

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SINIRDA ZİHİNSEL İŞLEVSELLİĞİ VE ZİHİNSEL YETERSİZLİĞİ OLAN
ÇOCUK VE ERGENLERDE İNTİHAR DAVRANIŞI VE RİSK
FAKTÖRLERİ**

UZMANLIK TEZİ

**DR. PELİN ÇON BAYHAN
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. NUSRET SOYLU**

MALATYA-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, birikim ve deneyimlerini aktararak bu disiplinde yetişmemi sağlayan, güçlü ve kararlı duruşunu örnek aldığım anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Özlem ÖZEL ÖZCAN'a, uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmamın tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, sabrı ve hoşgörüsüyle desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Nusret SOYLU'ya en derin teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Eğitimime katkıda bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri ve İnönü Üniversitesi Çocuk Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma, kliniğimiz psikologlarına, hemşirelerine ve personeline, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çocuklara ve ailelerine, manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem Nurcan ÇON ve rahmetle andığım babam Hasan ÇON başta olmak üzere tüm aileme, ihtisas sürem boyunca sabrı ve desteği için sevgili eşim İrfan BAYHAN'a teşekkür ederim.

Dr. Pelin ÇON BAYHAN

MART-2016, MALATYA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLOLAR LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Zekânın Tanımı:	3
2.2. Zihinsel Yetersizlik	4
2.2.1. Zihinsel Yetersizlik Tanımı:.....	4
2.2.2. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik	5
2.2.3. Zihinsel Yetersizlik Tarihçesi:	5
2.2.4. Zihinsel Yetersizlik DSM-5 Tanı Kriterleri:	6
2.2.5. Zihinsel Yetersizlik Epidemiyolojisi	8
2.2.6. Zihinsel Yetersizlik Etiyolojisi.....	9
2.3. İntihar Davranışı.....	12
2.3.1. Tanımlama ve Sınıflandırma	12
2.3.2. İntihar Davranışı Epidemiyolojisi	12
2.3.3. İntihar Davranışı İçin Risk Faktörleri.....	16
2.3.3.1. Sosyodemografik Risk Etkenleri:.....	16
2.3.3.2. Psikiyatrik Risk Etkenleri.....	16
2.3.3.3. Bireysel Risk Etkenleri.....	18
2.3.3.4. Ailesel Risk Etkenleri.....	18
2.3.3.5. Stresli Yaşam Olayları.....	19
2.3.3.6. Biyolojik Risk Etkenleri	20
2.3.4. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı	23
2.3.4.1. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı Epidemiyolojisi.....	23
2.3.4.2. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Girişimi Yöntemleri	24
2.3.4.3. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı İçin Risk Faktörleri	24

2.3.4.3.1. Yaş ve Cinsiyet.....	24
2.3.4.3.2. Zekâ Düzeyi	25
2.3.4.3.3. Ruhsal Bozukluk	25
2.3.4.3.4. Stresli Yaşam Olayları:	26
2.3.4.3.5. İntihar Davranışı Öyküsü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1.Araştırmanın örnekleme.....	28
3.2. Araştırmanın deseni.....	28
3.3. Deneklerin seçimi.....	28
3.3.1. Araştırmaya dâhil olma kriterleri :	28
3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri :	28
3.4. Uygulama:	28
3.5. Değerlendirilme Gereçleri.....	29
3.5.1. Sosyodemografik bilgi formu (EK 2).....	29
3.5.2. İntihar Davranışını Değerlendirme Formu (EK 3).....	30
3.5.3. Ruhsal Değerlendirme Formu (EK 4)	30
3.5.4. Sorun Davranış Kontrol Listesi–Türkçe Formu (EK 5).....	30
3.5.5. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği - Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R)	31
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi Ve İstatistikler	31
4. BULGULAR	32
4.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri:	32
4.2. Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri:	32
4.3. Travma ve Psikostresör Faktörlere İlişkin Dağılımlar:	33
4.4. İntihar Davranışı ile İlgili Bulgular:	34
4.5. Zihinsel Yetersizliğe İlişkin Dağılımlar:	35
4.6. Psikiyatrik Tanılara İlişkin Dağılımlar:.....	35
4.7. İlaçlara İlişkin Dağılımlar:	35
4.8. Sosyodemografik Özelliklerinin İntihar Davranışı İle İlişkisi	36
4.8.1. Ölme İsteğinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi	36
4.8.2. İntihar Düşüncesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.....	37
4.8.3. İntihar Girişiminin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.....	38
4.9. Ailesel Özelliklerinin İntihar Davranışı İle İlişkisi	39
4.9.1. Ölme İsteğinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi	39

4.9.2. İntihar Düşüncesinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi	40
4.9.3. İntihar Girişiminin Ailesel Özellikler ile İlişkisi.....	41
4.10. Zekâ Düzeyinin İntihar Davranışı İle İlişkisi	42
4.10.1. Zekâ Düzeyinin Ölme İsteği İle İlişkisi.....	42
4.10.2. Zekâ Düzeyinin İntihar Düşüncesi İle İlişkisi	42
4.10.3. Zekâ Düzeyinin İntihar Girişimi İle İlişkisi	43
4.11. WISC-R Puanlarının İntihar Davranışı İle İlişkisi	43
4.11.1. WISC-R Puanlarının Ölme İsteği İle İlişkisi.....	43
4.11.2. WISC-R Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi	44
4.11.3. WISC-R Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi.....	44
4.12. İhmal Ve İstismarın İntihar Davranışı Üzerine Olan Etkisi	45
4.12.1. İhmal ve İstismarın Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi	45
4.12.2. İhmal ve İstismarın İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi.....	46
4.12.3. İhmal ve İstismarın İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi	47
4.13. Psikostresör Faktörlerin İntihar Davranışı Üzerine Olan Etkisi.....	48
4.13.1. Psikostresör Faktörlerin Ölme İsteği Üzerine Etkisi	48
4.13.2. Psikostresör Faktörlerin İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi.....	49
4.13.3. Psikostresör Faktörlerin İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi	49
4.14. Ruhsal Bozuklukların İntihar Davranışı Üzerine Olan Etkisi	50
4.14.1. Ruhsal Bozuklukların Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi	50
4.14.2. Ruhsal Bozuklukların İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi	52
4.14.3. Ruhsal Bozuklukların İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi	53
4.15. İlaç Kullanımı ile İntihar Davranışı İlişkisi.....	54
4.15.1. İlaç Kullanımının Ölme İsteği ile İlişkisi	54
4.15.2. İlaç Kullanımının İntihar Düşüncesi ile İlişkisi.....	55
4.15.3. İlaç Kullanımının İntihar Girişimi ile İlişkisi.....	56
4.16. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Davranışı İle İlişkisi	57
4.16.1. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının Ölme İsteği İle İlişkisi.....	57
4.16.2. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi	57
4.16.3. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi ...	58
4.17. İntihar Davranışı İle İlişkili Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi	59
4.17.1. Ölme İsteği ile İlişkili Bağımsız Değişkenler	59
4.17. 2. İntihar Düşüncesi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler	59
4.17.3. İntihar Girişimi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler	60

5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Genel Bulguların Değerlendirilmesi.....	61
5.2. İntihar Davranışının Sıklığı ve İntihar Girişimi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi	62
5.3. Sosyodemografik Özellikler ile İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	64
5.4. Zekâ Düzeyi ile İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	66
5.5. Psikiyatrik Bozuklukların İntihar Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi	67
5.6. Kullanılan İlaçların İntihar Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi... 69	
5.7. İhmal ve İstismarın İntihar Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi... 69	
5.8. Spesifik Stresörlerin İntihar Davranışı Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi	70
5.9. Sorun Davranış Kontrol Ölçeği Puanlarının İntihar Davranışı İle İlişkinin Değerlendirilmesi	71
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	72
7. ÖZET	74
8.SUMMARY	75
9. KAYNAKLAR.....	76
10. EKLER	95

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Anlıksal Yetiyitiminin (Anlıksal Gelişimsel Bozukluk) Ağırlık Düzeyleri.	7
Tablo 2: Zihinsel Geriliğin Yaygın Nedenleri.....	11
Tablo 3: Çocuk İntiharları ve Toplam İntiharlar İçindeki Oranı 2002-2013.....	15
Tablo 4: Ergenlerde İntihar Risk Faktörleri.....	22
Tablo-5: Olguların Sosyodemografik Özellikleri.....	32
Tablo-6: Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri.....	33
Tablo-7: Travma ve Psikostresör Faktörlere İlişkin Dağılımlar.....	34
Tablo 8: Psikiyatrik Tanılara İlişkin Dağılımlar.....	35
Tablo-9: Ölme İsteğinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.....	36
Tablo 10: İntihar Düşüncesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.....	37
Tablo 11: İntihar Girişiminin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi.....	38
Tablo 12: Ölme İsteğinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi.....	39
Tablo 13: İntihar Düşüncesinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi.....	40
Tablo 14: İntihar Girişiminin Ailesel Özellikler ile İlişkisi.....	41
Tablo 15: Zekâ Düzeyinin Ölme İsteği İle İlişkisi.....	41
Tablo 16: Zekâ Düzeyinin İntihar Düşüncesi İle İlişkisi.....	43
Tablo 17: Zekâ Düzeyinin İntihar Girişimi İle İlişkisi.....	43
Tablo 18: WISC-R Puanlarının Ölme İsteği İle İlişkisi.....	44
Tablo 19: WISC-R Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi.....	44
Tablo 20: WISC-R Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi.....	45
Tablo 21: Ölme isteği olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması.....	45
Tablo 22: İntihar düşüncesi olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması.....	46
Tablo23: İntihar girişimi olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması.....	48
Tablo 24: Psikostresör Faktörlerin Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi.....	48
Tablo 25: Psikostresör Faktörlerin İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi.....	49
Tablo 26: Psikostresör Faktörlerin İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi.....	50
Tablo 27: Ruhsal Bozuklukların Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi.....	51

Tablo 28: Ruhsal Bozuklukların İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi.....	52
Tablo 29: Ruhsal Bozuklukların İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi.....	54
Tablo 30: İlaç Kullanımının Ölme İsteği ile İlişkisi.....	55
Tablo 31: İlaç Kullanımının İntihar Düşüncesi ile İlişkisi.....	56
Tablo 32: İlaç Kullanımının İntihar Girişimi ile İlişkisi.....	55
Tablo 33: Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının Ölme İsteği ile İlişkisi.....	56
Tablo 34: Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi.....	59
Tablo 35: Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi.....	60
Tablo 36: Ölme İsteği İle İlişkili Bağımsız Değişkenler.....	60
Tablo 37: İntihar Düşüncesi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler.....	61
Tablo 38: İntihar Girişimi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler.....	61

KISALTMALAR

DSM IV: Mental Bozuklukların Tanımsal Ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı/ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanımsal Ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı/ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

ICD-10: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması 10. Baskı/International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

WISC-R: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu /Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised

ZY: Zihinsel Yetersizlik

SZİ: Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

IQ: Zekâ puanı/İntelligence Quotient

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ASB: Akut Stres Bozukluğu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

MDB: Majör Depresif Bozukluk

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

ÖF: Özgül Fobi

SF: Sosyal Fobi

PB: Panik Bozukluk

DB: Davranım Bozukluğu

VDB: Vücut Dismorfik Bozukluğu

AN: Anoreksiya Nervoza

BN: Bulimiya Nervoza

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TCA: Trisiklik antidepresan

ADH: Antidiüretik hormon

CBCL: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği/Child Behavior Checklist

SED: Sosyoekonomik düzey

5H1AA: 5-Hidroksiindolasekasit

5HTRA: Serotonin 2a Reseptörü

RNA: Ribo Nükleik Asit

Ark. : Arkadaşları

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İntihar, 15-24 yaş aralığında en sık ikinci ölüm sebebidir (1). İntihar girişimlerinin %52.16'sı gibi büyük bir çoğunluğunun 15-24 yaş grubunda olduğu ve bu yaş grubundaki ölümlerin yaklaşık %20'sinin intihardan kaynaklandığı bildirilmiştir (2-6). Normal gelişim gösteren çocuk ve ergenler gibi sınırdaki zihinsel işlevselliği (SZİ) ve zihinsel yetersizliği (ZY) olan çocuk ve ergenlerde de intihar davranışı sık gözlenmesine rağmen çoğu zaman klinisyenler tarafından fark edilememektedir (7-10). Bu bireylerde duyguların kısıtlı düzeyde ifade edilmesi, zayıf iletişim becerileri, duyuşsal bozukluklar, kısıtlı problem çözme becerileri gibi nedenlerden dolayı intihar davranışının saptanması oldukça güç olmaktadır (11).

Normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığı ve ilişkili faktörlerle ilgili birçok çalışma (12-15) bulunmasına rağmen, SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığı ve ilişkili risk faktörleri ile ilgili çalışma sayısı yeterli düzeyde değildir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ergen yaş grubunda olma (9), zekâ puanının yüksek olması (7,10,16-18), major depresif bozukluk (MDB), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) sahip olma (7,10,17), stresli yaşam olaylarına maruz kalma (10,19,20) SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışında bulunma riskini artıran faktörler olarak saptanmıştır. Bu alanda ülkemizde bildiğimiz kadarıyla herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Yurt dışında yapılan çalışmaların örneklem sayısının azlığı (17), olgularla yüz yüze klinik görüşme yapılmamış olması (21,22), intihar davranışı yerine sadece intihar hakkında konuşmanın değerlendirilmiş olması (9), intihar ile ilişkili risk faktörlerine bakılmamış olması (22) gibi kısıtlılıkları vardır.

Çalışmamız, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran SZİ ve ZY tanısı alan çocuk ve ergenleri hedef almaktadır. Amacımız bu olgularda intihar davranışının sıklığını, niteliğini saptamak ve bu olgularda intihar davranışı ile ilişkili risk faktörlerini belirlemektir.

Çalışmamızın literatürdeki diğer çalışmalardan farkı, bütün olgularla Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı (DSM-5)'ya dayalı ayrıntılı bir

psikiyatrik değerlendirmenin yapılmış olması, hem çocuk hem de birincil bakım veren ile görüşülmüş olması, intihar davranışının bu görüşmede ayrıntılı olarak sorgulanmış olması, intihar davranışı için birçok risk faktörünün bir arada değerlendirilmış olmasıdır. Ayrıca bildiğimiz kadarıyla literatürde ZY'si olan ocuk ve ergenlerde intihar davranışı ile sorun davranışların ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Zekânın Tanımı:

Zihnin öğrenme, öğrenilenlerden yararlanabilme, yeni durumlara uyarlanabilme ve yeni çözüm yolları bulabilme yeteneği olarak tanımlanabilen zekâ, tarih boyunca farklı yaklaşımlarla değerlendirilmiştir. Binet zekâyı ‘iyi akıl yürütme, iyi hüküm verme ve kendi kendini aşma kapasitesi’ olarak tanımlamaktadır (23). Piaget ise, çevreye ve yeni durumlara uygun biçimde düşünüp davranarak uyum sağlama yeteneğini zekâ olarak nitelendirmiştir (24). Wechsler; ‘bireyin amaçlı davranma, mantıklı düşünme ve çevresiyle ilişkilerinde etkili olma kapasitesinin tümü’ olarak ifade etmiştir (25). Cattell zekâyı, kavram oluşturma ve benzerlikleri tanımlamada gerekli yetenekleri ve sezgisel özellikleri içeren ‘akıcı zekâ’ ve kelime hazinesi ve çeşitli sosyal durumlarla ilişkili ‘kristalize zekâ’ olarak iki temel bileşenden oluşan bir yapı olarak tariflemiştir (26). ‘Çoklu Zekâ Kuramı’ nı öne süren Gardner ise zekâyı, ‘bir kültürel ortamda problem çözme veya kültürün bir değeri olan bir ürün yaratma bilgisinin etkinleştirilebilir biyopsikolojik potansiyeli’ olarak tanımlamaktadır (27).

Thorndike’a göre zekâ, birçok düşünsel yeteneklerin karışımından meydana gelir. Thorndike zekâyı, mekanik, sosyal ve soyut olmak üzere üçe ayırarak incelemiştir. Mekanik zekâyı, alet, cihaz kullanma ve makine işletebilmede; sosyal zekâyı, insanları anlama, kişiler arası ilişkileri görüp bunlara göre davranabilmede ve soyut zekâyı, sözcükler, sayılar, formüller gibi sembollerle düşünmede, bilimsel ilkeleri kavramada etkin olan zekâ olarak tanımlar (28).

Düşünce ve davranışların oluşumu, öğrenme, algılama, karar verme, akılda tutma, problem çözme, iletişim kurma, yaratıcılık, sezgi gibi zihinsel süreçler zekânın temel bileşenlerini oluşturur (29). Bireyin varlığını oluşturan temel unsurlardan biri olan zekâ, bireyin genetik yapısı ve fizyolojik gelişiminin yanı sıra çevresel uyaranlardan ve içinde bulunulan ortamdan da etkilenmektedir (30).

2.2. Zihinsel Yetersizlik

2.2.1. Zihinsel Yetersizlik Tanımı:

Zihinsel yetersizlik, gelişim döneminde meydana gelen uyumsuz davranıştaki bozuklukların eşlik ettiği ortalamanın altındaki zekâ işlevidir. ZY, kişinin yaşamı boyunca engelli olmasına yol açan, öğrenme ve uyum güçlüğü ile karakterizedir (31). Dünya Sağlık Örgütü, 1992 yılında zihinsel engellilik veya mental retardasyon tanımını, özellikle gelişim döneminde ortaya çıkan; kognitif, dil, motor, sosyal beceriler gibi zekânın genel düzeyine katkıda bulunan becerilerde bozulmalarla karakterize olan, beyin gelişiminin tamamlanamadığı ya da durduğu bir durum olarak tanımlamıştır (32).

Amerikan Zekâ Geriliği Birliği, 2002 yılında zekâ geriliğini; ‘zihinsel işlevsellik ve uyumlu davranışlar ile kavramsal, sosyal, pratik ve uyumsal becerilerde ciddi sınırlılık ile karakterize yeti yitimi’ şeklinde tanımlamıştır. Bu yeti yitimi 18 yaşından önce belirir ve bireyin işlevsel olma kapasitesinde, işlevsel olma yeteneğinde (örn, etkinlik ile ilgili sınırlılıkları) ve işlevsel olma olanaklarında (örn, katılım sınırlılıkları) ortaya çıkan sorunlarla kendini gösterir. Bu tanıma göre klinik yargı ön planda olduğundan, ZY’de zekâ puanı (IQ) alt sınırı 70-75’e çıkabilmektedir (33). Bu tanım temelde Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması onuncu baskısı (ICD-10)’nda yapılan tanımlamayla aynı görünse de Amerikan Zekâ Geriliği Birliği'nin ZY için yaptığı tanımda, IQ yerine on farklı işlevsellik alanı konusunda ‘ihtiyaçlara dayalı’ bir değerlendirme ifadesi kullanılmıştır (34).

DSM-5 ve ICD-10 tanı sınıflamalarında ZY, hem bilişsel yetenekler gibi daha soyut hem de günlük yaşama ilişkin sorun çözme becerileri gibi daha pratik yetileri kapsayacak biçimde tanımlanmıştır (32,35). ICD-10, zekâ testlerinin kültürler arası geçerlilikleriyle ilgili sorunları dikkate alarak standart testlerin uygulanması konusunda daha esnek bir tutum sergilemiştir. Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı (DSM-IV)’da mental retardasyon, 18 yaşından önce var olan ve bireysel olarak uygulanan zekâ testinde IQ’nun 70 ya da altında olması yanında, kişinin bağlı olduğu kültürel grupta yaşı için beklenen uyumsal davranış ölçütlerinden (İletişim, kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal/kişiler arası beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendi kendini yönetip yönlendirme, okulla ilgili işlevsel beceriler, iş, boş zamanlar, sağlık ve güvenlik) en az ikisinde yetersizlik

olmasıyla tanımlamaktadır (36). DSM-5'te 'Mental Retardasyon (Zihinsel gelişim geriliği/Zekâ geriliği)' tanımı yerine 'Zihinsel Yetersizlik' tanımı kullanılmaya başlanmış ve tanılamada standart zekâ testleri yerine işlevselliğin değerlendirilmesi ön plana çıkarılmıştır (35). Bu açıdan DSM-5 zihinsel yetersizlik tanımı ICD-10 ile daha uyumlu bir hale getirilmiş oldu.

2.2.2. Sınırdaki Zihinsel İşlevsellik

Normal ve ortalamanın altındaki IQ'nun sınırı net değildir. Burada vurgulanan en önemli nokta ZY tanısı koyabilmek için psikososyal bozulmanın olmasıdır. Her ne kadar ZY tanısı alabilecek kadar bir yetersizliğe sahip olmasalar da sınırlı bilişsel yetileriyle fark edilebilir zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Günlük aktiviteleri yapabilmekte, yardımsız basit meslekleri icra edebilmektedirler ancak stresle karşılaştıklarında incinebilirlikleri ve neticesinde psikiyatrik bir hastalık riskleri normal popülasyona göre yüksektir (37).

2.2.3. Zihinsel Yetersizlik Tarihiçesi:

ZY'ye duyulan ilgi çok eski zamanlara uzanmaktadır (38,39). ZY'nin yazılı ilk tanımlarına, milattan önce 1500 civarında Mısır Thebes yazıtlarında rastlanmaktadır (40). Yazıtlarda ZY, beyin hasarına bağlı vücut ve akıl sakatlığı olarak tanımlanmaktadır. Eski Yunan ve Roma'da engelli çocuklar öldürülmüştür. Orta çağda bebekken öldürülenlerin sayısında azalma olmasına ve özel amaçlı bakım evlerinin kurulmasına karşın, yine de pek çok çocuk köle olarak satılmış ve terk edilmiştir (11).

ZY ile ruh hastalığı arasında kesin bir ayırım yapan ilk kişi, İngiliz düşünür John Locke'tır. Locke, (İnsanı Anlamak Üzerine) (1690) adlı denemesinde bu ayrımı şöyle ifade etmiştir, 'Aptallar ile deliler arasındaki fark şudur: Deliler yanlış fikirler öne sürerler, ancak aptallar ya çok az önermede bulunurlar ya da hiç bulunmazlar ve hemen hemen hiç akıl yürütmezler' (41).

John Locke'nın 'İnsan Hakları' bildirgesinin (1690) yayınlanması ve Jean Itard'ın zihinsel engelli bireylerin akıl hastalığı olan bireylerden ayrılması gerektiği görüşünü savunması, ZY'si olan bireylerin tedavi ve bakımlarında gelişmeler kaydedilmesinde önemli rol oynamıştır (11). Çocuklara, eğitime, hastalıklarda kalıtım ve çevrenin rolüne olan ilgi aydınlanma çağı sonrası 19. yüzyılda önemli oranda artmıştır (42,43). 1850'lerde, ZY'si olan çocukları eğitmek için 'Psikolojik Metod' olarak bilinen çağdaş bir görüş geliştiren Seguin, zihinsel engelli bireylerin

eğitiminde öncü olmuştur (44). 1876'da Amerika Zihinsel Engelliler Birliği'ni kurmuştur. Seguin'in tekniklerinin çoğu modifiye edilmiş ve bugün hala kullanılmaktadır.

Binet 1908 yılında, İngilizceye çevrilen ve Amerika'da Terman tarafından uyarlanan ilk zekâ testini geliştirmiştir (45,46). Bu bireylerin uygun eğitim yoluyla tedavi edilebildiklerinin gözlenmesi ve ZY'yi belirlemede kullanılan testlerin geliştirilmesi, 20. yüzyılın başlarında özel eğitim ve bakım okullarının sayısının artmasına, ZY'si olan bireylere ilişkin kayıtların tutulmasına ve daha iyi eğitim almalarına katkıda bulunmuştur (11).

Amerika'da 1975 yılında yürürlüğe giren 'Tüm Engelli Çocuklar İçin Eğitim Kanunu' devlet okullarına özürlü çocuklar için uygun eğitim hizmetleri sağlama zorunluluğu getirmiştir. 1990 yılında 'Özürlüler Kanunu' genişletilmiş ve yeniden düzenlenmiştir. Günümüzde ise 'en az sınırlandırılmış çevre içerisinde' tüm çocuklar için okul eğitimi hükmü özürlü çocukları da içermekte ve yasal zorunluluğu bulunmaktadır (31).

2.2.4. Zihinsel Yetersizlik DSM-5 Tanı Kriterleri:

Anlıksal yetiyitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk), kavramsal, toplumsal ve kılışsal (uygulamalı) alanlarda, hem anlıksal, hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan bir bozukluktur. Aşağıdaki üç ölçütün karşılanması gerekir:

A. Hem klinik değerlendirme, hem de bireye göre uygulanan, kabul gören bir zekâ ölçümü ile doğrulanan, akıl yürütme, sorun çözme, tasarlama, soyut düşünme, yargılama, okulda öğrenme ve deneyimlerinden öğrenme gibi anlıksal işlevlerde eksiklikler.

B. Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal-kültürel ölçüleri karşılayamama ile sonuçlan, uyum işlevselliğinde eksiklikler. Süregiden bir dayanak sağlanmadıkça, uyumsal eksiklikler, ev, okul, iş ve toplum gibi değişik çevrelerde iletişim, toplumsal katılım ve bağımsız yaşama gibi günlük yaşamın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevselliği kısıtlar.

C. Anlıksal ve uyumsal eksiklikler, gelişimsel evre sırasında başlar.

Tablo 1: Anlıksal Yetiyitiminin (Anlıksal Gelişimsel Bozukluk) Ağırılık Düzeyleri (35)

AĞIRLIK DÜZEYİ	KAVRAMSAL ALAN	TOPLUMSAL ALAN	KİLGİSAL (UYGULAMALI) ALAN
AĞIR OLMAYAN	Okul öncesi çocuklarda belirgin kavramsal ayrımlar olmayabilir. Okul çocuklarında ve erişkinlerde okuma, yazma, sayısal beceriler, zaman ve parayla ilgili becerilerde güçlükler vardır. Yaşla ilgili beklentileri karşılamak için desteğe gerek vardır.	Yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında, toplumsal etkileşimlerinde olgun değildir. İletişimi, karşılıklı konuşması ve kullandığı dil yaşına göre beklendiğinden daha somut ya da olgun değildir. Duygu ve davranışlarını yaşına uygun biçimde düzenlemekte güçlük çeker.	Öz bakımında yaşına uygun işlevsellik gösterebilir. Karmaşık günlük yaşam görevleri için bir ölçüde desteğe gereksinir.
ORTA DERECEDE	Okul öncesi çocuklarda dil ve okul öncesi beceriler yavaş gelişir. Okul çocuklarında okuma, yazma ve sayısal becerilerde ilerlemede, zamanı ve parayı anlamada okul yılları boyunca yavaşlık vardır ve bunlar yaşıtlarına göre belirgin kısıtlıdır.	Konuşma dili, yaşıtlarına göre çok daha az karmaşıktır. Toplumsal yargılama ve karar verme yetileri sınırlıdır, bakım verenleri yaşamsal kararlarında yardımcı olmak zorundadır.	Uzun süre eğitim alması halinde yemek yeme, giyinme, dışkılama ve kişisel bakım gibi gereksinimlerini karşılayabilir. Uyumsuz davranışlar görülebilir.
AĞIR	Yazı dili ya da sayılar, nicelik, zaman ve para gibi kavramları çok az anlar. Sorun çözmelerine, yaşamları boyunca bakım verenleri yardımcı olur.	Sözcük dağarcığı ve dil bilgisi sınırlıdır. Konuşma, tek sözcüklerden ya da deyişlerden oluşur. Dil, yorum yapmaktan çok toplumsal iletişim için kullanılır. Yalın konuşmayı ve el-kol işaretleriyle iletişimi anlarlar.	Yemek yeme, giyinme, banyo yapma, dışkılama ve kişisel bakım gibi gereksinimleri için desteğe ihtiyacı vardır. Her zaman denetim altında olmayı gerektirir. Sorumluluk isteyen kararları alamaz. Uyumsuz davranışlar görülebilir.
ÇOK AĞIR	Kavramsal beceriler simgesel süreçlerden çok fiziki dünyayı kapsar. Kişi, kendine bakım, iş ve eğlenme-dinlendirme için amacına yönelik olarak nesnelere kullanabilir.	Konuşma ve el-kol devinimlerinin simgesel iletişim boyutunu anlaması sınırlıdır. İstek ve duygularını, büyük ölçüde sözel olmayan, simgesel olmayan iletişimle dışa vurur. Eşzamanlı devinsel ve duyusal bozukluklar toplumsal etkinliği engelleyebilir.	Günlük bakım, sağlık ve güvenlik gibi alanlarda, bir bölümüne kendisi de katılabiliyor olsa da, bütün yönleriyle başkalarına bağımlıdır. Eşzamanlı devinsel ve duyusal bozukluklar etkinliklere katılım için sıklıkla engel oluşturur. Uyumsuz davranışlar sık görülür.

2.2.5. Zihinsel Yetersizlik Epidemiyolojisi

ZY yaygınlık oranı, tanı kriterlerine, çalışma şekline ve araştırma yöntemlerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Tanı yalnızca IQ'ya göre konulduğunda Amerika'da yaygınlık oranı %3 iken, uyumsal beceriler de göz önüne alındığında çoklu araştırma yöntemleriyle birlikte yaygınlık oranı yaklaşık %1'e gerilemektedir (47-49). Geniş örneklemlili çalışmalara bakılacak olursa; erişkin ve çocuk/ergenin dâhil edildiği 197.368.421 katılımcıyla yapılan çalışmada ZY prevalansı 7.60/1000 (50), yine hem erişkin hem de çocuk/ergenin dâhil edildiği 5.184.980 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada ZY prevalansı 6.95/1000 (51), 474.285 çocuk/ergenin dâhil edildiği bir çalışmada ZY prevalansı 12.87/1000 (52), 240.358 çocuk/ergenin dâhil edildiği başka bir çalışmada ise ZY prevalansı 14.25/1000 olarak bulunmuştur (53).

Yapılan insidans çalışmalarında ise Katustic ve ark. ZY insidansını 9.1/1000 (54), Heikura ve ark. ise 12.6/1000 olarak belirlemiştir (55).

1980-2009 yılları arasında yapılan 52 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında ZY toplam prevalansı 10.37/1000 olarak bulunmuştur. Bu meta-analizde, yalnız çocuk ve ergen, yalnız erişkin ve her iki grubun da dâhil olduğu çalışmalar kullanılmıştır. Yalnız çocuk ve ergen popülasyonu değerlendiren çalışmaların en yüksek ZY prevalansına sahip olduğu (18.30/1000); yalnız erişkin popülasyonu değerlendiren çalışmaların en düşük ZY prevalansına sahip olduğu (4.94/1000); hem çocuk/ergen hem de erişkin popülasyonu değerlendiren çalışmaların ise ZY prevalansının 5.04/1000 olduğu belirlenmiştir (56). Harris ZY oranının yetişkinlikte azalmasını, özellikle okul çağındaki çocukların artmış okul baskısı nedeniyle daha kolay tanı alabilmesine, erken erişkinlikte ise hem okul baskısının kalkmasına hem de ağır/çok ağır düzeydeki zihinsel yetersizliği olan kişilerin erken ölmesine bağlamıştır (57). Ayrıca yukarıda bahsedilen meta-analiz çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeye (SED) sahip ülkelerin en yüksek ZY prevalansına sahip olduğu (16.41/1000), bunu orta ve yüksek SED'e sahip ülkelerin takip ettiği (sırayla 15.94/1000, 9.21/1000) saptanmıştır (56).

2002 Türkiye Özürlüler Araştırma sonuçlarına göre toplam nüfus içindeki özürlü nüfusun %0.48'ini ZY'si olanların oluşturduğu, ZY'nin toplumumuzda %5.89 oranında görüldüğü, 0-9 yaş arası ZY oranının %0.42, 10-19 yaş arası ZY oranının

%0.58, erkek/kız oranının ise 5.8/3.8 olduğu bulunmuştur. ZY'si olanların çoğunun kırsal kesimde yaşadığı belirlenmiştir (58).

Yapılan çalışmalarda ZY düzeyi oranları ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bir çalışmada ağırlık derecesine göre hafif ZY %85, orta ZY %10, ağır ZY %3-4 ve çok ağır ZY oranı ise %1-2 olarak bildirilmiştir (59). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 0-18 yaş arası Özürlü Çocuk Sağlık Kuruluna başvuran ZY'si olan olguların % 80,7'sinin hafif, % 14,8'inin orta ve % 4,5'inin ağır düzeyde ZY'sinin olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada tüm olguların %8.7'sinin SZİ tanısı aldığı belirlenmiştir (60). Türkiye Özürlüler Araştırma sonuçlarına göre ise ZY'si olan nüfusun %20.54'ünün hafif, %26.49'unun orta, %18.32'sinin ağır, %19.66'sının çok ağır, %14.99'unun belirlenemeyen düzeyde ZY'si olduğu tespit edilmiştir (58).

Cinsiyet açısından bakıldığında ZY'nin erkeklerde kızlara oranla %40 daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (61,62). Bir meta-analiz çalışmasında hem erişkin hem de çocuk/ergenin popülasyonunda erkeklerde ZY prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Erişkinlerde kız/erkek oranı 0.7-0.9; çocuk/ergende ise bu oran 0.4-1.0 olarak belirlenmiştir (56). Bu farklılığın nedeni büyük oranda X kromozomu bozukluklarına bağlanabilir, ancak çalışmalar annenin sigara içmesinin ya da düşük doğum ağırlığının, erkek çocukların IQ'su üzerinde daha doğrudan etkisinin olduğunu ve bu farklılığın altında birçok nedenin yattığını göstermiştir (61). Erkeklerde X kromozomu üzerindeki ZY ile ilişkili resesif genler hemizigot olarak bulunmaktadır. Ancak, X kromozomu ve mutasyonlarının moleküler açıdan çok iyi araştırılmasına rağmen saptanan genler/mutasyonlar ile tüm erkek ZY'si olan olgular açıklanamamaktadır. X kromozomu üzerindeki genlerin bazı polimorfizm ve nadir varyasyonlarının diğer otozomal genler ile etkileşime girerek ZY'ye yol açabileceği de ileri sürülmektedir (63). Ayrıca genlerin posttranskripsiyonel düzenlenmesinde rolü olan mikro Ribo Nükleik Asit (RNA)'lerin, beyinde ekprese olan genlerin düzenlenmesinde rol alabileceği ve bunun da X'e bağlı kalıtım gösteren zihinsel yetersizlik etiyojisine katkısı olabileceği düşünülmektedir (64).

2.2.6. Zihinsel Yetersizlik Etiyolojisi

ZY nedeninin aydınlatılması, hem o hastalık için özgül tedavi olup olmadığını belirlemek, hem prognozu ve olası sorunları tahmin edebilmek, hem de aileye bilgi ve genetik danışma sağlayabilmek için önemlidir (65). Güncel bilgiler ZY'de, genetik,

çevresel, biyolojik ve psikosoyal faktörlerin birbirlerinin etkilerini katlayıcı (aditif) bir şekilde işlediğini göstermektedir (31). %30-50 vakada ZY'nin nedeni belirlenemez (66). ZY nedeni belirlenemeyenlerin çoğu hafif ZY'si olanlardır. Hafif olguların 2/3'ünün, ağır olguların 1/3'ünün nedenleri bulunamamaktadır (37). ZY nedenlerinin %35-40'ını doğum öncesi nedenler oluşturmaktadır (67). Travmalar, enfeksiyonlar ve toksinler gibi antenatal tedavi ile düzeltilebilen nedenler daha az iken, genetik faktörler çoğunluğunu oluşturmaktadır (37). Trizomi 21 ve fragile X, ZY'nin en yaygın tanı konabilir genetik hastalıklarıdır (37).

Ergenlik dönemi gebelikleri, prenatal çevre, sosyal uyaran yoksunluğu, kötü bakım, malnütrisyon, fiziksel travma, duygusal destekten yoksun kalmaya neden olan aile içi çatışmalar, sık göçler, çok sayıda kişi tarafından ancak yetersiz bakım, uygun bakım ve uyaran verilmesini engelleyen ebeveynlerdeki psikiyatrik hastalıklar ZY'ye yol açan çevresel ve sosyokültürel etkenlerdendir (31).

Tablo 2: Zihinsel Geriliğin Yaygın Nedenleri (31)

PRENATAL NEDENLER	Kromozomal Bozukluklar	<ul style="list-style-type: none"> • Down sendromu* • Fragile X sendromu • Prader Willi sendromu • Klinifelter sendromu
	Tek gen bozuklukları	<ul style="list-style-type: none"> • Galaktozemi gibi metabolik hastalıklar* • Fenilketonüri* • Mukopolisakkaridoz • Hipotiroidizm* • Tay-sachs hastalığı • Tuberoskleroz ve nörofibromatozis gibi nörokutenöz hastalıklar • Genetik mikrosefali, hidrosefali ve miyelo-meningosel gibi beyin malformasyonları* • Laurance-Moon-Biedl sendromu gibi diğer dismorfik sendromlar
	Genetik kökenli diğer durumlar	<ul style="list-style-type: none"> • Rubinstein-Taybi sendromu • Cornelia de Lange sendromu
	Çevresel Etkenler	<ul style="list-style-type: none"> • İyot ve folik asit gibi eksiklikler* • Gebelikteki ciddi malnütrisyon* • Gebeliğin erken döneminde alkol, sigara, kokain gibi madde kullanımları* • Gebeliğin erken döneminde ağır metaller gibi zararlı kimyasallara; talidomit, fenitoin ve warfarin gibi ilaçlara maruz kalmak* • Rubella*, sfiliz*, HIV, toksoplazmozis ve sitomegalavirüs gibi maternal enfeksiyonlar • Yüksek doz radyasyona maruz kalmak* ve Rh uyumsuzluğu* gibi diğer durumlar
PERİNATAL NEDENLER	3. Trimester	<ul style="list-style-type: none"> • Gebelik komplikasyonları* • Kalp, böbrek rahatsızlığı, diabetes mellitus gibi annenin hastalıkları* • Plasental disfonksiyon
	Doğum süreci	<ul style="list-style-type: none"> • Ciddi prematürite, düşük doğum ağırlığı, doğum asfiksisi • Zor doğum öyküsü* • Doğum travması*
	Neonatal dönem	<ul style="list-style-type: none"> • Septisemi, ağır sarılık*, hipoglisemi
POSTNATAL NEDENLER		<ul style="list-style-type: none"> • Tüberküloz, japon ensefaliti ve bakteriyel menenjit gibi ensefalit öyküsü • Kafa travması* • Kronik kurşun maruziyeti* • Ciddi ve uzamış malnütrisyon* • Ağır uyaran eksikliği*

*önlenebilir nedenler

2.3. İntihar Davranışı

Suicide, latince “insanın kendini öldürmesi” anlamına gelen “sui” yani “ben” ve “cedere” yani “öldürmek, kıymak” anlamına gelen iki kelimenin birleşmesiyle oluşmuştur. İntihar kelimesi ise Arapça göğse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama anlamlarına gelen “nahr” kökünden türetilmiştir. Türk Dil Kurumu intihar yerine “öz kıyım” veya “öze kıyım”ı önermektedir.

2.3.1. Tanımlama ve Sınıflandırma

Kişinin kendini öldürmek niyetiyle düşündüğü ya da yaptığı, ölüm ya da yaralanmayla sonuçlanabilecek, düşünce ya da eylemlere intihar yazınında intihar davranışı adı verilir. İntihar düşünceleri, intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar intihar davranışı başlığı altında ele alınırlar (68).

İntihar düşünceleri, intiharı düşünme, isteme ya da planlama fakat bu amaçla eyleme geçmeme olarak tanımlanırken, intihar girişimleri kişinin kendine zarar vermesi ya da yaralanmasıyla sonuçlanan ölümcül olmayan eylemler şeklinde tanımlanır. Tamamlanmış intihar ya da kısaca intiharlar ölümle sonuçlanmış intihar girişimleridir (68).

2.3.2. İntihar Davranışı Epidemiyolojisi

Ergenlik döneminin intihar davranışları için riskli bir dönem olduğu, dünyada ve Türkiye’de yapılan birçok çalışma ile belirlenmiştir. Dünyada ölüm nedenleri sıralamasında 13. sırada olan intihar, gençler ve erişkinlerin (15–34 yaş grubu) ölüm nedenleri arasında ilk üç sıradayken (69), 15-24 yaş aralığında en sık ikinci ölüm sebebidir (1). İntihar girişimlerinin %52.16’sı olan büyük çoğunluğunun hem kadın hem de erkeklerde 15-24 yaş grubunda olduğu ve bu yaş grubundaki gençlerin yaklaşık %20’sinin intihar nedeniyle öldüğü belirlenmiştir (2-6).

Tamamlanmış intihar çocuk ve gençlerde yetişkinlerden çok daha az görülmektedir (70). Tamamlanmış intihar oranı çocuk ve ergenlerde yaşla artma eğilimi göstermektedir. 14 yaş ve altı çocuklarda tamamlanmış intihar oranı yüz binde 0.6, 15-19 yaş aralığında ise yüz binde 7.4 olarak bildirilmektedir (71). Başka bir çalışmada tamamlanmış intihar oranı, 10-14 yaş arası gençlerde 100.000’de 1.3 iken, 15-19 yaş arası gençlerde 100.000’de 7.8 bulunmuştur (72).

Gençlerde intihar düşüncesinin en yaygın intihar davranışı olduğu ve 12-17 yaş arası adolesanların %20- %24’ünün intihar düşüncesi olduğu bulunmuştur (73). 2009

yılında yapılan başka bir çalışmada gençlerin %13.8'inin ciddi düzeyde intiharı düşündüğü, %10.9'unun ise çalışmadan önceki bir yıl içinde intihar planı yaptığı belirlenmiştir (70). Aynı merkezli çalışma gençlerde intihar düşüncesinin daha da arttığını ve 2011 senesinde 15-19 yaş arası gençlerin %15.8'inin intihar düşüncesine sahip olduğunu ve %7.8'inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu belirtmiştir (74). Nock ve ark. yaptıkları bir çalışmada gençlerin %3.1- 8.8'inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu saptamıştır (73). 13-18 yaş arası 6483 ergenin katıldığı bir çalışmada ergenlerin hayatları boyunca intihar düşüncesi, planı ve girişim sıklığı sırayla %12.1, %4.0 ve %4.1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada 10 yaş öncesi intihar düşüncesinin çok düşük olduğu (%1'den az), 12 yaşa doğru kısmen arttığı ve 12-17 yaş arasında hızlı bir artış sergilediği; intihar planı ve girişiminin ise 12 yaşına kadar çok düşük olduğu (%1'den az), 15 yaşına doğru lineer arttığı ve 17 yaşına doğru daha yavaş bir artış gösterdiği belirlenmiştir. İntihar düşüncesine sahip olanların 1/3'ünün ergenlik dönemi boyunca intihar planı yaptığı, plan yapanların da yaklaşık %60'ının intihar girişiminde bulunduğu ve bu girişimin en çok plandan sonraki bir sene içinde olduğu görülmüştür (75).

Amerika'da ise her sene 24 yaş altı yaklaşık 4.600 genç tamamlanmış intihar eyleminde bulunmaktadır. En sık başvurulan yöntemler ateşli silah (%45), boğulma (%40) ve zehirlenmedir (%8). Amerika'da 9-12. sınıflarda yapılan bir çalışmada öğrencilerin %16'sının ciddi intihar düşüncelerinin, %13'ünün intihar planının, %8'inin ise çalışmadan önceki 12 ay içinde intihar girişimlerinin olduğu belirlenmiştir. Amerika'da her yıl 10-24 yaş arası yaklaşık 157.000 genç intihar girişimi nedeniyle acil başvurusunda bulunmaktadır. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla intihar düşüncesi ve intihar girişimi göstermelerine rağmen, tamamlanmış intihar erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. Amerika'da 10-24 yaş arasında tamamlanmış intihar oranı erkeklerde %81 iken, kadınlarda bu oran %19 bulunmuştur (76).

Ülkemizde ise gençlerin intihar hızı artma eğilimindedir (Tablo 3). İntihar istatistikleri incelendiğinde 15– 24 yaş grubunda ölüm nedenleri sıralamasında intiharın 2. sırada yer aldığı görülmektedir (77).

Ülkemiz 2013 yılı istatistiklerine göre intihar oranı, 14 yaş ve altında yüz binde 0.45, 15-19 yaş aralığında ise yüz binde 6.06 olarak belirlenmiştir. İntihar oranları 15 yaş altı çocuklarda erkeklerde yüz binde 0.40, kızlarda ise yüz binde 0.50 olarak; 15-

19 yaş grubunda ise erkeklerde yüz binde 6.57 ve kızlarda yüz binde 5.52 olarak saptanmıştır. Tamamlanmış intiharların cinsiyete göre dağılımı ise erkeklerde %72.7, kadınlarda %27.3 olarak bulunmuştur (78).

Erkeklerde daha fazla alkol ve madde kullanımı ve daha şiddetli agresyonun intihar girişimi için daha ölümcül yöntemlerin seçimine yol açtığı ve bu nedenle erkeklerde tamamlanmış intiharın daha fazla olduğu öne sürülmektedir (12).

Türkiye’de tamamlanmış intiharlarda en sık başvurulan yöntemler sırayla; ası, ateşli silah kullanmak, yüksekten atlama ve kimyasal madde kullanmadır (78). Tamamlanmış intiharlarda erkeklerde asının, kızlarda ise yüksekten atlama, ilaç ve kimyasal madde içmenin daha sık görüldüğü saptanmıştır (79).

Türkiye’de genç nüfusta intihar kaynaklı ölümler diğer ülkelerle karşılaştırıldığında daha düşüktür ancak intihar kaynaklı ölümlerin %45’inin 15-24 yaş grubunda olması ülkemizdeki intihar sorunun gençler üzerindeki ciddiyetini göstermektedir (80). İstanbul ve Stockholm’deki liselerde okuyan 966 Türk ve 959 İsveçli lise öğrencisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada İsveçli gençlerin %23,2’si son on iki ay içinde kendilerini öldürmeyi düşündüklerini belirtirken bu oran Türk gençlerinde %25,7 olarak saptanmıştır. Türk gençlerinde son bir yıldaki intihar girişimlerinin daha yaygın olduğu bulunmuştur. Türk öğrencilerin %4,6’sı son bir yıl içinde kendini öldürmek için girişimde bulunduğunu belirtirken bu oran İsveçli öğrencilerde %2,7 olarak bildirilmiştir. Gelecekte intihar ederek ölme olasılıkları sorusuna Türk gençler İsveçli gençlere göre daha yüksek olumlu cevap vermişlerdir (81).

Türkiye de yapılan intihar olasılığına ilişkin yaş etkeninin incelendiği bir çalışmada 14-24 yaş grubundaki bireylerin diğer yaş grubundaki bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (82).

Tablo 3: Çocuk İntiharları ve Toplam İntiharlar İçindeki Oranı 2002-2013 (83).**Çocuk ve Sağlık****Child and Health****3.30 Cinsiyete göre çocuk intiharları ve toplam intiharlar içindeki oranı, 2002 - 2013**

Child suicides by sex and proportion in total suicides, 2002 - 2013

[<18 yaş - age]

Yıl Years	-18 Yaş - Under 18 years old								
	Toplam intihar sayısı Number of total suicide			İntihar eden çocuk sayısı Number of children committing suicide			İntihar eden çocukların toplam içindeki oranı Proportion of children committing suicide in total (%)		
	Toplam Total	Erkek Boy	Kız Girl	Toplam Total	Erkek Boy	Kız Girl	Toplam Total	Erkek Boy	Kız Girl
2002	2 301	1 392	909	274	104	170	11,9	7,5	18,7
2003	2 705	1 574	1 131	338	120	218	12,5	7,6	19,3
2004	2 707	1 681	1 026	263	111	152	9,7	6,6	14,8
2005	2 703	1 740	963	242	106	136	9,0	6,1	14,1
2006	2 829	1 782	1 047	297	129	168	10,5	7,2	16,0
2007	2 793	1 808	985	274	115	159	9,8	6,4	16,1
2008	2 816	1 924	892	284	126	158	10,1	6,5	17,7
2009	2 898	2 111	787	280	135	145	9,7	6,4	18,4
2010	2 933	2 073	860	319	157	162	10,9	7,6	18,8
2011	2 677	1 876	801	316	132	184	11,8	7,0	23,0
2012	3 287	2 377	910	330	170	160	10,0	7,2	17,6
2013	3 189	2 319	870	302	144	158	9,5	6,2	18,2

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, 2002 - 2013

Not. 2012 yılı verileri 31 Mayıs 2014 tarihi itibarıyla TÜİK'e ulaşan güncel idari kayıtlara göre revize edilmiştir.

Source: TurkStat, Suicide Statistics, 2002-2013

Note. Data for the year 2012 has been revised as of May 31, 2014 according to the current administrative registers recently reached to Turkstat.

2.3.3. İntihar Davranışı İçin Risk Faktörleri

2.3.3.1. Sosyodemografik Risk Etkenleri:

Tamamlanmış intihar oranları kızlarda erkeklerden daha düşük iken intihar düşüncesi ve intihar girişimi kızlarda daha yüksek oranda bulunmuştur (84,85). Ergenlerde daha önceki intihar girişimleri, sonraki tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri için tek başına en önemli risk faktörüdür (15,84,86).

İntihar girişiminin önceden planlanmış olması ve intihar sonrası yardım arayışı içinde bulunmama, sonraki intihar girişim sıklığını artırmaktadır. Güçlü ölme isteğiyle yapılan intihar eylemi, zayıf ölme isteğiyle yapılan intihar girişimine göre tekrar etme ihtimali 5 kat fazladır (87). Özellikle geçmiş intihar girişimlerinde ası, ateşli silah ve yüksekten atlama gibi ölümcül yöntemler seçilmiş ise, sonraki intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanma riski çok daha yüksektir (12,88).

Düşük sosyoekonomik durum, sınırlı eğitim başarısı, düşük gelir ve yoksulluğun gençlerde intihar ve intihar girişimi riskini artırdığı bildirilmiştir (89,90). Ayrıca okul ile ilişkili problemlerin, okula gitmeme ve işsizliğin intihar riskini artırdığı saptanmıştır (91).

Ülkemizde Güleç ve Aksaray tarafından yürütülen ve intihar girişimi nedeni ile hastaneye kabul edilen 15-24 yaş arası 63 gencin, sağlıklı gençlerden oluşan 65 kişilik kontrol grubuyla karşılaştırıldığı çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin daha az eğitim aldıkları, okula devam ve düzenli bir işte çalışma oranlarının daha düşük olduğu, ayrıca anne ve baba eğitimlerinin de daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (89).

60 tamamlanmış intihar, 125 ciddi intihar girişiminde bulunan ve 151 intihar eylemi bulunmayan 25 yaş altı kişilerin dahil olduğu üç grup risk faktörleri açısından karşılaştırıldığında; tamamlanmış intihar erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, duygudurum bozukluğu, psikiyatrik öykü ve stresli yaşam olaylarıyla ilişkili bulunmuştur. Cinsiyet hariç aynı risk faktörleri ciddi intihar girişimi ile de ilişkilendirilmiştir (13).

2.3.3.2. Psikiyatrik Risk Etkenleri

Psikiyatrik belirtilerin ya da bozukluğun olması, intihar davranışı ile en fazla ilişkili olan değişkenlerdir. İntihar eden ergenlerin yaklaşık olarak % 90'ında psikiyatrik bir bozukluk bulunmaktadır (14,15,92). Ayrıca psikiyatrik bozukluğun

kronik ve ağır olması hem intihar riskini, hem de intihar girişiminin ciddiyetini artırmaktadır (14,93,94).

MDB ve bipolar bozukluk ergenlerde intihar ile en yakın ilişkili psikiyatrik durumlar arasındadır. Mikst epizod ve psikotik belirtiler ile seyreden bipolar bozuklukta intihar riski artmaktadır (95). Bipolar bozukluğun erken başlangıçlı olması intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (96). Yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi bipolar bozukluğu olan gençlerde %72; depresyonu olan gençlerde ise %52.4 olarak belirlenmiştir (97). Goldston ve ark. eşik altı depresif belirtiler ve distimik bozukluğun intihar davranışı ile ilişkisinin majör depresyona benzer olduğunu bulmuştur (98).

Duygudurum bozuklukları haricinde özellikle TSSB ve panik bozukluk başta olmak üzere anksiyete bozukluklarının (99-102), psikotik bozuklukların (103-105), yıkıcı davranım bozukluklarının (14,15,104), madde kötüye kullanımı/bağımlılığı (103,105-107) ve uyku bozukluklarının (108,109) intihar davranışı ile ilişkisi gösterilmiştir.

13-18 yaş arası 6483 adolesan katıldığı bir çalışmada intihar davranışı olan ergenlerde en sık görülen ruhsal hastalığın MDB/distimi olduğu, bu tanıyı sırasıyla özgül fobi, KOKGB, aralıklı patlayıcı bozukluk, madde kötüye kullanımı ve davranım bozukluğunun takip ettiği bulunmuştur. Ruhsal hastalıklar içinde sadece MDB/Distimi'nin intihar düşüncesinin plana dönüşeceğinin yordayıcısı olduğu bulunmuştur (75).

Turgay, intihar girişiminde bulunmuş 202 çocuk ve ergeni, psikiyatrik hastalığı olan fakat intihar girişimi olmayan 341 çocuk ve ergenle karşılaştırmış, çalışmada intihar girişimi olan grupta en sık rastlanan psikiyatrik tanıların uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Ayrıca psikiyatrik tanı olarak depresyon ve davranım bozukluğu tanısı, birden fazla psikiyatrik hastalığın varlığı, psikiyatrik hastalığın tedaviye direnci ve kronikleşmesi gibi etkenlerin ciddi intihar girişimleri ile birliktelik gösterdiği bulunmuştur (94).

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise 12-18 yaş aralığında 36 intihar girişiminde bulunmuş ergen hastanın katıldığı çalışmada hastaların %77.8'inde psikopatoloji saptanmış ve en yüksek tanının MDB'ye ait olduğu, bu tanıyı dikkat

eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve davranım bozukluğunun (DB) takip ettiği bulunmuştur (110).

2.3.3.3. Bireysel Risk Etkenleri

Araştırmalar bazı kişisel özelliklerin intihar davranışı riskini artırdığını göstermiştir. Düşük benlik saygısı (111-113), umutsuzluk (114,115), impulsivite (116,117), hostilite (118,119), içe dönüklük (120), anksiyete ve öfke (120), sorun çözme becerisinde yetersizlik (15,121,122), özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozuklukları (106,123), yalnızlık hissi (124), homoseksüel ve biseksüellik (125-129), sosyal becerilerde yetersizlik, umursamazlık, bağımlılık, obsesif ve histerik kişilik özellikleri (90) intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur.

Ergen hastalarla yapılan bir çalışmada intihar eğiliminin depresyondan çok umutsuzluk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (130). Ankara'da 600 lise ve 800 üniversite öğrencisinde intihar olasılığı ölçeği uygulanarak yapılan bir başka çalışmada ise umutsuzluğu daha ciddi olanlarda intihar olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür (115).

Çocukluk dönemindeki düşük benlik saygısının ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki intihar düşünceleri üzerine etkisinin incelendiği ve aynı katılımcıların 3 yaşından 21 yaşına kadar takip edildiği bir çalışmada çocukluk çağındaki düşük benlik saygısının ergenlik dönemindeki intihar düşüncelerinin gelişimini etkilediği gösterilmiştir (131).

Eğrilmez ve ark., intihar girişiminde bulunmuş 15–19 yaş arası 40 ergeni incelemiş ve girişimde rol oynayan etmenler arasında öfkenin başta geldiğini, bunu çaresizlik, umutsuzluk ve öğ almanın izlediğini saptamıştır. Psikiyatrik yakınması olmayan gençlerle karşılaştırıldığında intihar girişimi olan ergenlerde benlik saygısı daha düşük, eleştiriye duyarlılık, psişik izolasyon, depresyon ve anksiyete daha fazla saptanmıştır (120).

Gençlerde altta yatan ruhsal bozukluk olmadan dürtüsel ve planlanmamış intiharların sık olduğu belirlenmiştir (132).

2.3.3.4. Ailesel Risk Etkenleri

Ergenlerde intihar davranışıyla ilgili çok sayıda ailesel risk etkeni belirlenmiştir. Birçok çalışmada anne babada depresyon, madde kötüye kullanımı,

antisosyal davranışlar gibi psikopatoloji varlığının ergenlerdeki tamamlanmış intihar ve intihar girişim riskini belirgin olarak artırdığı gösterilmiştir (88, 91, 133).

Ülkemizde yapılan 36 intihar girişiminde bulunmuş ergen hastanın katıldığı çalışmada hastaların %42.7'sinde annede psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edilmiştir. (110). Ailede tamamlanmış intihar ya da intihar girişiminin varlığı ergenlerde intihar davranışı riskini 2–6 kat arttırmaktadır (14).

Farklı ortam ve toplumlarda yürütülen çalışmalarda aile bağlarının gevşemesi ya da kopmasının genç insanlar arasında intihar yaygınlığını etkileyen en önemli etkenler arasında olduğu saptanmış olup, intihar davranışı gösteren ergen ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu, düşmanca tutumların ön plana çıktığı da bildirilmektedir (134).

Çocuk–ebeveyn ilişkisinde yetersizlik, aile içi iletişimde yetersizlik, çok yüksek veya düşük ebeveyn beklentisi ve ebeveynlerin gençlerin aşırı kontrolünü içeren tutumları gençlerde intihar ve intihar girişimi riskini 1,4–3,6 kat artırmaktadır (90). Çok sayıdaki çalışmada, dağılmış ailelerden gelen çocuklarda intihar davranışı riskinin arttığı gösterilmiştir. Gençlerde ayrılık ve boşanma sonucu ebeveyn kaybı, intihar davranışını içeren psikopatoloji riskini arttırırken, ölüm sonucu ebeveyn kaybında böyle bir risk artışına rastlanmamaktadır (90).

Ülkemizde intihar girişiminde bulunan 15–24 yaş arası 65 gencin değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişimi olan grupta ana–baba eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, ailede fiziksel istismara maruz kalma - tanık olma ve ailede psikiyatrik hastalık oranlarının daha yüksek olduğu ve daha fazla sigara içildiği tespit edilmiştir (89).

2.3.3.5. Stresli Yaşam Olayları

Okul ya da ailede yaşanan sorunlar, okul başarısızlığı, sevgiliden ayrılma, anne–baba ölümü ya da boşanması, hastalık, hastaneye yatma gibi stres faktörlerinin ergenlerde intihar davranışını tetiklediği gösterilmiştir (92). Stresli yaşam olaylarının ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, benlik saygısı ve güven hissinde azalmaya neden olabileceği ve ergeni intihara meyilli hale getirebileceği üzerinde durulmuştur (135).

Ergenliğin ilk dönemlerinde ebeveyn–çocuk çatışmaları sık görülürken, ileriki yaşlarda romantik ilişkilerdeki güçlükler daha sık görülmektedir (15). Gould ve ark.

çocuk ve ergenlerde psikososyal risk faktörlerini inceledikleri çalışmalarında okul problemleri, ailede çocuk ve ebeveyn iletişimsizliği, aile öyküsü ve stresin intihar riskini artırdığını ortaya koymuşlardır (91). Avcil ve Avcil'in çalışmasına göre, Aydın'da yaşayan 16 yaş ve daha küçük çocuk ve ergenlerde görülen intihar nedenleri ailevi sorunlar, duygusal ilişki ve öğrenim nedenleri olarak sıralanmaktadır (136). Behçet ve ark. Batman'da 15-24 yaş grubundaki bireylerde en çok görülen intihar nedenlerinin yalnızlık, aile geçimsizliği, fiziksel rahatsızlıklar, ekonomik sıkıntı ve duygusal ilişki olduğunu rapor etmişlerdir (137). İntihar girişiminde bulunan gençlerde, kızların %41, erkeklerin %11'inin cinsel istismara maruz kaldığı bulunmuştur (138). Son dönemde yapılan çalışmaların birinde medyada intiharların ayrıntılı olarak hikâyeleştirilmesinin intihar riskini artırdığı belirlenmiştir (12).

2.3.3.6. Biyolojik Risk Etkenleri

Tamamlanmış intiharı ya da intihar girişimi olan ergenlerin birinci derecede akrabalarında intihar davranışı oranı 2–4 kat daha fazladır. Tek yumurta ikizlerinde intihar risk artışı yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu risk 2 kat fazladır (139).

İntihar girişiminde bulunanların santral serotonin düzeylerinde ve beyin omurilik sıvısındaki serotonin miktarında azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bir serotonin metaboliti olan 5–Hidroksiindolasetikasitin (5–HİAA) beyin omurilik sıvısındaki düşüklüğü impulsivite, agresyon ve intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (14,15). Yine yapılan postmortem çalışmalarda erişkinlerdekine benzer şekilde intihar etmiş ergenlerde de prefrontal korteks ve hipokampusta serotonin 2A (5HT2A) reseptörlerinde artış gösterilmiştir (140).

Çocuk ve ergenlik döneminde görülen intihar davranışları ile ilişkili genler üzerine yapılmış çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Yapılan çalışmalarda serotonin taşıyıcı gende, serotonin 1A reseptör geninde ve serotonin biyosentezinde hız sınırlayıcı enzim olan Triptofan Hidroksilaz geninin intron 7 bölgesinde polimorfizm gösterilmiştir (139).

Ergenlerde düşük aktiviteli Monoamin Oksidaz A genotipinin intihar davranışları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (141). Brent ve ark. ergenlerde FK506-binding protein 5 polimorfizmi ile intihar davranışları arasında ilişki olduğunu

saptamışlar ve bu poliformizmin glukokortikoid reseptör sensitivitesini artırarak intihar davranışına yol açabileceğini ileri sürmüşlerdir (142).

Ergenlerde hipotalamo–pitüiter–adrenal eksenindeki bozulmaların da intihar davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bir çalışmada intihar davranışı gösteren puberte öncesi çocuklarda deksametazon supresyon testinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek seyrettiği (143), başka bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunmuş ergenlerde uyku öncesinde plazma kortizol düzeylerinin yüksek düzeylerde olduğu gösterilmiştir (144).



Tablo 4: Ergenlerde İntihar Risk Faktörleri (145):

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	<ul style="list-style-type: none"> • Erkek cinsiyet • Yaşın daha büyük olması • Cinsel yönelim bozukluğu
KLİNİK ÖZELLİKLER	<ul style="list-style-type: none"> • Psikiyatrik tanı • Yeni taburculuk • Son intihar girişimi • Ailenin intihar davranışı öyküsü • Cinsel istismar • Çocukluk travması • Ciddi düzeyde insomnia • İşlevsel bozulmaya yol açan bedensel hastalık • Kişisel özellikler (mükemmeliyetçilik gibi) • Düşük benlik saygısı • Tedaviye uyumsuzluk
AİLE VE ÇEVRESEL FAKTÖRLER	<ul style="list-style-type: none"> • Stresli yaşam olayları (özellikle işsizlik, yasal problemler, okul problemleri) • Ölümcül araçlara ulaşılabilirlik • Sosyal destek azlığı • İntihar davranışı gösterenlerin etkisi altında kalma, taklit etme • Dağılmış aile • Ailesel ruhsal hastalık • Kötü aile ilişkileri • Baba ile olan iletişimsizlik • Aşırı kontrolcü ya da umursamaz aile tutumları • Genetik yatkınlık
RUHSAL DURUM	<ul style="list-style-type: none"> • İntihar düşüncesi (özellikle de ısrarcı, plan içeren) • Başkalarına zarar verme ile ilgili düşünceler • Alkol ve yasal olmayan ilaç intoksikasyonu • Ciddi anksiyete/ajitasyon ve umutsuzluk • Dürtüsellik • Düşük problem çözme becerisi

2.3.4. Sınırdaki Zihinsel İşlevselliği ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı

2.3.4.1. Sınırdaki Zihinsel İşlevselliği ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı Epidemiyolojisi

İntihar davranışı ve ilişkili faktörlerle ilgili literatürde birçok çalışma bulunmasına rağmen, SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerin intihar davranışı üzerine yapılmış çalışmalar oldukça azdır. Bu olgularda intihar davranışı sıklığı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamakla birlikte ilk dönemlerde bazı araştırmacılar düşük bilişsel fonksiyonların çok yönlü düşünme, plan yapma, uygulama alanlarında kısıtlılık oluşturacağı için ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışının daha az görüldüğünü belirtmişlerdir (16). Ancak sonraki dönemlerde yapılan çalışmalarda bu olgularda intihar davranışlarının oldukça sık gözlemlendiği bildirilmiştir. İki prospektif çalışmada ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar düşüncesi oranı %22-60 arasında saptanmış (7,8), eş zamanlı genel popülasyonda bu oran yaklaşık %20 olarak bulunmuştur (146). Aynı çalışmalarda intihar girişimi oranı %17-48 arasında değişirken, genel popülasyonda bu oran % 8 olarak belirlenmiştir. 4-18 yaş arası ZY'si olan 571 çocuğun, ZY'si olmayan 2110 çocuk ve ergenle karşılaştırıldığı bir çalışmada ZY'si olan çocuk ve ergenlerde 'intihar içerikli konuşma' oranı % 4.9, kontrol grubunda ise %2.7 olarak bulunmuştur (9). Bu çalışmalar ZY'si olan bireylerde intihar davranışının normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlere oranla daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Ailenin bildirimine göze alınarak yapılan başka bir çalışmada ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar düşüncesi ve tehdidi %42 olarak bulunmuştur (21). Çocuk psikiyatri servisinde yatan 8-21 yaş arası IQ'ları 37-86 (ort. 59) arasında değişen 90 hastanın 19 (%21)'unda başvuruda ya da hastanede yatış süresinde intihar davranışı belirlenmiştir. Bu 19 hastanın %84,6'sı intihar tehdidinde, %69.2'si intihar girişiminde bulunmuştur (17). Koskentausta ve arkadaşları, 6-13 yaş arası 90 ZY'si olan çocuğa Child Behavior Checklist (CBCL) uygulayarak yaptıkları çalışmada ise hiçbir çocuğun, ailesine intihar içerikli konuşmada bulunmadığını belirlemiştir (22).

2.3.4.2. Sınırdaki Zihinsel İşlevselliği ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Girişimi Yöntemleri

Bazı olgu bildirimleri ZY'si olan gençlerin intihar girişim yöntemlerinin, ZY'si olmayan gençlerle benzer olduğunu göstermiştir. Bu olgularda ZY'si olan gençler ası, kesi gibi intihar yöntemleri kullanmışlardır (14,18,147).

Bazı olgu bildiriminde ise elektrik kablosu ısırma, bozuk para yutma, yeme reddi gibi alışılmamış yöntemler bildirilmiştir (16,148,149). Walters ve ark. IQ'ları 37-86 olan hastalarda, hastaneye yatmadan önceki intihar girişimlerinin %60'ının ölümcül olduğunu, intihar davranışlarının genellikle kesici alet kullanımı, yüksek doz ilaç alımı, yüksekte, hareket halindeki araçtan ya da yoğun trafiğin ortasına atlamak, kendini yakma, su dolu küvette kendini boğmaya çalışma, nesne (pil) yutma şeklinde olduğunu belirtmiştir (17). Hardan ve ark. ise intihar davranışı gösteren grupta en sık kullanılan intihar yöntemlerinin bilek kesisi ve kendini bıçaklamak olduğunu, bu yöntemleri ası, köprüden atlamak ya da hareket halindeki bir aracın önüne atlamak, diğer yöntemler, kendini boğma ve aşırı doz ilaç alımı olduğunu belirlemişlerdir (10).

2.3.4.3. Sınırdaki Zihinsel İşlevselliği ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk ve Ergenlerde İntihar Davranışı İçin Risk Faktörleri

2.3.4.3.1. Yaş ve Cinsiyet

Walter ve ark. yaptıkları çalışmada intihar davranışında bulunan 8.4-21.7 yaş aralığındaki IQ'ları 37-86 olan 19 hastanın %15.7 (n:3)'sinin 12 yaş altında olduğunu, ergenlerde çocuklardan daha çok intihar davranışının görüldüğünü, bu hastaların %52.6 (n:10)'sının erkek, %47.3 (n:9)'unun kız olduğunu belirlemişlerdir (17). Hardan ve arkadaşlarının 3-19 yaş arası 233 SZİ, ZY ve psikiyatrik hastalığı olan çocuk ve ergenlerle yaptıkları bir çalışmada, 137 prepubertal erkeğin %20'sinin, 50 prepubertal kızın %16'sının, 31 erkek ergenin %19'unun ve 15 kız ergenin %33'ünün intihar davranışı gösterdiği belirlenmiştir (10).

4-18 yaş arası, %58.7'sini erkeklerin oluşturduğu ZY'si olan 571 çocuğun dâhil olduğu bir çalışmada intihar ile ilgili konuşmanın yaşla artma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada intihar ile ilgili konuşma oranı 8 yaş ve altında %2, 9-12 yaş arasında %3.3 ve 13 yaş ve üzerinde ise %7.3 olarak bulunmuş ve yaş grupları arasında intihar içerikli konuşmada anlamlı farklılık belirlenmiştir. Bu çalışmada cinsiyetler arası anlamlı fark bulunamamıştır (9).

2.3.4.3.2. Zekâ Düzeyi

İntihar davranışı ile zekâ düzeyi arasındaki ilişki çok net değildir. Çalışmaların çoğu ZY'si olan bireylerde zekâ düzeyi azaldıkça intihar davranışı sıklığının da azaldığını bildirmişlerdir (7,10,16-18).

Carlson ve ark. intihar davranışı sergileyen ve sergilemeyen ZY'si olan ergen olguların zekâ düzeylerini karşılaştırmışlar ve intihar davranışı sergileyen ergenlerin performans zekâ düzeyininin 12 puan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (7).

Hardan ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ağır ve çok ağır ZY'si olan hastalarda intihar davranışı gözlemlenmezken, intihar davranışı sergileyen grubun %25.5'sinin SZİ'nin, %36'sının hafif, %11'inin orta düzeyde ZY'sinin olduğu; intihar davranışı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında; sadece hafif düzeyde ZY'si olanların anlamlı oranda daha fazla intihar davranışı gösterdiği belirlenmiştir (10). Bir başka çalışmada IQ düzeyi 37.0-86.0 arasında değişen ve intihar davranışı sergileyen olguların %53'ünün hafif düzeyde ZY'ye, %32'sinin orta düzeyde ZY'ye, %10.5'inin SZİ ve %5'inin ise donuk zeka düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (17). Yapılan başka bir çalışmada Development Behaviour Checklist kullanılarak belirlenen intihar içerikli konuşma, hafif ZY'de %7.6, orta ZY'de %5.4, ağır ve çok ağır ZY'de ise %0 olarak bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (9).

2.3.4.3.3. Ruhsal Bozukluk

Zihinsel yetersizliği olan çocuk ve ergenler sıklıkla psikiyatrik hastalığa sahiptir ve intihar davranışında bulunma açısından oldukça riskli bir popülasyondur. Genel popülasyonda olduğu gibi MDB, TSSB ve KOKGB, SZİ ve ZY'si olan hastalarda intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (7,10,17).

Kemp ve ark. 4-18 yaş arası ZY'si olan 233 ergen ile yaptıkları bir çalışmada intihar davranışında bulunan olguların % 30'unda MDB, %6'sında TSSB ve % 2'sinde psikotik bozukluk saptamışlardır. Bu çalışmada intihar düşüncesi bulunan olguların tümünde uyku ve yeme bozuklukları, mutsuzluk, psikomotor retardasyon ve somatizasyon görülmüştür (150). Bir başka çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde intihar davranışı sergileyen grupta KOKGB, MDB/Distimi, TSSB, somatizasyon, uyku ve yeme bozuklukları, intihar davranışı sergilemeyen gruba oranla daha yüksek

oranda saptanmıştır (10). Çocuk psikiyatri servisinde yatan 8-21 yaş arası zekâ puanları 37-86 arasında değişen intihar davranışında bulunan 19 hastada en fazla eşlik eden psikiyatrik hastalığın yıkıcı davranış bozuklukları (KOKGB ve DEHB) olduğu, bunu duygudurum bozukluklarının takip ettiği belirlenmiştir (17).

Carlson ve ark. ZY'si olan ve intihar düşüncesi tarifleyen ergenlerin %67'sinin bir duygudurum bozukluğunun tanı kriterlerini karşıladığını, intihar davranışı sergilemeyen grupta ise hiçbir olgunun bu bozukluğun tanı kriterlerini karşılamadığını belirtmişlerdir (7). ZY ve duygudurum bozukluğu olan 50 çocuğun, ZY ve duygudurum bozukluğu haricinde başka bir ruhsal bozukluğu olan 50 çocukla karşılaştırıldığı bir çalışmada, duygudurum bozukluğu olan çocuklarda intihar düşüncesi ve tehdidi daha yüksek oranda saptanmıştır. Bu çalışmada intihar düşüncesi ya da tehdidi duygudurum bozukluğu olan grupta %42, kontrol grubunda ise %14 olarak belirlenmiştir (21).

2.3.4.3.4. Stresli Yaşam Olayları:

Stresli yaşam olaylarının ZY'si olan bireylerde intihar davranışı ile yakın ilişkisi bilinmektedir. 8-21 yaş arası, IQ'su 37-86 olan ve intihar davranışı sergileyen 19 olgunun değerlendirildiği çalışmada olguların %36.8'inin önemli aile kayıpları (ölüm, evlatlık edinilme, evsizlik gibi) yaşadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda olguların %10.5'inin fiziksel, %10.5'inin sexüel ve %26'sının da her iki istismar türüne maruz kaldığı bulunmuştur. Ayrıca olguların aile öyküleri incelendiğinde; ailelerin %26.3'ünün psikiyatrik tedavi öyküsünün olduğu, %21'inin madde kullandığı, %31.5'inin MDB tanısı aldığı, %15.7'sinin intihar davranışında bulunduğu belirlenmiştir (17).

SZİ, ZY ve psikiyatrik bozukluğu olan olgulardan intihar davranışı sergileyen 47 olgu ile intihar davranışı sergilemeyen 186 olgunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, intihar davranışı sergileyen grupta ailede psikiyatrik bozukluk öyküsüne daha sık rastlandığı, bir ya da her iki ebeveynen ayrı yaşama oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada intihar davranışı sergileyen 47 olgunun sadece 12'sinin her iki ebeveynle birlikte yaşadığı, 20 olgunun tek ebeveynle, 4'ünün akrabasıyla, 7'sinin koruyucu aile yanında, 2'sinin evlatlık edinmiş aileyle, 1'inin grup evinde kaldığı belirlenmiştir (10).

ZY'si olan olgularda stresli yaşam olayları ile intihar davranışını inceleyen diğer çalışmalara bakıldığında intihar davranışı sergilemeyen olgulara kıyasla intihar davranışı sergileyen olgularda aile ve sosyal desteğin daha düşük, akraba ilişkilerinin daha sorunlu, ebeveyn reddinin daha sık olduğu ve daha yüksek oranda fiziksel kısıtlılık, stres, yalnızlık ve izolasyon yaşadıkları gösterilmiştir (57,151-153).

2.3.4.3.5. İntihar Davranışı Öyküsü

Geçmiş intihar davranışı öyküsü ile mevcut intihar davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında çelişkili sonuçlar vardır. İntihar davranışı sergileyen 47 SZİ, ZY ve psikiyatrik bozukluğu olan olgunun değerlendirildiği bir çalışmada olguların %2'sinde geçmiş intihar girişimi saptanmıştır (10). Bu düşük oranın aksine, 19 intihar davranışı sergileyen olgunun değerlendirildiği başka bir çalışmada ise 11 olgunun birden çok intihar girişimi öyküsü olduğu tespit edilmiştir (17). Bu durum ZY'si olmayan çocuklarda belirlendiği üzere (154), ZY'si olan çocuklarda da intihar davranışı öyküsünün mevcut intihar davranışı için risk oluşturabileceğini düşündürmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın örnekleme

Bu araştırmada Aralık 2014 ile Şubat 2016 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 8-18 yaş arasındaki 207 SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergen örneklem grubu olarak alınmıştır. Power analizinde α : 0.05, $1-\beta$ (güç) : 0.80 alındığında bu olgularda intihar davranışı görülme oranındaki değişimin %12 olması için en az 206 denek alınması gerektiği hesaplandı.

3.2. Araştırmanın deseni

Araştırma deseni kesitsel bir çalışma olarak belirlenmiştir.

3.3. Deneklerin seçimi

3.3.1. Araştırmaya dâhil olma kriterleri :

- 1-Klinik ruhsal muayenede DSM-5'e göre SZİ ve ZY tanısı almış olmak,
- 2-8-18 yaş arası olmak,
- 3-Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği - Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R)'nin uygulanabileceği bilişsel düzeye sahip olmak,
- 4-Yanında bakım vereni ile gelmiş olmak,
- 5-Çocukların, ergenlerin ve anne-babaların, araştırma amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü onaylamaları.

3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri :

- 1- SZİ ve ZY'ye otizm spektrum bozukluğunun eşlik etmesi,
- 2- Zekâ testinde herhangi bir alt ölçeğin alınamaması,
- 3- Total işitme kaybı, görme kaybı gibi duyuşsal engellerin eşlik ediyor olması.

3.4. Uygulama:

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran SZİ ve ZY'si olan hasta ve anne-babaları çalışmanın amacı, yapılacak işlemler hakkında sözel olarak bilgilendirilmiş, tüm olgulara yazılı aydınlatılmış onam verilmiş ve yalnızca gönüllü olanlar çalışmaya dâhil edilmiştir.

Öncelikle çalışma için gönüllü olan olgularla ve anne-babaları ile ayrıntılı bir klinik görüşme yapılmıştır. Ebeveyni olmayan olgularda birincil bakım veren kişi ile

görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede DSM-5 tanı kriterleri esas alınarak tüm psikiyatrik hastalıklar taranmıştır. Psikiyatrik muayenenin ardından hastaya kliniğimiz psikologları tarafından WISC-R uygulanmıştır. WISC-R geçerlik güvenirlik çalışması 6-16 yaş arası yapılmış olmasına rağmen çalışmamızda 16 yaştan büyük hiçbir olgu 16 yaş üzerinde bilişsel kapasiteye sahip olmadığı için bu olgulara da WISC-R uygulanmıştır. Bu testte herhangi bir alt ölçeği alamayan 35 olgu çalışmadan dışlanmıştır. Hem WISC-R hem de klinik görüşme değerlendirmeler sonucu SZİ, hafif ve orta düzeyde ZY tanısı konulan olgular çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu aşamadan sonra bakım veren kişiye sosyodemografik bilgi formu, çocuğun sorun davranışlarını belirlemek amacıyla ‘Sorun Davranış Kontrol Listesi –Türkçe Formu (SDKL)’ uygulanmıştır. Tüm formlar ebeveynlere araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. Aynı ayrı ebeveyne ve görüşme anı da dâhil olmak üzere hastaya, hastanın herhangi bir dönemde ‘ölme isteği’, ‘intihar düşüncesi’ ve geçmiş ‘intihar girişimi’; ebeveyne ‘ailedeki (ebeveyn ve birinci derece akraba) intihar girişimi öyküsü’ sorulmuştur. İntihar davranışını belirlemede hastalar sorulara cevap vermediği takdirde ebeveynlerinin verdiği yanıt esas alınmıştır. Olguların intihar davranışına yönelik sorulara şüpheli ya da ebeveyniyle çelişen cevaplar vermesi durumunda klinisyen öyküyü derinleştirerek en güvenilir cevabı esas almıştır. Çalışmamızda ailede psikopatoloji varlığı tanısal görüşme yapılmadan sadece ebeveynlerin verdiği öyküye dayanarak belirlenmiştir. 12 yaş altı çocuk, 12 yaş ve üstü ergen olarak kabul edilmiştir.

3.5. Değerlendirilme Gereçleri

3.5.1. Sosyodemografik bilgi formu (EK 2)

Ebeveynlerden en az birinin katıldığı görüşmede, anne, baba, hasta çocuk/ergen ile ilgili sosyodemografik özellikler, araştırmacı tarafından geliştirilen form kullanılarak elde edilmiştir. Bu formda, çalışmaya alınan olguların ad-soyadları, doğum tarihi ve yeri, ay cinsinden yaşı, baba adı, adres ve telefon bilgileri, cinsiyeti, kardeş sayısı, eğitim düzeyi, özel eğitim alıp almadığı, alıyorsa süresi, kiminle yaşadığı, ailenin tipi, anne-baba akrabalığı, anne ve babasının eğitim seviyeleri, ailenin aylık geliri, hastanın psikiyatrik bozukluk harici kronik tıbbi rahatsızlığı, aile öyküsünde psikiyatrik bozukluk bulunup bulunmadığı, hastada ve ailede sigara, alkol ve madde kullanımının olup olmadığı, akran zorbalığı, istismar ve ihmal öyküsü, ZY

nedeni, fiziksel kısıtlılığın olup olmadığı, hastanın maruz kaldığı stres faktörleri ve daha önce psikiyatrik hospitalizasyonunun olup olmadığı sorgulandı.

3.5.2. İntihar Davranışını Değerlendirme Formu (EK 3)

Bu form çalışmayı yürütenler tarafından ölme isteği, intihar düşüncesi ve girişimini değerlendirmek amacıyla çalışma için oluşturulmuş, ebeveyn ve hastaya ayrı ayrı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Ebeveyne, hastanın herhangi bir zamanda ölme isteği, intihar düşüncesi ve intihar girişiminin olup olmadığı; hastaya da geçmişte ve değerlendirme anında ölme isteği, intihar düşüncesi ve geçmişte intihar girişimi olup olmadığı, intihar girişimi varsa kaç defa intihar girişiminde bulunduğu ve sırasıyla girişim yöntemleri, aile/yakın akrabada intihar girişimi öyküsü, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışlarının olup olmadığı soruldu.

3.5.3. Ruhsal Değerlendirme Formu (EK 4)

Bu form araştırmacı tarafından ruhsal hastalıkları değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş olup DSM-5 tanı kriterleri esas alınarak tüm psikiyatrik hastalıklar ebeveyn ve hasta ile yapılan psikiyatrik görüşmelerde taranmıştır. Ayrıca hastanın ilaç kullanımının olup olmadığı, zekâ testleri sonucu ve yapılan psikiyatrik muayene sonucu klinik zekâ düzeyine de bu formda yer verilmiştir.

3.5.4. Sorun Davranış Kontrol Listesi–Türkçe Formu (EK 5)

Bu ölçek Aman ve arkadaşları tarafından ZY'si olan bireylerde gözlenen problem davranışları ve bu davranışlardaki değişikliği değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (155). Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 10-25 yaş arası bireylerde Sucuoğlu (2003) tarafından yapılmıştır (156).

Orijinal ölçek 58 maddeden, SDKL-Türkçe formu ise 5 alt ölçek altında toplanan 46 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler; aşırı hareketlilik (madde 1-15), atalet (madde 16-33), yinelenen davranışlar (madde 34-39), zarar veren davranışlar (madde 40-42), diğer davranışlar (madde 43-46) olarak belirlenmiştir. Her madde 0: problem oluşturmaz, 1:hafif derecede, 2: orta derecede, 3: ağır derecede problem olmak üzere dörtlü dereceleme ile puanlanmıştır. Araçtan elde edilecek toplam puan, 0 ile 138 arasında değişmektedir. Bu ölçek listesi zihinsel engelli bireylerle çalışan öğretmenler, uzmanlar ya da anne babalar tarafından doldurulabilmektedir.

3.5.5. Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği - Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R)

WISC-R zekâ testi 1949 yılında David Weschsler tarafından geliştirilmiştir (157). Daha sonra gerekli düzenlemeler yapılarak günümüzdeki haline getirilmiştir. Bu ölçek 1974 yılında gözden geçirilmiş ve standardizasyonu yapılmış böylece WISC-R ortaya çıkmıştır (158). Ölçeğin Türk çocukları üzerindeki standardizasyonu Savaşır ve Şahin (1995) tarafından 6-16 yaş grubunda 1639 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir (159). WISC-R, 6-16 yaşları arasındaki çocuklara uygulanabilmektedir. Her biri genel zekâ bölümünü oluşturan birden fazla yeteneği ölçen WISC-R, sözel bölüm ve performans bölümü olmak üzere 12 alt testten oluşmaktadır. Sözel bölümü oluşturan 6 alt test genel bilgi, benzerlikler, aritmetik, sözcük dağarcığı, yargılama ve sayı dizisidir. Performans bölümündeki 6 alt test ise resim tamamlama, küplerle desen, parça birleştirme, resim düzenleme, şifre ve labirentlerden oluşmaktadır. Bu alt testlere yönelik puanların yanı sıra toplam zekâ puanı da elde edilebilmektedir. Sözel bölümü oluşturan alt testler sözel anlama-kavrama gerektiren bilişsel etkinliklerde çocuğun içerisinde bulunduğu yaş normlarına göre zihinsel gelişim düzeyini değerlendirirken, performans bölümündeki alt testler ise çocuğun algısal organizasyon gerektiren bilişsel etkinliklerde ne durumda olduğunu değerlendirmeye yardımcı olur (158,159).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi Ve İstatistikler

Çalışmanın analizinde SPSS for Windows 22.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sürekli değer alan değişkenler ortalama, medyan, standart sapma, max–min, range değerleriyle birlikte verilmiştir. Sürekli değişkenlerden normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup arası karşılaştırmalar parametrik testlerden bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değer alan değişkenlerin gruplarla olan karşılaştırmalarında Pearson Ki–kare ve Fisher’in kesin ki–kare testi kullanılmıştır. İntihar davranışını öngören bağımsız değişkenlere hiyerarşik Lojistik regresyon analizi kullanılarak bakılmıştır. Çalışmada %95 ($P < 0,05$) anlamlılık düzeyi benimsenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri:

Çalışmaya %43,5'i (n:90) kız, %56.5'i (n:117) erkek olan 207 olgu dâhil edildi. Olguların yaş ortalaması 12.32 ± 2.48 (Min:8, Max:17,5) olarak saptandı. Olguların hiçbirinde alkol ve madde kullanımı yok iken %2,4 (n:5) hastada sigara kullanımı vardı. 70 olguda ruhsal olmayan kronik tıbbi hastalık tespit edildi. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo-5' te gösterilmiştir.

Tablo-5: Olguların Sosyodemografik Özellikleri

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER		n	%
Cinsiyet	Kız	90	43.5
	Erkek	117	56.5
Yaşadığı yer	İl	144	69.6
	İlçe	45	21.7
	Köy	18	8.7
Eğitim düzeyi	Hiç okula gitmemiş	9	4.3
	İlköğretime devam ediyor	145	70
	İlköğretim terk	21	10.1
	Liseye devam ediyor	27	13
	Lise terk	5	2.4
Özel eğitim	Gidiyor	138	66.7
	Gitmiyor	69	33.3
Kronik tıbbi hastalık	Var	70	33.8
	Yok	137	66.2
Hastanın sigara kullanımı	Var	5	2.4
	Yok	202	97.6
Hastanın alkol kullanımı	Var	0	0
	Yok	207	100
Hastanın madde kullanımı	Var	0	0
	Yok	207	100
	OD ± SS	Minimum	Maksimum
Yaş	12.32 ± 2.48	8	17.5
Kardeş Sayısı	2.81 ± 2.08	0	12

OD: Ortalama Değer, SS: Standart Sapma

4.2. Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri:

Olguların %79.2'si (n:164) çekirdek aileye sahipti. Olguların %79.4'ünün (n:162) asgari ücret ya da altında bir gelire sahip olduğu saptanmıştır. Olguların %22'sinin (n:45) ailesinde psikiyatrik hastalık, %7.8'inin (n:16) ailesinde ise intihar

girişimi bulunmaktaydı. Olguların ailelerine ait sosyodemografik özellikler Tablo-6’da gösterilmiştir.

Tablo-6: Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri

AİLESEL ÖZELLİKLER		n	%	
Aile tipi	Çekirdek aile	164	79.2	
	Geniş aile	21	10.1	
	Dağılmış aile	13	6.3	
	Ebeveylere biri vefat etmiş	9	4.3	
Annenin düzeyi	eğitim	Okuma yazması yok	53	26.1
		Okula gitmemiş ancak okur-yazar	7	3.4
		İlkokul mezunu	126	62.1
		Lise mezunu	14	6.9
		Yüksekokul-üniversite mezunu	3	1.5
Babannın düzeyi	eğitim	Okuma yazması yok	15	7.4
		Okula gitmemiş ancak okur-yazar	4	2.0
		İlkokul mezunu	147	72.1
		Lise mezunu	32	15.7
		Yüksekokul-üniversite mezunu	6	2.9
Aylık gelir	Asgari ücret altı	162	79.4	
	Asgari ücret üstü	42	20.6	
Ailede hastalık	psikiyatrik	Var	45	22.0
		Yok	160	78.0
Ailede kullanımı	sigara	Var	120	58.5
		Yok	85	41.5
Ailede kullanımı	alkol	Var	11	5.4
		Yok	194	94.6
Ailede kullanımı	madde	Var	2	1.0
		Yok	203	99.0
Ailede girişimi	intihar	Var	16	7.8
		Yok	190	92.2

4.3. Travma ve Psikostresör Faktörlere İlişkin Dağılımlar:

Olguların %5.3’ü (n:11) istismar türlerinden herhangi birine maruz kaldığını bildirdi. Ayrıca olguların, %10.1’inde (n:21) ihmal, %42’sinde (n:87) akran zorbalığı öyküsü vardı. Olguların maruz kaldığı travma ve psikostresör faktörler ile ilişkili bulguları Tablo-7’de gösterilmiştir.

Tablo-7: Travma ve Psikostresör Faktörlere İlişkin Dağılımlar

İHMAL VE İSTİSMAR	n	%
İhmal ve İstismar		
Herhangi bir istismar	11	5.3
Fiziksel istismar	5	2.4
Duygusal istismar	7	3.4
Cinsel istismar	2	1
Herhangi bir ihmal	21	10.1
Fiziksel ihmal	13	6.3
Duygusal ihmal	22	10.6
Psikostresör Faktörler		
Akran zorbalığı	87	42
Fiziksel kısıtlılık	21	10.1
Aile içi zorluk	63	30.4
Ebeveyn kaybı	8	3.9
Ebeveyn reddi	10	4.8
Aile desteğinin kısıtlı olması	20	9.7
Sosyal desteğin olmaması	11	5.3
Hospitalizasyon	1	0.5
Herhangi bir stresör faktörü (Var)	134	64.7

4.4. İntihar Davranışı ile İlgili Bulgular:

Olguların %45.4'ünde hayatlarının herhangi bir döneminde (n:94) ölme isteği, %22.7'sinde (n:47) intihar düşüncesi, %8.2'sinde (n:17) intihar girişimi olduğu belirlenmiştir. Olguların %2.4'ünde (n:5) birden fazla intihar girişimi bulunmaktaydı. İntihar girişimi olan 17 olguda toplamda 25 intihar girişimi tespit edilmiştir. Bu girişimlerin %32'si (n:8) kesici aletle, %28'i (n:7) yüksekten atlayarak, %20'si (n:5) ilaç içerek, %12'si (n:3) yabancı madde (toplu iğne, koltuk sünger, pil vb) yutarak %4'ü (n:1) eşarpı boğazını sıkma, %4'ü (n:1) kimyasal madde içerek gerçekleşmişti. Olguların %10.1'inde (n:21) intihar niyeti taşımayan kendine zarar verme davranışlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

4.5. Zihinsel Yetersizliğe İlişkin Dağılımlar:

Olguların %23.2'si (n:48) SZİ, %55.1'i (n:114) hafif düzeyde ZY, %21.7'i (n:45) orta düzeyde ZY tanısı almıştır. WISC-R'da katılımcıların sözel zekâ puan ortalaması 56.25 ± 10.83 (min:40, maks:85), performans zekâ puan ortalaması 58.94 ± 12.20 (min:40, maks:90), toplam zekâ puanı ortalaması 55.35 ± 10.43 (min:40, maks:78) olarak bulunmuştur.

4.6. Psikiyatrik Tanılara İlişkin Dağılımlar:

Olguların %82.6'sında (n:171) en az bir ruhsal hastalık vardı. En sık görülen ruhsal bozukluk %44 ile DEHB iken bunu sırasıyla %39.1 ile anksiyete bozukluğu, %33.3 ile dışa atım bozukluğu ve %32.4 ile KOKGB takip ediyordu. Duygudurum bozuklukları içinde en çok görülen tanı MDB, anksiyete bozuklukları içinde en fazla görülen tanı ise özgül fobiydi. Olguların ruhsal tanıları ile ilişkili bulgular Tablo-8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Psikiyatrik Tanılara İlişkin Dağılımlar

RUHSAL BOZUKLUKLAR	n	%
Herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olma	171	82.6
Duygudurum bozukluğu	15	7.2
Anksiyete bozukluğu	81	39.1
DEHB	91	44
KOKGB	67	32.4
Davranım bozukluğu	12	5.8
Psikotik bozukluk	2	1
Uyku bozukluğu	17	8.2
Yeme bozukluğu	20	9.7
OKB ve ilişkili bozukluklar	14	6.8
Dışa atım bozukluğu	69	33.3
Konuşma bozukluğu	7	3.4
Diğer psikopatolojiler	12	5.8

4.7. İlaçlara İlişkin Dağılımlar:

Olguların %17.9'u (n:37) antipsikotik, %21.3'ü (n:44) psikostimulan, %2.9'u (n:6) atomoksetin, %3.4'ü (n:7) seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI), %1.4'ü (n:3) trisiklik antidepresan (TCA), %0.5'i (n:1) duygudurum düzenleyici, %1'i (n:2)

antidiüretik hormon (ADH) agonisti, %0.5'i (n:1) benzodiazepin, %9.7'si (n:20) antiepileptik, %7.7'si (n:16) en az iki psikotrop ilaç kullanmaktaydı.

4.8. Sosyodemografik Özelliklerinin İntihar Davranışı İle İlişkisi

4.8.1. Ölme İsteğinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

Ölme isteği olan ve olmayan olguların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo-9'da gösterilmiştir. Ergen yaş grubundaki olgular ile çocuk yaş grubundaki olgular ölme isteği açısından karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak sınırdan olduğu gözlenmiştir ($\chi^2=3.779$, $p=0.052$). Ergen yaş grubunda ölme isteği çocuk yaş grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-9: Ölme İsteğinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER		Ölme İsteği Yok (n=113) n (%)	Ölme İsteği Var (n=94) n (%)	X ^{2*}	p*	
Cinsiyet	Kız	47 (%52.2)	43 (%47.8)	0.36	0.549	
	Erkek	66 (%56.4)	51 (%43.6)			
Çocuk / Ergen	Çocuk	61 (%61.6)	38 (%38.4)	3.779	0.052	
	Ergen	52 (%48.1)	56 (%51.9)			
Yaşadığı yer	İl merkezi	77 (%53.5)	67 (%46.5)	0.238	0.626	
	İl dışı	36 (%57.1)	27 (%42.9)			
Özgün eğitim	Gidiyor	89 (%51.7)	83 (%48.3)	3.322	0.068	
	Gitmiyor	24 (%68.6)	11 (%31.4)			
Özel eğitim	Gidiyor	79 (%57.2)	59 (%42.8)	1.179	0.278	
	Gitmiyor	34 (%49.3)	35 (%50.7)			
Bedensel hastalık	Var	36 (%51.4)	34 (%48.6)	0.426	0.514	
	Yok	77 (%56.2)	60 (%43.8)			
Sigara kullanımı	Var	3 (%60)	2 (%40)	0.060	0.806	
	Yok	110 (%54.5)	92 (%45.5)			
		Median	Min-Max	Median	Min-Max	p**
Yaş		11.30	8.0-17.5	13.0	8.0-17.3	0.152
Kardeş Sayısı		3.0	1.0-13.0	3.0	1.0-10.0	0.243
Özel eğitim süresi		3.0	0-12.0	2.5	0-11	0.192

p* = Ki kare testi p değeri, X^{2*} = Ki kare değeri, p** = Man Whitney U testi p değeri

4.8.2. İntihar Düşüncesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

İntihar düşüncesi olan ve olmayan olguların sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo-10'da gösterilmiştir. İntihar düşüncesi ergenlerde çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=4.630$ $p=0.031$). Diğer sosyodemografik özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10: İntihar Düşüncesinin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

SOSYODEMOGRA FİK ÖZELLİKLER		İntihar Düşüncesi Yok (n=160)		İntihar Düşüncesi Var (n=47)		X ^{2*}	p*
		n (%)		n (%)			
Cinsiyet	Kız	67 (%74.4)		23 (%25.6)		0.737	0.391
	Erkek	93 (%79.5)		24 (%20.5)			
Çocuk / Ergen	Çocuk	83 (%83.8)		16 (%16.2)		4.630	0.031
	Ergen	77 (%71.3)		31 (%28.7)			
Yaşadığı yer	İl merkezi	113 (%78.5)		31 (%21.5)		0.374	0.541
	İl dışı	47 (%74.6)		16(%25.4)			
Özgün eğitim	Gidiyor	133(%77.3)		39 (%22.7)		0.001	0.981
	Gitmiyo r	27 (%77.1)		8 (%22.9)			
Özel eğitim	Gidiyor	107 (%77.5)		31 (%22.5)		0.14	0.907
	Gitmiyo r	53 (%76.8)		16 (%23.2)			
Bedensel hastalık	Var	51 (%72.9)		19 (%27.1)		1.187	0.276
	Yok	109 (%79.6)		28 (%20.4)			
Sigara kullanımı	Var	3 (%60)		2 (%40)		0.869	0.351
	Yok	157 (%77.7)		45 (%22.3)			
		Median	Min-Max	Media n	Min- Max	p**	
Yaş		11.5	8-17.5	13.5	8.0-17.25	0.076	
Kardeş Sayısı		3.0	1.0-13.0	3.0	1.0-9.0	0.437	
Özel eğitim süresi		3.0	0-12.0	3.0	0-11.0	0.901	

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri, p** Man Whitney U testi p değeri

4.8.3. İntihar Girişiminin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

İntihar girişi olan ve olmayan olguların sosyodemografik özellikleri Tablo-11’de karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin hiçbiri intihar girişimi olan ve olmayan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı çıkmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: İntihar Girişiminin Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

SOSYODEMOGRAFI K ÖZELLİKLER		İntihar Girişimi Yok (n=190)	İntihar Girişimi Var (n=17)	X ^{2*}	p*	
		n (%)	n (%)			
Cinsiyet	Kız	80 (%88.9)	10 (%11.1)	1.775	0.183	
	Erkek	110 (%94.0)	7 (%6.0)			
Çocuk / Ergen	Çocuk	92 (%92.9)	7 (%7.1)	0.328	0.567	
	Ergen	98 (%90.7)	10 (%9.3)			
Yaşadığı yer	İl merkezi	133 (%92.4)	11 (%7.6)	0.207	0.649	
	İl dışı	57 (%90.5)	6 (%9.5)			
Özgün eğitim	Gidiyor	158 (%91.9)	14 (%8.1)	0.007	0.932	
	Gitmiyor	32 (%91.4)	3 (%8.6)			
Özel eğitim	Gidiyor	126 (%91.3)	12 (%8.7)	0.128	0.720	
	Gitmiyor	64 (%92.8)	5 (%7.2)			
Bedensel hastalık	Var	61 (%87.1)	9 (%12.9)	3.027	0.082	
	Yok	129 (%94.2)	8 (%5.8)			
Sigara kullanımı	Var	4 (%80)	1 (%20)	0.940	0.332	
	Yok	186 (%92.1)	16 (%7.9)			
		Media n	Min- Max	Medi an	Min- Max	p**
Yaş		12.08	8.0-17.5	13.0	8.0- 16.92	0.909
Kardeş Sayısı		3.0	1.0-13.0	3.0	2.0-9.0	0.819
Özel eğitim süresi		3.0	0-12.0	4.0	0-11.0	0.231

p* = Ki kare testi p değeri, X^{2*} = Ki kare değeri, p** = Man Whitney U testi p değeri

4.9. Ailesel Özelliklerinin İntihar Davranışı İle İlişkisi

4.9.1. Ölme İsteğinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi

Ölme isteği olan ve olmayan olguların ailesel özellikler açısından karşılaştırılması Tablo-12’de gösterilmiştir. Ailesel özellikler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12: Ölme İsteğinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi

AİLESEL ÖZELLİKLER		Ölme İsteği Yok (n=113) n (%)	Ölme İsteği Var (n=94) n (%)	X ^{2*}	p*
Her iki ebeveynle birliktelik	Var	101 (%55.2)	82 (%44.8)	0.231	0.631
	Yok	12 (%50)	12 (%50)		
Anne Eğitimi	Okur yazar değil	35 (%66)	18 (%34)	4.124	0.127
	İlköğretim mezunu	66 (%49.6)	67 (%50.4)		
	Lise, üniversite mezunu	9 (%52.9)	8 (%47.1)		
Baba Eğitimi	Okur yazar değil	10 (%66.7)	5 (%33.3)	0.993	0.609
	İlköğretim mezunu	81 (%53.6)	70 (%46.4)		
	Lise, üniversite mezunu	20 (%52.6)	18 (%47.4)		
Aylık gelir	Asgari ücret altı	85 (%52.5)	77 (%47.5)	0.668	0.414
	Asgari ücret üstü	25 (%59.5)	17 (%40.5)		
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	20 (%44.4)	25 (%55.6)	2.186	0.139
	Yok	91 (%56.9)	69 (%43.1)		
Ailede sigara kullanımı	Var	65 (%54.2)	55 (%45.8)	0.000	0.994
	Yok	46 (%54.1)	39 (%45.9)		
Ailede alkol kullanımı	Var	6 (%54.5)	5 (%45.5)	0.001	0.978
	Yok	105 (%54.1)	89 (%45.9)		
Ailede madde kullanımı	Var	1 (%50)	1 (%50)	0.014	0.906
	Yok	110 (%54.2)	93 (%45.8)		
Ailede intihar girişimi	Var	6 (%37.5)	10 (%62.5)	1.990	0.158
	Yok	106 (%55.8)	84 (%44.2)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.9.2. İntihar Düşüncesinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi

Tablo-13'te intihar düşüncesi olan ve olmayan olguların ailesel özellikleri sunulmuştur. Ailesel özellikler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13: İntihar Düşüncesinin Ailesel Özellikler ile İlişkisi

AİLESEL ÖZELLİKLER		İntihar Düşüncesi Yok (n=160)	İntihar Düşüncesi Var (n=47)	X ² *	p*
		n (%)	n (%)		
Her iki ebeveynle birliktelik	Var	143 (%78.1)	40 (%21.9)	0.646	0.422
	Yok	17 (%70.8)	7 (%29.2)		
Anne Eğitimi	Okur yazar değil	41 (%77.4)	12 (%22.6)	0.008	0.996
	İlköğretim mezunu	103 (%77.4)	30 (%22.6)		
	Lise, üniversite mezunu	13 (%76.5)	4 (%23.5)		
Baba Eğitimi	Okur yazar değil	13 (%86.7)	2 (%13.3)	0.792	0.673
	İlköğretim mezunu	116 (%76.8)	35 (%23.2)		
	Lise, üniversite mezunu	29 (%76.3)	9 (%23.7)		
Aylık gelir	Asgari ücret altı	123 (%75.9)	39 (%24.1)	0.475	0.491
	Asgari ücret üstü	34 (%81)	8 (%19)		
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	32 (%71.1)	13 (%28.9)	1.160	0.282
	Yok	126 (%78.8)	34 (%21.3)		
Ailede sigara kullanımı	Var	92 (%76.7)	28 (%23.3)	0.027	0.869
	Yok	66 (%77.6)	19 (%22.4)		
Ailede alkol kullanımı	Var	8 (%72.7)	3 (%27.3)	0.124	0.724
	Yok	150 (%77.3)	44 (%22.7)		
Ailede madde kullanımı	Var	1 (%50)	1 (%50)	0.834	0.361
	Yok	157 (%77.3)	46 (%22.7)		
Ailede intihar girişimi	Var	10 (%62.5)	6 (%37.5)	2.124	0.145
	Yok	149 (%78.4)	41(%21.6)		

p*= Ki kare testi p değeri, X²*=Ki kare değer

4.9.3. İntihar Girişiminin Ailesel Özellikler ile İlişkisi

Tablo 14’te intihar girişimi olan ve olmayan olguların ailesel özellikleri karşılaştırılmıştır. Ailede psikiyatrik hastalık ($\chi^2=3.999$, $p=0.046$) ve madde kullanımı öyküsü ($\chi^2=4.597$ $p=0.032$) intihar girişimi olan olgularda istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer ruhsal bozukluklar açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14: İntihar Girişiminin Ailesel Özellikler ile İlişkisi

AİLESEL ÖZELLİKLER		İntihar Girişimi Yok (n=190)	İntihar Girişimi Var (n=17)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Her iki ebeveynle birliktelik	Var	168 (%91.8)	15 (%8.2)	0.001	0.982
	Yok	22 (%91.7)	2 (%8.3)		
Anne Eğitimi	Okur yazar değil	48 (%90.6)	5 (%9.4)	0.294	0.863
	İlköğretim mezunu	123 (%92.5)	10 (%7.5)		
	Lise, üniversite mezunu	16 (%94.1)	1 (%5.9)		
Baba Eğitimi	Okur yazar değil	15 (%100)	0 (%0)	3.618	0.164
	İlköğretim mezunu	136 (%90.1)	15 (%9.9)		
	Lise, üniversite mezunu	37 (%97.4)	1 (%2.6)		
Aylık gelir	Asgari ücret altı	148 (%91.4)	14 (%8.6)	0.098	0.754
	Asgari ücret üstü	39 (%92.9)	3 (%7.1)		
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	38 (%84.4)	7 (%15.6)	3.999	0.046
	Yok	150 (%93.8)	10 (%6.3)		
Ailede sigara kullanımı	Var	109 (%90.8)	11 (%9.2)	0.291	0.590
	Yok	79 (%92.9)	6 (%7.1)		
Ailede alkol kullanımı	Var	9 (%81.8)	2 (%18.2)	1.495	0.221
	Yok	179 (%92.3)	15 (%7.7)		
Ailede madde kullanımı	Var	1 (%50)	1 (%50)	4.597	0.032
	Yok	187 (%92.1)	16 (%7.9)		
Ailede intihar girişimi	Var	15 (%93.8)	1 (%6.3)	0.92	0.762
	Yok	174 (%91.6)	16 (%8.4)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.10. Zekâ Düzeyinin İntihar Davranışı İle İlişkisi

4.10.1. Zekâ Düzeyinin Ölme İsteği İle İlişkisi

SZİ, hafif ve orta düzeyde ZY'si olan grupların ölme isteğinin varlığı açısından karşılaştırılması Tablo-15'te sunulmuştur. SZİ, hafif ve orta düzeyde ZY'si olan olgular arasında ölme isteği açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15: Zekâ Düzeyinin Ölme İsteği İle İlişkisi

ZEKÂ DÜZEYİ		Ölme İsteği Yok (n=113)	Ölme İsteği Var (n=94)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Zekâ düzeyi	SZİ	21 (%43.8)	27 (%56.3)	4.059	0.131
	Hafif düzeyde ZY	63 (%55.3)	51 (%44.7)		
	Orta düzeyde ZY	29 (%64.4)	16 (%35.6)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.10.2. Zekâ Düzeyinin İntihar Düşüncesi İle İlişkisi

Tablo-16'da SZİ, hafif ve orta düzeyde ZY'si olan grupların intihar düşüncesi açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. SZİ, hafif ve orta düzeyde ZY'si olan olgular arasında intihar düşüncesi açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 16: Zekâ Düzeyinin İntihar Düşüncesi İle İlişkisi

ZEKÂ DÜZEYİ		İntihar Düşüncesi Yok (n=160)	İntihar Düşüncesi Var (n=47)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Zekâ düzeyi	SZİ	34 (%70.8)	14 (%29.2)	3.853	0.146
	Hafif düzeyde ZY	94 (%82.5)	20 (%17.5)		
	Orta düzeyde ZY	32 (%71.1)	13 (%28.9)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.10.3. Zekâ Düzeyinin İntihar Girişimi İle İlişkisi

SZİ, hafif ve orta düzeyde ZY'si olan grupların intihar girişimi açısından karşılaştırılması Tablo-17'de sunulmuştur. SZİ, hafif ve orta düzeyde ZY'si olan olgular arasında intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17: Zekâ Düzeyinin İntihar Girişimi İle İlişkisi

ZEKÂ DÜZEYİ		İntihar Girişimi Yok (n=190)	İntihar Girişimi Var (n=17)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Zekâ düzeyi	SZİ	44 (%91.7)	4 (%8.3)	0.718	0.698
	Hafif düzeyde ZY	106 (%93.0)	8 (%7.0)		
	Orta düzeyde ZY	40 (%88.9)	5 (%11.1)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.11. WISC-R Puanlarının İntihar Davranışı İle İlişkisi

4.11.1. WISC-R Puanlarının Ölme İsteği İle İlişkisi

Ölme isteği olan ve olmayan olguların WISC-R alt zekâ puanları açısından karşılaştırılması Tablo-18'de verilmiştir. Olguların zekâ puanı ortalamaları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. WISC-R'in performans zekâ alt puanı, ölme isteği olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer alt zekâ puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18: WISC-R Puanlarının Ölme İsteği İle İlişkisi

WISC-R PUANLARI	Ölme İsteği Yok (n=113)		Ölme İsteği Var (n=94)		p*
	n (%)		n (%)		
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Sözel zekâ puanı	54.0	40.0-83.0	56.0	40.0-85.0	0.149
Performans zekâ puanı	57.0	40.0-90.0	58.0	40.0-88.0	0.048
Toplam zekâ puanı	53.0	40.0-78.0	55	40.0-77.0	0.102

* Man Whitney U testi p değeri

4.11.2. WISC-R Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi

Tablo-19’da intihar düşüncesi olan ve olmayan olguların WISC-R alt zekâ puanları açısından karşılaştırılması verilmiştir. Olguların WISC-R alt zekâ puanı ortalamaları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İntihar düşüncesi olan ve olmayan olgular arasında WISC-R alt zekâ puanları açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19: WISC-R Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi

WISC-R PUANLARI	İntihar Düşüncesi Yok (n=160)		İntihar Düşüncesi Var (n=47)		p*
	n (%)		n (%)		
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Sözel zekâ puanı	56.0	40.0-83.0	54.0	40.0-85.0	0.800
Performans zekâ puanı	58.0	40.0-90.0	62.0	40.0-80.0	0.948
Toplam zekâ puanı	54.0	40.0-78.0	51.0	40.0-77.0	0.714

* Man Whitney U testi p değeri

4.11.3. WISC-R Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi

İntihar girişimi olan ve olmayan olguların WISC-R alt zekâ puanları açısından karşılaştırılması Tablo-20’de gösterilmiştir. Olguların WISC-R alt zekâ puanı ortalamaları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İntihar girişimi olan ve olmayan olgular arasında WISC-R alt zekâ puanları açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20: WISC-R Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi

WISC-R PUANLARI	İntihar Girişimi Yok (n=190)		İntihar Girişimi Var (n=17)		p*
	n (%)		n (%)		
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Sözel zekâ puanı	54.0	40.0-85.0	56.0	40.0-81.0	0.703
Performans zekâ puanı	57.0	40.0-90.0	64.0	40.0-78.0	0.150
Toplam zekâ puanı	53.0	40.0-78.0	57.0	40.0-76.0	0.439

* Man Whitney U testi p değeri

4.12. İhmal Ve İstismarın İntihar Davranışı Üzerine Olan Etkisi

4.12.1. İhmal ve İstismarın Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi

Tablo-21’de ölme isteği olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar türleri açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi ihmal ve istismar türleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21: Ölme isteği olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması

İHMAL VE İSTİSMAR TÜRÜ			Ölme İsteği	Ölme İsteği Var	X ^{2*}	p*
			Yok (n=113) n (%)	(n=94) n (%)		
Herhangi bir istismar öyküsü	Var	5 (%45.5)	6 (%54.5)	0.391	0.532	
	Yok	108 (%55.1)	88 (%44.9)			
Fiziksel istismar	Var	1 (%20)	4 (%80)	2.461	0.117	
	Yok	112 (%55.4)	90 (%4.6)			
Duygusal istismar	Var	3 (%42.9)	4 (%57.1)	0.400	0.527	
	Yok	110 (%55)	90 (%45)			
Cinsel istismar	Var	1 (%50)	1 (%50)	0.017	0.896	
	Yok	112 (%54.6)	93 (%45.4)			
Herhangi bir ihmal öyküsü	Var	10 (%47.6)	11 (%52.4)	0.458	0.499	
	Yok	103 (%55.4)	83 (%44.6)			
Fiziksel ihmal	Var	7 (%53.8)	6 (%46.2)	0.003	0.956	
	Yok	106 (%54.6)	88 (%45.4)			
Duygusal ihmal	Var	10 (%45.5)	12 (%54.5)	0.829	0.363	
	Yok	103 (%55.7)	82 (%44.3)			
Akran zorbalığı	Var	47 (%54.0)	40 (%46.0)	0.019	0.889	
	Yok	66 (%55.0)	54 (%45.0)			

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.12.2. İhmal ve İstismarın İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi

İntihar düşüncesi olan ve olmayan olguların maruz kaldıkları ihmal ve istismar türleri açısından karşılaştırılması Tablo-22’de gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi fiziksel istismar ($X^2=4.041$, $p=0.044$) herhangi bir ihmal ($X^2=8.266$, $p=0.004$), fiziksel ihmal ($X^2=4.346$, $p=0.037$), duygusal ihmal ($X^2=10.45$, $p=0.001$) intihar düşüncesi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer ihmal ve istismar türleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22: İntihar düşüncesi olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması

İHMAL VE İSTİSMAR TÜRÜ	VE	İntihar Düşüncesi Yok (n=160)	İntihar Düşüncesi Var (n=47)	X ² *	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir istismar öyküsü	Var	6 (%54.5)	5.(%45.5)	3.426	0.064
	Yok	154 (%78.6)	42 (%21.4)		
Fiziksel istismar	Var	2 (%40.0)	3 (%60.0)	4.041	0.044
	Yok	158 (%78.2)	44 (%21.8)		
Duygusal istismar	Var	4 (%57.1)	3 (%42.9)	1.676	0.195
	Yok	156 (%78.0)	44 (%22.0)		
Cinsel istismar	Var	1 (%50.0)	1 (%50.0)	0.853	0.356
	Yok	159 (%77.6)	46 (%22.4)		
Herhangi bir ihmal öyküsü	Var	11 (%52.4)	10 (%47.6)	8.266	0.004
	Yok	149 (%80.1)	37 (%19.9)		
Fiziksel ihmal	Var	7 (%53.8)	6 (%46.2)	4.346	0.037
	Yok	153 (%78.9)	41 (%21.1)		
Duygusal ihmal	Var	11 (%50.0)	11 (%50.0)	10.45	0.001
	Yok	149 (%80.5)	36 (%19.5)		
Akran zorbalığı	Var	66 (%75.9)	21 (%24.1)	0.176	0.675
	Yok	94 (%78.3)	26 (%21.7)		
	Yok	119 (%82.6)	25 (%17.4)		

p*= Ki kare testi p değeri, X²*=Ki kare değeri

4.12.3. İhmal ve İstismarın İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi

Tablo-23'te ölme isteği olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar türleri açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi herhangi bir istismar öyküsü ($X^2=5.599$, $p=0.018$) ve cinsel istismar ($X^2=4.656$, $p=0.031$) öyküsü intihar düşüncesi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer ihmal ve istismar türleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 23: İntihar girişimi olan ve olmayan olguların ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması

İHMAL VE İSTİSMAR TÜRÜ	VE	İntihar Girişimi Yok (n=190)	İntihar Girişimi Var (n=17)	X ² *	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir istismar öyküsü	Var	8 (%72.7)	3 (%27.3)	5.599	0.018
	Yok	182 (%92.9)	14 (%7.1)		
Fiziksel istismar	Var	4 (%80.0)	1 (%20.0)	0.940	0.332
	Yok	186 (%92.1)	16 (%7.9)		
Duygusal istismar	Var	6 (%85.7)	1 (%14.3)	0.354	0.552
	Yok	184 (%92.0)	16 (%8.0)		
Cinsel istismar	Var	1 (%50.0)	1 (%50.0)	4.656	0.031
	Yok	189 (%92.2)	16 (%7.8)		
Herhangi bir ihmal öyküsü	Var	17 (%81.0)	4 (%19.0)	3.640	0.056
	Yok	173 (%93.0)	13 (%7.0)		
Fiziksel ihmal	Var	11 (%84.6)	2 (%15.4)	0.947	0.331
	Yok	179 (%92.3)	15 (%7.7)		
Duygusal ihmal	Var	18 (%81.8)	4 (%18.2)	3.246	0.072
	Yok	172 (%93.0)	13 (%7.0)		
Akran zorbalığı	Var	81 (%93.1)	6 (%6.9)	0.345	0.557
	Yok	109 (%90.8)	11 (%9.2)		

p*= Ki kare testi p değeri, X²*=Ki kare değeri

4.13. Psikostresör Faktörlerin İntihar Davranışı Üzerine Olan Etkisi

4.13.1. Psikostresör Faktörlerin Ölme İsteği Üzerine Etkisi

Tablo 24'te ölme isteği olan ve olmayan olguların bazı psikostres faktörleri açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi iki grup arasında hiçbir psikostres faktörünün görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24: Psikostresör Faktörlerin Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi

PSİKOSTRESÖR FAKTÖRLER		Ölme İsteği Yok (n=113)	Ölme İsteği Var (n=94)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir stres faktörü	Var	73 (%54.5)	61 (%45.5)	0.002	0.965
	Yok	40 (%54.8)	33 (%45.2)		
Aile içi zorluk	Var	31 (%49.2)	32 (%50.8)	1.059	0.304
	Yok	82 (%56.9)	62 (%43.1)		
Ebeveyn kaybı	Var	3 (%37.5)	5 (%62.5)	0.976	0.323
	Yok	110 (%55.3)	89 (%44.7)		
Ebeveyn reddi	Var	5 (%50.0)	5 (%50.0)	0.089	0.765
	Yok	108 (%54.8)	89 (%45.2)		
Aile desteğinin kısıtlı oluşu	Var	10 (%50.0)	10 (%50.0)	0.188	0.664
	Yok	103 (%55.1)	84 (%44.9)		
Sosyal desteğinin kısıtlı oluşu	Var	4 (%36.4)	7 (%63.6)	1.557	0.212
	Yok	109 (%55.6)	87 (%44.4)		
Psikiyatrik hospitalizasyon	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	1.202	0.273
	Yok	113 (%54.9)	93 (%45.1)		
Fiziksel kısıtlılık	Var	11 (%52.4)	10 (%47.6)	0.046	0.830
	Yok	102 (%54.8)	84 (%45.2)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.13.2. Psikostresör Faktörlerin İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi

İntihar düşüncesi olan ve olmayan olguların psikostresörler açısından karşılaştırılması Tablo 25’te gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi psikostresör faktörlerden sadece aile içi zorluk öyküsü ($X^2=7.700$, $p=0.006$) intihar düşüncesi olan grupta daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 25: Psikostresör Faktörlerin İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi

PSİKOSTRESÖR FAKTÖRLER		İntihar Düşüncesi Yok (n=160)	İntihar Düşüncesi Var (n=47)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir stresör faktör	Var	101 (%75.4)	33 (%24.6)	0.799	0.371
	Yok	59 (%80.8)	14 (%19.2)		
Aile içi zorluk	Var	41 (%65.1)	22 (%34.9)	7.700	0.006
	Yok	119 (%82.6)	25 (%17.4)		
Ebeveyn kaybı	Var	4 (%50.0)	4 (%50.0)	3.533	0.060
	Yok	156 (%78.4)	43 (%21.6)		
Ebeveyn reddi	Var	7 (%70.0)	3 (%30.0)	0.319	0.572
	Yok	153 (%77.7)	44 (%22.3)		
Aile desteğinin kısıtlı oluşu	Var	13 (%65.0)	7 (%35.0)	1.907	0.167
	Yok	147 (%78.6)	40 (%21.4)		
Sosyal desteğinin kısıtlı oluşu	Var	6 (%54.5)	5 (%45.5)	3.426	0.064
	Yok	154 (%78.6)	42 (%21.4)		
Psikiyatrik hospitalizasyon	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	3.404	0.065
	Yok	160 (%77.7)	46 (%22.3)		
Fiziksel kısıtlılık	Var	16 (%76.2)	5 (%23.8)	0.016	0.899
	Yok	144 (%77.4)	42 (%22.6)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.13.3. Psikostresör Faktörlerin İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi

Tablo 26’da intihar girişimi olan ve olmayan olguların psikostresörler açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi sosyal desteğinin kısıtlı oluşu ($X^2=5.599$, $p=0.018$) ve hospitalizasyon öyküsü ($X^2=11.176$, $p=0.001$)

intihar girişimi olan olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 26: Psikostresör Faktörlerin İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi

PSİKOSTRESÖR FAKTÖRLER		İntihar Girişimi Yok (n=190)	İntihar Girişimi Var (n=17)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir stresör faktörü	Var	123 (%91.8)	11 (%8.2)	0.000	0.998
	Yok	67 (%91.8)	6 (%8.2)		
Aile içi zorluk	Var	55 (%87.3)	8 (%12.7)	2.418	0.120
	Yok	135 (%93.8)	9 (%6.3)		
Ebeveyn kaybı	Var	7 (%87.5)	1 (%12.5)	0.203	0.652
	Yok	183 (%92.0)	16 (%8.0)		
Ebeveyn reddi	Var	10 (%100.0)	0 (%0.0)	0.940	0.332
	Yok	180 (%91.4)	17 (%8.6)		
Aile desteğinin kısıtlı oluşu	Var	17 (%85.0)	3 (%15.0)	1.353	0.245
	Yok	173 (%92.5)	14 (%7.5)		
Sosyal desteğin kısıtlı oluşu	Var	8 (%72.7)	3 (%27.3)	5.599	0.018
	Yok	183 (%92.9)	14 (%7.1)		
Psikiyatrik hospitalizasyon	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	11.176	0.001
	Yok	190 (%92.2)	16 (%7.8)		
Fiziksel kısıtlılık	Var	19 (%90.5)	2 (%9.5)	0.053	0.817
	Yok	171 (%91.9)	15 (%8.1)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri

4.14. Ruhsal Bozuklukların İntihar Davranışı Üzerine Olan Etkisi

4.14.1. Ruhsal Bozuklukların Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi

Ölme isteği olan ve olmayan olguların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılması Tablo-27'de gösterilmiştir. Ruhsal Bozukluklardan sadece duygudurum bozukluğu ($x^2=14.982$, $p<0.001$) ve davranım bozukluğu ($x^2=4.499$,

p=0.034) ölme isteği olan olgularda istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 27: Ruhsal Bozuklukların Ölme İsteği Üzerine Olan Etkisi

RUHSAL BOZUKLUKLAR		Ölme İsteği Yok (n=113)	Ölme İsteği Var (n=94)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir ruhsal bozukluk	Var	90 (%52.6)	81 (%47.4)	1.520	0.218
	Yok	23 (%63.9)	13 (%36.1)		
Duygudurum bozukluğu	Var	1 (%6.7)	14 (%93.3)	14.98	<0.001
	Yok	112 (%58.3)	80 (%41.7)		
Anksiyete bozukluğu	Var	39 (%48.1)	42 (%51.9)	2.227	0.136
	Yok	74 (%58.7)	52 (%41.3)		
DEHB	Var	48 (%52.7)	43 (%47.3)	0.222	0.637
	Yok	65 (%56.0)	51 (%44.0)		
KOKGB	Var	33 (%49.3)	34 (%50.7)	1.138	0.286
	Yok	80 (%57.1)	60 (%42.9)		
Davranım bozukluğu	Var	3 (%25.0)	9 (%75.0)	4.499	0.034
	Yok	110 (%56.4)	85 (%43.6)		
Psikoz	Var	0 (%0.0)	2 (%100.0)	2.416	0.120
	Yok	113 (%55.1)	92 (%44.9)		
Uyku bozukluğu	Var	9 (%52.9)	8 (%47.1)	0.020	0.887
	Yok	104 (%54.7)	86 (%45.3)		
Yeme bozukluğu	Var	10 (%50.0)	10 (%50.0)	0.188	0.664
	Yok	103 (%55.1)	84 (%44.9)		
OKB ve ilişkili bozukluklar	Var	7 (%50.0)	7 (%50.0)	0.128	0.721
	Yok	106 (%54.9)	87 (%45.1)		
Dışa atım bozukluğu	Var	35 (%50.7)	34 (%49.3)	0.624	0.430
	Yok	78 (%56.5)	60 (%43.5)		
Konuşma bozukluğu	Var	5 (%71.4)	2 (%28.6)	0.825	0.364
	Yok	108 (%54.0)	92 (%46.0)		
Diğer psikiyatrik hastalıklar	Var	7 (%58.3)	5 (%41.7)	0.072	0.788
	Yok	106 (%54.4)	89 (%45.6)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri,

4.14.2. Ruhsal Bozuklukların İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi

Tablo-28'de intihar düşüncesi olan ve olmayanların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. İntihar düşüncesi olan olgularda, herhangi bir ruhsal hastalığın olması ($\chi^2=5.129$, $p=0.024$), duygudurum bozukluğu ($\chi^2=17.80$, $p<0.001$) ve dışa atım bozukluğu ($\chi^2=6.661$, $p=0.01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer ruhsal bozukluklar açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 28: Ruhsal Bozuklukların İntihar Düşüncesi Üzerine Olan Etkisi

RUHSAL BOZUKLUKLAR		İntihar Düşüncesi Yok (n=160)	İntihar Düşüncesi Var (n=47)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir ruhsal bozukluk	Var	127 (%74.3)	44 (%25.7)	5.129	0.024
	Yok	33 (%91.7)	3 (%8.3)		
Duygudurum bozukluğu	Var	5 (%33.3)	10 (%66.7)	17.80	<0.001
	Yok	155 (%80.7)	37 (%19.3)		
Anksiyete bozukluğu	Var	59 (%72.8)	22 (%27.2)	1.505	0.220
	Yok	101 (%80.2)	25 (%19.8)		
DEHB	Var	74 (%81.3)	17 (%18.7)	1.498	0.221
	Yok	86 (%74.1)	30 (%25.9)		
KOKGB	Var	51 (%76.1)	16 (%23.9)	0.078	0.780
	Yok	109 (%77.9)	31 (%22.1)		
Davranım bozukluğu	Var	8 (%66.7)	4(%33.3)	0.820	0.365
	Yok	152 (%77.9)	43 (%22.1)		
Psikoz	Var	1 (%50.0)	1 (%50.0)	0.853	0.356
	Yok	159 (%77.6)	46 (%22.4)		
Uyku bozukluğu	Var	11 (%64.7)	6 (%35.3)	1.672	0.196
	Yok	149 (%78.4)	41 (%21.6)		
Yeme bozukluğu	Var	15 (%75.0)	5 (%25.0)	0.066	0.797
	Yok	145 (%77.5)	42 (%22.5)		
OKB ve ilişkili bozukluklar	Var	10 (%71.4)	4 (%28.6)	0.294	0.587
	Yok	150 (%77.7)	43 (%22.3)		
Dışa atım bozukluğu	Var	46 (%66.7)	23 (%33.3)	6.661	0.01
	Yok	114 (%82.6)	24 (%17.4)		
Konuşma bozukluğu	Var	6 (%85.7)	1 (%14.3)	0.293	0.589
	Yok	154 (%77.0)	46 (%23.0)		
Diğer psikiyatrik hastalıklar	Var	7 (%58.3)	5 (%41.7)	2.610	0.106
	Yok	153 (%78.5)	42 (%21.5)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri,

4.14.3. Ruhsal Bozuklukların İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi

İntihar girişimi olan ve olmayan olguların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılması Tablo-29'da gösterilmiştir. Herhangi bir ruhsal hastalığın olması ($\chi^2=3.899$, $p=0.048$), duygudurum bozukluğu ($\chi^2=7.306$, $p=0.007$), psikoz ($\chi^2=4.656$, $p=0.031$) ve dışa atım bozukluğu ($\chi^2=8.203$, $p=0.004$) intihar girişimi olan olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptanmıştır ($p<0.05$). Diğer ruhsal bozukluklar açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 29: Ruhsal Bozuklukların İntihar Girişimi Üzerine Olan Etkisi

RUHSAL BOZUKLUKLAR		İntihar Girişimi Yok (n=190)	İntihar Girişimi Var (n=17)	X ^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Herhangi bir ruhsal bozukluk	Var	154 (%90.1)	17 (%9.9)	3.899	0.048
	Yok	36 (%100.0)	0 (%0.0)		
Duygudurum bozukluğu	Var	11 (%73.3)	4 (%26.7)	7.306	0.007
	Yok	179 (%93.2)	13 (%6.8)		
Anksiyete bozukluğu	Var	71 (%87.7)	10 (%12.3)	3.016	0.082
	Yok	119 (%94.4)	7 (%5.6)		
DEHB	Var	83 (%91.2)	8 (%8.8)	0.072	0.788
	Yok	107 (%92.2)	9 (%7.8)		
KOKGB	Var	60 (%89.6)	7 (%10.4)	0.657	0.418
	Yok	130 (%92.9)	10 (%7.1)		
Davranım bozukluğu	Var	10 (%83.3)	2 (%16.7)	1.208	0.272
	Yok	180 (%92.3)	15 (%7.7)		
Psikoz	Var	1 (%50.0)	1 (%50.0)	4.656	0.031
	Yok	189 (%92.2)	16 (%7.8)		
Uyku bozukluğu	Var	15 (%88.2)	2 (%11.8)	0.310	0.578
	Yok	175 (%92.1)	15 (%7.9)		
Yeme bozukluğu	Var	18 (%90.0)	2 (%10.0)	0.094	0.759
	Yok	172 (%92.0)	15 (%8.0)		
OKB ve ilişkili bozukluklar	Var	12 (%85.7)	2 (%14.3)	0.735	0.391
	Yok	178 (%92.2)	15 (%7.8)		
Dışa atım bozukluğu	Var	58 (%84.1)	11 (%15.9)	8.203	0.004
	Yok	132 (%95.7)	6 (%4.3)		
Konuşma bozukluğu	Var	6 (%85.7)	1 (%14.3)	0.354	0.552
	Yok	184 (%92.0)	16 (%8.0)		
Diğer psikiyatrik hastalıklar	Var	10 (%83.3)	2 (%16.7)	1.208	0.272
	Yok	180 (%92.3)	15 (%7.7)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*}=Ki kare değeri,

4.15. İlaç Kullanımı ile İntihar Davranışı İlişkisi

4.15.1. İlaç Kullanımının Ölme İsteği ile İlişkisi

Ölme isteği olan ve olmayan olguların kullandıkları ilaçlar açısından karşılaştırılması Tablo-30'da sunulmuştur. Ölme isteği olan grupta antipsikotik ($X^2=13.807$, $p<0.001$) kullanımının istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kullanılan diğer ilaç grupları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 30: İlaç Kullanımının Ölme İsteği ile İlişkisi

KULLANILAN İLAÇLAR		Ölme İsteği Yok (n=113)	Ölme İsteği Var (n=94)	X^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Antipsikotik	Var	10 (%27.0)	27 (%73.0)	13.807	<0.001
	Yok	103 (%60.6)	67 (%39.4)		
Psikostimulan	Var	24 (%54.5)	20 (%45.5)	0.0	0.995
	Yok	89 (%54.6)	74 (%45.4)		
Atomoksetin	Var	2 (%33.3)	4 (%66.7)	1.121	0.290
	Yok	111 (%55.2)	90 (%44.8)		
SSRI	Var	2 (%28.6)	5 (%71.4)	1.969	0.161
	Yok	111 (%55.5)	89 (%44.5)		
TCA	Var	2 (%66.7)	1 (%33.3)	0.178	0.673
	Yok	111 (%54.4)	93 (%45.6)		
Duygudurum düzenleyici	Var	0 (%0)	1 (%100)	1.202	0.273
	Yok	113 (%54.9)	93 (%45.1)		
ADH agonisti	Var	1 (%50.0)	1 (%50.0)	0.017	0.896
	Yok	112 (%54.6)	93 (%45.4)		
Benzodiazepin	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	1.202	0.273
	Yok	113 (%54.9)	93 (%45.1)		
En az iki psikotrop ilaç kullanımı	Var	6 (%37.5)	10 (%62.5)	2.043	0.153
	Yok	107 (%56.0)	84 (%44.0)		
Antiepileptik	Var	11 (%55.0)	9 (%45.0)	0.002	0.969
	Yok	102 (%54.5)	85 (%45.5)		
Psikotrop ve harici antiepileptik diğer ilaçlar	Var	8 (%61.5)	5 (%38.5)	0.270	0.603
	Yok	105 (%54.1)	89 (%45.9)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*} =Ki kare değeri,

4.15.2. İlaç Kullanımının İntihar Düşüncesi ile İlişkisi

İntihar düşüncesi olan ve olmayan olguların kullandıkları ilaçlar açısından karşılaştırılması Tablo-31’de gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi antipsikotik ($X^2=10.828$, $p=0.001$), SSRI ($X^2=16.390$, $p<0.001$) ve birden fazla psikotrop ilaç kullanımının ($X^2=7.361$, $p=0.007$) intihar düşüncesi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kullanılan diğer ilaç grupları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 31: İlaç Kullanımının İntihar Düşüncesi ile İlişkisi

KULLANILAN İLAÇLAR		İntihar Düşüncesi Yok (n=160)	İntihar Düşüncesi Var (n=47)	X^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Antipsikotik	Var	21 (%56.8)	16 (%43.2)	10.828	0.001
	Yok	139 (%81.8)	31 (%18.2)		
Psikostimulan	Var	35 (%79.5)	9 (%20.5)	0.161	0.688
	Yok	125 (%76.7)	38 (%23.3)		
Atomoksetin	Var	5 (%83.3)	1 (%16.7)	0.128	0.721
	Yok	155 (%77.1)	46 (%22.9)		
SSRI	Var	1 (%14.3)	6 (%85.7)	16.390	<0.001
	Yok	159 (%79.5)	41 (%20.5)		
TCA	Var	2 (%66.7)	1 (%33.3)	0.195	0.659
	Yok	158 (%77.5)	46 (%22.5)		
Duygudurum düzenleyici	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	3.404	0.065
	Yok	160 (%77.7)	46 (%22.3)		
ADH agonisti	Var	2 (%100.0)	0 (%0.0)	0.590	0.442
	Yok	158 (%77.1)	47 (%22.9)		
Benzodiazepin	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	3.404	0.065
	Yok	160 (%77.7)	46 (%22.3)		
En az iki psikotrop ilaç kullanımı	Var	8 (%50.0)	8 (%50.0)	7.361	0.007
	Yok	152 (%79.6)	39 (%20.4)		
Antiepileptik	Var	14 (%70.0)	6 (%30.0)	0.671	0.413
	Yok	146 (%78.1)	41 (%21.9)		
Psikotrop ve antiepileptik harici diğer ilaçlar	Var	10 (%76.9)	3 (%23.1)	0.001	0.974
	Yok	150 (%77.3)	44 (%22.7)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*} =Ki kare değeri,

4.15.3. İlaç Kullanımının İntihar Girişimi ile İlişkisi

Tablo-32' de intihar girişimi olan ve olmayan olguların kullandıkları ilaçlar karşılaştırılmıştır. İntihar düşüncesi olan grupta, antipsikotik ($X^2=6.851$, $p=0.009$), SSRI ($X^2=3.984$, $p=0.046$), duygudurum düzenleyici ($X^2=11.176$, $p=0.001$), benzodiazepin ($X^2=11.176$, $p=0.001$) ve en az iki psikotrop ilaç kullanımı ($X^2=12.209$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kullanılan diğer ilaç grupları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 32: İlaç Kullanımının İntihar Girişimi ile İlişkisi

KULLANILAN İLAÇLAR		İntihar Girişimi Yok (n=190)	İntihar Girişimi Var (n=17)	X^{2*}	p*
		n (%)	n (%)		
Antipsikotik	Var	30 (%81.1)	7 (%18.9)	6.851	0.009
	Yok	160 (%94.1)	10 (%5.9)		
Psikostimulan	Var	40 (%90.9)	4 (%9.1)	0.057	0.811
	Yok	150 (%92.0)	13 (%8.0)		
Atomoksetin	Var	6 (%100.0)	0 (%0.0)	0.553	0.457
	Yok	184 (%91.5)	17 (%8.5)		
SSRI	Var	5 (%71.4)	2 (%28.6)	3.984	0.046
	Yok	185 (%92.5)	15 (%7.5)		
TCA	Var	3 (%100)	0 (%0.0)	0.271	0.603
	Yok	187 (%91.7)	17 (%8.3)		
Duygudurum düzenleyici	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	11.176	0.001
	Yok	190 (%92.2)	16 (%7.8)		
ADH agonisti	Var	2 (%100.0)	0 (%0.0)	0.180	0.672
	Yok	188 (%91.7)	17 (%8.3)		
Benzodiazepin	Var	0 (%0.0)	1 (%100.0)	11.176	0.001
	Yok	190 (%92.2)	16 (%7.8)		
En az iki psikotrop ilaç kullanımı	Var	11 (%68.8)	5 (%31.3)	12.209	<0.001
	Yok	179 (%93.7)	12 (%6.3)		
Antiepileptik	Var	17 (%85.0)	3 (%15.0)	1.353	0.245
	Yok	173 (%92.5)	14 (%7.5)		
Psikotrop ve antiepileptik harici diğer ilaçlar	Var	12 (%92.3)	1 (%7.7)	0.005	0.944
	Yok	178 (%91.8)	16 (%8.2)		

p*= Ki kare testi p değeri, X^{2*} =Ki kare değeri,

4.16. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Davranışı İle İlişkisi

4.16.1. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının Ölme İsteği İle İlişkisi

Tablo-33' de ölme isteği olan ve olmayan olguların SDKL alt ölçek puan ve toplam puanları açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. Olguların SDKL puan ortalamaları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tablodan da görüleceği gibi SDKL-diğer davranışlar alt ölçek puanları ölme isteği olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.005$). Diğer SDKL puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 33: Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının Ölme İsteği ile İlişkisi

SDKL PUANLARI	Ölme İsteği Yok (n=113)		Ölme İsteği Var (n=94)		p*
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Aşırı hareketlilik	10.0	0.0-41.0	10.0	0.0-40.0	0.637
Atalet	9.0	0.0-33.0	10.0	1.0-39.0	0.262
Yinelenen davranışlar	0.0	0.0-18.0	0.0	0.0-15.0	0.135
Zarar veren davranışlar	0.0	0.0-6.0	0.0	0.0-9.0	0.054
Diğer davranışlar	3.0	0.0-10.0	4.0	0.0-8.0	0.005
Toplam puan	25.0	0.0-71.0	28.5	1.0-90.0	0.303

p* Man Whitney U testi p değeri

4.16.2. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi

İntihar düşüncesi olan ve olmayan olguların SDKL ölçek alt puan ve toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 34'te gösterilmiştir. Olguların SDKL puan ortalamaları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tablodan da görüleceği gibi SDKL-zarar veren davranışlar ($p<0.001$), diğer davranışlar ($p<0.001$) alt ölçek puanları ve toplam puanının ($p=0.021$) intihar düşüncesi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer SDKL puanları iki grup arasında anlamlı fark göstermemiştir ($p>0.05$).

Tablo 34: Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Düşüncesi İle İlişkisi

SDKL PUANLARI	İntihar Düşüncesi Yok (n=160)		İntihar Düşüncesi Var (n=47)		p*
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Aşırı hareketlilik	9.0	0.0-41.0	14.0	0.0-36.0	0.228
Atalet	9.5	0.0-39.0	11.0	1.0-26.0	0.152
Yinelenen davranışlar	0.0	0.0-18.0	0.0	0.0-15.0	0.249
Zarar veren davranışlar	0.0	0.0-6.0	0.0	0.0-9.0	<0.001
Diğer davranışlar	3.0	0.0-10.0	5.0	0.0-8.0	<0.001
Toplam puan	24.5	0.0-90.0	35.0	2.0-62.0	0.021

p* Man Whitney U testi p değeri

4.16.3. Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi

İntihar girişimi olan ve olmayan olguların SDKL ölçek alt puan ve toplam puanları açısından karşılaştırılması Tablo 35'te gösterilmiştir. Olguların SDKL puan ortalamaları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tablodan da görüleceği gibi SDKL-zarar veren davranışlar ($p < 0.001$), diğer davranışlar ($p < 0.001$) alt ölçek puanları ve toplam puanının ($p = 0.012$) intihar düşüncesi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diğer SDKL alt ölçek puanları iki grup arasında anlamlı fark göstermemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 35: Sorun Davranış Kontrol Listesi Puanlarının İntihar Girişimi İle İlişkisi

SDKL PUANLARI	İntihar Girişimi Yok (n=190)		İntihar Girişimi Var (n=17)		p
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	
Aşırı hareketlilik	10.0	0.0-41.0	16.0	3.0-36.0	0.223
Atalet	9.5	0.0-39.0	12.0	5.0-23.0	0.056
Yinelenen davranışlar	0.0	0.0-18.0	0.0	0.0-0.0	0.130
Zarar veren davranışlar	0.0	0.0-9.0	6.0	0.0-9.0	<0.001
Diğer davranışlar	3.0	0.0-10.0	5.0	0.0-8.0	<0.001
Toplam puan	25.0	0.0-90.0	37.0	12.0-62.0	0.012

p* Man Whitney U testi p değeri

4.17. İntihar Davranışı İle İlişkili Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi

4.17.1. Ölme İsteği ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

Ölme isteği olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında anlamlı çıkan ($p < 0.05$) tüm değişkenlerin dâhil edildiği Logistic regresyon analizi sonuçları Tablo 36'da gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi duygudurum bozukluğu ($OR=18.909$, $p=0.005$), antipsikotik kullanımı ($OR=0.244$, $p=0.001$), performans zekâ puanı ($OR=1.028$, $p=0.027$) ölme isteği gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak saptanmıştır.

Tablo 36: Ölme İsteği İle İlişkili Bağımsız Değişkenler

DEĞİŞKENLER	β	S.E.	p	OR	95,0% C.I. for OR	
					Lower	Upper
Duygudurum bozukluğu	2,940	1.056	0.005	18.909	2,388	149.729
Antipsikotik kullanımı	-1.409	0,419	0.001	0.244	0.107	0.556
Performans zekâ puanı	0.028	0,013	0,027	1.028	1,003	1.054

4.17. 2. İntihar Düşüncesi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

Tablo 37'de intihar düşüncesi olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında anlamlı çıkan ($p < 0.05$) tüm değişkenlerin dâhil edildiği Logistic regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi dışa atım bozukluğu ($OR=2.889$, $p=0.006$), antipsikotik kullanımı ($OR=0.369$, $p=0.024$), SSRI kullanımı ($OR=0.024$, $p=0.001$), SDKL zarar veren davranışlar alt ölçek puanı ($OR=1.317$, $p=0.001$) intihar düşüncesi gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak saptanmıştır.

Tablo 37: İntihar Düşüncesi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

DEĞİŞKENLER	β	S.E.	p	OR	95,0% C.I. for OR	
					Lower	Upper
Dışa atım bozukluğu	1.061	0.386	0.006	2.889	1.355	6.158
Antipsikotik kullanımı	-0.997	0,441	0.024	0.369	0.156	0.875
SSRI kullanımı	-3.727	1.154	0,001	0.024	0.003	0.231
SDKL-Zarar veren davranışlar	0.275	0.080	0.001	1.317	1.126	1.541

4.17.3. İntihar Girişimi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

İntihar girişimi olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında anlamlı çıkan ($p<0.05$) tüm değişkenlerin dâhil edildiği Logistic regresyon analizi sonuçları Tablo 38’de gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği gibi ailede madde kullanımının varlığı ($OR=0.03$, $p=0.026$), dışa atım bozukluğu ($OR=4.061$, $p=0.027$), SDKL zarar veren davranışlar alt ölçek puanı ($OR=1.605$, $p<0.001$) intihar girişimi için bağımsız risk faktörleri olarak saptanmıştır.

Tablo 38: İntihar Girişimi ile İlişkili Bağımsız Değişkenler

DEĞİŞKENLER	β	S.E.	p	OR	95,0% C.I. for OR	
					Lower	Upper
Ailede madde kullanımı	-3.500	1.571	0.026	0.03	0.001	0.657
Dışa atım bozukluğu	1.401	0,633	0.027	4.061	0.173	14.053
SDKL-Zarar veren davranışlar	0.473	0.094	<0.001	1.605	1.335	1.931

5. TARTIŞMA

5.1. Genel Bulguların Değerlendirilmesi

SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerden oluşan örneklemimizin %43.5'i kız, %56.5'i ise erkekti. Literatür incelendiğinde ZY'nin erkeklerde kızlara oranla %40 daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (61,62). Bir meta-analiz çalışmasında hem erişkin hem de çocuk/ergen popülasyonunda erkeklerde ZY prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Erişkinlerde kız/erkek oranı 0.7-0.9; çocuk/ergenlerde ise 0.4-1.0 olarak belirlenmiştir (56). Çalışmamızda da kız/erkek oranı 0.77 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın örneklemini çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran olgulardan oluşmaktadır. Bu nedenle sonuçlarımızı toplum örneklemine genellemek mümkün olmamakla birlikte, kız/erkek oranının genel popülasyona yakın olabileceğini düşünmekteyiz. Erkeklerde ZY görülme oranının daha yüksek olması X'e bağlı kalıtım ile geçen genetik hastalıklara, erkeklerde düşük doğum ağırlığının daha sık gözlenmesine bağlı olabilir (61,63,64). Ancak çalışmalar bu farklılığın birçok nedenden kaynaklandığını düşündürmektedir (61).

1980-2009 yılları arasında yapılan 52 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında düşük SED'e sahip ülkelerin en yüksek ZY prevalansına sahip olduğu, bunu orta ve yüksek SED'e sahip ülkelerin takip ettiği saptanmıştır (56). 2002 Türkiye Özürlüler Araştırma sonuçlarına göre de ZY olanların çoğunun kırsal kesimde yaşadığı belirlenmiştir (58). Çalışmamız toplum örneklemini ile yapılmamış olmakla birlikte benzer şekilde olguların %79.4'ü asgari ücret ya da altı aylık gelire sahipti. Bu sonuçlar SED'i düşük ailelerin, çocuklarına yeterli desteği verememesiyle ilişkili olabilir. Ayrıca olguların genelde özel eğitim ve sosyal destek amacıyla özürlü sağlık kurulu raporu almak için başvuran çocuk ve ergenlerden oluşuyor olması bulduğumuz oranın yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Olgularımızın %23.2'si SZİ, %55.1'i hafif düzeyde, %21.7'si orta düzeyde ZY tanısı almıştır. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları SZİ'nin %7-8.7, ZY'si olanlarda ise hafif düzeyde ZY'nin %80-85, orta düzeyde ZY'nin %10-14 ve ağır düzeyde ZY'nin %1-4 oranında görüldüğü yönündedir (37,59,60). Bu çalışmalardan farklı olarak Türkiye Özürlüler Araştırma sonuçlarına göre ise ZY olan nüfusun çoğunluğunu orta düzeyde ZY olanların oluşturduğunu, bunu hafif, çok ağır ve ağır düzeyde ZY'si olanların takip ettiği tespit edilmiştir (58).

Çalışmamızda WISC-R uygulanamayan hastalar çalışma dışı bırakıldığından çok ağır, ağır ve bazı orta ZY'si olan olgular çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu nedenle sonuçlarımızın toplum örnekleme genellenmesi mümkün olmamaktadır.

5.2. İntihar Davranışının Sıklığı ve İntihar Girişimi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

Literatürde SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerin intihar davranışı sıklığı ile ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bazı çalışmalar, ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışının normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlere oranla daha yüksek olduğunu bildirmiştir (7,8,9). ZY'si olan çocuk ve ergenlerle prospektif olarak yürütülen iki çalışmada intihar düşüncesi oranı %22 ve %60; intihar girişimi oranı ise %17 ve %48 olarak bulunmuştur (7,8). Bu oran eş zamanlı genel popülasyonda sırasıyla %20 ve %8 olarak bildirilmiştir (146). 4-18 yaş arası ZY'si olan 571 çocuğun, ZY olmayan 2110 çocuk ve ergenle karşılaştırıldığı bir çalışmada ZY'si olan çocuk ve ergenlerde "intihar içerikli konuşma" oranı % 4.9, kontrol grubunda ise %2.7 olarak bulunmuştur (9). ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığını normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlere oranla daha düşük bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (160,161). Bizim çalışmamızda kontrol grubu bulunmadığından SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığı normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerle karşılaştırılmamıştır.

SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığını araştıran çalışmalara bakıldığında intihar düşüncesi sıklığı %0-60 (7,8,10,17,21,22), intihar girişimi sıklığı ise %1-%48 arasında saptanmıştır (7,8,10,17,18). Çalışmamızda çocuk ve ergen olgularımızın %45.4'ünde ölme isteği, %22.7'sinde intihar düşüncesi, %8.2'sinde intihar girişimi saptanmıştır. Literatürde SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığı ile ilgili birbirinden farklı sonuçların bildirilmiş olması muhtemelen çalışmalar arasındaki yöntemsel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Bazı çalışmalar özel eğitim merkezlerine giden olgularla yapılmışken (18), bazıları yüz yüze görüşmeler ve uzun takipler içeren psikiyatri kliniğine yatırılan olgularla yürütülmüştür (10,17). Ayrıca bazı çalışmalarda sadece ölçekler kullanılarak intihar ile ilgili konuşma sorgulanmışken (9,22), bazı çalışmalar aile bildirimini göze alarak (21) intihar davranışını belirlemiştir. Çalışmamızda intihar davranışı sıklığının hem çocuk/ergen hem de birincil bakım verenle yüz yüze yapılan

ayrıntılı psikiyatrik muayene sonucunda belirlenmiş olması önemlidir. Bu olguların klinik değerlendirmesinde intihar davranışı sıklıkla atlanmakta, rutin sorgulanmamaktadır. Oysaki sonuçlarımız bu olgularda intihar davranışının nadir görülmediğini göstermektedir. Bu nedenle klinisyenlerin, bu olguların psikiyatrik değerlendirilmesi esnasında intihar davranışını rutin olarak sorgulamaları gerektiğini düşünmekteyiz. Örneklemimizin psikiyatri polikliniğine başvuran olgulardan seçilmiş olması, sonuçlarımızı toplum örneğine genellemeyi mümkün kılmamaktadır. Ayrıca hem çocuk/ergen hem de birincil bakım veren ile yüz yüze ayrıntılı psikiyatrik muayene yapılmış olsa da özellikle orta düzey ZY'si olan olgularda iletişim zorlukları nedeniyle intihar davranışının saptanması oldukça güç olmaktadır. Bu nedenle bu olgularda intihar davranışı sıklığının saptadığımız oranlardan çok daha yüksek olabileceğini düşünmekteyiz.

Walters ve arkadaşları, IQ'ları 37-86 olan olgularda intihar girişimlerinin %60'ının ölümcül olduğunu, intihar girişimlerinin genellikle kesici alet kullanımı, yüksek doz ilaç alımı, yüksekten, hareket halindeki araçtan ya da yoğun trafiğin ortasına atlama, kendini yakma, su dolu küvette kendini boğmaya çalışma, nesne (pil) yutma şeklinde olduğunu belirtmişlerdir (17). Birçok çalışmada elektrik kablosu ısırma, bozuk para yutma, yeme reddi, su dolu küvette kendini boğmaya çalışma, tuhaf nesnelere yutma gibi normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerde nadir görülen alışılmamış yöntemler bildirilmiştir (16,148,149). Bizim olgularımızda gözlenen intihar girişim yöntemleri sırasıyla %32 oranında kesici alet, %28 yüksekten atlama, %20 ilaç içme, %12 yabancı madde yutma, %4 kimyasal madde içme, %4 eşarpla boğazını sıkma şeklindedir. Olgularımızın intihar girişim yöntemleri mevcut literatür verilerine benzer şekildedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerde aşırı dozda ilaç alımı %76-86.7 gibi oranlarla en sık gözlenen intihar girişim yöntemi olarak bulunmuştur (162,163). Bu sonuçlar SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerin normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlere göre farklı yöntemler kullandığını göstermektedir. Ayrıca bilişsel kısıtlılığa bağlı olarak tuhaf nesnelere (koltuk süngeri, iğne, bozuk para) yutma, eşarpla boğazını sıkma gibi normal gelişim gösteren bireylerde pek gözlenmeyen yöntemlerin de kullanıldığı görülmektedir.

5.3. Sosyodemografik Özellikler ile İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İntihar davranışlarının sıklığı çocukluk döneminde çok düşük iken ergenlik öncesi dönemden itibaren yükselmekte ve ergenlikle birlikte belirgin artış göstermektedir. Bu artışın depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve madde kötüye kullanımı gibi psikiyatrik bozuklukların sıklığında görülen artışla ilişkili olduğu düşünülmektedir (6,14,75,164). SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çocuk yaş grubundaki olgulara oranla ergen yaş grubunda intihar davranışı oranı daha yüksek bulunmuştur (9,17). Çalışmamızda da mevcut literatür ile uyumlu olarak çocuk yaş grubuna oranla ergen yaş grubunda intihar düşüncesi daha sık gözlenmiştir. Bu olgularda yaşla birlikte bilişsel işlevlerde ilerlemenin olduğunu, buna bağlı olarak ümitsizlik ve çaresizlik geliştirebildiklerini ve sonuç olarak intihar düşüncesinin daha sık gözlendiğini düşünmekteyiz. Ayrıca yaşla birlikte psikiyatrik bozukluklardaki artış da intihar düşüncesi sıklığındaki artış ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda intihar girişimi açısından ise yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumun intihar girişiminde bulunan olguların sayısının az olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Mevcut literatür incelendiğinde tamamlanmış intihar oranları kızlarda erkeklerden daha düşük iken intihar düşüncesi ve intihar girişimi kızlarda daha yüksek oranda görülmektedir (84,85,165). Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre lise öğrencilerinde intihar düşüncesi sıklığı kızlarda %18.7, erkeklerde %10.3 olarak saptanmıştır (166). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde intihar düşüncesi ve intihar girişiminin kızlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (162, 163). SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerin aksine intihar davranışı açısından cinsiyetler arası farkın belirgin olmadığı görülmektedir (9,17). Hardan ve arkadaşları 3-19 yaş arası, SZİ, ZY'si ve psikiyatrik bozukluğu olan olguların dâhil edildiği çalışmalarında kızların %20'sinde, erkeklerin ise %20.2'sinde intihar davranışı saptamışlardır (10). Çalışmamızda ise intihar düşüncesi oranı kızlarda % 25.6, erkeklerde %20.5, intihar girişimi ise kızlarda %11.1, erkeklerde %6 oranında saptanmış olup, intihar davranışı açısından cinsiyetler arası fark anlamlı çıkmamıştır. Mevcut literatür ve çalışmamızın

sonucunda ZY söz konusu olduğunda intihar davranışı üzerine cinsiyetin oluşturduğu etkinin kaybolduğu düşünülmüştür.

ZY'si olmayan olgularla yapılan çalışmalarda sigara kullanımının (167,168) ve madde-alkol bağımlılığı/ kötüye kullanımının (103,105-107) intihar davranışı için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Hardan ve ark.'nın çalışmalarında intihar davranışı gösteren SZİ ve ZY'si olan olguların hiçbirinde madde ve alkol kullanımına rastlanmamıştır (10). Bu çalışmada sigara kullanımından bahsedilmemiştir. Bizim çalışmamızda da olguların hiçbirinde alkol ve madde kullanımı yok iken sadece olguların %2,4'ünde sigara kullanımı vardı. Bu durum, sigara, alkol ve madde kullanımında önemli rol oynayan sosyal çevrenin bu olgularda sınırlı olması ve bu maddelere ulaşmak için yeterli bilişsel işlevselliğe sahip olmamanın bir sonucu olabilir. Çalışmamızda sigara kullanımının intihar davranışı üzerine anlamlı etkisi gösterilmemiştir.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede madde kullanımının varlığı intihar girişimi riskini artırırken, ailesel özelliklerin ölme isteği ve intihar düşüncesi üzerine anlamlı etkisi gösterilememiştir. Literatürde bazı ailesel faktörlerin, SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerin intihar davranışı riskini artırdığı gösterilmiştir. Aile içi anlaşmazlıkların, ailede depresyon, psikoz, intihar davranışı ya da alkollizmin (10,17,19), evlatlık edinilme, ölüm gibi önemli aile kayıplarının (10, 20), süregelen olmayan ya da kısıtlı aile desteğinin (19,20) bu olgularda intihar davranışı riskini artırdığı bildirilmiştir. Normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerde de benzer şekilde ebeveynlerde depresyon, madde kötüye kullanımı, antisosyal davranışlar gibi psikopatolojilerin varlığının intihar davranışı riskini artırdığı belirtilmiştir (88,91,133). Ayrıca ayrılık ve boşanma sonucu ebeveyn kaybının ergenlerde intihar davranışı riskini artırdığı bulunmuştur (90). Ülkemizde intihar girişiminde bulunan ZY'si olmayan 15–24 yaş arası 65 gencin değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişimi olan grupta ana-baba eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, ailede fiziksel istismara maruz kalma - tanık olma ve ailede psikiyatrik hastalık oranlarının daha yüksek olduğu ve daha fazla sigara içtikleri tespit edilmiştir (89). Bu sonuçlar intihar davranışı üzerinde ailesel faktörlerin önemini vurgulamaktadır.

5.4. Zekâ Düzeyi ile İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Literatürde intihar davranışı ile IQ arasında kesin bir ilişki gösterilememiştir. Çalışmaların çoğunda ZY'si olan çocuk ve ergenlerde daha yüksek zekâ puanına sahip olmanın intihar davranışı riskini artırdığı gösterilmiştir (7,10,16-18). Literatürde intihar davranışlarının ağır ve çok ağır düzeyde ZY'si olan ergenlerde çok nadir görüldüğü bildirilmiştir (10,16,17). Hardan ve ark. SZİ, ZY'si ve psikiyatrik bozukluğu olan olguların dâhil edildiği çalışmalarında sadece hafif düzeyde ZY'si olan olguların anlamlı düzeyde daha fazla intihar davranışı sergilediğini bildirmiştir. Bu çalışmada intihar davranışı sergileyen olguların % 25.5'inin SZİ, %36'sının hafif ve %11'inin ise orta düzeyde ZY'ye sahip olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada ağır/çok ağır ZY'si olan olgularda intihar davranışı gözlenmemiştir (10). Walters ve ark. ise IQ düzeyi 37.0-86.0 arasında değişen ve intihar davranışı sergileyen olguların %53'ünün hafif düzeyde ZY, %31.5'inin orta düzeyde ZY, %10.5'inin SZİ ve %5'inin ise donuk zeka düzeyine sahip olduklarını saptamıştır (17). Sternlicht ve ark. bir psikiyatri kurumundaki ZY'si olan olguların medikal dosyalarını geriye doğru taramış ve intihar davranışı sergileyen olguların ortalama zekâ puanlarının hafif ZY düzeyinde olduğunu belirlemişlerdir (18). Ayrıca diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada intihar davranışı sergileyen bazı ergen ve erişkinlerin ağır düzeyde ZY'ye (IQ≤25) sahip oldukları saptanmıştır (18).

WISC-R alt ölçek puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada intihar davranışı sergileyen ergenler ile intihar davranışı sergilemeyen ergenlerin sözel zekâ puanları arasında anlamlı fark saptanmazken, intihar davranışı sergileyen olgularda performans zekâ puanı ortalaması 12 puan daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (7). Çalışmamızda ölme isteği olan olguların performans zekâ puanı ölme isteği olmayan olgulara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ZY'si olan çocuk ve ergenlerin zekâ puanı arttıkça daha sık umutsuzluk geliştirdiklerini, daha iyi algısal organizasyon yeteneğine sahip olduklarını, bu nedenle daha yüksek oranda ölme isteği geliştirdiklerini düşündürmektedir. Çalışmamızda intihar düşüncesi ve girişimi ile WISC-R toplam zekâ puanı ve alt ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak

anamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonucun WISC-R uygulanmadığı için ağır/çok ağır ZY olan olguların çalışma dışı bırakılmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

5.5. Psikiyatrik Bozuklukların İntihar Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

SZİ ve ZY'ye sıklıkla ruhsal hastalıkların eşlik ettiği bilinmektedir. Olgularımızın %82.6'sında en az bir tane ruhsal bozukluk vardı. En sık görülen ruhsal bozukluklar sırasıyla %44 ile DEHB, %39.1 ile anksiyete bozukluğu, %33.3 ile dışa atım bozukluğu ve %32.4 ile KOKGB olmuştur. Yazında ZY'si olan çocuk ve ergenlerin %30-64'ünün özellikle depresyon, anksiyete ve psikoza içeren komorbid ruhsal hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir (169-173). Benzer olarak yapılan başka bir çalışmada ise 6-16 yaş arası 150 ZY'si olan çocuk ve ergenin %30'unda psikiyatrik hastalık belirlenmiş ve en çok tanının KOKGB ve DEHB olduğu bildirilmiştir (174). İngiltere'de 5-15 yaş ZY'si olan çocuklar arasında tüm tanıların 2/3'ünün DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları olduğu bildirilmiştir (175). Bilgilerin Birleşik Devletler data arşivinden elde edildiği bu çalışmada ZY'si olan 641 olgunun psikiyatrik hastalık prevalansı %36; ZY'si olmayan 17.774 olgunun ise %8 olarak bulunmuştur. ZY'si olan ergenlerde ise depresyon en yaygın psikiyatrik hastalık olarak belirlenmiştir (176-178). Bizim çalışmamızda yazındakine göre daha yüksek oranda ruhsal hastalığın belirlenmesinin nedeni örneklemin polikliniğe başvuran hastalardan alınmış olması olabilir. Dışa atım bozukluğunun yüksek oranda görülmesinin nedeninin ise bez raporu almak için çocuk nöroloji kliniğine gelen hastaların bize yönlendirilmesinden kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın dikkat çeken bulgularından biri de uyku bozukluğu, yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve ilişkili ruhsal patolojilerin de nadir görülmemesidir. Bu durum rutin psikiyatrik muayenede bu tanıların ayrıntılı değerlendirme yapılmadığı için atlandığını, ancak ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme ile ortaya çıkarılabileceğini düşündürmektedir.

Literatür incelendiğinde normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerde özellikle MDB, bipolar bozukluk, distimi, DEHB, yıkıcı davranış bozuklukları, TSSB gibi ruhsal bozuklukların varlığının intihar davranışı riskini artırdığı gösterilmiştir (14,75,95,98,110). SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerin de ruhsal bozukluğa sahip olmasının intihar davranışı riskini artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (17,19,20). Yazında normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlere benzer şekilde MDB, TSSB ve

KOKGB gibi ruhsal bozuklukların SZİ ve ZY'si olan bireylerde de intihar davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (7,10,17). 4-18 yaş arası ZY'si olan 233 ergenin katıldığı bir çalışmada intihar davranışı sergileyen olguların %30'unda MDB, %6'sında TSSB ve %2'sinde psikotik bozukluk tespit edilmiştir (150). Carlson ve arkadaşları ZY'si olan çocuk ve ergenlerle yaptıkları bir çalışmada intihar davranışı sergileyen grubun %67'sinin bir duygudurum bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını, intihar davranışı sergilemeyen gruptan ise kimsenin bu tanıyı almadığını belirlemişlerdir (7). Aynı zamanda ZY'si olan olgularla yapılan bir başka çalışmada uyku ve yeme bozukluğunun, mutsuzluğun, psikomotor retardasyonun ve somatizasyonun intihar davranışı sergileyen grupta intihar davranışı sergilemeyen gruba oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir (10).

Çalışmamızda en az bir ruhsal hastalığa sahip olgularda, ruhsal hastalık tanısı olmayan olgulara kıyasla ölme isteği, intihar düşüncesi ve intihar girişimi daha yüksek oranda saptanmıştır. Duygudurum bozukluğu olan olgularda da her üç intihar davranışı da anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca davranım bozukluğunun ölme isteğini, dışa atım bozukluğunun intihar düşüncesini, psikoz ve dışa atım bozukluğunun ise intihar girişimi riskini artırdığı tespit edilmiştir. Yapılan regresyon analizinde ise duygudurum bozukluğunun ölme isteği için, dışa atım bozukluğunun ise intihar düşüncesi ve girişimi için bağımsız değişkenler olduğu belirlenmiştir. Depresyonu olan olgularda benlik saygısında düşme, umutsuzluk gibi faktörlerin intihar davranışı riskini artırdığı düşünülebilir. Davranım bozukluğuna sıklıkla MDB'nin eşlik etmesi ve DB'ye bağlı öfke nöbetleri, dürtüsellik, kendine zarar verici davranışların artması intihar davranışının bu grupta artmasını açıklayabilir. Dışa atım bozukluğu olan olgularda intihar düşüncesi ve girişiminin daha sık görülmesi çalışmamızın dikkat çeken bir bulgusudur. Bu bulgu klinisyenlerin SZİ ve ZY'ye dışa atım bozukluğu eşlik ettiğinde intihar davranışı açısından daha dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir.

5.6. Kullanılan İlaçların İntihar Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda antipsikotik kullanımı ölme isteği olan grupta; antipsikotik, SSRI ve birden fazla psikotrop ilaç kullanımı intihar düşüncesi olan grupta; antipsikotik, SSRI, duygudurum düzenleyici, benzodiazepin ve en az iki psikotrop ilaç kullanımı intihar girişimi olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Mevcut durumun, bu ilaçların kullanıldığı ruhsal bozuklukların intihar davranışı üzerindeki etkisinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Aynı zamanda antipsikotik kullanımı ölme isteği için; antipsikotik kullanımı, SSRI kullanımı intihar düşüncesi için bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Antipsikotik kullanımının ölme isteği ve intihar düşüncesi için bağımsız değişken olmasının, bu olgularda çok daha fazla öfke atakları, agresyon ve emosyonel labilite görülmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Yapılan bir çalışmada epilepsi için kullanılan klonezapamın davranım bozukluğu, depresyon, halüsinasyon, uyku bozuklukları ve anksiyeteye neden olarak intihar davranışı riskini artırdığı bildirilmiştir (179,180). Çalışmamızda ise antiepileptiklerin intihar davranışı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi gösterilememiştir.

5.7. İhmal ve İstismarın İntihar Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Literatür, ZY'si olan kişilerin ZY'si olmayanlara göre çok daha yüksek oranda hem fiziksel hem de cinsel istismara uğradığını göstermektedir (181-182). Bu durumun, ZY'si olan çocuk ve ergenlerin problem çözme becerilerinin geri olması ve kısıtlı yardım arama becerisi gibi kendini koruyucu faktörlerin yeterince gelişmemesi nedeniyle olduğu bildirilmektedir (183).

Normal gelişen çocuk ve ergenlerde istismara maruz kalmanın intihar davranışı riskini artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (184-187). Yapılan bir çalışmada IQ'ları 37-86 olan ve intihar davranışları sergileyen çocuk ve ergenlerin %10.5'inin sadece fiziksel, %10.5'inin sadece cinsel ve %26'sının da her iki istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (17). Çalışmamızda fiziksel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmale maruz kalan olgularda intihar düşüncesi, herhangi bir istismar öyküsü olan ve cinsel istismara maruz kalan olgularda intihar girişimi daha sık gözlenmiştir. İhmal ve istismara maruz kalmanın intihar davranışı riskini artırması muhtemelen bu olgularda MDB, TSSB ve davranım bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların sık görülmesiyle

ilişkilidir (187). Zira yapılan birçok çalışmada intihar davranışlarıyla yakın ilişkili MDB, TSSB ve DB gibi ruhsal bozuklukların, hem SZİ ve ZY'si olan, hem de normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerde sık gözlenen ruhsal bozukluklar olduğu bulunmuştur (188-191).

Olgularımızda TSSB sık gözlenen bir tanı olmamakla birlikte duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranım bozuklukları sık gözlenmektedir. Ayrıca bu tanıların intihar davranışı riskini artırdığı da gösterilmiştir.

5.8. Spesifik Stresörlerin İntihar Davranışı Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenler intihar davranışlarına yol açan birçok psikososyal ve çevresel stres faktörleri açısından risk altındadır (20). Normal gelişim gösteren çocuk ve ergenlerde okul ya da ailede yaşanan sorunlar, okul başarısızlığı, sevgiliden ayrılma, anne-baba ölümü ya da boşanması, hastalık, hastaneye yatma gibi stres faktörlerinin intihar davranışını tetiklediği birçok çalışmada gösterilmiştir (91,92,136,137). IQ'ları 37-86 arasında değişen ve intihar davranışı sergileyen 19 çocuk ve ergenin değerlendirildiği bir çalışmada, olguların %36.8'inin önemli aile kaybı yaşadığı, %78.8'inin ailesinde psikiyatrik öykü olduğu tespit edilmiştir (17). Başka bir çalışmada ise intihar davranışında bulunanların %74.5'inin bir ya da her iki ebeveyninden ayrı yaşadığı belirtilmiştir (10). Diğer çalışmalarda, ZY'si olan olgulardan intihar davranışı sergileyenlerin intihar davranışı sergilemeyenlere oranla daha az aile ve sosyal desteğe sahip oldukları, akraba ilişkilerinin daha kötü olduğu, daha fazla red, komorbid fiziksel kısıtlılık, stres, yalnızlık ve izolasyon yaşadıkları gösterilmiştir (57,151-153).

Çalışmamızda aile içi zorlukların intihar düşüncesini, sosyal destek kısıtlılığı ve psikiyatrik hospitalizasyonun intihar girişimini anlamlı oranda artırdığı gösterilmiştir. Stresli yaşam olaylarının ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, benlik saygısı ve güven hissinde azalmaya neden olabileceği ve ergeni intihara meyilli hale getirebileceği üzerinde durulmuştur (135). Psikiyatrik hospitalizasyon öyküsü olan olgularda intihar davranışının sık gözlenmesi, muhtemelen bu olguların daha şiddetli ruhsal hastalığının olması ve artmış intihar riski nedeniyle daha sık hastaneye yatırılmalarıyla ilişkilidir. Başka çalışmalarda da psikiyatrik bozukluklara bağlı hospitalizasyonun ZY'si olan olgularda intihar davranışı riskini artırdığı gösterilmiştir

(17,19). Hardan ve ark. yatarak tedavi gören hastalarda ayaktan takip edilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek intihar davranışı belirlemişlerdir (10).

5.9. Sorun Davranış Kontrol Ölçeği Puanlarının İntihar Davranışı İle İlişisini Değerlendirilmesi

Çalışmamızda SDKL'nin diğer davranışlar alt ölçek puanının ölme isteği olan olgularda, zarar veren davranışlar ve diğer davranışlar alt ölçek puanları ve toplam puanın intihar düşüncesi ve intihar girişimi olan olgularda daha yüksek bulunduğu belirlenmiştir. Literatürde ZY'si olan çocuk ve ergenlerde SDKL puanları ile intihar davranışı arası ilişkiyi gösteren bir çalışma bildiğimiz kadarıyla bulunmamaktadır.

Hardan ve ark. intihar davranışında bulunan ve bulunmayan olguları karşılaştırdıkları çalışmalarında intihar davranışı gösteren olgularda içe dönüklük, agresyon, antisosyal davranışların, psikomotor retardasyonun daha yüksek, hiperaktivitenin ve kendine zarar veren davranışların daha düşük, impulsivitenin hemen hemen eşit oranda görüldüğünü bildirmişlerdir (10). ZY'si olmayan çocuk ve ergenlerde DEHB'nin (110), impulsivite (116,117), hostilite (118,119) ve içe dönüklüğün (120) intihar davranışını artırdığı gösterilmiştir. Sonuçlarımız bu bulguları destekler niteliktedir. Özellikle SDKL-Zarar veren davranışların intihar davranışı için bağımsız değişken olarak belirlenmesi, muayenede bu davranışlarla karşılaşıldığında ya da önceki zarar verici davranışların şiddet ve sıklığında artış olduğunda intihar davranışını sorgulamamız gerektiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergen olgularımızın %45.4'ünde ölme isteği, %22.7'sinde intihar düşüncesi ve %8.2'sinde intihar girişimi hayatlarının herhangi bir döneminde gözlenmiştir. Performans zekâ puanı yüksekliğinin, duygudurum ve davranım bozukluğu varlığının ve antipsikotik kullanımının ölme isteğini anlamlı oranda artırdığı tespit edilmiştir. İntihar düşüncesi, ergenlerde çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu, dışa atım bozukluğu, antipsikotik, SSRI ve birden fazla psikotrop ilaç kullanımı, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal ve aile içi zorluğun olması intihar düşüncesi riskini artırmaktadır. Ayrıca SDKL zarar veren davranışlar ve diğer davranışlar alt ölçek puanları ile toplam puan, intihar düşüncesi olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Duygudurum bozukluğu, psikoz ve dışa atım bozuklukları olan, antipsikotik, SSRI, duygudurum düzenleyici, benzodiazepin ve en az iki psikotrop ilaç kullanımı olan, cinsel istismara maruz kalan, ailede psikiyatrik hastalık ve madde kullanımı öyküsü olan, sosyal desteği kısıtlı olan ve hospitalizasyon öyküsü olan olgularda intihar girişimi sık gözlenmiştir. SDKL zarar veren davranışlar ve diğer davranışlar alt ölçek puanları ile toplam puan, intihar girişimi olan grupta daha yüksek bulunmuştur.

Örnekleme grubunun büyük olması, hem olgular hem de birincil bakım verenle yüz yüze DSM-5'e dayalı ayrıntılı bir klinik görüşmenin yapılmış olması, tüm formların ebeveynlere araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuş olması, intihar davranışı için birçok risk faktörünün bir arada değerlendirilmiş olması çalışmamızın güçlü yanlarıdır. Olguların polikliniğe başvuran hastalardan oluşması, zekâ testlerinde herhangi bir alt ölçeği alamayan olguların çalışmaya dâhil edilmemesi ve bu nedenle bazı orta düzeyde ZY'si olanlarla birlikte ağır ve çok ağır düzeyde ZY'si olan olguların değerlendirilmemiş olması, kontrol grubunun olmayışı, bazı olgulardaki iletişim kısıtlılığı nedeniyle intihar davranışını belirlemede hastalar sorulara cevap vermediği takdirde ebeveynlerinin verdiği yanıtı itibar edilmesi, bilişsel kısıtlılık nedeniyle bazı olguların intihar davranışına yönelik sorulara şüpheli ya da ebeveyniyle çelişen cevaplar vermesi durumunda klinisyenin subjektif en güvenilir cevabı esas alması, ihmal ve istismarın ölçekle değerlendirilmeyip ebeveynle yapılan görüşmeye göre karar verilmiş olması, SKDL'nin Türkiye'de geçerlik güvenirliğinin 10 yaş üstü

çocuklarla yapılmış olmasına rağmen 8 yaş ve üstünün çalışmaya alınması çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığı ve ilişkili risk etmenlerinin değerlendirildiği çalışma sayısının oldukça kısıtlı olması nedeniyle mevcut çalışmamızın literatüre katkı sunacağını düşünmekteyiz. İlerleyen çalışmaların SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışının, toplum örneklemini kapsayacak şekilde ve geliştirilecek yapılandırılmış klinik değerlendirme araçları kullanılarak değerlendirilmesi literatüre katkı sunacaktır.



7. ÖZET

Sınırdaki Zihinsel İşlevselliği Ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk Ve Ergenlerde İntihar Davranışı Ve Risk Faktörleri

Amaç: Çalışmamızın amacı sınırdaki zihinsel işlevselliği (SZİ) ve zihinsel yetersizliği (ZY) olan çocuk ve ergenlerde intihar davranışı sıklığını belirlemek ve intihar davranışı ile ilişkili risk faktörlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya polikliniğimize başvuran 8-18 yaş arası SZİ, hafif ve orta düzey ZY'si olan 207 olgu dâhil edildi. Bütün olgular ve ebevenleri ile DSM-5'e dayalı psikiyatrik görüşme yapıldı ve intihar davranışları sorgulandı. Sonrasında olgulara Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu (WISC-R) uygulandı. Ebeveynlere ise sosyodemografik veri formu ve Sorun Davranışlar Kontrol Listesi Türkçe Formu (SDKL) doldurtuldu.

Bulgular: Sonuç olarak SZİ ve ZY'si olan çocuk ve ergen olgularımızın %22,7'sinde intihar düşüncesi; %8,2'sinde intihar girişimi hayatlarının herhangi bir döneminde gözlenmiştir. Ergen yaş grubunda olmanın, duygudurum bozukluğu, ve dışa atım bozukluğu varlığının, antipsikotik, seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) ve birden fazla psikotrop ilaç kullanımının, fiziksel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal varlığının intihar düşüncesi riskini artırdığı tespit edilmiştir. Duygudurum bozukluğu, psikoz ve dışa atım bozukluğu, antipsikotik, SSRI, duygudurum düzenleyici, benzodiazepin ve en az iki psikotrop ilaç kullanımı, cinsel istismara maruz kalma, ailede psikiyatrik hastalık ve madde kullanım öyküsü, sosyal desteğin kısıtlı oluşu ve psikiyatrik hospitalizasyon öyküsü intihar girişimi olan olgularda yüksek bulunmuştur. SDKL- zarar veren davranışlar ve diğer davranışlar alt ölçek puanları ile toplam puan hem intihar düşüncesi hem de intihar girişimi olan grupta daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: İntihar davranışları, SZİ ve ZY olan çocuk ve ergenlerde oldukça sık görülmektedir ve pek çok faktör intihar davranış riskini artırmaktadır. Bu alanda çalışan klinisyenlerin bu olgularda intihar davranışını ayrıntılı sorgulaması ve saptadığımız risk faktörlerine dikkat etmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Zihinsel yetersizlik, intihar davranışı, çocuk ve ergen

8.SUMMARY

Suicidal Behavior In Children And Adolescents With Borderline Intellectual Functioning And Intellectual Disability And Associated Risk Factors

Objective: We aimed to determine the prevalence and risk factors of the suicidal behavior in children and adolescents with borderline intellectual functioning and intellectual disability (ID).

Method: The sample was consisted of 207 children and adolescent with borderline intellectual functioning, mild and moderate ID, aged 8 to 18 who were referred to child and adolescent psychiatry department. Diagnoses were made according to DSM 5 and suicidal behaviors of patients who were questioned. Then, Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R) was administered to all patients by our clinical psychologist. Parents completed the sociodemographic questionnaire and the Turkish form of the Aberrant Behavior Checklist (ABC).

Results: It was determined that 22.7% (n:47) of the patients had suicidal ideation prior to or/and at the time of admission. 8.2% (n:17) of the patients had suicidal attempts in the past. Suicidal ideation was found significantly higher in adolescents than children. Presence of physical abuse, physical neglect, emotional neglect, mood disorder, enuresis, encopresis, using antipsychotics, selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) and multiple psychotropic drug were found to statistically significant effects on the suicide ideations of patients. Psychiatric illness history of family, substance abuse of family, sexual abuse, limited social support, psychiatric hospitalization, mood disorder, psychotic disorders, enuresis, encopresis, using antipsychotics, SSRI, mood stabilizers, benzodiazepines, at least two psychotropic drug, were determined to significantly increase the suicide attempt of patients. Aberrant behavior checklist-destructive behaviors, the other behaviors and total score were determined higher in both of groups which had suicid ideation and suicidal attempt.

Conclusion: Suicidal behavior is quite common in children and adolescents with borderline intellectual functioning and intellectual disability and many factors increase the risk of suicidal behavior. Our study reveals that should be done detailed psychiatric assessment and focused on the risk factors of this population.

Key words: Intellectual disability, suicidal behavior, children and adolescents

9. KAYNAKLAR

1. Sabzghabae, A. M., Soleimani, M., Farajzadegan, Z., Hosseinpoor, S., Mirhosseini, S. M. M., & Eizadi-Mood, N. (2013). Social risk factors and outcome analysis of poisoning in an Iranian referral medical center: A toxic-epidemiological approach. *Journal of research in pharmacy practice*, 2(4), 151-5.
2. Aşkin, R. (1999). Depresyon Elkitabı. İstanbul: Roche Müstahzarları San. A.Ş.
3. Kulaksizoğlu, A. (1999). Ergenlik Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitapevi.
4. Karakurt, M. D. (2015). Analysis of sociodemographic data of the patients presented to a state hospital because of suicide attempt. *Gaziantep Medical Journal*, 21(2), 104-107.
5. Kennedy, S., Baraff, L.J., Suddath, R.L. & Rasarniw, J. (2004). Suicidal adolescents. *Pediatrics*. 43 (4): 452-460
6. Patel, V., Ramasundarahettige, C., Vijayakumar, L., Thakur, J. S., Gajalakshmi, V., Gururaj, G., ... & Million Death Study Collaborators. (2012). Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *The lancet*, 379(9834), 2343-2351.
7. Carlson, G. A., Asarnow, J. R., & Orbach, I. (1994). Developmental aspects of suicidal behavior in children and developmentally delayed adolescents. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1994(64), 93-107.
8. Pack, R. P., Wallander, J. L., & Browne, D. (1997). Health risk behaviors of African American adolescents with mild mental retardation: prevalence depends on measurement method. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 409-420.
9. Sherrard, J., Tonge, B. J., & Einfeld, S. L. (1997). Behaviours in young people with intellectual disability: Preliminary findings and implications for injury. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 22(1), 39-48.
10. Hardan, A., & Sahl, R. (1999). Suicidal behavior in children and adolescents with developmental disorders. *Research in developmental disabilities*, 20(4), 287-296.
11. Anlar B., Erman H. (2008) Zihinsel Gelişim Gerilikleri. Çetin, F. Ç., Pehlivan Türk, B., Ünal, F., Uslu, R., İşeri, E., & Türkbay, T (Ed.). Çocuk ve

Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (s:187-198). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.

12. Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., Zimmermann, R. P., & Spirito, A. (2012). Suicidal behaviors among children and adolescents. *Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
13. Beautrais, A. L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1093-1099.
14. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
15. Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
16. Kaminer, Y., Feinstein, C., & Barrett, R. P. (1987). Suicidal behavior in mentally retarded adolescents: An overlooked problem. *Child psychiatry and human development*, 18(2), 90-94.
17. Walters, A. S., Barrett, R. P., Knapp, L. G., & Borden, M. C. (1995). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation. *Research in developmental disabilities*, 16(2), 85-96.
18. Sternlicht, M., Pustel, G., & Deutsch, M. R. (1970). Suicidal tendencies among institutionalized retardates. *The Journal of Mental Subnormality*, 16(31), 93-102.
19. Merrick, J., Merrick, E., Lunsy, Y., & Kandel, I. (2006). A review of suicidality in persons with intellectual disability. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 43(4), 258-264.
20. Ludi, E., Ballard, E. D., Greenbaum, R., Bridge, J., Reynolds, W., & Horowitz, L. (2012). Suicide risk in youth with intellectual disability: The challenges of screening. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 33(5), 431-440.
21. Johnson, C. R., Handen, B. L., Lubetsky, M. J., & Sacco, K. A. (1995). Affective disorders in hospitalized children and adolescents with mental

- retardation: A retrospective study. *Research in developmental disabilities*, 16(3), 221-231.
22. Koskentausta, T., Iivanainen, M., & Almqvist, F. (2004). CBCL in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 25(4), 341-354.
 23. Öner, N (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, İstanbul: Boaziçi Üniversitesi Matbaası. p:28
 24. Parham, A. C. (1988). *Psychology: Studying the behavior of people*. South-Western Publishing Company. p:260
 25. Akboy, R. (2007). *Psikolojik danışma ve rehberlikte çağdaş bir anlayış: yaşamla iç içe, yaşam boyunca...* Nobel Yayın Dağıtım. s:309.
 26. Baron, A. R. (1995). *Psychology*, USA: Allyn and Bacon. P:417
 27. Howard, G. (1999). Intelligence reframed: Multiple Intelligences for the 21st century. *Howard Gardner.*, p:33-34
 28. Başaran, İE (1994). *Eğitim Psikolojisi: Modern Eitimin Psikolojik Temelleri*, Ankara: Yargıcı Matbaası. P:83
 29. Pfeifer, R., & Scheier, C. (2001). *Understanding intelligence*. MIT press. p:1-11
 30. Ainsworth, P. (2004). *Understanding mental retardation*. Univ. Press of Mississippi..
 31. Zeka Geriliği. İçinde: Sadock BJ. Sadock VA (2012). *Kaplan & Sadock’s Concise Textbook of Chil and Adolescent Psychiatry*. 10. baskı Türkçe çevirisi. Güneş Kitabevi. s:13-32
 32. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (1993). Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara.
 33. Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., ... & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.

34. Szymanski LS, Crocker AC. Mental retardation. In: Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1 & 2*. Williams & Wilkins Co. pp 1728-1771.
35. Anlıksal (Entelektüel) Yetersizlik. İçinde: *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. (2014). çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. s:15-21
36. Zeka Geriliği. İçinde: Birliği, A. P. (1995). Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. *Dördüncü Baskı (DSM-IV)* (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
37. Ke X. Liu J. (2015) Intellectual Disability. In: *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Editor Rey JM. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
38. Trent Jr, J. W. (1994). *Inventing the feeble mind: A history of mental retardation in the United States* (Vol. 6). Univ of California Press.
39. Zigler, E., & Hodapp, R. M. (1986). *Understanding mental retardation*. Cambridge University Press.
40. Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi (1990) Hürriyet Yayınları
41. Sherr H, Elliott H. (2003). *Current Opinion in Pediatrics*. 15;6:567-571
42. Candland, D. K. (1995). *Feral children and clever animals: Reflections on human nature*. Oxford University Press on Demand.
43. Simon, N. (1978). Kaspar Hauser's recovery and autopsy: A perspective on neurological and sociological requirements for language development. *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 8(2), 209-217.
44. Séguin, E. (1866). *Idiocy: and its Treatment by the Physiological Method*. New York: W. Wood & Co.
45. Binet, A., & Simon, T. (1916). *The development of intelligence in children: The Binet-Simon Scale* (No. 11). Williams & Wilkins Company.
46. Terman, L. M. (1911). The Binet-Simon Scale for measuring intelligence: Impressions gained by its application. *Psychological Clinic*, 5, 199-206.

47. Roeleveld, N., & Zielhuis, G. A. (1997). The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39(2), 125-132.
48. McLaren, J., & Bryson, S. E. (1987). Review of recent epidemiological studies of mental retardation: prevalence, associated disorders, and etiology. *American Journal on Mental Retardation*. 92:243-254.,
49. King BH, Hodapp R, Dykens E. (1999). Mental retardation, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII*. Baltimore: Williams & Wilkins.
50. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). State-specific rates of mental retardation--United States, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1996 Jan 26;45(3):61-5.
51. Westerinen, H., Kaski, M., Virta, L., Almqvist, F., & Iivanainen, M. (2007). Prevalence of intellectual disability: a comprehensive study based on national registers. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 715-725.
52. Petterson, B., Bourke, J., Leonard, H., Jacoby, P., & Bower, C. (2007). Co-occurrence of birth defects and intellectual disability. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(1), 65-75.
53. Leonard, H., Petterson, B., Bower, C., & Sanders, R. (2003). Prevalence of intellectual disability in Western Australia. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 17(1), 58-67.
54. Katusic, S. K., Colligan, R. C., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., Bergstralh, E. J., Jacobsen, S. J., & Kurland, L. T. (1996). Mental retardation in a birth cohort, 1976-1980, Rochester, Minnesota. *American journal of mental retardation: AJMR*, 100(4), 335-344.
55. Heikura, U., Taanila, A., Olsen, P., Hartikainen, A. L., von Wendt, L., & Järvelin, M. R. (2003). Temporal Changes in Incidence and Prevalence of Intellectual Disability Between Two Birth Cohorts in Northern Finland*. *American journal on mental retardation*, 108(1), 19-31.
56. Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*, 32(2), 419-436.

57. Harris, J. C. (2005). *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. Oxford University Press. p: 42-98
58. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü başkanlığı, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (2002). *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002*. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=14 (Erişim Tarihi: 22.05.2015)
59. King BH, Toth KE, Hodapp RM, Dykens EM. (2009) Intellectual disability. BJ Sadock BJ, V. A. Sadock VA, Ruiz P (editors). *Comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed.*(pp:3444–3474). Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia.
60. Şahin, N., Altun, H., & Bilge, K. A. R. A. (2014). Özürlü çocuk sağlık kurulu raporlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(1). s:48-53
61. Leonard, H., & Wen, X. (2002). The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 8(3), 117-134.
62. Yeargin-Allxopp, M., Murphy, C. C., Cordro, J. F., Decoufle, P., & Hollowell, J. G. (1997). Reported biomedical causes and associated medical conditions for mental retardation among 10-year-old children, metropolitan Atlanta, 1985 to 1987. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 39(3), 142-149.
63. Mandel, J. L., & Chelly, J. (2004). Monogenic X-linked mental retardation: is it as frequent as currently estimated? The paradox of the ARX (Aristaless X) mutations. *European Journal of Human Genetics*, 12(9), 689-693.
64. Chen, W., Jensen, L. R., Gecz, J., Fryns, J. P., Moraine, C., de Brouwer, A., ... & Kuss, A. W. (2007). Mutation screening of brain-expressed X-chromosomal miRNA genes in 464 patients with nonsyndromic X-linked mental retardation. *European journal of human genetics*, 15(3), 375-378.
65. Fryers, T. (1987). Epidemiological issues in mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 31(4), 365-384.
66. Taşdemir HA (2006) Mental retardasyon. *Çocuk Nörolojisi*. Türkiye Çocuk Nörolojisi Derneği yayını Alp Ofset, Ankara

67. Bradinova, I., Shopova, S., & Simeonov, E. (2005). Mental retardation in childhood: clinical and diagnostic profile in 100 children. *Genetic Counseling: Medical, Psychological, and Ethical Aspects*.16(3):239-48.
68. Öncü B. (2008). İntihar davranışı. Çetin, F. Ç., Pehlivanürk, B., Ünal, F., Uslu, R., İşeri, E., & Türkbay, T. (eds). *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı* (s:503-12). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
69. World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization.
70. Center for Disease Control and Prevention (2010), Youth Risk Behavior Surveillance Survey – United States, 2009. Morbidity and Mortality Weekly Report, 59:SS-5. ([http:// www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf).) Erişim tarihi: Kasım 2015
71. Wasserman, D., Cheng, Q. I., & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry*, 4(2), 114-120.
72. Center for Disease Control and Prevention (2009). National Suicide Statistics at a http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/statistics/youth_risk.html (Erişim tarihi: Eylül 2015)
73. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.
74. Center for Disease Control and Prevention (2012). Youth Risk Behavior Surveillance Survey – United States, 2011, Morbidity and Mortality Weekly Report, 61:SS-4. [www. cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6104.pdf) (Erişim tarihi: Ekim 2015)
75. Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310.
76. Center for Disease Control and Prevention (2014). Suicide prevention: youth suicide. [http://www.cdc.gov/ violenceprevention/pub/youth_suicide.html](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pub/youth_suicide.html). (Erişim tarihi: Eylül.2015)

77. Türkiye İstatistik Yıllığı. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 2004, Ankara
78. Türkiye İstatistik Kurumu (2013). *İntihar İstatistikleri 2013*. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049>. Erişim tarihi: Aralık 2015
79. Türkiye İstatistik Kurumu (2011). *İntihar istatistikleri 2011*. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara
80. Eskin, M. (2000). Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(4), 228-234.
81. Eskin, M. (1999). Gender and cultural differences in the 12-month prevalence of suicidal thoughts and attempts in Swedish and Turkish adolescents. *Journal of Gender, Culture and Health*, 4(3), 187-200.
82. Batıgün, A. D., & Şahin, N. H. (2003). Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir mi?. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 37-52.
83. Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiklerle çocuk, 2014*. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
84. Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.
85. Centers for Disease Control and Prevention. (1995). Suicide among children, adolescents, and young adults--United States, 1980-1992. *MMWR: Morbidity and mortality weekly report*, 44(15), 289-291.
86. Spirito, A., & Overholser, J. (2003). The suicidal child: assessment and management of adolescents after a suicide attempt. *Child and Adolescent psychiatric clinics of North America*, 12(4), 649-665.
87. Miranda, R., De Jaegere, E., Restifo, K., & Shaffer, D. (2014). Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. *Depression and Anxiety*, 31(1), 19-26. 88.
88. Brent, D. A., Perper, J. A., Goldstein, C. E., Kolko, D. J., Allan, M. J., Allman, C. J., & Zelenak, J. P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: a comparison

of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45(6), 581.

89. Güleç G, Aksaray G. (2006). İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin araştırılması. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 44(3):141-150
90. Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.
91. Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
92. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and management. In: Lewis M. (ed) *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Textbook.*(2002) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
93. Brent, D. A., Kolko, D. J., Wartella, M. E., BOYLAN, M. B., Moritz, G., Baugher, M., & Zelenak, J. P. (1993). Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 95-105.
94. Turgay A (1992). Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* (3):183-9
95. Hauser, M., Galling, B., & Correll, C. U. (2013). Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar disorders*, 15(5), 507-523.
96. Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K., ... & Bridge, J. A. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders*, 7(6), 525-535.
97. Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (2003). Bipolar disorder in adolescents: epidemiology and suicidal behavior. pp. 7–24.

98. Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Reboussin, B. A., Mayfield, A., Frazier, P. H., & Treadway, S. L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(2) p:281–290.
99. Gould, M. S., King, R., Greenwald, S., Fisher, P., Schwab-Stone, M., Kramer, R., ... & Shaffer, D. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(9), 915-923.
100. Pilowsky, D. J., Wu, L. T., & Anthony, J. C. (1999). Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *American Journal of Psychiatry, 156*:1545–9.
101. Mazza, J. J. (2000). The Relationship Between Posttraumatic Stress Symptomatology and Suicidal Behavior in School-Based Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*(2), 91-103.
102. Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(10), 1369-1380.
103. Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of general psychiatry, 53*(4), 339-348.
104. Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A. M. Y., Roth, C., ... & Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(3), 521-529.
105. Allebeck, P., Allgulander, C., & Fisher, L. D. (1988). Predictors of completed suicide in a cohort of 50,465 young men: role of personality and deviant behaviour. *Bmj, 297*(6642), 176-178.
106. Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., Hauf, A. M. C., & Stashwick, C. K. (2001). Major depression and drug disorders in adolescence: general and specific impairments in early adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(12), 1426-1433.

107. Bronisch, T., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 135-145.
108. Emslie, G. J., Kennard, B. D., Mayes, T. L., Nakonezny, P. A., Zhu, L., Tao, R., ... Croarkin, P. (2012). Insomnia moderates outcome of serotonin-selective reuptake inhibitor treatment in depressed youth. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 22(1), 21-28.
109. Goldstein, T. R., Bridge, J. A., & Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 84-91.
110. Akin E, Berkem M. (2012). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının, demografik verilerin ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4): 228-232
111. Wild, L. G., Flisher, A. J., & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of adolescence*, 27(6), 611-624.
112. Csorba, J., Rozsa, S., Gadoros, J., Vetro, A., Kaczvinszky, E., Sarungi, E., ... & Kapornay, K. (2003). Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. *Journal of affective disorders*, 74(3), 229-236.
113. Pinto, A., & Whisman, M. A. (1996). Negative affect and cognitive biases in suicidal and nonsuicidal hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(2), 158-165.
114. Sayar K, Bozkır F. (2004). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde intihar Niyeti ve Ölümüllüğün Belirleyicileri. *Yeni Symposium*. 42:28-36
115. Ceyhun, A. G., & Ceyhun, B. (2003). Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6(2), 217-224.
116. Kashden, J., Fremouw, W. J., Callahan, T. S., & Franzen, M. D. (1993). Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 21(3), 339-353.
117. Kingsbury, S., Hawton, K., Steinhardt, K., & James, A. (1999). Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A

- comparative study with psychiatric and community controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1125-1131.
- 118.** Simonds, J. F., McMahon, T., & Armstrong, D. (1991). Young suicide attempters compared with a control group: Psychological, affective, and attitudinal variables. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(2), 134-151.
- 119.** Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Petretto, D., Masala, C., & Preti, A. (2003). Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry research*, 120(3), 247-255.
- 120.** Eğrilmez A, Kültür S, Ulun N. (1988). Suicid girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanı, depresyon, anksiyete ve benlik saygısı. *Aydınlık K. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre Kitabı* (s:190-197). Ankara.
- 121.** Collett B, Myers KM. (2005). Suicidality and youth: identification, treatment, and prevention. Cheng K, Myers KM (eds.). *Child And Adolescent Psychiatry The Essentials* (p:299-320), Lippincott Williams & Wilkins.
- 122.** Roskar, S., Zorko, M., Bucik, V., & Marusic, A. (2007). Problem solving for depressed suicide attempters and depressed individuals without suicide attempt. *Psychiatria Danubina*, 19(4), 296-302.
- 123.** Brent, D. A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Matta, J., ... & Constantine, D. (1993). Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 69-75.
- 124.** Eskin, M. (2001). Ergenlikte yalnızlık, baş etme yöntemleri ve yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 4(5), 5-11.
- 125.** Blake, S. M., Ledsky, R., Lehman, T., Goodenow, C., Sawyer, R., & Hack, T. (2001). Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: The benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health*, 91(6), 940-6.
- 126.** Faulkner, A. H., & Cranston, K. (1998). Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*, 88(2), 262-266.

127. Garofalo, R., Wolf, R. C., Kessel, S., Palfrey, J., & DuRant, R. H. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, *101*(5), 895-902.
128. Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American journal of public health*, *88*(1), 57-60.
129. Remafedi, G. (1999). Sexual orientation and youth suicide. *JAMA*, *282*(13), 1291-1292.
130. Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry research*, *178*(1), 101-105.
131. McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of abnormal child psychology*, *29*(4), 281-291.
132. Michael, R. P., Li, X. Y., & Zhang, Y. P. (2002). Suicide rates in China, 1995-1999. *Lancet*, *359*(9309), 835-840.
133. Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., & Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*(1), 52-58.
134. Bayam, G., Dilbaz, N., Holat, H., Bitlis, B., Tüzer, T., & Şenol, S. (1995). Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *2*(2), 57-63.
135. Çuhadaroğlu, F. (1992). Sonuvar B. *Adölesan intiharları risk faktörleri üzerine bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi*, *3*, 222-6.
136. Avcil, S., & Avcil, M. (2012). Acil Servise Özkıyım Amaçlı İlaç Alımı ile Başvuran Pediyatrik Olguların Değerlendirilmesi. 4: 8-15
137. Al, B., Orak, M., Üstündag, M., & Sögüt, Ö. (2010). Characteristics of suicides cases in Batman, south east of Turkey. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, *30*(1), 65-72.

138. King, D. C., Abram, K. M., Romero, E. G., Washburn, J. J., Welty, L. J., & Teplin, L. A. (2011). Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatric Services*, 62, 1430–1438.
139. Shaffer D. (2007). Çocuk ve ergende depresif bozukluk ve özkıym. *Sadock BJ. Sadock VA, Comprehensive textbook of psychiatry. 8. baskı Türkçe çevirisi* (3262-74). Güneş Kitabevi.
140. Pandey, G. N., Dwivedi, Y., Rizavi, H. S., Ren, X., Pandey, S. C., Pesold, C., ... & Tamminga, C. A. (2002). Higher expression of serotonin 5-HT_{2A} receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *American Journal of Psychiatry*. 59:419-29
141. Zalsman, G. I. L., Patya, M., Frisch, A., Ofek, H., Schapir, L., Blum, I., ... & Tyano, S. (2011). Association of polymorphisms of the serotonergic pathways with clinical traits of impulsive-aggression and suicidality in adolescents: a multi-center study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(1), 33-41.
142. Brent D, Melhem N, Ferrell R ve ark. (2010) Association of the FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the treatment of resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry* 167:190–197.
143. Pfeffer, C. R., Stokes, P., & Shindlecker, R. (1991). Suicidal behavior and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis indices in child psychiatric inpatients. *Biological psychiatry*, 29(9), 909-917.
144. Dahl, R. E., Puig-Antich, J., Ryan, N. D., Nelson, B., Dachtler, S., Cunningham, S. L., ... & Klepper, T. P. (1990). EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *Journal of affective disorders*, 19(1), 63-75.
145. Gordon, M., & Melvin, G. (2014). Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Australian family physician*, 43(6), 367.
146. Centers for Disease Control and Prevention Trends in the Prevalence of Suicide Related Behaviors, 1991-2009. http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf/us_suicide_trend_yrbs.pdf (Erişim tarihi: şubat 2015)
147. Fernandez, A., Toms, S., Stadler, M., Cahn, H., & Knudsen, S. (2005). A multidisciplinary approach to the treatment of major depressive disorder with

- psychotic features. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 8(2), 45-51.
148. Menolascino, F. J., Lazer, J., & Stark, J. A. (1989). Diagnosis and management of depression and suicidal behavior in persons with severe mental retardation. *Journal of the multihandicapped person*, 2(2), 89-103.
 149. Skinner, S. R., Ng, C., McDonald, A., & Walters, T. (2005). A patient with autism and severe depression: medical and ethical challenges for an adolescent medicine unit. *Medical journal of Australia*, 183(8), 422.
 150. J. Kemp, B., & Stuart Krause, J. (1999). Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 21(5-6), 241-249.
 151. Coulter, D. L. (1980). The unfairness of life for children with handicaps. *JAMA*, 244(11), 1207-1208.
 152. Howell, A., Hauser-Cram, P., & Kersh, J. E. (2007). Setting the stage: Early child and family characteristics as predictors of later loneliness in children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112(1), 18-30.
 153. Hurley, A. D. (1998). Two cases of suicide attempt by patients with Down's syndrome. *Psychiatric services*. 49(12):1618–1619.
 154. Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*. Sage Publications, Inc.
 155. Aman, G. M., Singh, N. N., Stewart, A. W., & Field, C. J. (1985). The Aberrant Behavior Checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89 (5), 485- 491
 156. Sucuoğlu, B. (2003). Sorun Davranışlar Kontrol Listesi Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (52), 77 – 91
 157. Wechsler D (1949) Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children. *Psychological Corporation*, New York.
 158. Wechsler D (1974) WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised. *Psychological Corporation*, New York.

- 159.** Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara
- 160.** Merrick, J., Merrick, E., Morad, M., & Kandel, I. (2005). Adolescents with intellectual disability and suicidal behavior. *The Scientific World Journal*, 5, 724-728.
- 161.** Giannini, M. J., Bergmark, B., Kreshover, S., Elias, E., Plummer, C., & O'Keefe, E. (2010). Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*, 3(2), 74-78
- 162.** Soylu, N., Taneli, Y., & Taneli, S. (2013). Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4):352-359.
- 163.** Ercan, E.S, Varan A, Aydın C (2000). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyoemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Cocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7: 81-91.
- 164.** Shaffer D, Fisher P. (1981). The epidemiology of suicide in children and adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20: 545-65
- 165.** Mościcki EK (2014). Suicidal Behaviors Among Adults. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* / edited by Matthew K. Nock. Oxford University Press, New York
- 166.** Eaton DK, Kann L, Kinchen S ve ark. (2008). Youth risk behavior surveillance: United States, 2007. *MMWR Surveill Summ* 57: 1–131
- 167.** Bronisch, T., Höfler, M., & Lieb, R. (2008). Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 135-145.
- 168.** Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1433-1441.

- 169.** Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *36*(2), 137-143.
- 170.** Bregman, J. D. (1991). Current developments in the understanding of mental retardation Part II: Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(6), 861-872.
- 171.** King, N. J., Josephs, A., Gullone, E., Madden, C., & Ollendick, T. H. (1994). Assessing the fears of children with disability using the Revised Fear Survey Schedule for Children: A comparative study. *British Journal of Medical Psychology*, *67*(4), 377-386.
- 172.** Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eilertsen, D. E., Heggelund, T., Myrbakk, E., & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, *31*(6), 1669-1677.
- 173.** Ames, C. S. (2011). Psychiatric conditions and behavioural problems in adolescents with intellectual disabilities: correlates with autism. *Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(2), 102.
- 174.** Imran, N., Azeem, M. W., Sattar, A., & Bhatti, M. R. (2015). Frequency of ICD-10 psychiatric diagnosis in children with intellectual disability in Lahore, Pakistan & Caregivers Perspective. *Pakistan journal of medical sciences*, *31*(2), 285-9.
- 175.** Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(6), 493-499.
- 176.** Better Outcomes, New Delivery (BOND). (2013). Children and young people with learning disabilities _Understanding their mental health. London: YoungMinds.
<http://www.youngminds.org.uk/assets/0001/0610/children-and-young-people.pdf>. (Erişim: Aralık 2015)
- 177.** Kitchener, B. A, Jorm, A. F, Kelly, C. M, Pappas, R., & Frize, M. (2010). Intellectual Disability Mental Health First Aid Manual. 2nd ed. Melbourne: Mental Health First Aid Australia. Retrieved from

<https://mhfa.com.au/sites/mhfa.com.au/files/2nd-Edn-ID-MHFA-Manual-Sept-2012-small.pdf>. (Erişim: Kasım 2015)

178. Hurley, A. D. (2006). Mood disorders in intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 465-469.
179. Matson, J. L., Mayville, S. B., & Laud, R. B. (2003). A system of assessment for adaptive behavior, social skills, behavioral function, medication side-effects, and psychiatric disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 24(1), 75-81.
180. Physicians Desktop Reference. Drugs and supplements: Prescription drugs: Klonopin (2007). <http://www.pdrhealth.com>. (Erişim: Temmuz 2015)
181. Lin, L. P., Yen, C. F., Kuo, Y. F., Wu, J. L., & Lin, J. D. (2009). Sexual assault of people with disabilities: Results of a 2002–2007 national report in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 969–975.
182. Horner-Johnson, W., & Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 57–69
183. Montgomery County Emergency Service (MCES). (2014). Intellectual disability and suicide risk. Norristown, PA: MoncoCares. Retrieved from http://www.montcocares.org/PDF/Intellectual_Disability_and_Suicide_FAQ.pdf. (Erişim tarihi: Eylül 2014)
184. Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 30–41.
185. Molnar, B. E., Berkham, L. F., & Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behavior in the US. *Psychological Medicine*, 31, 965–977.
186. Torchalla, I., Strehlau, V., Li, K., Schuetz, C., & Krausz, M. (2012). The association between childhood maltreatment subtypes and current suicide risk among homeless men and women. *Child Maltreatment*, 17, 132–413.

187. Soylu, N., & Alpaslan, A. H. (2013). Suicidal behavior and associated factors in sexually abused adolescents. *Children and Youth Services Review, 35*(2), 253-257.)
188. Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S., & Oruç, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities, 34*(12), 4334-4342.
189. Bernard-Bonnin, A. C., Hebert, M., Daignault, I. V., & Allard-Dansereau, C. (2008). Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of posttraumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatrics & Child Health, 13*, 479–486.
190. McLeer, S. V., Deblinger, E., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(5), 875–879.
191. Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269–278.

EK-1**HASTA (Veli/Vasi) BİLGİLENDİRİMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Sınırdaki Zihinsel İşlevselliği Ve Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuk Ve Ergenlerde İntihar Davranışı Ve Risk Faktörleri’ dir.

Bu araştırmanın amacı; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran sınırdaki zihinsel işlevselliği ve zihinsel yetersizliği olan çocuk ve ergenlerde ölme niyeti, intihar düşüncesi ve intihar girişimi gibi intihar davranışının sıklığını ve intihar davranışı ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesidir. Bu araştırma için öngörülen süre 15 ay olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 207’dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak uygulanan tanı ve tedavi şemasına özen gösterme sizin sorumluluklarınızdır.

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar yine sorumlu araştırmacı tarafından bizzat karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 04223410660-5443 nolu telefondan Yard.Doç. Dr. Nusret Soylu ve Dr. Pelin Çon Bayhan’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır, ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermeme için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tamkılık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-2**KİŞİSEL BİLGİ FORMU****Ad ve Soyad:****Tarih:...../...../.....****Doğum Tarihi: / /****Sıra No:****Doğum Yeri:****Dosya No:****Ay cinsinden yaşı****Telefon no:(ev) (.....).....****Baba adı:****(cep) (.....).....****Adres:****1. Cinsiyet:**

- a) Kız b) Erkek

2. Yaşadığı Yer:

- a) Köy c) İlçe d) İl

3. Kardeş Sayısı (Kendisi dahil):**4. Eğitim düzeyi**

- a) Hiç okula gitmemiş b) İlköğretime devam ediyor c) İlköğretimden terk
d) liseye devam ediyor e) liseden terk

5. Özel eğitim

- a) Gitmiyor b) Gidiyor (Kaç yıldır özel eğitim alıyor:.....)

6. Çocuk kiminle yaşıyor:

- a) Anne ve baba ile b) Anne ile c) Baba ile
d) Akrabalarının yanında e) Kurumda

7. Ailenin tipi:

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Dağılmış aile
d) Ebeveynlerden biri vefat etmiş

8. Anne baba/ akrabalığı

- a) Akrabalık yok b) 1. Dereceden akraba c) 2. Dereceden akraba

9. Ailenin eğitim durumu (son bitirdiği okul)

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
a) Okuma yazması yok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Okula gitmemiş ancak okur yazar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) İlkokul mezunu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Lise mezunu (lise türü)	<input type="checkbox"/> (.....)	<input type="checkbox"/> (.....)
f) Yüksekokul- üniversite mezunu (alan)	<input type="checkbox"/> (.....)	<input type="checkbox"/> (.....)

10. Ailenin toplam aylık geliri:

- a) asgari ücret ve altı b) asgari ücret üstü

11. Hastanın ruhsal olmayan kronik tıbbi hastalığı:

- a) Yok b) Var (.....)

12. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan kimse:

- a) Yok b) Var Kim Rahatsızlığı
- 1)
- 2)
- 3)

13. Hastanın sigara/ alkol/madde/ kullanım öyküsü:

- a) Yok b) Var (.....)

14. Ailede sigara/alkol/madde kullanım öyküsü olan kimse:

- a) Yok b) Var (.....)

15. İstismar var mı?

- a) Yok
- b) Var Türü: a) Duygusal İstismar b) Fiziksel İstismar c) Cinsel İstismar
- İstismarcının Yakınlığı:.....

16. İhmal var mı?

- a) Yok
- b) Var Türü: a) Duygusal ihmal b) Fiziksel ihmal

17. Akran zorbalığı var mı?

- a) Yok b) Var (.....)

18. ZY'nin nedeni nedir?

- a) Nedeni bilinmiyor b)Down sendromu c) Anoksik doğum d)diğer.....

19.Fiziksel kısıtlılığı var mı?

- a) yok b)var

20.Stres faktörleri var mı?

- a)aile içi zorluk b)ebeveyn kaybı c)ebeveyn reddi
- d)aile desteğinin kısıtlı olması
- e)sosyal desteğinin kısıtlı olması
- f) Diğer

21.Daha önce psikiyatrik hospitalizasyonu oldu mu?

- a) yok b)var

EK-3**İNTİHAR DAVRANIŞINI DEĞERLENDİRME FORMU****1- Hasta yakınından alınan öyküde intihar davranışının sorgulanması**

	Herhangi bir dönem	
	evet	hayır
1)Ölme İsteği (Çocuğunuzun keşke ölsem, ölsem benden kurtulursunuz, keşke hiç doğmasaydım gibi ifadelerde bulunduğu oldu mu?)		
2)İntihar düşüncesi (Çocuğunuzun kendini öldürmeyi düşündüğünü, istediğini, planladığını söylediği, intihar etme tehdidinde bulunduğu oldu mu?)		
3)İntihar girişimi (Çocuğunuzun kendini öldürmek amacıyla yaptığını ifade ettiği ya da ifade edilmeksizin yapılan girişimden sizin bu sonucu çıkardığınız kendine zarar verici davranışları oldu mu?)		

2- Hasta ile yapılan görüşmede intihar davranışının sorgulanması

	Herhangi bir dönem		Görüşme anında	
	evet	hayır	evet	hayır
1)Ölme İsteği (Keşke ölsem, ölsem de kurtulsam, keşke hiç doğmasaydım, yaşamının bir anlamı yok şeklinde düşündüğün oldu mu?)				
2)İntihar düşüncesi (Kendini öldürmeyi düşündüğün, istediğin, planladığın oldu mu?)				
3)İntihar girişimi (Kendini öldürmek amacıyla herhangi bir davranışta bulundun mu?)				

3) İntihar girişimi varsa sırayla intihar girişim yöntemi neydi?

- a)..... d).....
b)..... e).....
c)..... f).....

4) Aile ve yakın akraba intihar girişimi öyküsü:

- a) Yok b) Var 1) kim:.....

2) yöntem:.....

5) İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışları var mı?

- a) Yok b) Var (.....)

EK-4**RUHSAL DEĞERLENDİRME FORMU**

1. Klinik Zeka Düzeyi : a) SZİ b) Hafif ZY c) Orta ZY

2. WISC-R Sonucu: Sözel Zeka Puanı:.....

Performans Zeka Puanı:.....

Toplam Zeka Puanı:.....

3. Psikiyatrik Bozukluk Tanısı

PSİKİYATRİK BOZUKLUK	var	yok
Duygudurum bozukluğu (MDB, Bipolar bozukluk, Distimi)		
Anksiyete bozukluğu (AAB, YAB, Selektif Mutizm, ÖF, SF, PB)		
DEHB		
KOKGB/ Davranım Bozukluğu		
Psikozla giden bozukluklar		
Somatik Semptom ve İlişkili Bozukluklar		
Uyku-Uyanıklık Bozuklukları		
Beslenme ve Yeme Bozuklukları (Pika, Geri Çıkarma Boz. Kısıtlı Yiyecek Alım Boz, Tıkanırmasına yeme boz., AN, BN)		
OKB ve ilişkili bozukluklar (OKB, VDB, Biriktiricilik boz., Trikotillomani, Deri Yolma Boz.)		
Travma ve Stresörle ilişkili bozukluklar (ASB, TSSB, Uyum Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu)		
Dissosiyasyon bozuklukları		
Dışa atım bozuklukları		
Başka		

4. Kullandığı İlaç var mı?

a) Yok b) Var (.....)

EK 5

	ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ KLİNİĞİ SORUN DAVRANIŞLAR KONTROL LİSTESİ			
	KOD:POL.FR.21	YAYIN TRH:OCAK 2009	REV. TRH:EYLÜL 2012	REV. NO:01

Hastanın Adı:

Doğum Tarihi:

Dosya No:

Tarih:

Aşağıdaki soruları, çocuğunuzun son 1 aydır davranışları göz önünde bulundurarak doldurunuz.

- 0.....davranış problem oluşturmaz.
 1.....davranış hafif şiddette bir problem oluşturur.
 2.....davranış orta derecede bir problem oluşturur.
 3.....davranış şiddetli probleme yol açar.

1.Atılgandır(düşünmeden hareket eder).	(0)	(1)	(2)	(3)
2.İtaatsizdir, kontrol etmek güçtür.	(0)	(1)	(2)	(3)
3.Sakin oturmaz.	(0)	(1)	(2)	(3)
4.Aşırı hareketli olmaya eğilimlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)
5.Grup etkinliklerini bozar.	(0)	(1)	(2)	(3)
6.Odada sürekli olarak koşar ya da zıplar.	(0)	(1)	(2)	(3)
7.Aşırı derecede hareketlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)
8.Diğerlerini rahatsız eder.	(0)	(1)	(2)	(3)
9.Taşkındır (uygun olmayan şekilde gürültülü, hoyrat)	(0)	(1)	(2)	(3)
10.Ders sırasında yerinde oturmaz.	(0)	(1)	(2)	(3)
11.Nesneleri bir yere vururken ayaklarını yere vurur ya da kapıları çarpar.	(0)	(1)	(2)	(3)
12.Diğer çocuklara ve yetişkinlere karşı saldırgandır.	(0)	(1)	(2)	(3)
13.Garip, tuhaf davranışları vardır.	(0)	(1)	(2)	(3)
14.Yönergeleri kasıtlı olarak duymazlıktan gelir.	(0)	(1)	(2)	(3)
15.Huzursuz, sakin oturmaz.	(0)	(1)	(2)	(3)
16.Sınıf etkinliklerinde tepki vermez.	(0)	(1)	(2)	(3)
17.Diğerlerine çok az sosyal tepki verir.	(0)	(1)	(2)	(3)
18.Sözcükler ya da jestlerle iletişim kurmaya çalışmaz.	(0)	(1)	(2)	(3)

19.İlişki kurmak ya da ulaşmak güçtür.	(0)	(1)	(2)	(3)
20.Kendisi ile konuşulduğunda dikkatini vermez.	(0)	(1)	(2)	(3)
21.Sabit yüz ifadesi, duygusal tepkilerinde yetersizlik vardır.	(0)	(1)	(2)	(3)
22.Hiçbir şey yapmaz, oturup etrafı seyreder.	(0)	(1)	(2)	(3)
23.İşbirliği yapmaz.	(0)	(1)	(2)	(3)
24.Yönergelere dikkatini vermez.	(0)	(1)	(2)	(3)
25.Bir pozisyonda uzun zaman oturur ya da durur.	(0)	(1)	(2)	(3)
26.Yalnız kalmayı tercih eder.	(0)	(1)	(2)	(3)
27.Ççe kapanıktır,yalnız etkinlikleri tercih eder.	(0)	(1)	(2)	(3)
28.Kendisini diğerlerinden uzak tutar.	(0)	(1)	(2)	(3)
30.Kayıtsız, tembel/miskin, hareketsizdir.	(0)	(1)	(2)	(3)
31.Kolayca dikkati başka tarafa çekilir.	(0)	(1)	(2)	(3)
32.Sevgiye/ şefkate olumsuz tepki verir.	(0)	(1)	(2)	(3)
33.Hareketsizdir, asla kendiliğinden hareket etmez.	(0)	(1)	(2)	(3)
34.Anlamsız, tekrarlanan vücut hareketleri vardır.	(0)	(1)	(2)	(3)
35.Yinelenen el, baş ve vücut hareketleri vardır.	(0)	(1)	(2)	(3)
36.Öne arkaya sallanır.	(0)	(1)	(2)	(3)
37.Kollarını, bacaklarını sürekli olarak sallar.	(0)	(1)	(2)	(3)
38.Yinelenen, tekrar edilen hareketleri vardır.	(0)	(1)	(2)	(3)
39.Hareket eder ya da başını öne arkaya sallar.	(0)	(1)	(2)	(3)
40.Kasıtlı olarak kendini incitir.	(0)	(1)	(2)	(3)
41.Kendine fiziksel zarar verir.	(0)	(1)	(2)	(3)
42.Kendisine zarar verir.	(0)	(1)	(2)	(3)
43.İstekleri hemen yerine getirilmelidir.	(0)	(1)	(2)	(3)
44.Tekrarlanan konuşmaları vardır.	(0)	(1)	(2)	(3)
45.Duygu durumu çabuk değişir.	(0)	(1)	(2)	(3)
<p>1.Aşırı hareketlilik(1-15) ;</p> <p>2.Atalet(16-33);</p> <p>3.Yinelenen davranışlar(34-39);</p> <p>4.Zarar veren davranışlar(40-42);</p> <p>5.Diğer davranışlar(43-46);</p> <p>TOPLAM PUAN;</p>				

