmaktadır.”

Bir kişide yukarıdaki psikiyatrik öykü parametrelerinden herhangi birinin mevcut olması; ÇBASDÖ aile ve arkadaş altölçek puanlarının, ÇBASDÖ toplam puanının, DYÖ içsel ve dışsal-kişisel altölçek puanlarının, DYÖ toplam puanının ve güvenli bağlanma puanının düşük olması ile ilişkilidir. Ama bu kişilerde kararsız

bağlanma puanının da yüksek olabileceğini öngörebiliriz. Yani intihar girişiminde bulunan ve daha önce psikiyatrik öyküsü bulunan kişilerin aile ve arkadaşlarından aldıkları veya algıladıkları sosyal desteğin düşük olduğu, dini yönelimlerinin özellikle de içsel ve dışsal-kişisel yönelimlerinin zayıf olduğu ve güvensiz bağlanma biçimi özelliklerini sergilediklerini rahatlıkla söyleyebilmekteyiz. Bu durum, bu çalışmanın temel hipotezini de desteklemektedir ve literatür bilgileri ile de uyumlu bulunmaktadır (121).

Hastaların ifade ettikleri intihar nedenlerine baktığımızda yarısı aile ile ilgili sorunlar nedeniyle intihar girişiminde bulunduğunu ve bu durumun hem kadınlarda hem de erkeklerde karşımıza çıktığı görülmektedir. Aile ile ilgili sorunların hemen ardından her iki cinsiyette de terk edilme gelmektedir. Bu sonuç daha önceki çalışmalarda da tutarlı bir şekilde bulunmuştur (106, 108). Hastaların %11.7'si herhangi bir tetikleyici faktör bildirmemiştir. Bu oran daha önceki çalışmalarla desteklenmektedir (95, 122, 123).

Cinsel şiddet nedeniyle intihar girişiminde bulunan 3 kadına rağmen hiçbir erkek bu nedenle intihar girişiminde bulunmamıştır. Ama buna rağmen istatistik olarak bir fark bulunamamıştır. Burada intihar eden erkeklerin sayı olarak düşük olması istatistiki anlam çıkmasını açıklayabileceği görüşündeyiz. Ayrıca birçok kişi özellikle de daha küçük yaştakiler yaşadığı cinsel şiddeti çeşitli nedenlerle gizlemektedirler (124). Cinsel şiddet kurbanları özellikle ilk görüşmelerde bu gizlemeyi sürdürmekte, hekimle güven ilişkisi sağlandıktan sonra bu öykülerinden bahsedebilmektedirler. Çalışmamızda bu nedenlerle cinsel şiddet öyküsü oranları düşük olarak tespit edilmiş olabilir. Eskin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada psikiyatri poliklinik hastalarında, intihar düşüncesi olanların ve intihar girişiminde bulunanların, intihar düşüncesi olmayanlardan ve intihar girişiminde bulunmamış olanlardan daha fazla oranda cinsel taciz öyküsüne sahip olduklarını tespit etmişlerdir (¹²⁵). İntihar nedenleri açısından cinsiyetler arası tek fark yukarıda da belirtildiği üzere erkeklerde iş sorunları nedeniyle daha fazla intihara meyilin olmasıdır.

İntihar girişiminde bulunan hastaların %88.3'ü “bir anda” intihar etmeye karar verdiklerini, % 46.7'si kendi kullandığı ilaçlarla %31.7'si sadece psikiyatrik

ilaçlarla ve %11.7 ise hem psikiyatrik hem de psikiyatri dışı ilaçlarla kendilerini zehirlemeye çalıştıkları saptanmıştır. Bir anda intihar etmeye karar verenlerin daha çok yaşadıkları akut streslere özellikle de aile içi tartışma veya terk edilme gibi nedenlere sekonder olarak intihara karar verdikleri düşünülmektedir. Yukarıda da açıklandığı gibi hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık iki intihar nedeni ailevi sorunlar ve terk edilmedir. Akut streslere reaktif olarak gelişen bu ani intiharlar da genellikle hastaya en yakın araçlarla yani kendisinin ya da evde birilerinin kullandığı ilaçlarla olmaktadır. Özen ve Güloğlu'nun ilaçla intihar girişiminde bulunan ergen ve gençlerde yaptıkları bir çalışmada hastaların yaşları düştükçe stres faktörlerine ani tepki verme ve çevreye mesaj verme amacıyla intihar girişiminde bulunma olasılığının arttığı tespit edilmiştir. Alınan ilaç çeşidinin genelde en yakın çevrede bulunan ilaçlar olduğu belirlenmiştir. Yaptıkları çalışmada aile içi sorunlar ve ruhsal hastalık en önemli intihar sebepleri olarak bulunmuştur (107).

Hasta ve kontrol gruplarında, akrabalarında psikiyatrik hastalık ve intihar öyküsü ki-kare testi ile karşılaştırıldığında ilginç bir şekilde birbirlerine benzer oldukları görülmüştür. Doğu toplumlarında akrabalık kavrayışı ve bağları Batı toplumlarına nazaran daha geniş ve güçlü olduğu için burada anket formumuzda kullandığımız “akraba” kavramının hasta/katılımcılar tarafından çok geniş bir biçimde algılanmış olabileceği ve bu yüzden de çok uzak akrabalar hatta kan bağı olmayan kişiler bile bu tanımın içinde olacak şekilde sorulara cevap verilmiş olabilir. Böylece yalancı pozitiflik ortaya çıkabilmektedir.

Sosyal destek ve intihar arasında kuvvetli bir ilişkinin olduğu ve bunun ruhsal hastalık varlığından bağımsız olduğunu belirten çalışmalar literatürde mevcuttur (5, 6, 126). Algılanan sosyal desteği ölçmek için kullandığımız ÇBASDÖ, aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere 3 kategoride puanlar vermektedir. Puanlar ne kadar yüksekse o kategoride algılanan destek de o kadar yüksektir. İntihar girişiminde bulunan grupla kontrol grubunu ÇBASDÖ alt kategoriler puanları ve toplam puanlar açısından karşılaştırdığımızda, intihar girişiminde bulunan grubun aile ve arkadaş desteği alt kategorilerinde altölçek puanları ve ölçeğin toplam puanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı biçimde daha düşük bulunduğu saptanmıştır. Literatürde de intihar davranışı olan kişilerin aile ve arkadaşlarından ilgilerini kestikleri

belirtilmektedir (127). Kişinin ihtiyacı olan duygusal yardım ve desteği alabileceği birinin olması, ihtiyacı olduğunda yanında olacağını bilmesi, sorunlarını birileriyle konuşabilmesi, sevinç ve kederlerini paylaşabilmesi, duygularına önem verildiğini bilmesi ve kararlarını vermede birilerinin ona yardımcı olacağını bilmesi kişiyi intihar riskine karşı oldukça koruyor görünmektedir.

Ancak özel bir insanın desteği kategorisinde hasta ve kontrol grubu arasında fark tespit edilememiştir. “Özel bir insan” (special person) kategorisi de ülkemizde genellikle kadınlar tarafından “erkek arkadaş”, erkekler tarafından da “kız arkadaş” gibi algılandığı için ölçeğin en zayıf altölçeği olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde oldukça özel bir anlama sahip olan “özel bir insan terimi” Türkçe versiyonunu hazırlayan yazarlar tarafından 2001’de ölçekten çıkarılmıştır ve özel bir insan dışlama yoluyla tanımlanmıştır: *ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi (örneğin, flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor)* (99). Ancak, şimdiki çalışma sırasında da birçok hasta/katılımcının “özel bir insan”ın bu yeni tanımlama biçimini anlamakta zorluk çektiğinin gözlemledik. Hasta ve kontrol grubu arasında “özel bir insan” desteği altölçeğinde puanların benzer olmasının nedenlerinden birinin bu kavram karmaşası da olabilir.

Hasta grubunda kadın ve erkek cinsiyetler arasında algılanan sosyal destek açısından bir karşılaştırma yapıldığında kadınlarda özel bir insan desteği altölçek puan ortamasının erkeklerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınlarda algılanan “özel bir insan” desteğinin daha yüksek olmasının nedeni belki de kadınların erkeklerden daha fazla bu kavramı “sevgili/erkek arkadaş” olarak anlamlandırması nedeniyledir. Algılanan aile ve arkadaş desteği bakımından ise hasta grubunda cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır. Yaşan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ÇBASDÖ’de kadınların aldıkları puan ortalaması erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (47).

Algılanan sosyal destek, bağlanma biçimi ile karşılaştırıldığında güvenli bağlanma biçimine sahip kişilerde arkadaş destek puanları güvensiz bağlananlara göre daha yüksek bulunmuştur ve beklenen bir durumdur. Güvenli bağlanan kişilerde algılanan aile desteği ve özel bir insan desteği puanları her ne kadar güvensiz bağlananlara göre daha yüksek olsa da aralarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Algılanan aile desteği açısından bir fark olmaması ilginçtir.

Diyarbakır’da halen aile bağlarının çok güçlü olması, belki bu durumu açıklamaya yardımcı olabilir.

Bağlanma biçimlerinin hasta ve kontrol grubu arasındaki dağılımına baktığımızda güvenli bağlanma biçimi ortalama puanlarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu, kararsız bağlanma biçimi ortalama puanlarının hasta grubunda daha yüksek olduğu ve kaçınan bağlanma biçimi ortalama puanlarının ise her iki grupta benzer olduğu gösterilmiştir. Kaçınan ve kararsız bağlanma biçimi “güvensiz bağlanma” şeklinde sınıflandırılıp güvenli bağlanma biçimi ile karşılaştırıldığında güvensiz bağlanma biçiminin hasta grubunda, güvenli bağlanma biçiminin kontrol grubunda baskın bağlanma biçimi olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar çalışmamızın güvenli bağlanma biçiminin intihara karşı koruyucu olduğu yönündeki hipotezi doğrulamaktadır ve literatüre benzer sonuçlar elde edilmiştir (10, 84, 85, 87, 128, 129). Her ne kadar çalışmamızda kaçınan bağlanma biçiminin ortalama puanlarının hasta ve kontrol grupları arasında benzer olsa da hasta grubunun kendi içinde kadınlarda erkeklere oranla kaçınan bağlanmada yüksek ortalamalar bulunmuştur. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada güvenli bağlanmanın intihara karşı koruyucu etkisi sadece kadınlarda anlamlı bulunmuştur (130).

Daha önceki çalışmalar defalarca dinin intihar davranışına karşı koruyucu bir faktör olduğunu açıklamıştır. Daha fazla dindarlık azalmış intihar davranışı riski ile ilişkilendirilmektedir (9, 131, 132). Çalışmamızda hastaların/katılımcıların dini yönelimlerini inceleyebilmek için Dini Yönelim Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek üç faktörü incelemektedir; içsel dini yönelim, dışsal-kişisel dini yönelim ve dışsal-sosyal dini yönelim. Hasta ve kontrol grubu arasında dini yönelim açısından yapılan analizlerde, içsel dini yönelim altölçek puanı, dışsal-kişisel dini yönelim altölçek puanı ve DYÖ toplam puanı hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Dini başlı başına bir amaç olarak gören *içsel dindarlığın* ve kişisel olarak huzur bulmak için dindar olanları tanımlamak için kullanılan *dışsal-kişisel dindarlık* intihara karşı koruyucu bir faktör olduğu çalışmamızda bulunmuştur. Din ile ilişkisi sosyal ihtiyaçlarını karşılama biçimde olması şeklinde tanımlanan *dışsal-sosyal dini yönelimin* çalışmamızda kontrol grubu ile hasta grubunda benzer olması dini sadece bir araç olarak gören kişilerde dinin

intihar riski için bir koruyucu faktör olmadığını göstermektedir. Genel olarak çalışmalar, dine içsel yönelim ile psikolojik sıkıntı arasında anlamlı negatif ilişki ve dine dışsal yönelim ile psikolojik sıkıntı arasında anlamlı pozitif ilişki olduğunu göstermektedir (101). Dini inançlar ve ritüeller strese karşı bir tampon görevi görebilirler ve huzursuzluk duyan bireylerde huzur sağlayıcı argümanlar sunabilir. Din bireyi intihardan korumak için anahtar bir rol oynayabilir (133). Ayrıca İslam dini intihar etmeyi yasakladığı için intihar oranlarının düşük olması beklenen bir durumdur (134). Ayrıca İslam dininin intihar üzerine bu doğrudan etkisi dışında dolaylı bazı yollarla da intiharı önlediği öne sürülmüştür. Günde beş vakit namaz kılan bir Müslümanın Allah'ı daha sık hatırladığı ve böylece daha huzurlu olduğu ya da zekat müessesesi ile yoksullukla mücadele edildiği ve böylece yoksulluk sonucu oluşacak birçok problemi ortadan kaldırıldığı yahut da alkol ve diğer madde kötüye kullanımını yasaklayarak bunlara sekonder oluşan depresyonu azalttığı ve tüm bu sayılan etkenlerin İslam'ın intihar üzerinde koruyucu mekanizmaları olduğu bildirilmiştir (135). Ama bazı yazarlara göre de İslam'da intihar yasaklandığı için ve bazı İslam ülkelerinde yasal olarak suç sayıldığı için muhtemelen birçok intihar vakasının resmi olarak bildirilmediğini ve bu nedenle İslam ülkelerinde intihar oranlarının düşük olarak hesaplanabildiğini iddia etmektedir (136). Diğer bazı İslam ülkelerinden farklı olarak ülkemizde bu şekilde bir yasaklama söz konusu olmadığı da yukarıdaki veriler değerlendirilirken akılda bulundurulmalıdır.

Dini yönelimle ilgili bir diğer bulgu da eğitim seviyesi arttıkça dini yönelim düzeyinin düşmesidir. Ülkemizde birçok çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (137, 138).

Çalışmamızın ilginç sonuçlarından biri de hasta grubunda içsel dini yönelim puanı ile kaçınan bağlanma puanının pozitif bir korelasyon göstermesidir. Spekülatif bir yorumla kaçınan bağlanma biçimine sahip insanların bazı dinamik nedenlerle dine daha fazla yönelebileceğini düşünebiliriz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; sadece kendini zehirleme yöntemi ile intihar girişiminde bulunanların incelenmiş olması, katılımcıların sayısının pek yüksek olmaması ve kontrol grubunun yerleşim yeri açısından hasta grubundan farklı olması sayılabilir.

Sosyal destek alanlarının yanı sıra bildiğimiz kadarıyla intihar girişimi ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiyi araştıran ülkemizdeki ilk klinik çalışma olması nedeniyle çalışmamız konuyla ilgili var olan bilgi birikimine katkı sağlamıştır. Bu çalışmanın bir diğer özgün yönü ise Dini Yönelim Ölçeği'nin Türkçe sürümünün intihar girişiminde bulunmuş vakalarda kullanıldığı ilk klinik çalışma olmasıdır.

6. SONUÇLAR

Bu tez çalışmasında kendini zehirleme yoluyla intihar girişiminde bulunanlarda algılanan sosyal destek, dini yönelim ve bağlanma özellikleri araştırılmıştır. Bulunan başlıca sonuçlar şunlardır:

- 1) Kendini zehirleyerek intihar girişimiyle başvuran hastaların yaklaşık %75'i kadın, %75'i evli değil, %88'i ailesiyle beraber yaşıyor ve sadece %17'si bir işte çalışıyor durumdadır. Bu grupta, ortalama yaş 22.6 yıl, ortalama eğitim süresi 9.28 yıl ve ortalama aylık gelir yaklaşık 2000 TL civarındadır.
- 2) Kendini zehirleyerek intihar girişimi ile başvuran hastaların %43.3'ü daha önce psikiyatrik tedavi almış, %33.3'ü halen psikiyatrik tedavi almakta, ve %38.3'ü de daha önce de intihar girişiminde bulunmuş olan hastalardır.
- 3) Hasta grubunda ÇBASDÖ aile altölçek puanı, ÇBASDÖ arkadaş alt ölçek puanı, ÇBASDÖ toplam puanı sağlıklı bireylere oranla anlamlı bir şekilde daha düşüktür. ÇBASDÖ özel bir insan puanı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Sonuç olarak algılanan sosyal desteğin, özellikle aile ve arkadaş desteğinin, yüksek olması intihar girişimi riskine karşı koruyucu bir faktör olabilir.
- 4) Hasta grubunda kararsız bağlanma biçimi puanı daha yüksek bulunurken kontrol grubunda güvenli bağlanma biçimi puanı daha yüksek bulunmuştur. Kaçınan bağlanma puanı açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır. Güvenli bağlanan kişilerde intihar girişimi riski daha düşüktür.
- 5) İçsel dini yönelim puanı ve dışsal-kişisel dini yönelim puanı hasta grubu puanları ile karşılaştırıldığında kontrol grubunda daha yüksektir. Sonuç olarak dindar olanlar özellikle de dini bir amaç olarak görenler için dindarlık intihar girişimi riski için koruyucu bir faktör görevi görüyor olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Sudak HS. Psikiyatrik aciller. In: Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. (Çev: Aydın H, Bozkurt A, editörler). 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
2. Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167(7): 773-81.
3. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord* 2010 Dec;127(1-3): 287-94.
4. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6): 705-714.
5. Paudel-Tantukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M et al. Social support and suicide in Japanese men and women – The Japan Public Health Center (JPHC)- based prospective study. *J Psychiatr Res* 2011 Jul 29. Forthcoming 2011. PMID:21803374.
6. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine* 2004; 34(7): 1331–1337.
7. Simonson HR. Religiousness and non-hopeless suicide ideation. *Death Studies* 2008; 32(10): 951–960.
8. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(3): 242-50
9. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2009; 54(5): 283-291.

-
10. Nye EC, Katzmann J, Bell JB, Kilpatrick J, Brainard M, Haaland KY. Attachment representation and suicidal ideation in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Archives of Suicide Research* 2009; 13: 195–199.
 11. Nişanyan S. Sözlerin Soyağacı: Çağdaş Türkçenin Etimolojik Sözlüğü. <http://www.nisanyansfozluk.com/?k=intihar> adresinden 03.06.2011’de alınmıştır.
 12. Evans G, Farberow NL. The encyclopedia of suicide. 2nd ed. New York: Facts On File, Inc. United States of America; 2003.
 13. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. 2. Baskı. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları; 2002.
 14. Durkheim E. İntihar. (Çev: Prof. Dr. Özer Ozankaya). 1. Basım. İstanbul: Cem Yayınevi; 2002. s. 25.
 15. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World Report on Violence and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
 16. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 368-375.
 17. Hawton K, Fagg J, Platt S, Hawkins M. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ* 1993; 306: 1641-1644.
 18. Gunnell D, Peters T, Kammerling R, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socio-economic deprivation. *BMJ* 1995; 311: 226-230.
 19. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2004. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> adresinden 20.07.2011’de alınmıştır.
 20. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayısal elkitabı, Dördüncü baskı, Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR), Amerikan

Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E ( eviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

21. Oktik N, Top A, Sezer S, Bozver  . Muğla ili intihar ve intihar girişimlerinin sosyolojik olarak incelenmesi. *Kriz Dergisi*. 2003; 11(3): 1-19.

22. Özsoy SD, Eşel E. İntihar ( zkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 175-185.

23. Freud S. (1917) Mourning and Melancholia Standard edition, Strachey J (Ed), Volume 14, Hogarth Press, London, 1964. Çeviri: Freud S. Yas ve Melankoli. ( ev. Uslu R, Berksun O) *Kriz Dergisi*, 1993; 1(2): 98-103.

24. Batıgün AD. İntihar olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(1): 29-39.

25. Haran S, Aydın O. Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleri ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 1995; 3(1-2): 218-222.

26. Beck AT, Steer RA, Beck JS. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-threatening Behavior* 1993; 23(2): 139-145.

27. Sayar MK,  zt rk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10: 133-138.

28. Berber MS. Özkıyım (İntihar). In: Öztürk MO, Uluşahin A, editörler. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, cilt I. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2008. s. 428-447.

29. Canetto SS, Lester D. Suicidal women: Prevention and intervention strategies. In: *Women & suicidal behaviour*, 237-253, New York; Springer, 1995. Çeviri: Canetto SS, Lester D. Suisidal kadınlar: Önleme ve müdahale stratejileri. ( ev.  nc  B) *Kriz Dergisi* 1998; 6(1): 45-53.

-
30. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry*. 2010 Jun;25(5): 268-71. Epub 2010 May 6.
31. Stanley M, Virgilio J, Gershon S. Tritiated imipramine binding sites are decreased in the frontal cortex of suicides [Abstract]. *Science*. 18 Jun 1982; 216(4552): 1337-1339. PMID: 7079769
32. Baştürk M. Psikiyatrik aciller. In: Işık E, Taner E, Işık U, editörler. *Güncel klinik psikiyatri*. Ankara: 2008. s. 509-25.
33. Coryell W, Schlessner M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction *Am J Psychiatry*, May 2001; 158: 748-753.
34. Atay İM, Gündoğar D. İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi* 2004; 12(3): 39-52.
35. Simon RI, Hales RE.(ed.). *Textbook of suicide assessment and management*. 1st ed. Washington DC, London: The American Psychiatric Publishing; 2006.
36. Fawcett J: Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann NY Acad Sci* 2001; 932: 94–105.
37. Zimmerman M, Chelminski I: Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM-IV's hierarchy correct? *Am J Psychiatry* 2003; 160: 504–512.
38. National Institute of Mental Health. Suicide Facts. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-andprevention/index.shtml#factors> adresinden 03.06.2011'de alınmıştır.
39. Özalp E. İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(1): 85-93.
40. Peden M, McGee K, Krug E (Eds.). *İnjury: A leading cause of the global burden of disease*, 2000. Geneva, World Health Organization, 2002. (<http://www.google.com/books> adresinden ulaşılabilir.)

-
41. Türkiye İstatistik Kurumu: Türkiye istatistik yılı 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2011.
 42. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistik göstergeler 1923-2009. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2010.
 43. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/demografiapp/intihar.zul> adresinden 26.07.2011'de alınmıştır.
 44. Sayıl I. Türkiye'de intihar sorunu. Kriz Dergisi 1994; 2(2): 293-98.
 45. Sır A, Özkan M, Altındağ A, Özen Ş, Oto R. Diyarbakır'da özkıyım ve özkıyım girişimleri. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10(1): 50-58.
 46. Al B, Güllü MN, Küçüköner M, Aldemir M, Güloğlu C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine organofosfat zehirlenmeleri nedeniyle başvuran hastaların demografik özellikleri. Tıp Araştırmaları Dergisi 2006; 4(1): 5-13.
 47. Yaşan A, Danış R, Eşsizoglu A, Özkan M. İntihar girişiminde bulunanlarda demografik özellikler, yaşam olayları ve sosyal desteğin cinsiyete göre karşılaştırılması. Türkiye'de Psikiyatri, 2008; 10(1): 1-8.
 48. Akın D, Tüzün Y, Çil T. Türkiye'nin güneydoğusundaki akut zehirlenme olgularının profili. Dicle Tıp Dergisi 2007; 34(3): 195-198.
 49. Güloğlu C, Kara İH. Cases of acute poisoning in southeast anatolia of turkey. Dicle Tıp Dergisi, 2004; 31: 37-45.
 50. Kaya S, Kararmaz A, Karaman H, Turhanoglu S. Yoğun bakımımızdaki zehirlenme olgularının geriye dönük analizi. Dicle Tıp Dergisi 2006; 33(4): 242-244.
 51. Tıraşçı Y, Gören S. Diyarbakır'da 1996-98 yılları arasında saptanan medikolegal ölümlerin tanımlanması. Dicle Tıp Dergisi 2005; 32(1): 1-5.
 52. Gören S, Tıraşçı Y, Üzün İ. Banyo ölümlerinin retrospektif değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2005; 19(1): 29-32.

-
53. Goren S, Gurkan F, Tirasçi Y, Ozen S. Suicide in children and adolescents at a province in Turkey. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology 2003 June; 24(2): 214-217.
54. Goren S, Subası M, Tirasci Y, Ozen S. Female suicides in Diyarbakır, Turkey. J Forensic Sci 2004; 49(4): 1-3.
55. Apaydın H. Ruh sağlığı-din ilişkisi araştırmalarına bir bakış. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi 2010; 2: 59-77.
56. Abdel-Khalek, A. Neither altruistic suicide, nor terrorism but martyrdom: A Muslim perspective. Archives of Suicide Research, 2004; 8(1): 99–113.
57. Gearing RE, Lizardi D. Religion and suicide. J Relig Health 2009; 48: 332-341.
58. Koch HJ. Suicide and suicide ideation in the Bible: an empirical survey. Acta Psychiatr Scand 2005; 112: 167-172.
59. Özbek D. İnanç açısından intihar. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel İslam Bilimleri Ana Bilim Dalı Kelam Bilim Dalı; 2006.
60. T.C Başbakanlık Diyanet İşleri Başkanlığı. Kur'an-ı Kerim Meali. http://www.diyanet.gov.tr/kuran/Kuran_Meali/KURAN.pdf adresinden 30.06.2011'de alınmıştır.
61. Çapan E. İntihar saldırıları ve islam. Yeni Ümit Dergisi 2009; Sayı: 84, Yıl: 22. http://www.yeniumit.com.tr/konular.php?sayi_id=84&konu_id=1272&yumit=bolum 2 adresinden 30.07.2011'de alınmıştır.
62. Shah A, Chandia M. The relationship between suicide and Islam: a cross-national study. J Inj Violence Res. 2010 Jun; 2(2): 93-97.
63. Bertolote JM, Fleishmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suisidologi 2002; 7(2): 6-8.

-
64. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002; 359: 835-840.
65. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2303-2308.
66. Apaydın H. Ruh sağlığı-din ilişkisi araştırmalarına bir bakış. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 2010; 2: 59-77.
67. Cirhinlioğlu FG, Ok Üzeyir. İnanç ya da dünya görüşü biçimleriyle intihara yönelik tutum, depresyon ve yaşam oyumu arasındaki ilişkiler. *C.Ü Sosyal Bilimler Dergisi* Mayıs 2010; 34(1): 1-8.
68. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992; 28(5): 759-775.
69. Çalışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1: 240-255.
70. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 2006; 19(1): 24-39.
71. Güvenir T. Bağlanma kuramı. Aysev AS, Taner YI. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. Ankara: Janssen-Cilag; 2007. s. 39-54.
72. Ainsworth MDS. Attachment across the life span. *Bull N Y Acad Med* 1985 November; 61(9): 792-812.
73. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52(3): 511-524.
74. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for reasearch on close relationships. *Psychological Inquiry* 1994; 5(1): 1-22. (Çev: Ali Dönmez) Bağlanma: Yakın ilişkiler ve ilgili araştırmalar için bir çerçeve. *Türk Psikoloji Bülteni* 2000; 16(17): 29-50.

-
75. Bartholomew K, Shaver PR. Methods of assessing adult attachment. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment Theory and Close Relationship*. New York: The Guilford Press; 1998. p. 25-46. (<http://www.google.com/books> adresinden ulaşılabilir.)
76. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implication of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1999; 11(1): 1-13.
77. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(2): 321-342.
78. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17: 252-258.
79. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European and US crosscultural study. *Br J Psychiatry Suppl* 2004; 46: 31-37.
80. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord* 2005; 84: 15-24.
81. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001; 1: 365-380.
82. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21(4): 309-318.
83. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood (Structure, dynamics and change)*. New York/London: The Guilford Press; 2007.

-
84. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2008 Oct; 38(5): 592-607.
85. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Attachment and social adjustment: relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *J Affect Disord*. 2010 Jun;123(1-3): 123-30.
86. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Harkavy-Friedman J, Oquendo M. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour [Abstract]. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jun 3. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01724.x. [Epub ahead of print]
87. Davaji RBO, Valizadeh S, Nikamal M. The relationship between attachment styles and suicidal ideation: the study of Turkmen students, Iran. *Procedia Social and Behavioral Science* 2010; 5: 1190-1194.
88. Demir S. Bir grup üniversite öğrencisinde bağlanma stilleri ve intihar davranışı arasındaki ilişki. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.
89. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationship and health. *Science* 1988 Jul 29; 241(4865): 540-545.
90. Kaner S. Aile destek ölçeği: Faktör yapısı, güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2003; 4(1): 57-72.
91. Kaner S. Engelli çocukları olan anababaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. Ankara: Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri; 2004. acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/498/798.pdf adresinden 01.08.2011 tarihinde alınmıştır.
92. Çakır Y, Palabıyıkoglu R. Gençlerde sosyal destek-çokboyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1997; 5(1): 15-24.

-
93. Palabıyıkoglu R. İntihar davranışında ailenin rolü ve önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1(2): 62-68.
94. Palabıyıkoglu R, Azizoğlu S, Özayar H, Berksun OE. İntihar girişimi olan ve olmayan depresiflerin aile işlevselliği. *Kriz Dergisi* 1993; 1(3): 114-123.
95. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişiminde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi* 2003; 11(1): 13-24.
96. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IAK, Sokera TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 801-808.
97. Compton MT, Thompson NJ, Kaslow NJ. Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(3): 175–185.
98. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52(1): 30-41.
99. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(1): 17-25.
100. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology* 1967; 5(4): 432:443.
101. Cirhinlioğlu FG. Üniversite öğrencilerinde utanç eğilimi, dini yönelimler, benlik kurguları ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkiler. Yayımlanmamış doktora tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Sosyal Psikoloji Bilim Dalı; 2006.
102. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58(4): 644-663.

-
103. Akman İ, Kuscı MK, Yurdakul Z, Özdemir N, Solakoğlu M, Orhon L, Karabekiroğlu A, Özek E. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment style. *Journal of Pediatrics and Child Health* 2008; 44: 369-373.
104. Yurdakul Z, Akman I, Kuşçu MK, Karabekiroğlu A, Yaylalı G, Demir F, Özek E. Maternal psychological problems associated with neonatal intensive care admission. *Int J Pediatr*. 2009;2009:591359. Epub 2009 Jul 27.
105. Karabekiroğlu K, Rodopman-Arman A. Ebeveynin romantik bağlanma stili ile erken çocukluk döneminde sosyal duygusal sorun düzeyi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48: 147-154.
106. Oto R, Özkan M, Altındağ A. Batman intiharları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry* 2004; 5(2).
107. Özen Ş, Güloğlu C. İlaçla özkıym girişiminde bulunan ergen ve gençlerde depresif belirti farklılıkları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 159-166.
108. Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniveristesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 19-29.
109. Jongsma AE, editor. The suicide and homicide risk assesment and prevention. New Jersey: John Wiley and Sons Inc. 2004.
110. Mohanty S, Sahu G, Mohanty MK, Patnaik M. Suicide in India- A four year retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2007; 14: 185-189.
111. Kekeç Z, Sarı A. Acilde zehirlenme olguları ve özkıym. *New/Yeni Symposium Journal* 2008; 46(3): 109-121.
112. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö. Devrimci H. Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir izleme çalışması: Dünya Sağlık Örgütü- Avrupa Çok Merkezli İntihar Davranışı İzlem Çalışması Sonuçları. *Kriz Dergisi*, 2004; 1(2): 56-61.

-
113. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman’da intihar girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 150-156.
114. Özkan M. Çok eşlilik ve intihar. XIV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2007. s. 84.
115. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium Journal* 2006; 44(3): 141-150.
116. Aliverdinia A, Pridemore WA. Women’s fatalistic suicide in Iran. A partial test of Durkheim in a Islamic Republic. *Violence Against Women* 2009; 15(3): 307-320.
117. Kardam F. Türkiye’deki namus cinayetlerinin dinamikleri. Eylem planı için öneriler, sonuç raporu. Ankara: Nüfus Bilim Derneği; 2005.
118. Duffy D, Ryan T, editors. *New approaches to preventing suicide*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2003.
119. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, et al: Attempted suicide in Europe: rates, trends, and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93: 327–338.
120. Suominen K, Isometza E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 563-564.
121. McLaugh Columba. *Suicide related behaviour. Understanding, caring and therapeutic responses*. England: John Wiley and Sons Ltd; 2007.
122. Ertemir D, Ertemir M. Gençlerin intihar girişimlerinin özellikleri. *Düşünen Adam* 2003; 16(4): 231-234.
123. Önen-Sertöz Ö, Noyan MA, Sertöz N, Elbi H. İntihar girişimleri öngörülebilir mi? Bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimiyle başvuran hastaların altı aylık izlem sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11(1): 1-8.

-
124. Keser İ. Çocuk cinsel istismarı, Diyarbakır örneği. Ankara: Karahan Kitabevi; 2011.
125. Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(4): 266-275.
126. Harrison KE, Dombrovski AY, Morse JQ, Houck P, Schlernitzauer M, Reynolds III CF, Szanto k. Alone? Percieved social support and interpersonal difficulties in suicidal elders. Int Psychogeriatr 2010 May; 22(3): 445-453.
127. Prabhu SL, Molinari V, Bowers T, Lomax J. Role of the family in suicide prevention: An attachment and family system perspective. Bulletin of the Menninger Clinic 2010 Fall; 74(4): 301-327.
128. West ML, Spreng SW, Rose SM, Adam KS. Relationship between attachment felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. Can J Psychiatry 1999; 44: 578-582.
129. Lessard JC, Moretti MM. Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implication. Journal of Adolescence 1998; 21: 383-395.
130. Zeyrek EC, Gençöz F, Bergman Y, Lester D. Suicidality, problem solving skills, attachment style, and hopelessness in Turkish students. Death Studies 2009; 33: 815-827.
131. Lizardi D, Gearing RE. Religion and suicide: Buddhism, Native American and African religions, atheism and agnosticism. J Relig Health 2010; 49: 377-384.
132. Sayar K. İntihar ve inanç sistemleri. Yeni Symposium 2002; 40(3): 100-104.
133. Bhugra D. Commentary: Religion, religious attitudes and suicide. International Journal of Epidemiology 2010; 39: 1496-1498.
134. Khan MM, Ahmed A, Khan SR. Female suicide rates in Ghizer, Pakistan. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2009 April; 39(2): 227-230.

-
135. Rezaeian M. Islam and suicide: A short personal communication. Omega 2008-2009; 58(1): 77-85.
136. Lester D. Suicide and Islam. Archives of Suicide Research 2006; 10: 77-97.
137. Kuzgun Y, A.Sevim S. Kadınların çalışmasına karşı tutum ve dini yönelim arasındaki ilişki. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2004; 37(1): 14-27.
138. Voltan-Acar N, Yıldırım İ, Ergene T. Bireylerin dindarlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1996; 12: 45-56.

8. EKLER

EK-1: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hekimin Bilgilendirmesi

İntihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal destek algısı, kişilerarası ilişkiler ve dini yönelimler ile ilgili bir çalışma yapmaktayız. Araştırmanın adı **“Kendini Zehirleme Yoluyla İntihar Girişiminde Bulunanlarda Algılanan Sosyal Destek, Dini Yönelim ve Bağlanma Özelliklerinin Araştırılması”**dır.

İntihar eden kişilerde sosyal destek, kişilerarası ilişkiler ve dini yönelimlerin intihar girişiminde bulunmayanlara göre farklı olabileceğini öngörüyoruz. Bu nedenle intihar girişiminde bulunan kişilerin sosyal desteklerini, diğer insanlarla ilişkilerinin niteliğini ve sahip olduğu dini değerleri araştırıyoruz. Bu araştırmayı yaparken size, bazen bizim soracağımız bazen de sizin cevaplayacağınız ölçekler verilecektir. Sizin için en doğru olan seçenekleri cevaplamanız istenecektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. İsrail Bülbul veya onun görevlendireceği bir hekim tarafından muayene edilecek ve bulgular kaydedilecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Dr. İsrail Bülbul tarafından Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun

ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. İsrail Bülül'ü hangi telefon (0 412 248 80 01 Dahili: 4528) ve adresten (Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı) arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verildi.

Katılımcının/Hastanın

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunan için veli veya vasinin

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığının

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekimin

Adı-Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Hastanın Adı:

- 1) Grubu: 0. Hasta 1. Kontrol
- 2) Yattığı Servis: 0. Acil 1. Dahiliye 2. Pediatri 3. Diğer
- 3) Yaş:
- 4) Cinsiyet: 0. Kadın 1. Erkek
- 5) Eğitim Durumu: yıl
- 6) Hangi yerleşim biriminde yaşıyorsunuz? 1. Köy adı..... 2. Şehir adı.....
- 7) Şu anda çalışıyor musunuz? 0. Hayır 1. Düzenli 2. Düzensiz 3. Emekli 4. Öğrenci 5. Ev hanımı
- 8) Yaşadığınız evde aylık ortalama gelir:
- 9) Medeni Hali: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış
- 10) Kimlerle yaşıyorsunuz? 1. Eş ve çocuklar 2. Anne-baba 3. Yalnız 4. Bir yakını ile 5. Öğrenci evi/Yurt 6. Diğer
- 11) Tıbbi bir hastalığınız var mı? 0. Hayır 1. Evet
- 12) Herhangi bir tıbbi tedavi alıyor musunuz? 0. Hayır 1. Evet
- 13) Daha önce psikiyatrik bir tedavi aldınız mı? 0. Hayır 1. Evet
- 14) Evet, ise hangi tedavileri aldınız? 1. Farmakoterapi 2. Psikoterapi 3. EKT 4. Kombine
- 15) Şu anda psikiyatrik bir tedavi alıyor musunuz? 0. Hayır 1. Evet
- 16) Hiç psikiyatri servisine yatışınız oldu mu? 0. Hayır 1. Evet
- 17) Kaç kez yatışınız oldu? defa
- 18) Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu? 0. Hayır 1. Evet
- 19) Daha önce kaç defa intihar girişiminiz oldu? defa
- 20) İntihar girişiminizi hangi ilaçla yaptınız? 0. Psikiyatrik ilaç 1. Psikiyatri dışı tıbbi ilaç 2. Böcek zehiri 3. Fare zehiri 4. Tarım ilacı 5. Bilinmiyor/Diğer
- 21) İlaç nereden buldunuz? 1. Kendi kullandığım ilaç 2. Evde birilerinin kullandığı ilaç 3. Eczaneden intihar amacıyla aldım
- 22) Niye intihar ettiniz? 0. Aile ile ilgili sorunlar 1. Terk edilme 2. Fiziksel şiddete uğrama 3. Cinsel şiddete uğrama 4. İş ile ilgili sorunlar 5. Okul ile ilgili sorunlar 6. Hukuksal/Adli sorunlar 7. Sevdigi birinin ölümü 8. Bedensel hastalık 9. Özel bir sebebi yok 10. Diğer.....
- 23) İntihar etmeye nasıl karar verdiniz? 1. Bir anda karar verdim 2. Uzun süredir planlıyordum
- 24) Akrabalarınızda psikiyatrik hastalığı olan var mı? 0. Hayır 1. Evet
- 25) Akrabalarınızda intihar girişiminde bulunan var mı? 0. Hayır 1. Evet

EK-3: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar seçenekler verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki kutucuklardan yalnız bir tanesine işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan seçeneği işaretleyiniz	1. Hiç katılmıyorum	2. Oldukça katılmıyorum	3. Pek katılmıyorum	4. Tarafsızım	5. Az katılıyorum	6. Oldukça katılıyorum	7. Kesinlikle katılıyorum
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-4: DİNİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ

1. Dini inançlarımı, hayatımın diğer tüm alanlarına uygulamak için elimden geleni yapmaya çalışırım.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

2. Dini inancın bana sağladığı en büyük yarar hüznün ve talihsizliklerle karşılaştığımda beni rahatlatmasıdır.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

3. Hayata bakışımın temelinde dini inançlarım yatar.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

4. Dua etmemin başlıca nedeni dua etmem gerektiğinin öğretilmesidir.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

6. Dürüst ve ahlaklı bir yaşam sürdürdüğüm sürece, neye inandığım çok fazla önemli değildir.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

7. Şartlar engellemediği sürece; her gün beş vakit namaz kılarım.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

8. Senede bir kere malımın zekatını veririm.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

9. Şartlar engellemediği sürece; insanın ömründe bir kez hacca gitmesi gerektiğini düşünürüm

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

10. Kendi sosyal ve ekonomik refahımı korumak için zaman zaman dini inançlarımdan ödün vermenin gerektiğini düşünürüm.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

11. Dini amaçlı bir gruba katılacak olsam sadece kuran kurslarına yada toplumsal yardımı amaçlayan dini gruplara katılırdım.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

12. Dindar olmakla birlikte hayatta daha birçok önemli şey olduğuna inanıyorum

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

13. İnancımla ilgili kitap okurum.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

14. Dini tefekküre dalmak için zaman ayırmak benim açımdan önemlidir.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

15. Dini bir cemaate üye olmamın bir nedeni toplum içinde bana mevkie kazandırmasıdır.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

16. Çok sık olarak Allah'ın veya kutsal bir varlığın mevcudiyetini güçlü bir şekilde hissederim.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

17. İbadet etmek bana, mutlu ve huzurlu bir hayat sağlamalıdır.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

18. İnancılı biri olsam bile dinsel düşüncelerimin günlük yaşamımı ve ilişkilerimi etkilemesine izin vermem.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

19. Şartlar engellemediği sürece; ramazan ayında oruç tutarım.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

20. İbadet yerleri iyi sosyal ilişkiler kurmam açısından çok önemlidir.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

21. Dine ilgi duymamın başlıca nedeni ibadet yerlerinin bana sıcak bir sosyal ortam sağlamasıdır.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

22. Hayatın anlamıyla ilgili pek çok soruyu cevaplandığı için din benim açımdan özellikle önemlidir.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

23. İbadetin en önemli amacı kişiye huzur ve güven sağlamasıdır.

1.hiç katılmıyorum 2.pek katılmıyorum 3.kararsızım 4.biraz katılıyorum 5.tamamen katılıyorum

EK-5: ERİŞKİN BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerin herbirini dikkatlice okuduktan sonra herbirinin kendinizi ne kadar iyi tanıttığını dört seçenekten birini işaretleyerek belirtiniz: eğer sizi çok iyi tanıttığını düşünüyorsanız “Çok doğru (4)” seçeneğini işaretleyiniz. Diyelim ki şu ifadeyi okudunuz: “İnsan ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz.” Eğer ihtiyacınız olduğunda kimseyi bulamayacağınızı düşünüyorsanız o zaman “Çok doğru (4)” seçeneğini işaretlemeniz gerekir. Tam tersi, bu ifadenin size hiç tanıtmadığını düşünüyorsanız o zaman “Hiç doğru değil (1)” seçeneğini işaretlemelisiniz.

1) İnsan, ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

2) Başkalarına bağımlı olmayı kabullenmek benim için zordur.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

3) Başkalarına bağımlı olmak beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

4) İnsanlara ihtiyacım olduğunda onları bulabileceğimi biliyorum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

5) İnsanlara tamamen güvenmek bana zor geliyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

6) İhtiyacım olduğu anda birini bulabileceğimden emin değilim.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

7) Terkedileceğim diye pek endişelenmem.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

8) Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) beni gerçekten sevmiyor diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

9) İnsanlar bana, benim onların bana yakınlaşmalarını istediğim kadar yakınlaşmaktan çekiniyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

10) Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) benimle kalmak istemeyecek diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

11) Bazen benim onlarla kaynaşma arzum insanları ürkütüp kaçırıyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

12) İnsanlarla yakınlaşmak benim için oldukça kolaydır.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

13) Birisi bana gereğinden fazla yakınlaşacak diye pek kaygılanmam.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

14) İnsanlara yakın olmaktan biraz huzursuzluk duyarım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

15) Birisi bana aşırı derecede yakınlaştığında tedirgin olurum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

16) Başkalarının bana bağımlı olması beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

17) İlişkiye girdiğim (veya kendimi çok yakın hissettiğim) kişiler çoğu zaman beni rahatsız edecek kadar samimi olmak istiyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru