

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖRNEKLEMİNDE TRAVMA SONRASI BİLİŞLER İLE  
İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Gurbet ÇAKIL

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İSTANBUL-2018



## TEZ TANITIM FORMU

**YAZAR ADI SOYADI** : Gurbet ÇAKIL

**TEZİN DİLİ** : Türkçe

**TEZİN ADI** : Üniversite rnekleminde Travma Sonrası Bilişler ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki

**ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

**ANABİLİM DALI** : Psikoloji

**TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans

**TEZİN TARİHİ** : 03.10.2018

**SAYFA SAYISI** : 109

**TEZ DANIşMANLARI** : Dr. Öğr. Üyesi Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**DİZİN TERİMLERİ** : Travma, Travma Sonrası Bilişler, İntihar

**TÜRKÇE ÖZET** : Bu çalışmanın amacı niversite örnekleminde travma sonrası bilişler ile intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi açıklamaktır ve travma sonrası bilişlerin intihar üzerindeki etkisinin incelenmesi, bir ilişki olup olmadığının saptanmaya çalışılmasıdır. Bununla beraber sosyo-demografik bazı özelliklerin travma ve intihar ile ilişkili olup olmadığının araştırılması da amaçlanmaktadır.

**DAğITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne  
2. YK Ulusal Tez Merkezine

Gurbet ÇAKIL

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖRNEKLEMİNDE TRAVMA SONRASI BİLİŞLER İLE  
İNTİHAR OLASILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Gurbet ÇAKIL

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İSTANBUL-2018

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Gurbet ÇAKIL

./ ./2018



T.C  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Gurbet Çakıl 'ın “Üniversite Örneğinde Travma Sonrası Bilişler ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

\_\_\_\_\_  
*Prof.Dr. Ahmet Ertan TEZCAN*

Üye

\_\_\_\_\_  
*Dr. Öğr. Üyesi Güzin Mukaddes SEVİNÇER*  
(Danışman)

Üye

\_\_\_\_\_  
*Dr. Öğr. Üyesi Hasan SEZEROĞLU*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2018

*Prof. Dr. Nezir KÖSE*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Giriş:** İnsanlık tarihi boyunca farklı toplumlarda, farklı sıklıklarla görülen intihar ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri de bulunan bir olgudur. İntihar fikri, eğilimi ve girişimi, yaşam dürtüsüyle çatışır. Bu doğrultuda bir ruhsal bozukluk belirtisi olarak ele alınır. Kökenleri Eski Yunancaya kadar dayanan Travma kelimesi derinin bütünlüğünde bozulmanın olduğu her çeşit yaralanma yaşantısı anlamını taşımaktadır. Travmalar; ruhsal ve fiziksel travmalar olmak üzere iki farklı kullanıma sahiptir. Travma, bireyin bedensel yahut ruhsal varoluşunu farklı şekilde yaralayan, inciten ve sıkıntıya sokan tüm yaşamsal olaylar için kullanılan bir kavramdır. Travmanın psikoloji dünyasında kendi yerini elde etmeye başlaması Charcot'un histerik kadınların semptomlarını metafizik güçlere bağlamaktansa, bilimsel ve tıbbi açıklamalar üretmeye çalışmasına dayanır.

**Amaç:** Yapılan bu araştırmada Üniversite Örnekleminde Travma Sonrası Bilişler ile İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki'nin incelenmesi amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırmanın örneklemini geniş bir evreni kapsamaması nedeniyle İstanbul ili Avcılar ilçesindeki Gelişim Üniversitesi İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi ve Güzel Sanatlar Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem gönüllülük ilkesi esas alınıp rastlantısal şekilde seçilmiş olan 350 sayıda üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Ölçekler uygulanmadan evvel uygulama yönergeleri katılımcılara sözlü ve yazılı şekilde verilmiş olup uygulama süresi kişi başı 20-30 dk aralığında değişiklik göstermektedir.

**Bulgular:** Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri, dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama travma sonrası bilişler, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık puanı, travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır. Kişinin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile intihar olasılığı ölçeği toplamı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile düşmanlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler,

kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Travma, Travma Sonrası Bilişler, İntihar.





## SUMMARY

**Introduction:** The suicide seen in different societies between different frequencies throughout human history has an economic, cultural and social aspect. Suicidal ideas, tendencies and initiatives conflict with life impulse. It is treated as a symptom of a mental disorder in this direction. The trauma word that originated in Ancient Greeks means all sorts of injuries that are deteriorated by the integrity of skin. There are two different trauma; mental and physical trauma. Trauma is a concept used for all vital events that hurt and distress the individual's physical or mental existence differently. The fact that "trauma" begins to acquire it's place in psychology is based on Charcot trying to produce scientific and medical explanations, linking the symptoms of hysterical women with metaphysical powers.

**Objective:** In this study, it is aimed to investigate the effect of trauma and posttraumatic cognition on suicide.

**Materials and Methods:** The sample of this research is composed of the students of the Faculty of Fine Arts in the Gelisim University in the province of Avcılar in Istanbul because of it's wide range of sample.

**Findings:** The hopelessness score increases as the total score of the negative self-knowledge about the self, negative cognition about the world, self-blame post-traumatic cognition, resuscitation / entrepreneurial thinking, avoidance / emotional blunting, extreme arousal score, post-traumatic stress diagnosis scale. Regression analysis was done statistically to determine the relationship between negative cognition about the world, self-blame, resurrection / entrepreneurial thinking, avoidance / emotional blunting, extreme arousal and suicide probability scale total. Negative cognition about the world, self-blame, resurrection / entrepreneurial thoughts, avoidance / emotional blatant, extreme arousal and hostility were found to be significant. Negative cognition about the world, self-blame, resurrection / entrepreneurial thoughts, avoidance / emotional blunting, extreme arousal and suicidal thought were found to be significant. Negative cognition about the world, self-blame, resurrection / entrepreneurial thinking, avoidance / emotional blunting, overstimulation and negative self-evaluation were found to be significant.

**Key words:** Trauma, Posttraumatic Cognitions, Suicide.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET .....	i
SUMMARY .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ .....	vii
TABLolar LİSTESİ .....	viii
ÖNSÖZ .....	xi
GİRİŞ .....	1
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>3</b>
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ .....	3
1.2. HİPOTEZLER .....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....	3
1.4. SAYILTILAR .....	4
1.5. SINIRLILIKLAR .....	4
1.6. TANIMLAR .....	4
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>6</b>
<b>KURAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>6</b>
2.1. İNTİHAR .....	6
2.1.1. İntiharın Tanımı .....	6
2.1.2. İntiharın Tarihçesi .....	9
2.1.3. İntiharın Epidemiyolojisi .....	11
2.1.4. İntihar Teorileri .....	12
2.1.4.1. Psikanalitik Kuram .....	12
2.1.4.2. Varoluşçu Kuram .....	14
2.1.4.3. Davranışçı Kuram .....	14
2.1.4.4. Kaçış Kuramı .....	14
2.1.4.5. Sosyolojik Yaklaşım .....	15
2.1.4.6. Nörobiyolojik Yaklaşım .....	16

2.1.5 İntiharı Etkileyen Risk Etkenleri .....	19
2.1.5.1.Duygu Durum Bozuklukları .....	20
2.1.5.2. Kişilik ve Diğer Etkenler .....	22
2.1.5.3. Alkol ve Madde Bağımlılığı .....	22
2.1.5.4.İntihar ve Genetik .....	22
2.1.5.5. Demografik Faktörler .....	23
2.1.5.6. Akut ve Kronik Yaşam Olayları .....	25
2.1.5.7. Beden Sağlığı.....	26
2.1.5.8. Önceki İntihar Girişimleri ve İntihar Düşüncelerinin İfadesi .....	26
2.2.TRAVMA.....	26
2.2.1.Travma Tanımı ve Tarihçesi.....	26
2.2.2.Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları .....	28
2.2.3.Travmatik Yaşantılar Sonrası Kişilerin Yaşadıkları .....	30
2.2.4. Travma Sonrası Görülen Ruhsal Bozukluklar .....	30
2.2.5.TSSB .....	31
2.2.5.1.TSSB Tanımı.....	31
2.2.5.2 TSSB Epidemiyolojisi .....	34
2.2.5.3. Komorbidite .....	34
2.3.1.TRAVMA SONRASI BİLİŞLER .....	35
2.3.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Bilgi İşleme Modeli	35
2.3.1.2.Temel Varsayımlar Modeli.....	36
2.3.1.3.Zaman Yönelimi Modeli .....	37
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>41</b>
<b>YÖNTEM.....</b>	<b>41</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ .....	41
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	41
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	41
3.3.1.Kişisel Bilgi Formu.....	41
3.3.2. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği ve Alt Ölçekleri.....	41
3.3.3. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği .....	43
3.3.4. İntihar Olasılığı Ölçeği .....	44
3.3.5. Veri Analizi .....	45

<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM</b> .....	46
<b>BULGULAR</b> .....	46
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b> .....	91
<b>TARTIŞMA YORUM</b> .....	91
<b>KAYNAKÇA</b> .....	98
<b>EKLER</b> .....	



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>TSSB:</b>	TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
<b>TSBÖ:</b>	TRAVMA SONRASI BİLİŞLER ÖLÇEĞİ
<b>TSSTÖ:</b>	TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ
<b>SPSS:</b>	SOSYAL BİLİMLER İÇİN İSTATİSTİK PAKET PROGRAMI (STATİSTİCAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES)
<b>DSM 5:</b>	MENTAL BOZUKLUKLARIN TANISAL VE SAYIMSAL EL KİTABI (DIAGNOSTIC AND STATİSTİCAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS)
<b>BKİ:</b>	BEDEN KİTLE İNDEKSİ
<b>TÜİK:</b>	TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU
<b>DSÖ:</b>	DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
<b>APA:</b>	AMERİKAN PSİKİYATRİ DERNEĞİ

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Sosyodemografik Veriler .....	46
<b>Tablo 2.</b> Yaş ve Beden Bulguları .....	49
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların Başlarından Geçen ya da Tanık Oldukları Travmatik Yaşam Olaylarına Göre Dağılımları .....	49
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların Başlarından Geçen ya da Tanık Oldukları Travmatik Yaşam Sayısına Göre Dağılımları.....	52
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların Başlarından Geçen ya da Tanık Oldukları “En Travmatik Yaşam Olayı” Sırasında Meydana Gelen Durumları Belirten “TSSTÖ Olay Şiddeti Alt Ölçeği”ne Göre Dağılımları .....	53
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların TSSTÖ “Olay Etkisi Alt Ölçeği”ne Göre Travmatik Olay Nedeniyle Olumsuz Etkilendiğini Belirttikleri İşlevsellik Alanlarına Göre Dağılımları.....	55
<b>Tablo 7.</b> Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeğine Göre Öğrencilerin Dağılımı.....	56
<b>Tablo 8.</b> İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği İlişkin Tanımsal Bulgular (n=215).....	57
<b>Tablo 9.</b> İntihar Olasılığı ile Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı İlişkinine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi .....	58
<b>Tablo 10.</b> Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi.....	64
<b>Tablo 11.</b> Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının Umutsuzluk Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi .....	65
<b>Tablo 12.</b> Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının Düşmanlık Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi.....	66
<b>Tablo 13.</b> Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının İntihar Düşüncesi Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi .....	67
<b>Tablo 14.</b> Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi.....	68
<b>Tablo 15.</b> Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi.....	69
<b>Tablo 16.</b> İntihar Olasılığı ve Travma Sonrası Bilişler Puanlarının Travma Sonrası Stres Tanı Değişkeni ile ilişkisi .....	69
<b>Tablo 17.</b> İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının BKİ Değişkeni ile ilişkisi .....	75

<b>Tablo 18.</b> İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının cinsiyet Değişkeni ile ilişkisi .....	78
<b>Tablo 19.</b> İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının intihar denemesi Değişkeni ile ilişkisi .....	79
<b>Tablo 20.</b> İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının psikiyatrik hastalık Değişkeni ile ilişkisi .....	83
<b>Tablo 21.</b> İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının sigara kullanımı Değişkeni ile ilişkisi .....	86
<b>Tablo 22.</b> İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkeni ile ilişkisi .....	88

## EKLER LİSTESİ

**EK-A:** BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU- SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**EK-B:** TSSTÖ (TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ)

**EK-C:** TSBÖ (TRAVMA SONRASI BİLİŞLER ÖLÇEĞİ)

**EK-Ç:** İOÖ (İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ)





## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim öncesi başlayan ve zamanla ilgimi çekmesiyle ortaya çıkan tez çalışmamda, sevgili danışmanım Dr.Öğretim Üyesi Güzin Mukaddes SEVİNÇER'e, bu süreçteki desteği, sonsuz sabrı, anlayışı ve güveni için çok teşekkür ediyorum.

Eğitimime destek olan, engin bilgileriyle ufkumu genişleten değerli hocalarıma, çalışmalarım sırasında koşulsuz olarak yanımda olan, yaşadığım sıkıntıları her daim yüreğinde hissedenden ve beni ben yapan sevgili annem Kaniye ÇAKIL'a, tez süresince her türlü desteğiyle yanımda olan sevgili Aileme, yaşamıma kattığı renk için yeğenim Zerya ÇAKIL'a, motivasyonu için Mehmet ÇETİN'e, manevi desteğiyle hep yanımda olan dostlarım Fatma DOĞAN'a ve Pelin KARAHANCI'ya, bu süreçte bana verdikleri manevi destek için sevgili müdürüm Gülnaz ERDEM'e ve çalışma arkadaşlarıma, eğitim süresince her zorluğu birlikte aştığım, aynı yollarda birlikte yürüdüğüm sevgili dostlarıma, küçük-büyük desteklerini esirgemeyen sevdiklerime teşekkürlerimi sunuyorum.

## GİRİŞ

Travma, ölüm tehdidinin ya da gerçek bir ölümün bulunduğu, ciddi bir yaralanmanın, yaşamsal ya da fiziki bütünlüğü hedef alan ve bireyin kendisine yönelik, şahit olduğu ya da değer verdiği bir kişinin başına geldiğini öğrendiği olağan olmayan olay olarak tanımlanmaktadır. Yoğun travmatik yaşantılar, bireyi bilişsel, duyuşsal ve eylemsel açılardan etkileyen olaylardır. Travmatik olay ya da travma sonucunda kişide stres tepkisiyle birlikte çaresizlik ve korku duyguları da açığa çıkmaktadır.<sup>1</sup> Bağlantı kurma, anlamlandırma, denetleme duyuları aracılığıyla sağlanan doğal başa çıkma mekanizmaları işlevsiz hale gelmektedir. Travmatik olayı olağandışı hale getiren diğer yaşamsal olaylar karşısında uyum göstermeyi sağlayan başa çıkma mekanizmalarının işlevsiz hale getirecek düzeyde yüksek bir şiddete sahip olmasıdır.<sup>2</sup>

Bireyler travmatik yaşantı öncesinde sorgulanmayan varsayımlar doğrultusunda hareket etmekteyken travmatik olaylar bu varsayımların sarsılmasına neden olmaktadır.<sup>3</sup> Bu olaylar kişide bir sıkışmışlık hissinin açığa çıkmasına sebep olarak yaşam bütünlüğünü tehdit etmekte ve çaresiz durumdaki bireyin problemlerine çözüm bulamayarak sorunlarından kaçışı olan intihara yol açabilmektedir.<sup>4</sup>

İntihar girişiminde bulunan kişilerin %90'dan fazlasının bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu; özellikle de bipolar bozukluk, şizofreni, sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, majör depresyon, alkol-madde bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk ve distimi (kronik depresyon) tanısı almış kişilerin intihar risklerinin artmakta olduğu bilgisi, travma yaşantısı ve travma sonrası bilişlerin intihar davranışındaki etkisini göstermesi bakımından önem taşımaktadır.<sup>5</sup>

Travmatik yaşantı sonucunda kişide stres tepkileriyle beraber korku ve çaresizliğe dair duygular da açığa çıkar.<sup>6</sup> Bağlantı kurma, anlamlandırma, denetleme duyuları aracılığıyla işlev gören doğal başa çıkma sistemleri işlevsiz

<sup>1</sup> Belma Gölge, Cinsel travma sonrası oluşan cinsel sorunlar, Nöropsikiyatri Arşivi, 42(1-2-3-4), 2005, s.19-28

<sup>2</sup> Nuray Türksöy, Psikolojik travma ve tanım sorunları, Psikolojik Travma Yazıları (1), 5US Yayınları; 2001, s.9-21.

<sup>3</sup> Ronnie Janoff-Bulman, Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct, *Social Cognition* 7,2, 1989, s.113-136.

<sup>4</sup> Atalay Yörükoğlu, Gençlik Çağı, Türkiye İş Bankası Yayınları, Ankara, 1987, s. 2416.

<sup>5</sup> Rich Christopher L. ve Bo S. Runeson, Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86.5, 1992, s.335-339.

<sup>6</sup> Gölge, a.g.e. ,s.19-28

duruma gelir. Travmatik olaya olağandışı nitelik kazandıran, travmanın diğer yaşantılar karşısında uyum göstermeyi sağlayan başa çıkma mekanizmalarının iş görmez hale sokacak düzeyde şiddetli olmasıdır.<sup>7</sup> Travmatik yaşantıyla karşı karşıya kalma sonucu rutin düşünce süreçlerinin devreden çıktığı değişken bir duruma geçiş meydana gelir.<sup>8</sup> Travma yaşantısı sonrasında kişilerin bilişsel işlevlerinde önemli değişimler yaşanabilmektedir. Travma sonrasında bilişlerde yaşanan bu değişimler Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Bilgi İşleme Modeli, Temel Varsayımlar Modeli, Zaman Yönelimi Modeli olmak üzere üç ana modelle incelenmektedir.

İnsanlık tarihi süresince çeşitli toplumlarda, çeşitli sıklıklarla görülen intihar, ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri bulunan komplike bir olgudur. Gerek fikir, gerek eğilim ve gerekse girişim düzeyindeki intihar, yaşam dürtüsüyle çatışır. Bu nedenle de bir ruhsal patoloji belirtisi olarak ele alınır. İntiharın açıklaması psikolojik, sosyolojik ve nörobiyolojik yaklaşım olmak üzere üç ana yaklaşımla ele alınır. Bunlardan biri olan psikolojik yaklaşım kendi içinde; psikanalitik kuram, varoluşçu, davranışçı, schneidman ve kaçış kuramı olmak üzere beş ayrı kurama ayrılır.

İntihar girişiminde bulunan kişilerin yaklaşık %90'ı aşkınının bir psikiyatrik soruna sahibi olduğu; özellikle de sınır kişilik bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, majör depresyon, alkol-madde bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu, anksiyete bozukluklarından olan travma sonrası stres bozukluğu ve panik bozuklukları, disosiyatif bozukluk tanısına sahip kişilerin intihar risklerinin daha yüksek olduğu bilgisi travma yaşantısı ve travma sonrası bilişlerin intihar davranışındaki etkisini göstermesi bakımından önem taşımaktadır.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Türksoy, a.g.e. s.9-21.

<sup>8</sup> Philip Zimbardo vd, *The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy*, John Wiley & Sons, 2012, s.18-48

<sup>9</sup> Christopher L. ve Bo S. Runeson, a.g.e. s.335-339.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Travma nedir ve travma sonrası bilişler nelerdir? Travma sonrası bilişlerin intihar olasılığı ile ilişkisi ne düzeydedir?

#### Araştırmanın Alt Problemleri

- İntihar olasılığı ile travma sonrası bilişler ve travma sonrası stres arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Travma sonrası bilişler ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Travma sonrası bilişler ve düşmanlık arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İntihar olasılığı ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İntihar olasılığı ve intihar denemesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İntihar olasılığı ve bki arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İntihar olasılığı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İntihar olasılığı ve psikiyatrik hastalık arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İntihar olasılığı ve yaş arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- İntihar olasılığı ve birlikte yaşanan kişiler arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

### 1.2. HİPOTEZLER

- İntihar olasılığı ile travma sonrası bilişler ve travma sonrası stres arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Travma sonrası bilişler ve umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- Travma sonrası bilişler ve düşmanlık arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- İntihar olasılığı ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- İntihar olasılığı ve intihar denemesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- İntihar olasılığı ve bki arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- İntihar olasılığı ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- İntihar olasılığı ve psikiyatrik hastalık arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- İntihar olasılığı ve yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- İntihar olasılığı ve birlikte yaşanan kişiler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

### 1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmanın amacı travma, travma sonrası bilişler ve intihar olasılığı arasındaki ilişki ve bu değişkenlerin sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisinin ilgili alan yazından faydalanılarak detaylı bir biçimde açıklanmasıdır.

Çalışmamız travma sonrası bilişler ve intihar olasılığı kavramlarını ilişkili biçimde açıklayacak olmasına fayda sağlayacaktır. Bilişler, duygu ve davranışlarla sürekli olarak etkileşim halindedir ve bu doğrultuda bilişlerde meydana gelecek bir değişim duygu ve davranışlarda değişime yol açacaktır. Bu nedenle travma sonrası bilişlerin ve bunların intihar davranışı ile ilişkisinin anlaşılması, intihar davranışının önlenebilirliğini sağlaması bakımından büyük önem taşımaktadır.

### 1.4. SAYILTILAR

Araştırmanın sayıltılarını aşağıdaki kriterler oluşturur;

- 1) Katılımcılar kendilerine yöneltilen sorulara samimi bir şekilde yanıtladığı varsayılmaktadır.
- 2) Katılımcılar evren olarak kabul edilmektedir.
- 3) Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu, travma sonrası bilişler ölçeği, travma sonrası stres tanı ölçeği, intihar olasılığı ölçeği ilgili değişebilen verileri geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

### 1.5. SINIRLILIKLAR

Bu araştırma;

- 1) İstanbul il merkezindeki Üniversite öğrencileri ile sınırlıdır.
- 2) Elde edilen veriler kişisel bilgi formu, travma sonrası bilişler ölçeği, travma sonrası stres tanı ölçeği, intihar olasılığı ölçeği ile sınırlıdır.

### 1.6. TANIMLAR

**Travma:** Ölüm tehdidinin ya da gerçek bir ölümün bulunduğu, ciddi bir yaralanmanın, yaşamsal ya da fiziki bütünlüğü hedef alan ve bireyin kendisine

yönelik, şahit olduğu ya da değer verdiği bir kişinin başına geldiğini öğrendiği olağan olmayan olay olarak tanımlanmaktadır.

**Biliş:** Biliş (cognition) bilinç topluluğunu oluşturan sözel ve resmedilebilen parçalara verilen addır.

**İntihar:** Bir kişinin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisiyle kendi arzusu ile yaşamına son verme kararı almasıdır.

**İntihar Teşebbüsü:** Kişinin kendisine yönelik olan ve hayatı tehdit edici nitelik taşıyan her türlü harekettir.



## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. İNTİHAR

##### 2.1.1. İntiharın Tanımı

İntihar kelimesinin İngilizce'deki karşılığı "kişinin kendini öldürmesi" anlamı taşıyan "sui" yani "ben" ve "cedere" yani kıymak, öldürmek sözcüklerinin bir araya gelmesi sonucu oluşan "suicere"den gelmektedir. Oxford İngilizce sözlük, kelimenin ilk kullanım yılının 1651 olduğunu ve 1662 yılında yayınlandığını belirtmektedir. Tanzimat döneminde Türkçe'ye tercümesi yapılan eserlerle birlikte "intihar" sözcüğü "kendini katl etme"nin yerine kullanılmaya başlanmıştır. Arapça'daki "nahr-ı kurban" kökünden türetilmiştir.<sup>10</sup> Dolayısıyla boğazdan asılma ile ilişkili bir sözcüktür. Arapça kökeninden de anlaşılacağı gibi intihar boğazla, boğazdan asılmayla ilgilidir. Ülkemizde suisid şeklindeki kullanımı da sıktır.<sup>11</sup> Türk Dil Kurumu ise intihara karşılık "öz kıyım" veya "öze kıyım" kelimelerinin kullanımını önermektedir.<sup>12</sup>

İlkel toplumlarda dahi var olduğu bilinen bir olgu olan intihar dünyadaki ölüm sebepleri içinde onuncu sırada gelmektedir. Her yıl yaklaşık olarak 20 milyon kişi intihar girişiminde bulunmakta ve 1 milyonu aşkın insan intihar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Bu denli büyük kayıplara yol açan intihar tarih boyunca merak edilen, araştırılan nedenleri aranan bir konu haline gelmiştir. İntihar konusunun sistematik bir şekilde ele alınıp çalışılmasına ise günümüze yakın tarihlerde başlanmıştır.<sup>13</sup>

İntihar bireye dair bir konu olduğu kadar toplumsal, kültürel ve ekonomik yönleri de bulunan komplike bir olgudur. Sözlük tabiriyle bireyin kendi yaşamına son vermesi, kendini öldürmesi, kendi aktivasyonunu noktalaması anlamlarına sahiptir.<sup>14</sup> Hayat sorunları ve travmalar kişiler arası ilişki bozukluğuna ve sosyal çevre izolasyonuna sebep olmaları nedeniyle tetikleyici bir rol oynamaktadır. Bu

<sup>10</sup> Nezahat Arkun, İntiharın Psikodinamikleri, İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Yayınları, 2(1), 1978, s.80-93

<sup>11</sup> Mehmet Eskin, İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2003, s. 8.

<sup>12</sup> Eskin, a.g.e. ,s.3-28

<sup>13</sup> Erkut Ragıp Bulut, Hüdaverdi Küçüker, Necati Serkut Bulut, İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış, Cumhuriyet Tıp Dergisi, 34(1), 2012, s.128-137.

<sup>14</sup> Sırma Gülsüm, İhtihar Girişimi Sonucu Acil Servise Başvuranlar Üzerinde Prospektif Bir İnceleme, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul. 1997, s.10-65 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

tetiklenmenin oluşumunda genetik, yapısal ve ruhsal faktörlerin belirleyici özelliği vardır.<sup>15</sup>

İnsanlık tarihi boyunca farklı toplumlarda, farklı sıklıklarla görülen intihar, ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri de bulunan bir olgudur. İntihar fikri, eğilimi ve girişimi, yaşam dürtüsüyle çatışır. Bu doğrultuda bir ruhsal bozukluk belirtisi olarak ele alınır.

İntihar, Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırması (International Classification of Disorders) (ICD-10) ek bölümde “Sıklıkla Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklarla İlgili Başka Durumlar” başlığının altında “Hastalık ve Ölümün Dış Nedenleri” alt başlığında “Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme” olarak yer almaktadır.<sup>16</sup> Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Basımında (DSM-5) ayrı bir tanı olarak yer verilmeyip depresif bozukluk ile ilişkilendirilmiştir.<sup>17</sup>

Ziyalar, intiharı bireyin kendisine yönlendirdiği yüksek düzeyde bir saldırganlık içeren bir durum olarak tanımlar.<sup>18</sup> Herperts üstesinden gelinemeyen gerilimden kurtulma çabasının intihara yol açan en önemli faktör olduğunu söylemektedir.<sup>19</sup> Gerilimin sebebi ötekilere yönelik saldırganlıktır. Bireyin bu kişilerden biriyle özdeşleşmesi halinde, saldırganlığı kendisine yöneltmektedir. Arkun, intihar düşüncesi, girişimi ve eylemini tüm canlılarda ortak bulunan yaşam içgüdüsüne karşıt bir olgu olarak tanımlar. İntihar, yaşamını noktalama kararı alan kişinin en etkin metodu belirleyip, dışardan bir müdahale gelmesine izin vermeyecek bir biçimde kendisini öldürmesidir.<sup>20</sup>

Türk Dil Kurumu, intiharı kişinin toplumsal ve ruhsal sebeplerin yönlendirmesiyle yaşamına kendi isteği ile son vermesi olarak tanımlamaktadır. Ancak bu bakış açısı kişinin yaşamını sonlandırma noktasına gelene kadar geçtiği sürecin göz ardı edilmesine sebep olmaktadır. Sürecin başlangıç nedenine dair düşünmek zorlaşmaktadır. Pek çok intihar bilimcisi intiharın bireyin kendini katletmesinden ibaret olmadığı, çoğunlukla uzun zaman devam eden bir intihar fikriyle başlayan bir süreç olduğu konusunda hemfikirdir.<sup>21</sup> Bu süreç içinde bazı

---

<sup>15</sup> Sırma ,a.g.e., s.24-73.

<sup>16</sup> Orhan Öztürk ve Aylın Uluşahin, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015, s.113

<sup>17</sup> Ertuğrul Köroğlu, Amerikan Psikiyatri Birliği, 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013, s.83-85

<sup>18</sup> Adnan Ziyalar, Sosyal Psikiyatri, Özal Matbaası, İstanbul 1980, s.263-276.

<sup>19</sup> Stephan Herpertz, Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91,1, 1995, s.57-68.

<sup>20</sup> Nezahat Arkun İntiharın Psikodinamikleri, 2. Baskı, İ.Ü.Edebiyat Fak. Yayınları, İstanbul, 1978; s: 130-178.

<sup>21</sup> Eskin, a.g.e. ,s.162



hastalar usulca ölüme doğru yol alırken bazıları “kendimi öldürmekten korkuyorum”, “kendime bir şey yapmaktan korkuyorum”, “yalnız başıma kalmaktan korkuyorum” gibi söylemlerle korktuklarını belirtir ve intihara dair bazı sinyaller verirler. Bu sürecin önem sahibi olmasının sebeplerinden biri, intiharın önlenmesi olasılığını taşımasıdır. Bu düşünce akışı içinde bazı hastalar sessiz sakin girişime doğru ilerlerken, bazı hastalar da “kendime bir şey yapacağımdan korkuyorum”, “yalnız kalmaktan korkuyorum” diyerek hem içinde bulunduğu tehlikeyi, hem de korkularını bildirirler. Bu sürecin önemliliğinin bir sebebi de, bu süreç içinde bazı öz kıyım girişimlerinin engellenebilmesidir.

İntihar tanımlarında çeşitli farklılıklar olmasına karşın neredeyse tümünde bireyin kendisine yönelttiği bir saldırganlığın varlığından söz edilmektedir. İntiharın pek çok etkenin rol aldığı komplike bir olgu olması tüm intiharlar için geçerli genel bir tanımın yapılmasına engel olmaktadır. Tanımlar yeterli olmadığından, intihar eylemini ve intihar sürecini tanımlarken önem gösterilmesi gereken noktalar vardır. Kapsayıcı nitelikte bir terim elde edebilmek için önemli taşıyan üç temel ilke; kişinin intihar etmeyi isteyip istememesiyle ilgili olan niyet, kişinin intihar etme niyetiyle faaliyet gösterip göstermediğiyle ilgili olan eylem ve kişinin bu eyleme yönelmesindeki temel amacı araştıran güdüdür.<sup>22</sup>

Günümüzde intihar bir hastalık olmaktan ziyade bir semptom olarak ele alınmaktadır. İntihar semptomu diğer semptomlarda olduğu gibi farklı hastalıklarda ortaya çıkabilir.<sup>23</sup>

İntihar Uluslararası Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından üç başlık olarak sınıflandırılmaktadır: Bunlardan ilki olan tamamlanmış intiharda kişi taşıdığı saldırganlık içgüdülerinin etkisiyle ölüm arayışına geçmektedir. Ölümle sonuçlanan bu türden intiharların daha çok mazoşistik nitelikte olduğu söylenebilir. İkinci başlık intihar girişimidir. Kişinin kendisine yönelik olan ve hayatı tehdit edici nitelik taşıyan her hareket bu başlığın kapsamına girer. İntihar girişimleri, girişim olarak kalmakta ölümlerle sonlanmamaktadır. Üçüncü başlık olan intihar fikri kişinin hayatına son vermeye yönelik girişimlerde bulanabileceğini haber vermesi bakımından önemlidir.<sup>24</sup> Odağ'a göre intihar ve intihar girişimi ayrımını yapmak dinamik yaklaşımda, ölümlerle sonuçlanıp sonuçlanmadığına bakılmaksızın zordur. İntihar girişimi kavramı netice itibarıyla ölüm olmadığını yaşamın devam ettiğini

<sup>22</sup> Eskin, a.g.e. ,s.3-28

<sup>23</sup> Russel M. Bauer, Bosch G, Freyberger H. Psikiyatri, Psikosomatik-Psikoterapi, Çev. Prof. Dr. Günsel Koştagel-İlal, 3.Baskı, Sermet Matbaası, Kırklareli 1985; s: 144-153.

<sup>24</sup> Özcan Köknel Depresyon, 2.basım, Altınkitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989; s.118-40.

göstermektedir. Sonuç doğrultusunda yapılan bir ayırım bu kavram için yetersiz olabilmekte ve rastlantısallığın payını yüksek tutmaktadır. Bu şekildeki bir ayırımın; kişinin ölüm olgusuna intihardan görece daha uzak kabul edilmesi nedeniyle intihar girişimine yeterli önemin verilmesini engelleyebilmesi nedeniyle sakıncalı olabilmektedir. Ancak intihar girişimi sonrası ilk yılda özellikle ilk üç ayda tamamlanmış intiharın gerçekleşebilme riski çok yüksektir.<sup>25</sup> Ayrıca ilgili literatüre bakıldığında intihar teşebbüslerinin yaklaşık %25 oranında tekrarlandığının ve bu intihar teşebbüsü tekrarlarının yaklaşık %30'unun ölüme neden olduğunun görülmesi durumun ne denli ciddi olduğunun anlaşılmasını sağlayabilir.<sup>26</sup>

Dünya Sağlık Örgütü ise intiharı; "tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri" olmak üzere iki başlık altında ele almaktadır. Ölümle sonuçlanan intiharlar tamamlanmış intiharlar olarak adlandırılır. Kişinin kendine zarar vermek, kendini yok etmek amacıyla ortaya koyduğu intihara yönelik olan ancak ölümcül olmayan bütün istekli girişimleridir.<sup>27</sup> İntihar girişimde bulunan kişiler çevreyle iletişime daha açık, kendiliklerine ulaşabilen, kurtuluş ihtimaline açık olan, farklı seçenekler arasında kararsızlık yaşayan kişilerdir. Tamamlanmış intihar sahipleri ise çevreye daha kapalı, ulaşmanın güç olduğu, içinde buldukları güç durumdan çıkamayacaklarını düşünen ve bu durumdan tek kurtuluş yolunu ölüm olarak gören kişilerdir.<sup>28</sup>

### 2.1.2. İntiharın Tarihçesi

Tarihsel süreç içinde intihar farklı toplumlar tarafından farklı şekilde ele alınmıştır. Eski dönemlerde insanlar kendilerini Allah'a kurban vermişlerdir. Açlık dönemlerinde ise yaşlı ve çocukların savaşın bitmesi için kendilerini kurban ettikleri bilinmektedir. Bazı toplumlarda ise dul kalan kadınların intiharı, kocalarına olan sadakatlerinin göstergesi olarak kabul edilmekteydi. Örneğin Roma tarihine baktığımız zaman Brutus'un karısı Porcia'nın kocasının öldüğü haberini alır almaz yanar halde bulunan bir kömür parçasını yutarak kendini öldürdüğü bilinmektedir. Hindistan'da ise buna benzer başka bir gelenek olan sati törenlerine önem verilmiştir. Ölen kocayla birlikte hayatta kalan eşin aynı ateşte yakılması âdeti 19. yy'a kadar büyük öneme sahip olmuştur. Tarihi süreçte intiharın adaletin yeniden düzenlenmesi adına atılan bir adım olma özelliği taşıdığı bilinmektedir. Bu adet bazı

<sup>25</sup> Karl Gustav Dahlgren, Attempted suicide: 35 years afterwards. Suicide Life Threat Behav, 1977, s.75-79.

<sup>26</sup> Bauer vd. ,s.144.153.

<sup>27</sup> Dülger HE, Yemişçigil A, Karali H, Ege B, Hancı İH. İntihar sonucu ölüm olgularının retrospektif incelenmesi. Adli Tıp Dergisi 7(1), 1991, s.115-118.

<sup>28</sup> Bulut vd. ,a.g.e. ,s.128-137.

Afrika kabilelerinde günümüze değin varlığını sürdürmüştür. Bu gelenekte hakarete uğramış kişi yüksek bir ağaca çıkmakta, içindeki tüm siniri ona hakaret eden kişiye boşalttıktan sonra bulunduğu ağaçtan atlayarak intihar etmektedir.<sup>29</sup>

İntihara dair en eski kayıtlarına Mısırlılara ait olduğu bilinmektedir. Bu konudaki ilk yazılı metin Mısır papirüslerindeki “İntihar Üzerine Tartışma” adlı metindir. Bu metinde ruh ve benlik arasında gerçekleşen diyalog yer almaktadır. Papirüsteki argümanlar toplumsal sorumluluk ve kişisel özgürlük arasındaki çatışmaya gönderme yapan, insanın herhangi bir durumda hayatını sonlandırma hakkının bulunup bulunmadığı sorusunu irdelemektedir. İntihar yoluyla ölüme ayrılık ve kederin eşlik edeceğini savunan ruha karşılık, beden ölümün tatil ve tedavi olacağını savunmaktadır. Ana tema ölmek ve hayatta kalmak arasındaki seçime dair ikilemdir.<sup>30</sup>

Antik çağa baktığımızda Romalıların, intiharı bazen olumlu bazen de tarafsız kabul ederek buna benzer bir yaklaşım ortaya koydukları görülmektedir. Örneğin, bu dönemlerde Oedipusun annesi Jokasta'nın intiharını takdire şayan bulmuştur. Sofokles, bunu en iyi trajedisi sayılan “Oedipus”da irdelemiştir. Bu intihar aynı zamanda edebiyat dünyasına giren ilk intihar olma niteliği taşır.<sup>31</sup> Eski Yunanlılar da kimi durumlarda kişilerin kendi istekleri dahilinde yaşamlarına son vermelerini makul bulmuşlardır. Buna karşılık Yahudilikte ve Hristiyanlıkta intihar yasaklanan bir eylemdir. Kutsal Augustus ve Akvitan intihar davranışının cinayetle eş görülmesini önermişlerdir.

Benzer nitelikte bir yaklaşım İslam dini için de geçerlidir. İslam dini intiharı “büyük günah” olarak nitelemektedir. Bunun sebebi ise insanın kendi isteğiyle kendi hayatına son verme yetkisine sahip olmamasıdır. Tanrının kalesi olan insan vücudunu, kim inşa ettiyse onun yıkması kabul edilebilir. O dönemlerde Hristiyan ve Müslüman ülkelerde intihar sonucu ölenlerin afazoz edilmesine önem verilmiştir. İntiharın günah olarak değerlendirilip intihar eden kişilerin lanetlenmesi toplumun bu davranış karşısındaki duruşunu sert bir şekilde değiştirmiştir. Dolayısıyla intihar erdemli bir davranış olma özelliğini kaybedip utanç ve korku duygularıyla karşılanmaya başlanmıştır.<sup>32</sup>

<sup>29</sup> Şefiyeva E. Anormal İnkişafın Psixologiyası, Bakı: BDU Nəşriyatı, 2011, s.215-217

<sup>30</sup> Selvinaz Parlak, İntihar Girişiminde Bulunan Depresiflerin Ruhsal İşleyişlerinin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilimdalı, İstanbul, 2010, s.23-28 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>31</sup> İrfan Özen, İntihar, İntiharın Tarihine Düzeliş, İlave, Ozan Yayıncılık, İstanbul, 1997, s. 17-19

<sup>32</sup> Nadir İsmayılov ve İsmayılov F. Tibbi Psixologiya ve Psixoterapiya, Maarif Nəşriyatı, Bakü, 2014, s.229

### 2.1.3. İntiharın Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gelişmiş ülkelerdeki yetişkin ölümlerinin önde gelen on nedeninden biri olarak intihar gösterilmektedir.<sup>33</sup> Yine DSÖ'nün verilerine göre, her yıl ortalama bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir ve her 40 saniyede bir kişi intihar ederek yaşamına son vermektedir.<sup>34</sup>

Dünya genelinde, her gün ortalama 1000 kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir.<sup>35</sup> DSÖ'nün verilerine göre, her yıl 800.000'den fazla insan intihar yolu ile yaşamını yitirmektedir.<sup>36</sup> Cinsiyet farklılığı bağlamında 15-44 yaş arası bireylerin ölüm sebeplerine bakıldığında intihar, kadınlarda %7,1'lik oranla ikinci; erkeklerde ise %6,6'lık bir oranla dördüncü sıradadır.<sup>37</sup> Ülkemizde ve dünyada intiharın gün geçtikçe artması intiharı öncelik verilmesi gereken bir sağlık sorunu haline getirmektedir. DSÖ'ne göre intihar hızı dünya genelinde yaklaşık %60'lık bir artış göstermiştir.<sup>38</sup> Dünya çapında ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça intihar yollu ölüm oranlarının azaldığı görülmektedir.<sup>39</sup>

Farklı ülkelerde intihar oranı 100.000'de 10-40 arasında değişmekteyken genel toplumda 100.000'de 10-20 kadardır.<sup>40</sup> İntihar girişimi oranı ise, bunun 15 katı kadardır. Bu oran Japonya'da yüz binde 24,5'tir. Japonya'da intihar oranları diğer birçok sanayileşmiş ülkelere kıyasla oldukça yüksektir.<sup>41</sup> ABD'de yıllık yüz binde 12,5'tir. Baltık ülkelerinde yüz binde 35'in üzerine çıkabilmekte, İrlanda ve Mısır gibi ülkelerde ise yüz binde 10'un altına düşebilmektedir.<sup>42</sup> İntihar girişimine dair oranlar çoğu ülkede daha tutarlı bir benzerlik göstermekte ve hayat boyu intihar girişimi yaygınlık oranları %0.72-5.93 arasında değişmektedir.<sup>43</sup> Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK), 2016 verilerine göre kaba intihar hızı yüz binde 3,86'dır. Diğer

<sup>33</sup>Bo Runeson ve Danuta Wasserman, Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90,3, 1994, s.222-228.

<sup>34</sup>Jina Pagura, Cox, B. J. Sareen, J. & Enns, M. W. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States national comorbidity surveys, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196,11, 2008, s.806-813.

<sup>35</sup>Roy, A. Psychiatric emergencies, *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry VII. Ed.(Eds) BJ Sadock, VA Sadock. Williams and Wilkins, Baltimore*, 2000, s.2031-2055.

<sup>36</sup>Katherine Anne Comtois ve Marsha M. Linehan, Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review, *Journal of Clinical Psychology* 62,2, 2006, s.161-170.

<sup>37</sup> Kay Redfield Jamison ve Emine Değirmenci, Erken Çöken Karanlık İntiharı Anlamak. Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2004, s.67

<sup>38</sup> Sachidananda Mohanty, Sahu, G. Mohanty, M.K. Patnaik, M. Suicide in India: A four year retrospective study, *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 14(1), 2007, s.185-189.

<sup>39</sup> Meltem Atay ve Kerimoğlu, E. Ergenlerde İntihar Davranışı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.10, 2003, s.128-136.

<sup>40</sup> Özsoy, Saliha Demirel, and Ertugrul Esel. "İntihar (Özkiyim)/Suicide." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4,3, 2003, s.175

<sup>41</sup> Alparşlan Balcı, Japonya'nın intihar sorunu. 2013, Erişim Tarihi: (14.04.2018).

<https://www.dunyabulteni.net/yazar/john-w-traphagan/18828/japonyanın-intihar-sorunu>

<sup>42</sup> Roy, a.g.e. ,s. s.2031-2055.

<sup>43</sup> Weissman, Myrna vd. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder, *Jama* 276,4, 1996, s.293-299.

bir ifade ile 2016 yılında her yüz bin kişiden yaklaşık dördü intihar etmiş olup ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı üç bin altmış dört kişi olmuştur. Ayrıca, intihar edenlerin %76,1'ini erkekler, %23,9'unu ise kadınlar oluşturmuştur.<sup>44</sup>

## 2.1.4. İntihar Teorileri

### 2.1.4.1. Psikanalitik Kuram

Psikodinamik kurama göre intihar niteliğindeki asıl davranış bireyin yaşama isteğinin ortadan kalkması, kuvvetli ölüm isteği duyması ve hatta kişinin ölüme susması da denilebilecek bir durum içinde bulunmasıdır. İnsanlık tarihi boyunca anlaşılması güç görünen ölüm arzusu hele de bu arzunun kişinin kendisi tarafından gerçekleştirilmesi, tüm dönemler boyunca akılları karıştırmıştır.<sup>45</sup>

Psikanalitik kuram intiharı engellenme-saldırganlık bağlamında açıklar. İntihar kişinin engellenmesi saldırganlık duygusunun artması ve bu duygunun artışıyla birlikte kişinin kendisine yönelmesidir. Dışardan gelen engellenmenin yüksek düzeyde olduğu durumlarda kişi saldırganlık göstermeyi edinilmiş bir hak olarak görmeye başlar ve cinayet işlemeye yönelir ancak engellenmenin düşük düzeyde olduğu durumlarda saldırganlık kişinin kendisine yönelik olur ve kişi intiharı gerçekleştirir.

Freud intiharı sadizm üzerinden açıklamaktadır. Freud kişinin kendini öldürmeye yönelik bir istek duymasının bir nedeni olarak sadizmi görür ve başkasını öldürmeyi düşünemeyecek bir kişinin kendisini de öldürmeyi düşünemeyeceğini belirtir.

Freud "Yas ve Melankoli" adlı eserinde intihara dair sürecin, bilinçdışı sevgi nesnesinin yitilmesi ile başladığını belirtir. Yastan farkı burada yitimi yaşanan sevgi nesnesinin bilinçdışı olmasıdır. Bilinçdışı sevgi nesnesi yitirilince ona yatırılmış olan libido benliğe yönelir, bu yolla yitirilmiş sevgi nesnesine ait bir parça benliğe dönmektedir. Bu dönüşle birlikte yitik sevgi nesnesiyle olumsuz yönde bir özdeşim gerçekleşir. Yitik sevgi nesnesine duyulan öfke ve kin duyguları benliğe yönelmektedir. Yıkıcı dürtüler ve yok etmeye, öldürmeye dair düşünceler yön ve amaç değiştirmiş yitik sevgi nesnesi yerine benliğe yönelmiştir.<sup>46</sup>

<sup>44</sup> Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK- İntihar istatistikleri, 2012, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (Erişim Tarihi: 14.04.2018)

<sup>45</sup> Bulut, a.g.e. ,s.128-137.

<sup>46</sup> Celal Odağ, İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, İzmir, 1995, s.74-75

Freud intiharı “egonun zalim ve katı bir süper ego tarafından yaşamaya değer bulunmayacak denli aşağılık görülmesi ve süper ego tarafından baskılanan egonun, gereksinimlerini karşılamayıp kendisini sürekli engellenmeye tabi tutan ebeveynleri temsil eden süper egoyu yok etmesi, bir açıdan egonun süper egodan öç alması olarak açıklamaktadır.”<sup>47</sup>

İntihar Menninger (1938) tarafından hayat ve ölüm arasındaki savaş olarak tanımlanır. Menninger’e göre ölüm; öldürülme ve öldürme bileşenlerinden oluşur. Menninger intihar davranışında 3 temel güdü doğrultusunda hareket edildiğini belirtmiştir.<sup>48</sup> Bunlardan ilki kişinin kızgınlık ve öfke ile birlikte duyduğu öldürme isteğidir. İkinci güdü öfkenin bireyin kendisine yönelmesiyle beraber gelen öldürülme isteği ve sonucusu ise tüm bu duyguların biraraya gelip, bireyin kendisine yönelmesi sonucu ortaya çıkan ölme isteğidir.<sup>49</sup>

Bireysel psikolojinin önde gelen isimlerinden biri olan Adler intiharı kişinin yaşam stili ve toplumsal ilişkileri ile açıklar. İntihar yeterli düzeyde toplumsal ilgiye sahip olmayan ya da eskiden sahip olup sonrasında bu ilgiyi yitiren kişinin ani bir sorun ya da stresle karşılaşması durumunda gerçekleşebilir. Kişinin toplumla uyumsuzluk yaşaması, kişilerarası ilişkilerinin kopuk olması tüm başarısızlıklarının temel noktası olabilmektedir. Bunlar da aşağılık duygusu ve bu duygunun birey üzerinde yoğunlaşmasının sonucunda meydana gelmektedir. İnsanoğlu her daim yetersizliğin, eksikliğin, sonsuzluğu bütünü ile kavrayamamanın acısını hissetmektedir.<sup>50</sup> İnsanoğlunun yaratma yetersizliği, Adler’in temel kavramı olan aşağılık duygusunun esas sebebidir. Bu yetersizlik, ölüm düşüncesine ve dolayısıyla ölüme sebep olabilmektedir.

Görüşleriyle sanat, edebiyat, felsefe ve en çok da psikolojiyi etkileyen Jung’a göre insanlık tarihi boyunca cinayetlerin gittikçe azalan bir profil sergilemesi ve bir yandan cinayetler azalırken öte yandan intiharların artması egonun dış dünyayı terk ederek kendisine yönelmesi ile açıklanabilmektedir. Ego ne denli dış dünyadan ayrılırsa saldırganlık dürtüleri de o denli egonun kendisine döner. Yani ilkel insanda ve çocuklukta dış dünyaya yönelmiş olan bu güçler olgun bir egoda egonun kendisine döner.<sup>51</sup>

<sup>47</sup> Emile Durkheim, İntihar, Çev: Prof. Özer Ozankaya, 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, 1992; s: 7.

<sup>48</sup> Eskin, a.g.e., s.3-28

<sup>49</sup> Odağ a.g.e., s.74-75

<sup>50</sup> Hüsnü Yurdusev, Yaratma Üzerine Freud ve Adler’e Karşı Bir Görüş, Bözüyük Basımevi, İstanbul, 1961, s.33

<sup>51</sup> Murat Ukray, Jung Psikolojisi, Carl Gustav Jung, 5. Baskı, Yason Yayınları, Ankara, 2014, s.44-45

#### 2.1.4.2. Varoluşçu Kuram

Yalom, intiharı insanın ölüm ve yaşam ile olan ilişkisini inceleyerek ele alır. Yaşamla olan ilişkisinde yaşamın anlamsız olduğunu hisseden kişinin, kendi anlamını yaratma sorumluluğunu almamasını nevrozun ve hatta en sonunda intiharın en önemli nedenlerinden birisi olduğunu belirtmektedir.<sup>52</sup>

#### 2.1.4.3. Davranışçı Kuram

İntiharı öğrenme teorisi aracılığı ile açıklanmasında, diğer davranışlarda da olduğu gibi intihar davranışının da öğrenilebileceği iddia edilir. Birey bu davranış paternini sorunların çözümü adına uygun bir metot olarak öğrenmektedir. Bu modelde intiharla amaçlanan yani intihar eylemiyle hedeflenen sosyal çevresi içindeki bir kişi yahut kişilere kalıcı bir etkiye bulunması, kalıcı bir mesaj vermesidir.<sup>53</sup>

#### 2.1.4.4. Kaçış Kuramı

Kaçış kuramına göre intihar kişinin kendi benliğinden ve kendini çevreleyen dünyadan kaçma aracıdır. Baumeister'a göre intihar altı aşamadan meydana gelir. Birinci aşamada birey mevcut koşulların gerek kendisi gerekse çevresindekiler için yetersiz olduğu düşüncesine sahiptir. İkinci aşamada birey beklentilerinin karşılanmamasının sorumlusu olarak kendisini görmeye başlar, kendini suçlama ve benlik değerinde azalma ortaya çıkar. Üçüncü aşama yüksek beklentiler ve düşük standartlar, olumsuz yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalan bireyin yine kendini suçlaması ve yetersiz görmesi ile belirtilidir. Bu aşamada mükemmeliyetçi düşünceler ne denli yüksek düzeydeyse olumsuz benliğin yoğunluğu da o denli yüksek düzeyde olacaktır. Dördüncü aşama olumsuz benlik kurgusuna bağlı depresyon ve kaygı durumuyla karakterizedir. Beşinci aşamada kişi anlam kaybında ve içsel bütünlüğünde bir bozulma yaşar. Bu nedenle anlık zaman algısı, odaklanma ve bu doğrultuda anlık duygulanım, davranışlarla birlikte kısa süreli hedeflere yönelme durumu ortaya çıkar. Birey içinde bulunduğu durumdan kurtulmanın yollarını aramaya başlar. Altıncı aşamada işlevsel olmayan bilişlerin varlığı, acizlik duygusu, kendini kurban olarak görme varsa ve birey kendini durduracak iç engellemeden mahrumsa, kaçış isteği bireyi intihar noktasına getirebilmektedir.<sup>54</sup>

<sup>52</sup> Durkheim, a.g.e. ,s.7

<sup>53</sup> Adasal R. Medikal Psikoloji, 3. Baskı, Minekoğlu Yayınları, İstanbul, s: 1977, 665-6.

<sup>54</sup> Özge Yaren Yavuz. *Benlik kurguları intihar ve intihara yönelik tutumlar*, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, 2013, s.42-44 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

#### 2.1.4.5. Sosyolojik Yaklaşım

Sosyologlar diğer konularda da olduğu gibi intiharın nedenini de bireyin dışında, toplumsal olanda bulmaya çalışmışlardır. Schneidmann ve Farberovv sosyal bir olay olarak gördükleri intihara başvuranları 5 kategoriye ayırmaktadır. Bunlardan ilki intiharı mevcut koşullardan daha iyi koşullara geçme yolu olarak görümlerdir. Bu bireyler çektikleri sıkıntının dayanılmaz olduğunu ve ölümün onlar için bir kurtuluş yolu olduğunu düşünmektedirler. İkinci kategori ölümü erdem sahibi olma yolu, şeref verici ve uhrevi âlemlde iyi bir konum kazandırıcı olarak görümlerden oluşmaktadır. Bir diğer kategori kendi ölümü yoluyla diğer kişileri yas ve kedere düşürme onları suçluluk ve sıkıntı içinde bırakma isteği duyanlar yahut bu şekilde daha önce verilmemiş olan sempati ve sevgiyi alabileceklerini düşünenlerden meydana gelmektedir. Dördüncü kategoriyi oluşturanlar toplumsal konumunu, mevkiisini kaybeden yaşlı ve umutsuz kişilerdir. Beşinci ve sonuncu kategori ise ruhsal bozukluk kökenli varsanı ve sanrıları dolayısıyla intihar eden psikotiklerdir.<sup>55</sup>

Durkheim intiharın artma sebeplerinden biri olarak ekonomik ve siyasi olarak toplumu etkisi altına alan karışıklardan ve bunların toplumsal değerleri azaltmasından bahsetmiştir. Toplumsal değişim intiharın artmasında temel bir role sahiptir.<sup>56</sup> Bu değişikliklerin topluma ya da kişilere yararının yahut zararının olması bir önem taşımamaktadır. Çünkü bu değişimler değerleri ve yaşam koşullarını değiştirmektedir. Bu doğrultuda intihar değişen durumlara uyum sağlama güçlüğü olarak nitelendirilebilir.<sup>57</sup>

Durkheim intihar tiplerini şöyle sınıflandırmaktadır. Bencil intihar bireysel benin toplumsal bene karşı baskın gelmesiyle meydana gelen bir intihar çeşitidir. Bireyin içinde bulunduğu toplulukla olan bağları zayıfladıkça, birey yalnızlaşmaya başlar ve toplumsal bütünlüğü bozulur.

Elcil intiharda adeta bir görev duygusu ile intihar gerçekleştirilir. Bencil intiharın aksine toplumsal olanla aşırı bütünlüşme söz konusudur.<sup>58</sup>

Anomik intiharlarda ise toplumsal kurumların düzenleyici fonksiyonunun yetersiz olduğu toplumlardaki bireyler arzu ve isteklerinde doymak bilmez tavır sergilerler ve bu tür toplumlarda kuralsızlık intiharları meydana gelir. Kuralsızlık

<sup>55</sup> Nurettin Şazi Kösemihal, Durkheim Sosyolojisi. 1. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1971, s: 85-95.

<sup>56</sup> Durkheim, a.g.e. ,s.7

<sup>57</sup> Adnan Ziyalar, Sosyal Psikiyatri, Özal Matbaası, İstanbul 1980; s: 263-76.

<sup>58</sup> Nilüfer Demir, Birey, Toplum, Bilim: Sosyoloji Temel Kavramlar: Turhan Kitabevi Yayınları, 2004, s.96-97



intiharları sadece çöküntü ve bunalım dönemlerine özgü değildir aksine ekonominin ve refahın aniden arttığı dönemlerde de ortaya çıkabilmektedir.<sup>59</sup>

Yazgısal(ölümcül) intihar ise toplumsal düzenlemenin aşırı düzeyde artması sonucu ortaya çıkmaktadır. Toplumsal düzen tüm toplum kurumlarıyla birlikte bireye aşırı bir denetim ve düzenleme getirir. Bireyler bu düzenlemenin bir parçası olan katı kurallardan kaçmak için intihar yolunu kullanabilmektedirler.<sup>60</sup>

Shneidman tüm intiharlar için ortak dokuz özellikten söz etmektedir. Bunlar; dayanılmaz ruhsal acı, doyum sağlamasına engel koyulmuş psikolojik ihtiyaçlar, bilinçliliğin sona ermesi, umutsuzluk, sıkıntı, ambivalans, kaçış arzusu, çözüm arayışı, intihar niyetini ötekilere bildirmek olarak sıralanabilir.<sup>61</sup>

#### 2.1.4.6 Nörobiyolojik Yaklaşım

Nörobiyolojik yaklaşım intiharın sosyolojik ve psikolojik taraflarını kabul eder ancak beyin kimyasıyla ilgili yönünün göz ardı edilmemesi gerektiğini ileri sürer. Psikoloji, şiddet ve genetik ilişkisini inceleyen çalışmalar intihar eden kişilerde serotonin isimli beyin kimyasalında eksiklik bulunduğunu göstermektedir.<sup>62</sup> İmpulsif davranışlar ve saldırganlık serotonin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur. Bir kimseyi öldüren bireylerde intihar oranlarının yüksekliği ve bu kişilerin serotonin seviyelerinin düşüklüğü, bu durumu kanıtlar nitelikte görülmektedir.<sup>63</sup>

Güncel çalışmalarda ise poliamin ve poliamin düzeninin bir parçası olan mRNA(Messenger Ribo Nükleid Asit) ve protein seviyelerindeki değişiklikler üzerinde durulmaktadır.<sup>64</sup> İntihar sonucu ölenler üzerinde yapılan araştırmalardan farklı olarak hayvanlar üzerinde bir çalışma yapılmış ve bu çalışma poliamin stresinin intihar üzerindeki etkisini kanıtlamıştır. Vücudumuzda büyüme, bölünme, çoğalma gibi görevleri olan poliaminin intihar eden bireylerde yüksek seviyede olduğu görülmüştür.<sup>65</sup>

<sup>59</sup> Durkheim, a.g.e. ,s.7.

<sup>60</sup> Durkheim, a.g.e. ,s.14-28.

<sup>61</sup> Öztürk ve Uluşahin a.g.e. s.113

<sup>62</sup> Herbert Hendin, Suicide: A review of new directions in research, *Psychiatric Services* 37,2, 1986, s.148-154.

<sup>63</sup> Ateşçi Figen Çulha vd. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları, *Klinik Psikiyatri* 5,1, 2002, s.22-27.

<sup>64</sup> Gustavo Turecki, *American Journal of Preventive Medicine*. Cilt: 47(3S2): 2014, s.144–151.

<sup>65</sup> Jeffrey A. Gross ve Turecki Gustavo, Suicide and the Polyamine System. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*. Vol,12, 2013, s.980-988.

Ülkemizde poliamin stresini ilk gündeme getiren kişi olan Uzbay, literatürde bitki intiharı olarak bilinen bir olgunun varlığından söz etmektedir; “Aynı şartlara yetiştirilen bitkilerin bir kısmı intihar etmekte sararıp ölmektedir. Yapılan araştırmalarda bu bitkilerin ağıtamin ve poliamin düzeylerinin bir hayli yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca tıp literatüründe poliamin stresi diye bir şey vardır ki cinnet ve intiharın tetikleyicisi olup şizofreni ile doğrudan bağlantılıdır. Ben buna bir bakteri ya da parazitin yol açabileceğini düşünmekteyim.”<sup>66</sup>

İntiharın nörobiyolojisini açıklamaya yönelik olarak günümüze değin pek çok çalışma yapılmış olmasına rağmen bu olgunun açıklanması sürecinde yetersiz kalınmaktadır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda en çok tiroid ve kortizol hormonları ile kolestrol inceleme konusu olmuştur.<sup>67</sup>

Hem erişkin hem de ergen örnekleme yapılan pek çok çalışmada hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) eksen ve artmış kortizol seviyeleri ile intiharda bulunma eylemi arasında benzer bir ilişki bulunmuş; intihar girişiminde bulunan kişilerde yükselmiş, azalmış, zayıflamış kortizol profilleri tespit edilmiştir.<sup>68</sup> Ayrıca konuyla ilgili olarak yapılan başka çalışmalar da bu profillerin değişmediğini göstermektedir.<sup>69</sup> Krieger intihar düşüncesi taşıyan kişilerin intihar davranışında bulunma riskini incelediği araştırmasında yüksek sabah kortizolüne sahip olmanın intihar eyleminde bulunma açısından risk teşkil ettiğini ortaya koymuştur.<sup>70</sup>

Kolesterol seviyesindeki değişimler ve tamamlanmış intihar ile intihar girişimi arasındaki ilişkiye bakılan çalışmaların büyük çoğunluğunda düşük serum kolesterol seviyeleri ile intihar ilişkili görülmektedir.<sup>71</sup> Son dönemlerde yapılan postmodern bir çalışma ile şiddet içeren intihar olgularında gri madde kolestrol seviyesinin ventral prefrontal ve orbitofrontal kortekste belirgin şekilde düşük olduğu bulgulanmıştır.<sup>72</sup>

---

<sup>66</sup> Tayfun Uzbay, Şizofreni İlacı Patenti Haberi, 2016, (Erişim Tarihi: 14.04.2018), <http://www.karar.com/hayat-haberleri/sizofreni-ilaci-icin-patent-aldi-83046#>

<sup>67</sup> Stephen J. Cina ve Joshua A. Perper, Is lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis associated with suicide? *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 30,3, 2009, s.235-237.

<sup>68</sup> Ronald Dahl vd. EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *Journal of Affective Disorders*, 19(1), 1990, s.63-75

<sup>69</sup> Mathew, Sanjay J. vd. Differentiating depressed adolescent 24 h cortisol secretion in light of their adult clinical outcome, *Neuropsychopharmacology* 28,7, 2003, s.1336.

<sup>70</sup> Gerhard Krieger, The plasma level of cortisol as a predictor of suicide. *Diseases of the Nervous System*. 35(5), 1974, s.237-240.

<sup>71</sup> Yong-Ku Kim vd. Low plasma BDNF is associated with suicidal behavior in major depression, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 31,1, 2007, s.78-85.

<sup>72</sup> Aleksandra Lalovic vd. Cholesterol content in brains of suicide completers, *International Journal of Neuropsychopharmacology* 10,2, 2007, s.159-166.

Hipotiroidinin depresyon riskini arttıran bir diğer etken olduğu bilinmektedir.<sup>73</sup> Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmanın sonucunda Hashimoto tiroidinin depresyon sebebi olabildiği ve bunun sonucunda intihar riskini yükselttiği tespit edilmiştir.<sup>74</sup>

İntiharın nörobiyolojik açıklamasını yapmak üzere en çok araştırılan konu serotonerjik sistem olmuştur. Literatürde serotonerjik sistemin intiharla ilişkili olabilecek olan anksiyete ve depresyonel bozuklukların haricinde dürtüsellik ve agresyon gibi kişilik özellikleriyle de ilişkili olduğunu gösteren birçok klinik, genetik, postmortem ve hayvan çalışmaları mevcuttur.<sup>75</sup> Bireyde bu tarz eğilimler bulunması intihar düşüncesinin, düşünce olmaktan çıkıp eylem haline gelmesinde bir risk unsurudur.<sup>76</sup> Bunun yanı sıra psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak serotonin hipofonksiyonu ve intihar davranışı arasında bir ilişkinin varlığı düşünülmektedir.<sup>77</sup>

Serotonin öncüsü olan triptofan aminoasitinin intihar eden ergenlerde diğer aminoasitlere oranla çok daha düşük seviyede tespit edilmesi nedeniyle intihar riskini tespit etmede triptofan oranlarının önemli katkı sağlayabileceği üzerinde durulmuştur.<sup>78</sup>

İntiharın nörobiyolojisiyle ilişkili olduğu ortaya koyulan bir diğer sistem de noradrenerjik sistemdir. Noradrenerjik nöronlar ve enzim seviyelerindeki değişimin intihar davranışıyla ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla vurgulanmaktadır.<sup>79</sup>

İntihar davranışıyla ilgili olarak inceleme konusu yapılan bir diğer unsur MAO (monoamin oksidaz) seviyeleridir. Aile öyküsünün incelenmesi yoluyla intihar davranışının yaygınlığının tespit edildiği bir çalışmada kişilerin kan örnekleri incelenerek MAO seviyelerine bakılmış, MAO enzim seviyeleri düşük düzeyde olan grubun, yüksek olan gruba göre sekiz misli fazla olacak şekilde ailelerinde intihar öyküsü bulunduğu saptanmıştır.<sup>80</sup>

<sup>73</sup> Nail Şahin vd. Psychometric properties of the problem solving inventory in a group of Turkish university students, *Cognitive Therapy and Research* 17,4, 1993, s.379-396.

<sup>74</sup> Cina ve Perper, a.g.e. ,s.235-237.

<sup>75</sup> Juan Carballo vd. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings, *Archives of Suicide Research*12.2, 2008, s.93-110.

<sup>76</sup> Masoud Kamali vd. Understanding the neurobiology of suicidal behavior, *Depression and Anxiety* 14,3, 2001, s.164-176.

<sup>77</sup> John Mann, The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*. 4(1), 1998, s.25-30.

<sup>78</sup> Duncan B. Clark, Serum tryptophan ratio and suicidal behavior in adolescents: a prospective study, *Psychiatry Research* 119,3, 2003, s.199-204.

<sup>79</sup> Kamali vd. ,a.g.e. ,s.164-176.

<sup>80</sup> Monte Buchsbaum vd. Suicide attempts, platelet monoamine oxidase and the average evoked response, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 56,1, 1977, s.69-79.

## 2.1.5 İntiharı Etkileyen Risk Etkenleri

İntihar girişimcileri, psikososyal etkenler ve yüksek oranda psikiyatrik komorbidite nedeniyle tanısal açıdan heterojen vakalardır.<sup>81</sup>

APA(Amerikan Psikiyatri Derneği)'ya göre intihar tahmininde bulunmak zor olmasına karşın, intihar eğilimine sahip bireylerin bazı ortak özellikler taşıdıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar.<sup>82</sup> (APA,2016);

- İntihar hakkında konuşma
- Yeme ya da uyku sorunları
- Köklü davranış değişiklikleri
- Sosyal faaliyetlere karşı mesafeli duruş
- Okul, iş ya da hobilere karşı ilgi kaybı
- Ölüm hazırlığı yapma, vasiyet yazma

Bu özellikleri taşıyan bireyler haricinde alkol ve uyuşturucu kullanımı olanların da intihar için risk grubunda oldukları kabul edilmektedir.

Shneidmann yüksek intihar riski taşıyan grupları şu şekilde sıralar;

- Madde bağımlıları,
- Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olanlar
- İntihar tanıkları

Tüm bunların yanı sıra yalnızlık da intiharla yüksek düzeyde ilişkili olduğu düşünülen bir diğer faktördür.<sup>83</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınladığı verilere bakıldığında ruhsal bozukluğu olan bireyler(alkol-madde bağımlıları, depresyon, kişilik bozukluğu ve şizofreni tanısı sahipleri) ile kanser hastaları ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) gibi nörolojik bir hastalığa sahip olanlar intihar risk grubunda olan bireyleri

<sup>81</sup> Runeson ve Wasserman, a.g.e. ,s.222-228.

<sup>82</sup> American Psychological Association, Suicide Warning Signs, 2016, (Erişim Tarihi: 24.04.2018), <http://www.apa.org/topics/suicide/signs.aspx>

<sup>83</sup> Eskin, a.g.e. ,s.162

oluşturur. Bu bireylerin yanı sıra istismar, şiddet, dışlanmışlık duygusu yaşayanlar, savaş ve felaket mağdurları da risk grubundadır. Öte yandan ayrımcılık mağduru olan göçmen ve mülteciler, transseksüeller, homoseksüeller, biseksüeller, lezbiyenler ve mahkûmiyet almış olan bireyler de intihar için risk grubu üyeleridir.<sup>84</sup>

İntiharın en önemli belirleyicisi psikiyatrik bozukluğun varlığıdır. Psikiyatrik hastalık sahibi bireyler, psikiyatrik hastalığı bulunmayan grupla kıyaslandığı zaman psikiyatrik hastalık sahibi bireylerin 3-12 kat daha fazla intihar riski taşıdıkları belirtilmektedir.<sup>85</sup>

Göz önünde bulundurulması gereken tek unsur risk faktörleri değildir, risk faktörlerinin kendi aralarında etkileşimde bulunduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte intiharın komplike bir davranış olduğu ve pek çok faktörün bu davranışın ortaya konmasında rol aldığı unutulmamalıdır.<sup>86</sup>

### **2.1.5.1.Duygu Durum Bozuklukları**

#### **Depresif Bozukluk**

APA (Amerikan Psikiyatri Derneği) depresif bozukluğu ruhsal bozukluklar içinde dünya üzerinde en çok rastlanan bozukluk olarak belirtir ve depresif bozukluğun intihar düşüncesini arttırdığını savunur. Majör depresif bozukluğu tanısı alan hastaların intihar riski normal örnekleme göre yaklaşık 30 kat fazladır. Bu bilgi intiharın önlenabilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Depresif bozukluk ülkemizde en sık olarak 25-44 yaş arası kadınlarda görülmekle birlikte yaygınlığı %8-20 aralığındadır.<sup>87</sup>

Düşük özsaygı, depresif bozukluk yaşayan bireylerin yaşadıkları olaylardan fazlaca etkilenmesine sebep olması nedeniyle önemlidir. Düşük özsaygı ve intihar arasındaki yakın ilişki yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur.<sup>88</sup>

Benlik açısından bakıldığında intihar öncelikle üstbenliğin baskısı sonucu oluşan gerilimin dayanılmaz hale gelmesidir. Kişi o denli büyük bir özsaygı kaybı yaşar ki özsaygısını yeniden kazanma umudunu bile yitirir.<sup>89</sup>

<sup>84</sup> World Health Organization, Mental Health, Suicide Data, 2016, (Erişim Tarihi: 24.04.2018), [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide)

<sup>85</sup> Roy, a.g.e. ,s.2031-2055.

<sup>86</sup> David Rudd vd. Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample, *Journal of Abnormal Psychology* 105,4, 1996, s.541.

<sup>87</sup> Nuray Atasoy vd. Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyo-demografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları, 2014, s.11-12

<sup>88</sup> Atasoy vd. ,a.g.e. s.14.

Minkoff ve arkadaşları, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen umutsuzluk ölçeğini kullanarak, intihar girişiminde bulunup yatarak tedavi gören hastalarla yaptıkları çalışmalarında depresif bozukluğun da umutsuzluğun da intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Umutsuzluk kontrol altında tutulduğunda depresyon ve intihar arasındaki ilişkinin ortadan kalktığını ancak depresyon kontrol altında tutulduğunda umutsuzluk ve intihar arasındaki ilişkinin ortadan kalkmayarak devam ettiğini göstermişlerdir.<sup>90</sup> Baumeister'in bulguları bu sonuçları destekler niteliktedir.<sup>91</sup>

### **Anksiyete Bozukluğu**

Anksiyete bozukluklarından olan travma sonrası stres bozukluğunun ve panik bozukluğunun intihar davranışı riskinde artışa sebep olduğuna dair pek çok çalışma bulunmaktadır.<sup>92</sup> Ayrıca yapılan çalışmalarda disosiyatif bozukluk hastası olup yatarak tedavi gören bireylerin yaklaşık %60'ında, disosiyatif nedenlerle acil servise başvuran kişilerin yaklaşık %66,7'sinde intihar davranışı gözlenirken, disosiyatif bozukluğu olan hastalarının yaklaşık %88,2'sinin kendisine zarar verdiği gözlenmektedir.<sup>93</sup>

### **Bipolar Bozukluk**

İntihar girişimleri yüksek düzeyde bipolar bozuklukla ilişkilidir; bipolar bozuklukta intihar sebebiyle yaşam kaybı %7 ile %19 arasındadır.

### **Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar**

Şizofreni psikotik rahatsızlıkların en ağırıdır ve intihar riskinin en yüksek seviyede olduğu gruplar arasındadır. Şizofreni ilk 10 yılda post psikotik depresyon ile ilişkilidir. Şizofren bireylerde intiharlar büyük çoğunlukla daha hemocide sanrı ve varsanılara bağlı olmakla birlikte intihar riski hastalığın şiddeti ile ilişkilidir.

Şizofrenlerde %20-50 oranında intihar girişimi gözlenirken, tamamlanmış intihar oranı %10'dur.

---

<sup>89</sup> Otto Fenichel, The psychoanalytic theory of neurosis. (Çev. Tuncer S 1975) Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1945, s.142

<sup>90</sup> Minkoff vd. ,a.g.e. ,s.455-459.

<sup>91</sup> Roy Baumeister, Suicide as escape from self, *Psychological Review* 97,1, 1990, s.90.

<sup>92</sup> James Mazza, The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30,2, 2000, s.91-103.

<sup>93</sup> Vedat Sar vd. Dissociative Disorders In The Psychiatric Emergency Ward', General Hospital Psychiatry, Vol. 29, 2007, s. 45-50

### 2.1.5.2. Kişilik ve Diğer Etkenler

İntihar, antisosyal kişilik bozukluğunda ve sınır kişilik bozukluğunda, önemle üzerinde durulması gereken bir risk faktörüdür.

Tamamlanmış intiharların kişilik bozukluğuyla ilişkisi %9-28 oranındayken, intihar girişiminde bu oran yaklaşık %55'tir.<sup>94</sup>

### 2.1.5.3. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Ülkemizde yürütülen araştırmalarda alkol bağımlılığı problemi yaşayan kişilerin yaklaşık %26'sının en az bir kez intihara yeltendiği, %61,5'inin ise birçok kez intihar girişiminde bulunduğu gösterilmektedir. Alkol bağımlısı olan bireylerde çevre ile ilişkilerinde ki zorlanmalar, stresli durumlar, fiziksel rahatsızlıklar, yalnızlık, umutsuzluk gibi olumsuz koşulların yüksek düzeyde olması intihar riskini artırmaktadır. Eroin bağımlılığında ise intihar riskinin topluma kıyasla yirmi kat yükseldiğine dair çalışmalar bulunmaktadır.<sup>95</sup>

### 2.1.5.4. İntihar ve Genetik

Bilim dünyasındaki ilerlemelerle birlikte moleküler genetik alanının da gelişmesi sonucu intihar riski ile genler arasındaki ilişki araştırmacıların yöneldikleri bir konu olmaya başlamıştır.<sup>96</sup> Yapılan araştırmalar sonucu diğer ruhsal hastalıklar ve psikolojik stres faktörleri elendiğinde genetik faktörlerin intihar üzerindeki rolünün %30-50 oranında olduğunu görülmektedir.<sup>97</sup>

Genetiğin intihar davranışı üzerindeki rolünü belirlemek adına ilk olarak ikiz, evlat edinme ve aile çalışmaları yapılmıştır. İntihardan sorumluğu olduğu düşünülen aday genlerin tespiti ise daha sonraki süreçte gerçekleşmiştir.<sup>98</sup> Genetiğin intihar üzerindeki rolüne ilişkin olarak hem ikiz ve evlat edinme çalışmalarından hem de moleküler genetik çalışmalarından elde edilen önemli kanıtlar vardır.<sup>99</sup>

İntiharın ikizlerde çalışıldığı bir araştırmada dizigot ikizlerin her ikisinde intihar girişiminde bulunma oranı yaklaşık %0,7 olarak tespit edilirken, monozigot

<sup>94</sup> Atasoy vd. ,a.g.e. ,s.14.

<sup>95</sup> Atasoy vd. ,a.g.e. ,s.13

<sup>96</sup> Shih-Jen Tsai vd. Recent molecular genetic studies and methodological issues in suicide research, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 35,4, 2011, s.809-817.

<sup>97</sup> Alec Roy vd. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims, *The American journal of psychiatry* 152,7, 1995, s.1075.

<sup>98</sup> Elvan Özalp, İntihar davranışının genetiği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 2009, s.85-93.

<sup>99</sup> Alec Roy vd. Genetics of suicide in depression, *Journal of Clinical Psychiatry* 60,2, 1999, s.12-17.

ikizlerde bu oran %13,2 olarak bulunmuştur.<sup>100</sup> 70'inin ailesinde intihar öyküsü olan 1179 kişiyle yürütülen çalışmada, ailesinde intihar öyküsü bulunan grubun bulunmayanlara nazaran daha fazla intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.<sup>101</sup>

Genetik faktörler ile çevrenin etkileşimi konusunda evlat edinme çalışmalarından önemli veriler elde edilmektedir. Oniki'sinin biyolojik akrabalarında intihar girişimi öyküsünün bulunduğu iki yüz atmış dokuz intihar girişiminde bulunmuş olan evlat edinilmiş bireyle yürütülen bir çalışmada kontrol grubunda sadece iki bireyin biyolojik akrabalarında intihar girişimi öyküsü bulunmuştur.<sup>102</sup>

Pek çok psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkışında genetik yatkınlık ve çevresel koşullar birlikte rol almaktadır. İntihar davranışı da benzer şekilde pek çok genin bir biriyle etkileşime girmesi ve çevresel etkenlerin de bu olaya dâhil olmasıyla kuşaklar arasında aktarılmaktadır. Kalıtım ve çevrenin hastalık gelişiminde ortak bir şekilde rol aldığını ilk kez Caspi ve arkadaşları yaptıkları bir çalışma ile tespit etmişlerdir. Bu çalışmalarında çocukluk dönemi istismarı yahut erişkin dönemdeki yaşamsal streslerin; serotonin taşıyıcı geninin promotör bölgesinde kısa alel taşımakta olan bireylerde depresyonu ön görme niteliğinde olduğunu ortaya koymuştur.<sup>103</sup>

#### **2.1.5.5. Demografik Faktörler**

İntiharda cinsiyet faktörü göz önüne alındığında erkeklerde kadınlara göre daha fazla intihar olgusuna rastlanmıştır. 34 ülke genelinde yürütülen bir çalışmanın sonucunda, intihar eden kişilerin yaklaşık %80'inin erkek %19,9'unun ise kadın olduğu ortaya konmaktadır.<sup>104</sup> Genel çerçeveden bakıldığında kadınların erkeklerden daha sık intihar girişiminde buldukları görülmektedir.<sup>105</sup> Kadın/erkek oranları intihar girişimlerinde ABD'de 4/1.5, Avrupa'da 1.5/1.13 ve Türkiye'de 2/1 şeklindedir.<sup>106</sup>

Yaş arttıkça intihar oranı da buna paralel olarak artmaktadır. Erkeklerde özellikle 45-55 yaş sonrasında tamamlanmış intiharlarda bir artış yaşanmaktadır.

<sup>100</sup> Roy vd. ,a.g.e. ,s.12-17.

<sup>101</sup> Marco Sarchiapone vd. Family history of suicide and personality, *Archives of Suicide Research* 13,2, 2009, s.178-184.

<sup>102</sup> Özalp, a.g.e. ,s.85-93.

<sup>103</sup> Avshalom Caspi vd. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene, *Science*301.5631, 2003, s.386-389.

<sup>104</sup> Gregory Johnson vd. Suicide among adolescents and young adults: A cross-national comparison of 34 countries, *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30,1, 2000, s.74-82.

<sup>105</sup> Özgüven Devrimci, İntihar davranışı riskinin değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi İntihar Davranışı Özel Sayısı*, 1(3), 2008, s.8-14.

<sup>106</sup> Devrimci, a.g.e. ,s.8-14.



Türkiye’de ise Avrupa ülkeleri ve ABD’den farklı olarak 15-24 yaş aralığında tamamlanmış intihar en yüksek seviyelerine ulaşmaktadır.<sup>107</sup> Dünya çapında 70 yaş üzeri bireylerde intiharla sıklıkla karşılaşılırken, 75 yaş üzerinde intihar oranı üç katı bir artış göstermektedir.<sup>108</sup> Buna rağmen intihar hızına bakıldığında erkeklerde tüm yaş aralıklarında intihar kadınlara oranla ABD’de üç kat,<sup>109</sup> Avrupa’da ve Türkiye’de ise yaklaşık iki kat yüksektir.<sup>110</sup> İntiharın yaşlılarda daha sıklıkla görülmesine karşın, genç yaşlarda intihar girişimleri daha sık görülmektedir. Toplam popülasyonunun %10’unu oluşturan yaşlıların intiharların %25’ini meydana getirmeleri çarpıcı bir bulgudur.

En sık kullanılan yöntemlerin başında tarım ilacı nedeniyle zehirlenme, kendini asma ve ateşli silah kullanımı gelmektedir. Genel olarak toplumlarda intihar oranı yüz binde 11,4 seviyesindeyken, bu intiharların %75’lik bir oranı orta ve düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde gerçekleşmektedir.

Evli bireylerde intihar oranı düşükken bekârlarda evlilere nispeten iki kat, ayrı yaşayan ya da boşanmış olanlarda dört-beş kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyetler arası bir kıyaslama yapıldığında erkeklerde bu farkın daha belirgin hale geldiği görülmektedir.<sup>111</sup> Sayıl ve arkadaşları da Ankara ilinde yaptıkları çalışmalarında intihar girişiminde bulunanların yaklaşık %30’unun evli, %65’inin bekâr olduğunu tespit ederek benzer sonuçlara ulaşımlardır.<sup>112</sup>

Aile öyküsünde intihar etmiş ya da intihar girişiminde bulunmuş kişilerin olduğu bireylerde intihar oranları yükselmektedir. İntihar girişiminde bulunan ya da intihar eden ergenlerin ailelerine bakıldığında bu kişilerin ebeveynlerinde psikopatoloji sıklığının yüksek olduğu görülmektedir.<sup>113</sup>

Eğitim seviyesinin intihar için bir risk faktörü olduğu dünya genelinde bilinen bir olgudur. Avrupa’da gerçekleştirilen intihar girişimlerinin çoğunluğunun düşük eğitim seviyesinden gelen kişiler tarafından gerçekleştirildiği, intihar teşebbüsünde

<sup>107</sup> DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü), Genel nüfus sayımı: Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri 1990, Türkiye. TC. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1993.

<sup>108</sup> Roy, a.g.e. ,s.2031-2055.

<sup>109</sup> Harold Kaplan ve Benjamin Sadock, Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, İntihar, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 2004, s.361–366.

<sup>110</sup> Devrimci, a.g.e. ,s.8-14.

<sup>111</sup> Roy a.g.e. s.2031-2055.

<sup>112</sup> Işık Sayıl vd. Attempted suicides in Ankara in 1995, *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 19,1, 1998, s.47

<sup>113</sup> Ahmet Dilsiz ve Ferhan Dilsiz, Çocuk ve gençlerde intihar girişimi: Kontrollü bir çalışma, *Kriz Dergisi* 4,1, 1996, s.1-6.

bulunanların yarısından fazlasının sadece ilkokul düzeyine kadar eğitim aldıkları görülmüştür.<sup>114</sup>

Avrupa'daki oranlara bakıldığında intihar girişiminde bulunan kadınların yaklaşık %12'si, erkeklerin ise %20'si işsizdir.<sup>115</sup> Ülkemize bakıldığında ise ekonomik bağımlılığı daha yüksek olan öğrenciler ve ev hanımları gibi kişilerde daha sık intihar girişimi görüldüğü belirtilmektedir.<sup>116</sup> Benzer şekilde ekonomik kriz ve işsizliğin yükseldiği dönemlerde intihar oranlarının da yükseldiği, ekonominin iyi olduğu işsizlik oranlarının daha düşük olduğu dönemlerdeyse intihar oranlarının azaldığı bilinmektedir.<sup>117</sup> Dolayısıyla bireyin bir işte çalışıyor olması intihar girişimine karşı koruyucu bir faktördür. Bireyin sosyal statüsünde, yükselme veya azalma yönünde bir değişiklik olması intihar riskini arttırmaktadır. Fakat genel bir değerlendirmede düşük sosyoekonomik sınıfa tabi olan bireylerde intihar girişimi riski daha yüksek düzeydedir.<sup>118</sup>

Yerleşim birimlerine bakıldığı zaman şehirde özellikle de şehirdeki gecekondu bölgelerinde yaşamını sürdüren kişilerde intihar riski oranları daha yüksek düzeydedir. Meslek grupları intihar riski bakımından incelendiğinde, özellikle risk potansiyeli taşıyan meslek grupları doktorlar, diş hekimleri, müzisyenler, sigortacılar ve avukatlardan oluşmakta; doktorlar arasında ise psikiyatristler en yüksek riske sahip grubu oluştururken onları göz doktorları ve anestezi uzmanları takip etmektedir.<sup>119</sup>

#### **2.1.5.6. Akut ve Kronik Yaşam Olayları**

Kişinin hayatında onun için önem taşıyan kişilerle yaşadığı ilişki sorunları intihara sebep olan durumlarda ilk sırada gelmektedir. Bu ilişki sorunları içinde en sık yaşananı eşle kavga olmaktadır. Bir aile bireyinin kaybı da intihar riski doğuran akut sorunlardan biridir. En yüksek etkiye sahip olan kayıp eş kaybı olarak bildirilmekteyken, kayıp ardı yaşanan yas süreci intihar riskinin yüksek olduğu bir dönemdir.<sup>120</sup>

---

<sup>114</sup> Devrimci, a.g.e. ,s.8-14.

<sup>115</sup> Andrea Schmidtke vd. Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93,5, 1996, s.327-338.

<sup>116</sup> Sayıl vd. ,a.g.e, s.47.

<sup>117</sup> Roy, a.g.e. ,s.2031-2055.

<sup>118</sup> Schmidtke, a.g.e. ,s.327-338.

<sup>119</sup> Roy, a.g.e. ,s.2031-2055.

<sup>120</sup> Roy, a.g.e. ,s.2031-2055.

### 2.1.5.7. Beden Sağlığı

Tamamlanmış intihar sahiplerinin yaklaşık %25-75'inde bir fiziksel hastalık olduğu yapılan postmortem çalışmalarla tespit edilmiştir. Bu kişilerde bulunan fiziksel hastalığın, intiharların yaklaşık %11-51'inde katkıda bulunan önemli bir unsur olduğu tahmin edilmektedir. Yaşın artmasıyla beraber bu oranlarda da artış olmaktadır.<sup>121</sup>

### 2.1.5.8. Önceki İntihar Girişimleri ve İntihar Düşüncelerinin İfadesi

Bir kişide intihar riskinin yüksek düzeyde olduğunun bir diğer göstergesi de daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmasıdır. İntihar girişimlerinin yaklaşık %10'u takip eden on yıllık zaman dilimi içerisinde tamamlanmış intihar ile sona ermektedir. Tüm intiharların yaklaşık %19-24'ünün daha önce yapılmış bir intihar girişimine ardıl gerçekleştiği göz önünde bulundurulmalıdır. Başarısız bir intihar girişimi sonrasında 3-6 ay arasındaki dönem intihar riskinin en yüksek düzeyde olduğu dönemdir. Ayrıca daha önce intihar girişimi olan kişilerin daha sonra gerçekleştirdikleri intihar girişimlerinin mortalite oranları yüksek düzeyde olmaktadır.<sup>122</sup>

İntihar eden bireylerin yaklaşık %80'lik bir bölümü intiharın öncesinde bu düşüncelerini ifade etmiş olmakta ve intihar düşüncelerinden söz eden kişiler ise %20'si daha sonraki süreçte intihar girişiminde bulunmaktadır. Söz konusu bireylerin önemli bir oranı daha öncesinde profesyonel yardım arayışına girmektedir.

## 2.2. TRAVMA

### 2.2.1. Travma Tanımı ve Tarihi

Kökenleri Eski Yunancaya kadar dayanan Travma kelimesi derinin bütünlüğünde bozulmanın olduğu her çeşit yaralanma yaşantısı anlamını taşımaktadır.<sup>123</sup> Travmalar; ruhsal ve fiziksel travmalar olmak üzere iki farklı kullanıma sahiptir.<sup>124</sup> Travma, bireyin bedensel veya ruhsal varoluşunu farklı şekilde

<sup>121</sup> Roy, a.g.e. ,s.2031-2055.

<sup>122</sup> Roy, a.g.e. ,s.2031-2055.

<sup>123</sup> Serpil Doğan, Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,2001, s.14-35 (**Tıpta Uzmanlık Tezi**).

<sup>124</sup> Erkan Baysak, Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler, Psikiyatri Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,2010, s.2-30 (**Tıpta Uzmanlık Tezi**).

yaralayan, inciten ve sıkıntıya sokan tüm yaşamsal olaylar için kullanılan bir kavramdır.<sup>125</sup>

Travma karşısında verilen psikolojik reaksiyonların araştırılması 19. yüzyılın ortalarında Jean Charcot'un histeriyi "travma tarafından ortaya çıkarılan bir nevroz" şeklinde değerlendirmesi ile başlamıştır.<sup>126</sup> Bu çalışmaların öncesinde 19. yy'a kadar histerik hastaların bu semptomları istem dâhilinde ortaya çıkardıkları ya da semptomların kaynağını olağanüstü bir güçten aldığı şeklindeki inanış hâkimdi. Histerinin mistik bir olgu olarak kabul edildiği bu inanışta, şeytan, cin ve büyü tarafından ortaya çıkarıldığı ve sadece kadınlarda görüldüğü inanışı hâkimdi.

Travmanın psikoloji dünyasında kendi yerini elde etmeye başlaması Charcot'un histerik kadınların semptomlarını metafizik güçlere bağlamaktansa, bilimsel ve tıbbi açıklamalar üretmeye çalışmasına dayanır.<sup>127</sup> Sahip oldukları semptomların açıklanmaya çalışıldığı histerik kadınlara bakıldığı zaman hepsinin ortak özelliğinin işkence, tecavüz veya şiddet mağduru olan genç kadınlar oldukları görülmektedir. Charcot'un ardından Pierre Janet ve Freud da histeriye sebep olan unsurları açıklamak için çalışmış ve bunların psikolojik kökenleriyle ilgilenmişlerdir. Birbirinden tamamen bağımsız şekilde çalışan bu iki ismin 19.yy sonunda elde ettikleri bulgular birbirine oldukça benzerdir. Hem Freud hem de Janet travma ve örseleyici yaşantılara karşı verilen duygusal reaksiyonların bilinç durumunu değiştirdiğini bunun sonucunda da histerik semptomların açığa çıktığını savunmuşlardır. Bu konu üzerinde ayrılığa düştükleri nokta ise bilinçteki değişimi açıklamak için kullandıkları sözcükler olmuştur; Freud bilinçteki değişimi "ikili bilinç" olarak adlandırırken Janet "çözülme" sözcüğünü kullanmayı uygun görmüştür.<sup>128</sup>

Önceki DSM'lerden farklı olarak DSM-4 ve DSM-5'te çocuklara yönelik bir Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptom rehberi oluşturulmuştur.

Travmatik olay ya da travma sonucunda kişide stres tepkisiyle birlikte çaresizlik ve korku duyguları da açığa çıkar.<sup>129</sup> Bağlantı kurma, anlamlandırma, denetleme duyuları aracılığıyla sağlanan doğal başa çıkma mekanizmaları işlevsiz hale gelir. Travmatik olayı olağandışı hale getiren diğer yaşamsal olaylar karşısında

<sup>125</sup> Öztürk ve Uluşahin, a.g.e., s.113

<sup>126</sup> Michael De Bellis ve Thomas Van Dillen Childhood post-traumatic stress disorder: An overview, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14,4, 2005, s.745-772.

<sup>127</sup> Judith Herman, *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books, 2010, s.9.

<sup>128</sup> Henri Ellenberger, *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*, Vol. 1. New York: Basic Books, 1970, s.135.

<sup>129</sup> Gölge, a.g.e. ,s.19-28

uyum göstermeyi sağlayan başa çıkma mekanizmalarının işlevsiz hale getirecek düzeyde yüksek bir şiddete sahip olmasıdır.<sup>130</sup>

Travmatik olay nedeniyle korku ve çaresizliği en uç boyutlarda yaşayan birey tehdit içeren duruma karşı uygun yanıtı veremediği durumda travmatizasyon gerçekleşir.<sup>131</sup> Psikanalitik kurama göre travma benliğinin(egonun) baş edemeyeceği düzeydeki iç ya da dış kaynaklı uyaranlar ile karşılaşması durumudur.<sup>132</sup> Kişinin içsel ve dışsal kaynakları karşı karşıya kalınan tehditle başa çıkmada yetersiz kaldığı durumlarda travmatizasyon oluşmaktadır.<sup>133</sup>

Travmatik olayları bu çerçevede üç başlık halinde sınıflandırmak mümkündür.<sup>134</sup>

1. Kasti olarak insan eliyle meydana getirilen olaylar (gözaltı, cezaevi, işkence, savaş, tecavüz terör eylemleri, vs.),
2. İnsan eliyle kazara olan olaylar (trafik kazaları, yangınlar, iş kazaları vs.),
3. Doğal afetler (orman yangını, çığ, heyelan, sel, deprem vs.). Travmatik olayın şiddeti bireyin bu olaydan etkilenmesi ile yüksek düzeyde ilişki gösterir.<sup>135</sup>

Ancak travmatik olay ve travmaya dayanma gücü kişinin böyle bir olaya hazırlıklı olması ya da olmamasına, ego gücüne, genetik yapısına ve pek çok başka etkene bağlıdır. Bir kişide ağır stres reaksiyonlarına sebep olabilecek bir olay başka bir kimse de aynı düzeyde bir stres reaksiyonuna yol açmayabilir.<sup>136</sup>

### 2.2.2.Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları

Çocukluk çağı travmaları, çocuğun henüz travma ile başa çıkabilecek güce sahip olmadığı erken bir dönemde ortaya çıkması bakımından diğer travmalardan ayrılan, dayanılması bakımından kişiyi en çok zorlayan travmalar olmaktadır.<sup>137</sup> Bireyin, yaşamın henüz bu kadar erken bir evresinde ruhsal veya fiziksel olarak böylesine zorlayıcı durumlarla karşı karşıya kalması; dünyanın adil ve güvenli bir yer

<sup>130</sup> Türksoy, a.g.e. ,s.9-21.

<sup>131</sup> Gölge, a.g.e. ,s.19-28

<sup>132</sup> Öztürk ve Uluşahin, a.g.e. s.113

<sup>133</sup> Gölge, a.g.e. ,s.19-28

<sup>134</sup> Serkan Bilgiç, Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, 2011, s.3-56 (**Tipta Uzmanlık Tezi**).

<sup>135</sup> Bilgiç a.g.e. s.3-56.

<sup>136</sup> Öztürk ve Uluşahin ,a.g.e., s.113

<sup>137</sup> William Schlenger vd. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of Americans' reactions to september 11, *Jama* 288,5, 2002, s.581-588.

olduğu inancını yıkarken, bireyin kendisini değerli görmesi ve güvende hissetmesi, incinmez olduğunu düşünmesi gibi duygu ve düşüncelerini ciddi şekilde tehdit etmektedir. Böyle bir yaşantının ardından bireyin şimdiye ve geleceğe yönelik değerlendirmeleri umutsuzluk teması etrafında şekillenir.<sup>138</sup> Çocuğun bilişsel yapısının ve şemalarının(değerli, güvende hissetme ve otonomi vb.) travma nedeniyle olumsuz şekilde değişmesi pek çok psikopatolojinin oluşumuna zemin hazırladığı gibi intihar riskini de yükseltmektedir.<sup>139</sup> Özellikle de cinsel istismara maruz kalması kendi kişiliğini olumsuz değerlendirmesine neden olabilmektedir.<sup>140</sup>

Bireyin çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar veya ihmal gibi travmatik bir yaşantı geçmişinin bulunmasının;

Sınırdaki kişilik bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, affektif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, panik bozukluğu, fobik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, uyum bozukluğu, öğrenme güçlüğü ve madde kullanımı ile birlikte intihar girişimi ve tamamlanmış intiharla ilişkili olduğu bulgulanmıştır.<sup>141</sup> Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış olmak gerek kadınlarda gerekse erkeklerde intihar riski ile ilişkili bulunmuştur.<sup>142</sup> Elli beş milyon iki yüz doksan dokuz kişi üzerinde, 21 ülkede yürütülen bir çalışmada çocukluk çağında istismara maruz kalmanın gerek intihar düşüncesi gerekse intihar girişimi risklerini arttırdığı ancak cinsel istismarın intihar üzerinde en yüksek etkiye sahip olan unsur olduğu tespit edilmiştir. Manisa ilinde yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerde çocukluk çağı travma öyküsü yaklaşık %8 olarak tespit edilmiştir.<sup>143</sup> Dilbaz ve Aytakin çocukluk dönemlerinde fiziksel cezalandırma öyküsü olan bireylerde intihar girişiminin daha yüksek oranlarla ortaya çıktığını belirtmişlerdir.<sup>144</sup>

---

<sup>138</sup> Anke Ehlers ve David M. Clark, A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy* 38.4, 2000, s.319-345.

<sup>139</sup> İbrahim Yiğit ve Gülden Erden, Çocukluk çağı istismar yaşantıları ile genel psikolojik sağlık arasındaki ilişkide erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 2015, s.47-59.

<sup>140</sup> Sarah Ullman, Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors, *Journal of Child Sexual Abuse* 16,1, 2007, s.19-36.

<sup>141</sup> Richard Famularo vd. Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder, *Child abuse & Neglect* 20.10, 1996, s.953-961.

<sup>142</sup> Arne Cornelius Boudewyn ve Joan Huser Liem, Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood, *Journal of Traumatic Stress* 8,3, 1995, s.445-459.

<sup>143</sup> Artuner Devenci vd. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı, *Türk Psikiyatri Derg* 16,3, 2005, s.170-180.

<sup>144</sup> Nesrin Dilbaz ve Yafer Aytakin, Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti, *Journal of Dependence* 4, 2003, s.1-9.

### 2.2.3. Travmatik Yaşantılar Sonrası Kişilerin Yaşadıkları

Bir kişinin olağan bir şekilde hayatını sürdürürken birden bire travmatik bir olay ile karşı karşıya kalması bir takım belirtilere neden olabilmektedir. Bu belirtiler bireyi davranışsal, bilişsel veya duygusal alanda etki altına alarak günlük yaşamında kesinti yaşamasına neden olabilmektedir. Bunlar olağandışı bir deneyime verilen olağan reaksiyonlardır. Travmatik yaşantı karşısında bazı bireylerin zorlanmasına rağmen her bireyin bu türden sıkıntılar yaşamadığı, tecrübe edilen sıkıntılarda bireysel farklılıkların olduğu bilinmektedir. Bireyin bu yaşantı karşısında gösterdiği reaksiyonların belirli bir düzeyi ve süreyi aştığı durumda, akıllara TSSB bozukluğu gelebilmektedir.<sup>145</sup>

### 2.2.4. Travma Sonrası Görülen Ruhsal Bozukluklar

Travma mağdurları kişisel, biyolojik veya toplumsal etkenler, travma şekli, şiddeti, deneyimlenme şekli ve pek çok başka etkene bağlı olarak birbirinden farklı tepkiler ortaya koyarlar. Bunların sonucunda bir kısmında doğrudan bir kısmında ise dolaylı olarak travmatik yaşantıyla ilgili olan birçok ruhsal sıkıntı açığa çıkmaktadır.<sup>146</sup>

Travma ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar ana başlığı altında yeni bir kategorinin oluşturulması (DSM-5) (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı) ile birlikte gerçekleşmiştir. DSM-5'te; TSSB, Akut Stres Bozukluğu(ASB), Tanımlanmış Diğer Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bir Bozukluk, Tanımlanmamış Örselenme, Uyum Bozuklukları ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluklar doğrudan travma ile ilişkili ruhsal bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır. Psikotik bozukluklar, majör depresyon, anksiyete bozuklukları, konversiyon bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, cinsel işlev bozuklukları, ağrı bozuklukları, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, ise travma ile ilişkisi dolaylı olan ruhsal bozukluklar olarak sıralanmaktadır.<sup>147</sup> En sık karşılaşılan ruhsal problemler TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) ve majör depresyonken çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel ve fiziksel istismarın ruhsal bozukluk sıklığını arttırıcı etkisi olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağında yaşanan fiziksel ve cinsel istismarın ruhsal bozukluk sıklığını

<sup>145</sup> Nejla Refia Palabıyıköglü ve Cesur, G. Yaşam sürecinde kriz ve krize müdahale. Ülgen H. Okyayuz (Ed.), Sağlık Psikolojisi, Ankara: Türk Psikologlar Derneği, 40, 2013, s.41-63.

<sup>146</sup> Büşra Bedirli, Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: Düzce depremi'nden 14 yıl sonra travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri, İstanbul Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2014, s.1-18 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

<sup>147</sup> Bilgiç a.g.e. ,s.3-56

arttırdığı,<sup>148</sup> en sık görülen ruhsal bozuklukların sırasıyla TSSB, MD olduğu belirlenmiştir.<sup>149</sup>

Yapılan çalışmalarda TSSB tanısı konulan hastaların %21 ile %94'ünün aynı zamanda depresyon tanısı da aldığı ortaya konmuştur.<sup>150</sup> TSSB'yle komorbid şekilde bulunan anksiyete bozukluğu oranı %39 ile %97'yken depresyon ve anksiyete bozukluklarının TSSB'ye komorbid halde bulunma sıklığı ise %11 ile %67 arasındadır.<sup>151</sup><sup>152</sup> Hastalarda depresyon ve TSSB'nin komorbid halde bulunduğu durumlarda bozukluğunda hastalık şiddetinde artış ve günlük işlevsellikte düşüş meydana gelmekte, bireyin hayat kalitesi ve uyumu bozulmaktadır.<sup>153</sup>

## 2.2.5.TSSB

### 2.2.5.1.TSSB Tanımı

Travma sonrası stres bozukluğu, travmatik etkiye sahip bir olaya ardıl olarak ortaya çıkan, bireyde aşırı uyarılma durumu (hipervizilans), travmatik durumu hatırlatan yahut çağrıştıran uyaranlardan kaçınma ve bireyin travmatik durumu, düşler ve "flashback" aracılığıyla tekrar deneyimleme semptomları ile devam eden ve en az 1 ay süren psikolojik bozukluk şeklinde tanımlanmıştır.<sup>154</sup>

DSM-5'te travma sonrası stres bozukluğuna dair belirtilerin yetişkinlerde, ergenlerde ve 6 yaşından büyük çocuklarda görülebileceği ve bu belirtilerin 1 aydan daha uzun bir zaman boyunca yaşanması gerektiği vurgulanmıştır.

### DSM-V TSSB Tanı Kriterleri

- A. Aşağıdaki verilen yolların biri veya daha fazlasıyla, gerçek biçimde ya da göz korkutucu bir şekilde karşılaşma veya cinsel saldırıya maruziyet,
  1. Doğrudan olarak örseleyici yaşantı ya da yaşantılar deneyimleme,

<sup>148</sup> Benjamin Sadock ve V. A. Sadock, Comprehensive textbook of psychiatry. 8. Baskı, (Aydın H. Bozkurt A) Erken Başlangıçlı İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk, 2007, s.3274-3279.

<sup>149</sup> Muhammed Ayaz vd. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15, 2012, s.33-40.

<sup>150</sup> Karni Ginzburg vd. Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors, *Journal of Trauma & Dissociation* 7,2, 2006, s.7-27.

<sup>151</sup> Claudia Zayfert vd. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress* 15,1, 2002, s.31-38.

<sup>152</sup> Kathleen Brady ve Cathryn M. Clary, Affective and anxiety comorbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline, *Comprehensive Psychiatry* 44,5, 2003, s.360-369.

<sup>153</sup> Leo Sher, The concept of post-traumatic mood disorder, *Medical Hypotheses* 65,2, 2005, s.205-210.

<sup>154</sup> Tamer Şuer, "Posttravmatik Stres Bozukluğu, *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi* 47, 2005, s.205-210.



2. Diğer kişilerin başına gelen olay ya da olaylara doğrudan tanık olma,
  3. Aileden bir bireyin ya da yakın bir arkadaşın örseleyici bir olayla karşı karşıya kaldığını öğrenme,
  4. Örseleyici durum veya durumların nahış detaylarıyla, tekrarlayan şekilde yahut aşırı seviyede karşılaşma,  
Not: Bu tarz bir karşılaşma durumu kişinin işi ile bağlantılı olmadığı sürece, elektronik yayın mecraları, sinema, televizyon ya da görsel materyal aracılığı ile gerçekleşmiş ise A 4 tanı kriteri uygulanmamaktadır,
- B. Örseleyici yaşantı ya da yaşantıların ardı sıra başlayan, bu yaşantılara ilişkin, bireyin isteğinin dışında gelen tekrarlayıcı ve sıkıntı verici anılar,
- Not: Altı yaşını geçkin çocuklarda, örseleyici durumların kapsamakta olduğu konuşmalar yahut bu durumların kimi yönlerinin dışa vurumu niteliğindeki tekrarlayıcı oyunlar ortaya çıkabilmektedir.
1. İçerik ya da duygulanım bakımından örseleyici durumlarla ilintili, tekrarlayıcı nitelikte olan ve sıkıntı yaratan rüyalar,  
Not: Çocukların içeriği belirsiz olan korkutucu nitelikte rüyalar görmeleri olasıdır.
  2. Bireyin örseleyici durumlar tekrar gerçekleşiyormuşçasına hisler yaşadığı ya da bu tarz davranışlarda bulunduğu dissosiyasyon tepkileri,  
Not: Çocukların oynadıkları oyunlar esnasında örselenme durumu ile ilgili canlandırma yapmaları olasıdır.
  3. Örseleyici durumları sembolize eden veya bu durumlara ilişkin çağrışımlar üreten iç-dış uyanlara belirgin nitelikte fizyolojik reaksiyonlar gösterme,
- C. Aşağıda bulunan maddelerden biri veya her ikisinin beraber bulunması ile belirli, örseleyici durumların ardından ortaya çıkan, örseleyici durumlara dair uyarılardan devamlı şekilde kaçınma,
1. Örseleyici durumlar ile ilgili olan veya bu durumlarla yakından ilişkili bulunan, sıkıntı uyandıran anılar, duygular veya düşüncelerden kaçınma, bunlardan uzak durmaya dair çaba,
  2. Örseleyici durumlarla ilgili olan ya da bu durumlarla yakından ilişkili bulunan, sıkıntı uyandıran anılar, duyguları, düşünceleri harekete geçiren dış anımsatıcılardan (kişiler, nesnelere, mekânlar, konuşmalar, etkinlikler, durumlar) kaçınma, bunlardan uzak durmaya dair çaba,
- D. Aşağıda bulunan maddelerden iki ya da daha fazlasının bulunmasıyla belirli, örseleyici durumların meydana gelmesinin ardından başlayan ya da kötüleşen,

örseleyici duruma dair duygu durum ve bilişlerde olumsuz nitelikteki değişimlerin meydana gelmesi:

1. Ökseleyici durumların önem taşıyan bir yönü (özellikle dissosiyatif amneziyle ilişkilidir ve kafa yaralanmaları, alkol-madde kullanımı sonucu ortaya çıkmamıştır),
2. Bireyin kendine, başkalarına veya dünyaya ilişkin, abartılı ve süreğenlik gösteren olumsuz nitelikte beklenti ya da inanışlar,
3. Ökseleyici durumların sebep ve sonuçlarına ilişkin şekilde, bireyin kendisini ya da ötekileri suçlamasına sebep olan, süreğen, çarpıtılmış bilişler,
4. Olumsuz nitelikte olan, süreğenlik gösteren duygusal durum,
5. Önem taşıyan etkinliklere yönelik ilgi ya da katılımı da belirgin şekilde azalma yaşanması,
6. Başkalarına karşı yabancılaşma ve başka bireylerden kopma duyguları,
7. Süreğenlik gösteren bir biçimde, olumlu nitelik taşıyan duyguları yaşayamama,

E. Aşağıdaki maddelerden iki ya da ikiden fazla ile belirli, ökseleyici durumların meydana gelmesi ile başlayan, kötüleşme gösteren, ökseleyici durumlara ilişkin, uyarılma ve tepki ortaya koyma biçiminde belirgin şekilde değişiklikler yaşanması:

1. Birey ya da nesnelere yönelik söze dayalı ya da sözel olmayan saldırganlık ile dışı vurumu yapılan kızgın davranış ve öfke patlamaları( kışkırtılma durumu söz konusu olmaksızın veya çok az bir kışkırtılmaya istinaden),
2. Sakinmasız davranışlar gösterme ya da kendine zarar verici niteliği olan davranışlar ortaya koyma,
3. Her daim tetikte olma hali,
4. Abartılı nitelikte irkilme tepkileri ortaya koyma,
5. Odaklanmaya dair güçlük yaşama,
6. Uyku bozuklukları(örn. Uykuya dalma, uykuyu sürdürme güçlükleri ya da dingin nitelikte olmayan bir uyku),

F. Bu bozukluk(B,C,D ve E tanı kriterleri) bir aydan uzun sürer.

G. Bu bozukluk sebebiyle, klinik bakımdan belirgin nitelikte sıkıntı, işle ilintili, toplumsal ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellik düşüşü yaşanması,

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn; alkol, ilaç) yahut başka bir sağlıksal durumun yarattığı fizyolojik etkilere bağlanamaz.<sup>155</sup>

### 2.2.5.2 TSSB Epidemiyolojisi

Cinsel taciz ve savaş yaşantıları travmayı oluşturan sebeplerin başında gelmekteyken, travma görülme sıklığı travma biçimine göre; doğal afetler ve insani afetler, kronik hastalıklar, savaş ve terör travması ve aile içi şiddete göre değişim göstermektedir.<sup>156</sup> Cinsel taciz ve savaş deneyimleri travmayı ortaya çıkaran nedenlerin başında gelmektedir.<sup>157</sup>

Genel popülasyona bakıldığında travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %7,0 ile %8,7 arasında değişim göstermektedir.<sup>158</sup> (Yaşam süresince prevelansın cinsiyet değişkenine göre değişim gösterdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>159</sup> Kadınlar için bu oran tahmini %10,4 iken, erkekler için %5 olarak belirlenmiştir.

Birçok etnik ırk için tanılanması yapılan travma sonrası stres bozukluğuna maruz kalma biçimi kontrol altına alındığında etnik farklılığın travmanın görülme sıklığını etkilemediği bulgulanmıştır.<sup>160</sup>

### 2.2.5.3. Komorbidite

Kessler ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, TSSB'ye eşlik eden hastalıklar erkeklerde; alkolizm (%52), majör depresyon (%48), davranım bozukluğu (%43), ilaç kötüye kullanımı (%35), basit fobi (%31), sosyal fobi (%27) iken; kadınlarda majör depresyon (%49), alkolizm (%30), ilaç kötüye kullanımı (%27), basit fobi (%29), sosyal fobi (%28), distimi (%23) olarak belirtilmiştir. TSSB'ye en çok eşlik eden psikiyatrik problemler bir başka çalışmada; majör depresyon (%35,5),

<sup>155</sup> Ertuğrul Köroğlu, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013, s.93

<sup>156</sup> De Bellis ve Van Dillen, a.g.e. ,s.745-772.

<sup>157</sup> De Bellis ve Van Dillen, a.g.e. ,s.745-772

<sup>158</sup> Terence Keane vd. Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2, 2006, s.161-197.

<sup>159</sup> Ronald Kessler vd. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey, *Archives of General Psychiatry*52.12, 1995, s.1048-1060.

<sup>160</sup> Keane vd. a.g.e. ,s.172.

fobik bozukluk (%29), OKB (%12,5), panik bozukluk (%6,4) ve alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı (%6,4) olacak şekilde sıralanmıştır.<sup>161</sup>

Travmatik olayların ardından en sık ortaya çıkan bozukluk TSSB iken başta depresyon gelmek üzere pek çok başka problem de ortaya çıkabilmektedir. TSSB tanısı alan hastaların tahmini %21 ile %94'üne eş zamanlı olarak depresyon tanısının konulduğu çalışmalar bulunmaktadır.<sup>162</sup> TSSB tanısına eşlik eden anksiyete bozukluğu oranı yaklaşık %39 ile %97 TSSB'nin depresyon ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme sıklığı ise %11 ile %67 arasında olarak belirlenmiştir.<sup>163</sup> <sup>164</sup> TSSB ve depresyonun bir arada bulunduğu durumlarda bozukluğun şiddeti artmakta ve hastanın yaşam kalitesi, uyumu işlevselliği bozulmaktadır.<sup>165</sup>

### **2.3.1. TRAVMA SONRASI BİLİŞLER**

#### **2.3.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Bilgi İşleme Modeli**

TSSB'yi en iyi açıklayan kuram olan "Bilgi İşleme Temelli Bilişsel Kuramı"dır. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Bilişsel ve Bilgi İşleme Modeli, travmatik olayların ardından oluşan bilişlerin, duyguların ve tahminlerin beyinde birikerek yeni bağlantılar meydana getirdiği fikrinden köken almaktadır.<sup>166</sup> Ağır stres içeren yaşantılar karşısında beyindeki bilgi işleme sistemi bozulmaktadır. Bozulan bilgi işleme sistemi nedeniyle bütünleştirilemeyen yaşantılar hemen uyarılabilmekte ve yaşama dâhil olmaktadır. Acı veren yaşantılar dışlanamamakta ve bastırmaya uğratılamamaktadır.

Travmatik yaşantılar meydana geldiğinde yeni bilişsel bağlantılar oluşur. İçeriden yahut dışarıdan gelen bir uyarana verilecek tepkinin şiddetini belirleyen bu bağlantılardır.<sup>167</sup> Beyinde uyarıcı, tepki ve anlama dair bu bilgilerin kaydı gerçekleşmesiyle oluşan bu kayıtlar travmatik yaşantıların ve bu yaşantılar sırasında

<sup>161</sup> Hamdullah Aydın ve Ayhan Doruk, Posttraumatic stress disorder and comorbidity. III. Congress of Balkan Military Medical committee Athens-Greece, Abstract book, 1993, s.141.

<sup>162</sup> Ginzburg vd. a.g.e. ,s.22

<sup>163</sup> Zayfert vd. a.g.e. ,s.35

<sup>164</sup> Braddy ve Clary, a.g.e. ,s.366.

<sup>165</sup> Shakeh Momartin vd. Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia, *Journal of Affective Disorders* 80,2, 2004, s.231-238.

<sup>166</sup> Anke Ehlers ve David M. Clark, A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour Research and Therapy* 38.4, 2000, s.319-345.

<sup>167</sup> Karen Salmon ve Bryant A.Richard, Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors, *Clinical Psychology Review*, 22,2, 2002, s.163-188.

açığa çıkan anksiyete ve korkunun hatırlanmasında etkilidir.<sup>168</sup> Bilişsel ve Bilgi işleme teorilerine göre travma sonrası stres bozukluğu yaşamı tehdit eden uyarıcının aranmasına, tanımlanmasına ve buna göre tepki vermekle oluşan bir durumla karakterizedir.<sup>169</sup> Bu şekilde tepki oluşturma alışkanlığı aslında kişinin yaşamı tehdit eden olaylar karşısında uygun tepki vermesini sağlarken, kişi travmatik olaydan sonra oluşan öğrenme ile yaşamı tehdit etme ihtimali düşük uyarıcılar karşısında da benzer tepkiler verir ve uygun tepki oluşturma alışkanlığı işlevini kaybeder.<sup>170</sup>

### 2.3.1.2. Temel Varsayımlar Modeli

Janoff-Bulman, bireylerin düşünceleri ve varsayımları konusunda kuramsal bir tema oluşturduğu 'Temel Varsayımlar Modeli'nde, bireyin taşıdığı temel varsayımları üç başlık (dünyanın iyiliği varsayımı, dünyanın anlamlılığı varsayımı, kendilik değeri varsayımı) altında incelemektedir. Dünyaya dair varsayımlarla ilgili olan bu kavramsal model sekiz önermeden oluşmaktadır. Bunlar; iyi dünya, iyi insan, kontrol edilebilirlik, adalet, rastlantısallık, inanç, kendilik kontrolü ve kendilik değeri olmak üzere sıralanabilir.<sup>171</sup>

Bu varsayımlar hayatı daha rahat ve güvenli bir hale getirme amacına hizmet etmektedir. Ancak travmatik yaşantılarla karşı karşıya kalma bireyin bu varsayımlarının güvenilirliğini zedeleyerek; incinebilir bir varlık olduğunu fark etmesine, dünyaya ve kendine dair inançlarını sorgulamasına yol açmaktadır. İyi dünya varsayımı kişisel olmayan dünyanın iyiliği ve insanların iyiliği inançlarından meydana gelir. Dünyanın iyi bir yer olduğuna dair inancın güçlü olması kötülüklerin azlığına duyulan inancı beraberinde getirir. İnsanların iyi inancı da benzer şekilde insanların nazik ve yardımsever olduğu inançlarıyla birlikte. Dünyanın anlamlılığı varsayımı; kişinin kimin başına iyi şeylerin geleceği kimin kötü olaylarla karşılaşacağına dair yanıtlarına bağlıdır. Bu varsayımı belirleyen rastlantı, kontrol edilebilirlik ve adalet ilkeleridir. Adalet ilkesi bireylerin hak ettikleriyle karşılaştıkları inancını yansıtır.<sup>172</sup>

Sonuçların dağılımında etkisi olan "rastlantı" varsayımı neden bazı insanların başına bazı şeylerin geldiği neden diğerlerinin başına gelmediğini tespit etmenin bir

<sup>168</sup> Edna B. Foa vd. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder, *Behavior Therapy*, 20,2, 1989, s.155-176.

<sup>169</sup> Salmon ve Bryant, a.g.e. ,s.163-188.

<sup>170</sup> Claude Chemtob vd. A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder, *Journal of Anxiety Disorders* 2,3, 1988, s.253-275.

<sup>171</sup> Janoff-Bulman, a.g.e. ,s.113-136.

<sup>172</sup> Janoff-Bulman, a.g.e. ,s.113-136.

yolu olmadığına bunun sadece rastlantılar tarafından belirlenen bir süreç olduğu görüşüne dayanır. Rastlantı faktörüne güçlü bir inanç duymak adalet ve kontrol ilkelerinin belirleyiciliklerini yok saymaya ve olumsuz yaşantılara mani olmanın bir yolu olmadığına inancı beraberinde getirir. Dünya rastlantı ilkesi doğrultusunda işler ve şanslı kişiler iyi sonuçlar elde eder.<sup>173</sup>

Kendilik değeri varsayımı bireyin kendisiyle ilgili olan inançlarından meydana gelmekte ve üç faktörden oluşmaktadır. Bunlar; bireyin kendisini ne derece değerli, ahlaklı ve “iyi” bir birey olarak gördüğü ile ilgilidir.

Kendilikle ilgili ikinci varsayım olan kendilik kontrolü bireyin kendini uygun davranışlar gösteren bir birey olarak algılayıp algılamadığı ile ilişkilidir. Bu varsayımdaki temel mesele bireyin sonuçları kontrol etmesinden çok, sonuçların kontrolü için gereken çabayı gösterip göstermemesidir.

Travma mağdurları travmatik yaşantıyla henüz karşılaşmadıkları dönemlerde başlarına bunun gelebileceğini hiç düşünmemiş olduklarından, olayın ardından korumasız, güvensiz ve incinebilir hissettiklerini dile getirmektedirler. Travma mağdurlarının bu tepkisi, travma yaşamamış bireyin genellikle bir “incinmezlik yanılması (bu bana olmaz duygusu)” temelinde yaşamına devam ettiği konusunda bilgi vermektedir. Örneğin, her insan, zihinsel düzeyde kanserin çok yaygın bir hastalık olduğunu ve trafik kazalarına çok sayıda insanın kurban gittiğini bilir ancak kendisinin başına bu tür olayların gelebileceğini düşünmez.<sup>174</sup>

Travmatik yaşantılar tarafından varsayımları sarsılan bireyler yanılısamlarıyla yüzleşmek durumunda kalmakta; olumsuz yaşantıların sevdiklerinin yahut kendilerinin başına da gelebilecek durumlar olduğu gerçeğiyle yüzleşmektedir. Varoluşçuluğun anlamı olmayan dünyası kavramıyla eş değer bir nitelik taşıyan bu durumu Becker “dünyaya olduğu gibi bakmak ” olarak ifade etmektedir.<sup>175</sup>

### **2.3.1.3.Zaman Yönelimi Modeli**

Travmatik yaşantıyla karşı karşıya kalma ile birlikte olağan düşünce süreçlerinin devre dışı kaldığı değişken bir duruma geçiş gerçekleşir.

<sup>173</sup> Janoff-Bulman, a.g.e., s.113-136.

<sup>174</sup> Janoff-Bulman, a.g.e. ,s.113-136.

<sup>175</sup> Janoff-Bulman, a.g.e. ,s.113-136.

Zimbardo ve Boyd insan ve zaman arasındaki ilişkiyi zaman yönelimi kuramıyla (time perspective theory) ortaya koymuşlardır.<sup>176</sup> Kuram bireysel ve sosyal olayların kendi içinde tutarlı ve anlamlı bir bütün olarak, geçmiş, şimdi ve gelecek zamansal sınıflandırmalarına tabi tutularak bilinçdışı süreçlere aktarıldığını belirtir. Bireylerin şimdiki zaman ve gelecek zamana yönelik düşünce, duygu ve davranışları, geleceğe yönelik amaçları ve geçmiş yaşantıları içeren evvelki sınıflandırmalar tarafından belirlenmektedir. Bunun yanı sıra her birey kendine ait yaşantı, geleceğe yönelik hedef ve beklentilere sahip olduğu için zaman yöneliminin bireye özgü bir boyut olarak ele alınması gerekmektedir.<sup>177</sup>

Zimbardo ve Boyd geçmiş, şimdi ve gelecek zamanın dengeli kullanımını ideal olarak sunsalar da, her bireyin belirli bir zaman yönelimini daha yoğun şekilde kullanabileceğini de vurgularlar. Buna göre, bireyler geçmişe yönelik olumlu ya da olumsuz, şimdiye yönelik hazcı ya da kadercil ve gelecek zaman yöneliminden yalnızca birine daha eğilimlidirler.

Travmatik olayların kişide yarattığı sıkışmışlık hissi şimdiki zamana da etki eder. Yaşamsal bütünlüğü tehdit eden travmatik olayların ardından insanların bir bölümü şimdiki zaman üzerinde aşırı duyarlılaşırken bir bölümü hissizleşebilmektedir. Travmatik yaşantılar kişide bir sıkışmışlık hissi yaratır ve bu his şimdiki zamanı da etkiler. Yaşam bütünlüğünü tehdit edici olaylardan sonra insanların bir kısmı şimdiye aşırı duyarlı hale gelirken; bir kısmı da hissizleşmektedir. Travma sonrası uyarılara verilen tepkilerde görülen bu iki kutuplu yapı çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Zimbardo'ya göre, şimdi hazcı eğilime sahip olan kişiler olayın stresi ile başa çıkmak için kaçınmanın ağırlıkta olduğu bir tarza yönelmektedirler.<sup>178</sup>

Stresle başa çıkmada şimdi hazcı yönelime ait puanlarda artış olması, algılanan kontrolün düşüklüğü, negatif duygulanım, geri çekilme, öfke ve çaresizlik gibi uyum sağlamaya yönelik olmayan mekanizmalar ile pozitif yönde ilişkili görülmektedir.<sup>179</sup>

Diğer boyuta bakıldığında ise travmatik yaşantıların bireylerin "şimdi"ye yönelimlerini kısıtladığı ve geçmişe dair olumsuzlukları baskın hale getirdiği

<sup>176</sup> Zimbardo ve Boyd, a.g.e. ,s.17-55.

<sup>177</sup> Zimbardo ve Boyd, a.g.e. ,s.17-55.

<sup>178</sup> Zimbardo ve Boyd, a.g.e. ,s.17-55.

<sup>179</sup> Thomas Ashby Wills vd. Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory, *Psychology of Addictive Behaviors* 15,2, 2001, s.118.

görülmektedir.<sup>180</sup> İçinde buldukların andan keyif alamayan, gelecekte beklenenin olmayacağı ve olumsuz bir geçmiş fikrinin baskın olduğu şimdi-kaderci yönelimli kişilerin kolaylıkla umutsuzluğa düşmeleri beklenmektedir. Sıklıkla çalışılan bir konu olan umutsuzluk-depresyon-intihar ilişkisinde umutsuzluğun depresyon söz konusu olduğunda intiharı yordayan önemli bir değişken olduğu bilinmektedir.<sup>181</sup> Bunun paralelinde şimdi- kaderci zamansal yönelimin artmış olan intihar fikirleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.<sup>182</sup> Olaya maruz kalma derecesi arttıkça, bireylerin geleceğine dair daha olumsuz düşünme eğilimleri de artmaktadır.<sup>183</sup>

Bireyde ağır stres yaratan travmatik yaşantılar içsel olarak defalarca tekrar yaşantılanır, aynı duygu tekrar oluşur. Travmatik yaşantı mağduru bireyin korkuları yaşamının her anına yerleşir; geçmiş, şimdi ve geleceği bu duyguların hükmü altına girer.<sup>184</sup> Travma sonrasında bireyler geçmiş karşısında olumsuz duygular hissederken, şimdi ve gelecek karşısında ise umutsuzluk duymaktadırlar.<sup>185</sup> Herman travmatik yaşantı sonrası bireylerin geçmiş dönemlere yönelik yaşantıları belirginleşirken şimdiki zaman belirsiz hale geldiğini vurgulamaktadır.<sup>186</sup> Travmatik yaşantıların ardından "şimdi"nin gelecek ve geçmişten bağımsız hale gelip izole bir hal alması bireyin geçmişe olan odaklanmasını arttırmakta ve bu doğrultuda travmatik yaşantı sahibi bireylerin yaşadığı psikolojik sorunlarda da artış yaşanmaktadır.<sup>187</sup> Zihinsel faaliyeti sürekli bir biçimde geçmiş yaşantılarla meşgul olan bireyin yakınlarından aldığı ya da alabileceği sosyal desteğin de azaldığı görülmektedir.<sup>188</sup> Sosyal desteğin çekilmesi bireyin durumunu daha güç hale getirebilmektedir.

Holman ve Silver da bu bulgulara paralel şekilde travmatik yaşantı sonrasında pozitif bir gelecek algısına sahip olan bireylerin daha az zihinsel sorun yaşadığını ve daha güçlü başa çıkma stratejilerine sahip olduğunu belirtmekteyken, gelecekteki olası tehlikelerle meşguliyetin kişinin iyilik haline zarar verdiğini

---

<sup>180</sup> Alison Holman ve Roxane Cohen Silver, Getting "stuck" in the past: temporal orientation and coping with trauma, *Journal of Personality and Social Psychology* 74,5, 1998, s.1146.

<sup>181</sup> Aaron Beck vd. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression, *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 23(2), 1993, s.139-145.

<sup>182</sup> Fiorenzo Laghi vd. Suicidal ideation and time perspective in high school students, *European Psychiatry* 24,1, 2009, s.41-46.

<sup>183</sup> Tamar Lavi ve Zahava Solomon, Palestinian youth of the Intifada: PTSD and future orientation, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44.11, 2005, s.1176-1183

<sup>184</sup> Zimbardo vd., a.g.e. ,s.18-48.

<sup>185</sup> Holman ve Silver, a.g.e. ,s.1146.

<sup>186</sup> Herman, a.g.e. ,s.9.

<sup>187</sup> Holman ve Silver, a.g.e. ,s.1146.

<sup>188</sup> Amelia Aldao vd. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review* 30,2, 2010, s.217-237.



belirtmektedir. Bir başka deyişle travmatik yaşantılar bireyin gelecek yöneliminde şiddetli hasara yol açmaktadır.<sup>189</sup>



---

<sup>189</sup> Zimbardo vd., a.g.e. ,s.18-48.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Betimsel bir araştırma olan bu çalışmanın modeli ilişkisel tarama modelidir. Bu modelde iki ya da daha fazla değişken arasında değişimin mevcudiyeti ve derecesinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

#### 3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın örneklemini geniş bir evreni kapsamaması nedeniyle İstanbul ili Avcılar ilçesindeki Gelişim Üniversitesi İİBF ve Güzel Sanatlar Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem gönüllülük ilkesi esas alınıp rastlantısal şekilde seçilmiş olan 350 sayıda üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Ölçekler uygulanmadan evvel uygulama yönergeleri katılımcılara sözlü ve yazılı şekilde verilmiş olup uygulama süresi kişi başı 20-30 dk aralığında değişiklik göstermektedir.

#### 3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada travma sonrası bilişler ve intihar olasılığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ) ve Alt Ölçekleri, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) ve araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-demografik Bilgi Formu'ndan yararlanılmıştır.

##### 3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada katılımcılara dair sosyo-demografik bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bir Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunda bireylerin yaş, cinsiyet, gelir seviyesi ve ailesel bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. Etik kurallar ve dürüst cevaplar alabilmek amacıyla çalışma sırasında, üniversite öğrencilerine kimlik bilgilerinin gizli tutulması ve araştırma yayınlansa bile bilgilerinin kamuoyu ile paylaşılmayacağını belirten Gönüllü Olur Formu uygulanmıştır. (Ek-A).

##### 3.3.2. Travma Sonrası Bilişler Ölçeği ve Alt Ölçekleri

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun meydana gelmesinde ve devamlılığında etkisinin olduğu varsayılan, travma ile ilgili bilişlerin değerlendirilmesi

amacıyla Foa ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.<sup>190</sup> 36 maddeden oluşan, 7'li likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin ölçekten alabileceği puan 36 ile 252 arasında değişmektedir. Yüksek puan durumu travmatik olaya ilişkin yanlış bilişlerin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Klinikte TSSB olgularının ayırt edilmesi, TSSB şiddetinin belirlenmesi ve bilişsel-davranışçı terapi dâhilinde çalışılması hedeflenen hatalı bilişlerin belirlenmesi ölçeğin kullanım alanlarıdır (Foa ve ark, 1999).33 maddenin bulunduğu 3 alt ölçek bulunmaktadır; Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği, Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişler Alt Ölçeği, Kendini Suçlama Alt Ölçeği. Tüm ölçek için test-tekrar test güvenilirliği, 1 hafta aralıklı uygulama sonucunda 74, 3 hafta aralıklı uygulama sonucunda ise 85 şeklinde tespit edilmiştir. Alt ölçek güvenirlik katsayıları 1 hafta ve 3 hafta aralıklı uygulamalar için sırasıyla, “Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişler” alt ölçeği için 75 ve 86, “Dünyayla ilgili olumsuz bilişler” alt ölçeği için 89 ve 81, “Kendini suçlama alt ölçeği” için 89 ve 80 olarak bulgulanmıştır. Ölçeğin orijinali Kocaeli Üniversitesi Ruhsal Travma Yüksek Lisans öğrencisi 6 psikolog tarafından ise tek tek Türkçeye çevrilmiştir. Biri psikolog biri psikiyatri uzmanı olan iki öğretim üyesi tarafından ise bu çeviriler gözden geçirilmiş ve her bir madde için ikişer çeviri yapılmış, ölçeğin Türkçeye çevrilmiş bu son formunun çevirisi profesyonel bir çevirmen tarafından tamamlanmıştır. Geri çeviriler ölçek geliştiricilerinden biri tarafından eşdeğerliği sağlanmış olup, Türkçe form oluşturulmuştur. Türkçe form Abant İzzet Baysal Üniversitesi Gölköy Kampüsü Erkek öğrenci yurdunda kalan 94 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Yapılan ön analizde orijinal ölçeğin faktör yapısına uygun sonuçlar bulunamaması ve boş bırakılan madde sayısının fazla olması sebebiyle ölçeğin Türkçesinin anlaşılabilirliği için yeniden değerlendirilmesi kararlaştırılmıştır. Türkçe form, anlaşılabilirliğini tespit etmek amacıyla Abant İzzet Baysal Üniversitesi Psikoloji bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Uygulamaya katılan öğrencilerden maddelerin anlaşılabilirliğini sağlamak ve anlaşılması güç maddeleri tespit etmek için alternatif madde önerisinde bulunmaları talep edilmiştir. Öğrencilerden alınan dönütlere göre anlaşılabilirliği düşük olan maddeler tespit edilmiş, anlaşılması güç olduğu önerilmiş olan maddeler göz önünde bulundurularak, araştırma koordinatörü ve her iki dile hâkim ruhsal travma uzmanı psikolog

---

<sup>190</sup> Edna Foa ve Jaycox L.H. Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy: clinical practice. Ed. Spiegel, D. 45, American Psychiatric Association. Washington DC, 1999, s.26-61.

tarafından ölçek maddeleri oluşturulmuş ve çalışmada ölçeğin son hali kullanılmıştır (Ek-B).<sup>191</sup>

### 3.3.3. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

Bir öz bildirim ölçeği olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği travma sonrası stres bozukluklarını ve bu yaşantıların şiddetini tespit etmek amacıyla Foa ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur.<sup>192</sup> Ölçek 50 maddeden meydana gelmektedir. Yapı ve içeriği DSM-4 tanı kriterlerine dayanılarak belirlenen ölçeğin ilk bölümü, travmatik olayın türünü, ikinci bölüm birden fazla travmatik yaşantının olması durumunda bireyi en fazla etkileyen yaşantının belirlenmesine yöneliktir. Ölçeğin ikinci bölümünde, Türkçe uyarlamasında “Olay Şiddeti Alt Ölçeği” olarak tanımlanan, evet-hayır şeklinde yanıtlanan, travmatik olayın şiddetini belirlemeye yarayan 6 soru bulunmaktadır. Ölçeğin üçüncü bölümü, Türkçe uyarlamasında “Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği” olarak adlandırılıp 0-3 arasında puanlandırılan ve travmaya dayalı belirtilerin şiddetini belirleme amaçlı kullanılan 17 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin üçüncü bölümünün maddeleri, DSM-5 Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. “Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği”nin ranjı 0-51’dir. Bu alt ölçek aynı zamanda “yeniden yaşama/girici düşünceler”, “kaçınma/duygusal küntlük” ve “aşırı uyarılmışlık” boyutları hakkında da bilgi vermektedir. Ölçeğin son bölümü olan dördüncü bölümün Türkçe formu travmatik yaşantının bireyin günlük işlevselliğine olan etkisini saptama amaçlı kullanılan ve evet-hayır şeklinde yanıtlanan 9 sorudan oluşan “Olay Etkisi Alt Ölçeği”dir. “Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği”nin orijinal formuna ait iç tutarlılığı yüksektir. ( $\alpha=0.92$ ) ve maddeler için elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.83 olduğu bildirilmektedir.<sup>193</sup> Ölçeğin Türkçe formunun “Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği”nin Türkçe formuna ait iç tutarlık katsayısı ise 0.93 iken madde-toplam test korelasyon katsayılarının 0.39 ile 0.82 arasında değiştiği belirtilmektedir.

Türkçe uyarlamasını ışıklı gerçekleştirmiştir. Ölçek güvenilirliği için belirti düzeyini amaçlayan toplam 17 maddenin (Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt

<sup>191</sup> Didem Yağcı Yetkiner, Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (Posttraumatic Cognitions Inventory) Türkçe Uyarlama Ve Üniversite Öğrencileri Üzerinde Geçerlik Güvenirlik Çalışması, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2010, s.27 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

<sup>192</sup> Edna Foa vd., The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 1997, s.445-451.

<sup>193</sup> Foa vd., a.g.e. ,s.445-451.

Ölçeği) iç tutarlılığına bakılmıştır. Tüm maddeler için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısının  $\alpha = .93$  olduğu; madde-toplam test korelasyon katsayılarının da 0.39 ile 0.82 arasında değiştiği gözlenmektedir. On yedi maddelik Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği'nin geçerliği iki değişik biçimde sorgulanmıştır. Ölçeğin yaşanması muhtemel travma sonrası stres bozukluğunun yarattığı rahatsızlığın şiddetini sorguladığı ve bu travmanın travma sonrası stres bozukluğunun DSM-4 tanı ölçütlerinden B (yeniden yaşama), C (kaçınma) ve D'yi (aşırı uyarılmışlık) karşılamak üzere tasarladığı bilinmektedir. Test maddelerinin bilinen bu 3 faktöre yüklenip yüklenmedikleri temel eksenler faktörlemesi ve Varimax rotasyonu kullanılarak sorgulanmış olup bu analiz sonucunda 6. ve 7. Maddelerin dışında tüm maddelerin kuramsal olarak bulunmaları gereken faktörlerin altına yüklendikleri gözlenmiştir. Bu iki maddenin "yeniden yaşama" faktörüne yüklenmeleri gerekirken, "aşırı irkilme" faktörüne yüklendikleri ortaya çıkmıştır. Bu üç faktör, varyansın %59'unu açıklamaktadır. Ölçeğin geçerliliğini ikinci bir yöntemle sorgulamak için ölçekten elde edilen test puanları ile ön çalışmada kullanılan geçerliliği sınanmış diğer ölçek puanları arasındaki ilişim katsayıları hesaplanmıştır. Analiz neticesinde, travma sonrası stres belirtileri alt ölçeğinin, kısa semptom envanteriyle 0.70, Berk depresyon ölçeğiyle 0.60 ve Berk anksiyete ölçeğiyle 0.63 seviyede korelasyonu olduğu görülmektedir (Ek-C).<sup>194</sup>

#### 3.3.4. İntihar Olasılığı Ölçeği

Yapılan çalışmada intihar riskinin değerlendirilmesi amacıyla, Cull ve Gill'in geliştirmiş olduğu, "İntihar Olasılığı Ölçeği" kullanılmıştır.<sup>195</sup> Likert tipi bir ölçek olan İÖÖ'nün puanlaması, "hiçbir zaman veya nadiren", "bazen", "sık sık", "çoğu zaman veya her zaman" ifadelerine karşılık 1-4 arası puan verilmesi şeklinde olmaktadır. Puan aralığı 36-144'tür. İlk kez Eskintarafından Türkçeye çevrilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Eskin'in yapmış olduğu Türkçe çevirisi kullanılmıştır. Eskin'in Türk üniversite öğrencileri ile yaptığı güvenilirlik çalışmasından elde edilen bulgular olumludur. Çalışmada ölçeğin test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı 0.95, iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Aynı ölçeğin İsveç versiyonu ile yapılan çalışmada ise ölçeğin test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı 0.89, iç tutarlılık katsayısı ise 0.87 olarak

<sup>194</sup> Sedat Işıklı, Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayırışma Düzeyi Ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişki, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2006, s.66 (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**).

<sup>195</sup> John Cull ve Wayne S. Gil, Suicide probability scale (SPS), Los Angeles: Western Psychological Services, 1989.

bulunmuştur.<sup>196</sup> Toplam 36 maddeden oluşan, Cronbach Alfa katsayısı 86 olan ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması bireyin yüksek intihar riskine sahip olduğuna işaret etmektedir. Daha düşük puanlar intihar riskinin düşük olması şeklinde yorumlanabilir(Ek-Ç).

### 3.3.5. Veri Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22,0 İstatistik paket programı kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde LSD testi kullanıldı.

Ölçekler arası karşılaştırmalarda Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin Bağımlı değişkene etkisini incelemek için Lineer Regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Çalışmaya 350 kişi ile başlandı. Ölçekleri eksik dolduran ya da hiç doldurmayan 107 katılımcı çalışmadan çıkarıldı. Kalan 243 kişi içerisinde 28 katılımcının uygulanan ölçekler acılığıyla travmatik olay yaşamadığı saptandı ve çalışmadan çıkarıldı. Kalan 215 katılımcı analiz edildi.

---

<sup>196</sup> Mehmet Eskin, Adolescents' attitudes toward suicide, and a suicidal peer: A comparison between Swedish and Turkish high school students, Scand J Psychol, 36 (2): 1992, s.201-207.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde, problemin çözümü için, öğrencilerden anket ve ölçekler aracılığıyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

**Tablo 1.**Sosyodemografik Veriler

		<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Cinsiyet	Erkek	77	35,8
	Kadın	138	64,2
	Toplam	215	100,0
BKİ Grup	Zayıf	21	10,9
	Normal	133	68,9
	Hafif Kilolu	35	18,1
	Obez	4	2,1
	Toplam	193	100,0
Ekonomik Durum	Çok Yetersiz	9	4,2
	Yetersiz	8	3,7
	Orta	103	48,1
	İyi	76	35,5
	Çok İyi	18	8,4
	Toplam	214	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	55	25,6
	Çalışmıyor	160	74,4
	Toplam	215	100,0
Medeni Hal	Bekâr	209	97,2
	Evli	4	1,9

	Ayrı Yaşıyor	2	0,9
	Toplam	215	100,0
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	28	13,4
	Aile	125	59,8
	Aile Dışı Kişilerle	16	7,7
	Yurt	31	14,8
	Diğer	9	4,3
	Toplam	209	100,0
	Psikiyatrik Hastalık	Yok	202
Var		13	6,0
Toplam		215	100,0
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	192	89,3
	Var	23	10,7
	Toplam	215	100,0
İntihar Denemesi	Hayır	201	93,5
	Evet	14	6,5
	Toplam	215	100,0
Sabıka Kaydı	Yok	211	98,1
	Var	4	1,9
	Toplam	215	100,0
Sigara Kullanımı	Evet	105	48,8
	Hayır	110	51,2
	Toplam	215	100,0
Alkol Kullanımı	Evet	114	53,0
	Hayır	101	47,0
	Toplam	215	100,0



	Evet	6	2,9
Alkol Ve İlaçtan Kaynaklanan Sorunlar	Hayır	200	97,1
	Toplam	206	100,0

Cinsiyet değişkenine göre öğrencilerin 77'si (%35,8) erkek, 138'i (%64,2) kadın olarak dağılmaktadır.

Bki grup değişkenine göre öğrencilerin 21'i (%10,9) Zayıf, 133'ü (%68,9) Normal, 35'i (%18,1) Hafif kilolu, 4'ü (%2,1) Obez olarak dağılmaktadır.

Ekonomik durum değişkenine göre öğrencilerin 9'u (%4,2) çok yetersiz, 8'i (%3,7) yetersiz, 103'ü (%48,1) orta, 76'sı (%35,5) iyi, 18'i (%8,4) çok iyi olarak dağılmaktadır.

Çalışma durumu değişkenine göre öğrencilerin 55'i (%25,6) çalışıyor, 160'ı (%74,4) çalışmıyor olarak dağılmaktadır.

Medeni hal değişkenine göre öğrencilerin 209'u (%97,2) bekar, 4'ü (%1,9) evli, 2'si (%0,9) ayrı yaşıyor olarak dağılmaktadır.

Yaşanılan kişiler değişkenine göre öğrencilerin 28'i (%13,4) yalnız, 125'i (%59,8) aile, 16'sı (%7,7) aile dışı kişilerle, 31'i (%14,8) yurt, 9'u (%4,3) diğer olarak dağılmaktadır.

Psikiyatrik hastalık değişkenine göre öğrencilerin 202'si (%94,0) yok, 13'ü (%6,0) var olarak dağılmaktadır.

Psikiyatri ilacı değişkenine göre öğrencilerin 201'i (%93,5) yok, 14'ü (%6,5) var olarak dağılmaktadır.

Ailede psikiyatrik hastalık değişkenine göre öğrencilerin 192'si (%89,3) yok, 23'ü (%10,7) var olarak dağılmaktadır.

Tıbbi hastalık değişkenine göre öğrencilerin 186'sı (%86,5) yok, 29'u (%13,5) var olarak dağılmaktadır.

İntihar denemesi değişkenine göre öğrencilerin 201'i (%93,5) hayır, 14'ü (%6,5) evet olarak dağılmaktadır.

Sabıka kaydı değişkenine göre öğrencilerin 211'i (%98,1) yok, 4'ü (%1,9) var olarak dağılmaktadır.

Sigara kullanımı değişkenine göre öğrencilerin 105'i (%48,8) evet, 110'u (%51,2) hayır olarak dağılmaktadır.

Alkol kullanımı değişkenine göre öğrencilerin 114'ü (%53,0) evet, 101'i (%47,0) hayır olarak dağılmaktadır.

Alkol ve ilaçtan kaynaklanan sorunlar değişkenine göre öğrencilerin 6'sı (%2,9) evet, 200'ü (%97,1) hayır olarak dağılmaktadır.

**Tablo 2.**Yaş ve Beden Bulguları

	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Yaş	208	21,520	2,483	18	35
Boy	204	171,010	8,776	155	192
Kilo	196	65,420	13,620	43	108
BKİ	193	22,335	3,507	15,7	35,4

Öğrencilerin “yaş” ortalaması (21,520±2,483); “boy” ortalaması (171,010±8,776); “kilo” ortalaması (65,420±13,620); “BKİ” ortalaması (22,335±3,507) olarak bulunmuştur.

**Tablo 3.**Katılımcıların Başlarından Geçen ya da Tanık Oldukları Travmatik Yaşam Olaylarına Göre Dağılımları

		<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı	Yaşamadım	103	47,9
	Yaşadım	112	52,1
	Toplam	215	100,0
Doğal afet	Yaşamadım	128	59,5
	Yaşadım	87	40,5
	Toplam	215	100,0
Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir Saldırıya maruz kalma	Yaşamadım	198	92,1
	Yaşadım	17	7,9
	Toplam	215	100,0
Tanımadığınız biri tarafından cinsel	Yaşamadım	186	86,5

olmayan bir saldırıya maruz kalma	Yaşadım	29	13,5
	Toplam	215	100,0
Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	Yaşamadım	212	98,6
	Yaşadım	3	1,4
	Toplam	215	100,0
Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	Yaşamadım	204	94,9
	Yaşadım	11	5,1
	Toplam	215	100,0
Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	Yaşamadım	205	95,3
	Yaşadım	10	4,7
	Toplam	215	100,0
18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	Yaşamadım	194	90,2
	Yaşadım	21	9,8
	Toplam	215	100,0
Hapsedilme	Yaşamadım	209	97,2
	Yaşadım	6	2,8
	Toplam	215	100,0
İşkenceye maruz kalma	Yaşamadım	207	96,3
	Yaşadım	8	3,7
	Toplam	215	100,0
Hayatı tehdit eden bir hastalık	Yaşamadım	195	90,7
	Yaşadım	20	9,3

	Toplam	215	100,0
	Yaşamadım	95	44,2
Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	Yaşadım	120	55,8
	Toplam	215	100,0
	Yaşamadım	175	81,4
Bunların dışında bir travmatik olay	Yaşadım	40	18,6
	Toplam	215	100,0

Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı sorusuna öğrencilerin 103'ü (%47,9) yaşamadım, 112'si (%52,1) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Doğal afet sorusuna öğrencilerin 128'i (%59,5) yaşamadım, 87'si (%40,5) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma sorusuna öğrencilerin 198'i (%92,1) yaşamadım, 17'si (%7,9) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma sorusuna öğrencilerin 186'sı (%86,5) yaşamadım, 29'u (%13,5) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma sorusuna öğrencilerin 212'si (%98,6) yaşamadım, 3'ü (%1,4) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma sorusuna öğrencilerin 204'ü (%94,9) yaşamadım, 11'i (%5,1) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma sorusuna öğrencilerin 205'i (%95,3) yaşamadım, 10'u (%4,7) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas sorusuna öğrencilerin 194'ü (%90,2) yaşamadım, 21'i (%9,8) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Hapsedilme sorusuna öğrencilerin 209'u (%97,2) yaşamadım, 6'sı (%2,8) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

İşkenceye maruz kalma sorusuna öğrencilerin 207'si (%96,3) yaşamadım, 8'i (%3,7) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Hayatı tehdit eden bir hastalık sorusuna öğrencilerin 195'i (%90,7) yaşamadım, 20'si (%9,3) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü sorusuna öğrencilerin 95'i (%44,2) yaşamadım, 120'si (%55,8) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

Bunların dışında bir travmatik olay sorusuna öğrencilerin 175'i (%81,4) yaşamadım, 40'ı (%18,6) yaşadım yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 4.**Katılımcıların Başlarından Geçen ya da Tanık Oldukları Travmatik Yaşam Olayı Sayısına Göre Dağılımı

	Frekans(n)	Yüzde (%)
1 Travmatik Olay Yaşayan	76	35,3
2 Travmatik Olay Yaşayan	69	32,1
3 Travmatik Olay Yaşayan	37	17,2
4 Travmatik Olay Yaşayan	18	8,4
5 Travmatik Olay Yaşayan	9	4,2
6 Travmatik Olay Yaşayan	4	1,9
9 Travmatik Olay Yaşayan	2	0,9
Toplam	215	100,0

Öğrenciler;

Travmatik yaşam olayı sayısı değişkenine göre 76'sı (%35,3) 1 Travmatik olay yaşayan, 69'u (%32,1) 2 Travmatik olay yaşayan, 37'si (%17,2) 3 Travmatik olay yaşayan, 18'i (%8,4) 4 Travmatik olay yaşayan, 9'u (%4,2) 5 Travmatik olay

yaşayan, 4'ü (%1,9) 6 Travmatik olay yaşayan, 2'si (%0,9) 9 Travmatik olay yaşayan olarak dağılmaktadır.

**Tablo 5.** Katılımcıların Başlarından Geçen ya da Tanık Oldukları “En Travmatik Yaşam Olayı” Sırasında Meydana Gelen Durumları Belirten “TSSTÖ Olay Şiddeti Alt Ölçeği”ne Göre Dağılımları

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Fiziksel bir yara aldınız mı?	Evet	61	32,6
	Hayır	126	67,4
	Toplam	187	100,0
Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	Evet	78	42,6
	Hayır	105	57,4
	Toplam	183	100,0
Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	Evet	51	27,1
	Hayır	137	72,9
	Toplam	188	100,0
Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	Evet	92	47,9
	Hayır	100	52,1
	Toplam	192	100,0
Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	Evet	137	68,8
	Hayır	62	31,2
	Toplam	199	100,0
Büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?	Evet	127	65,1
	Hayır	68	34,9
	Toplam	195	100,0

	Bir Aydan Daha Az	38	26,0
Sorunları ne kadar zamandır yaşıyorsunuz?	1-3 Ay Arası	26	17,8
	3 Aydan Daha Fazla	82	56,2
	Toplam	146	100,0
Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı?	6 Aydan Daha Az	83	59,3
	6 Ay Ya Da Daha Fazla	57	40,7
	Toplam	140	100,0

Fiziksel yara alma sorusuna öğrencilerin 61'i (%32,6) evet, 126'sı (%67,4) hayır yanıtını vermişlerdir.

Başka bir kişinin fiziksel yara alma sorusuna öğrencilerin 78'i (%42,6) evet, 105'i (%57,4) hayır yanıtını vermişlerdir.

Hayatının tehlikede olduğunu düşünme sorusuna öğrencilerin 51'i (%27,1) evet, 137'si (%72,9) hayır yanıtını vermişlerdir.

Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşünme sorusuna öğrencilerin 92'si (%47,9) evet, 100'ü (%52,1) hayır yanıtını vermişlerdir.

Kendini çaresiz hissetme sorusuna öğrencilerin 137'si (%68,8) evet, 62'si (%31,2) hayır yanıtını vermişlerdir.

Büyük bir korku duygusu yaşama sorusuna öğrencilerin 127'si (%65,1) evet, 68'i (%34,9) hayır yanıtını vermişlerdir.

Sorunların ne kadar zamandır yaşandığı sorusuna öğrencilerin 38'i (%26,0) bir aydan daha az, 26'sı (%17,8) 1-3 ay arası, 82'si (%56,2) 3 aydan daha fazla yanıtını vermişlerdir.

Bu sorunların söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladığına sorusuna öğrencilerin 83'ü (%59,3) 6 aydan daha az, 57'si (%40,7) 6 ay ya da daha fazla yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 6.**Katılımcıların TSSTÖ “Olay Etkisi Alt Ölçeği”ne Göre Travmatik Olay Nedeniyle Olumsuz Etkilendiğini Belirttikleri İşlevsellik Alanlarına Göre Dağılımları

		<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
İş Hayatı	Evet	41	20,0
	Hayır	164	80,0
	Toplam	205	100,0
Evin Günlük İşleri	Evet	48	23,2
	Hayır	159	76,8
	Toplam	207	100,0
Arkadaşlarınızla İlişkiler	Evet	81	38,6
	Hayır	129	61,4
	Toplam	210	100,0
Eğlence Ve Boş Zamanlardaki Etkinlikler	Evet	78	37,5
	Hayır	130	62,5
	Toplam	208	100,0
Okulla İlgili İşler	Evet	69	33,7
	Hayır	136	66,3
	Toplam	205	100,0
Ailenizle İlişkiler	Evet	63	30,4
	Hayır	144	69,6
	Toplam	207	100,0
Cinsel Yaşam	Evet	31	15,0
	Hayır	176	85,0



	Toplam	207	100,0
	Evet	73	35,4
Genel Anlamda Hayattan Memnuniyet	Hayır	133	64,6
	Toplam	206	100,0
	Evet	62	29,7
Hayatınızın Her Alanında Genel İşleyiş Düzeyi	Hayır	147	70,3
	Toplam	209	100,0

İş hayatı sorusuna öğrencilerin 41'i (%20,0) evet, 164'ü (%80,0) hayır yanıtını vermişlerdir.

Evin günlük işleri sorusuna öğrencilerin 48'i (%23,2) evet, 159'u (%76,8) hayır yanıtını vermişlerdir.

Arkadaşlarınızla ilişkiler sorusuna öğrencilerin 81'i (%38,6) evet, 129'u (%61,4) hayır yanıtını vermişlerdir.

Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler sorusuna öğrencilerin 78'i (%37,5) evet, 130'u (%62,5) hayır yanıtını vermişlerdir.

Okulla ilgili işler sorusuna öğrencilerin 69'u (%33,7) evet, 136'sı (%66,3) hayır yanıtını vermişlerdir.

Ailenizle ilişkiler sorusuna öğrencilerin 63'ü (%30,4) evet, 144'ü (%69,6) hayır yanıtını vermişlerdir.

Cinsel yaşam sorusuna öğrencilerin 31'i (%15,0) evet, 176'sı (%85,0) hayır yanıtını vermişlerdir.

Genel anlamda hayattan memnuniyet sorusuna öğrencilerin 73'ü (%35,4) evet, 133'ü (%64,6) hayır yanıtını vermişlerdir.

Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi sorusuna öğrencilerin 62'si (%29,7) evet, 147'si (%70,3) hayır yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 7.** Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeğine Göre Öğrencilerin Dağılımı

<b>Travma Sonrası Stres Tanı</b>	<b>Frekans(n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Hafif ( $\leq 10$ )	105	48,8
Orta (11-20)	44	20,5
Orta-ciddi (21-35)	49	22,8
Ciddi ( $>35$ )	17	7,9
Toplam	215	100,0

Travma sonrası stres tanı ölçeği değişkenine göre öğrencilerin 105'i (%48,8) Hafif ( $\leq 10$ ), 44'ü (%20,5) Orta (11-20), 49'u (%22,8) Orta-ciddi (21-35), 17'si (%7,9) Ciddi ( $>35$ ) olarak dağılmaktadır.

**Tablo 8.** İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği İlişkin Tanımsal Bulgular (n=215)

	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Umutsuzluk	215	21,423	5,056	12	37
Düşmanlık	215	12,461	3,590	7	25
İntihar Düşüncesi	215	11,414	3,653	8	23
İntihar Olasılığı Ölçeği					
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	215	24,809	4,653	13	35
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	215	72,335	9,735	52	101
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği					
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	215	45,721	26,122	21	147
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	215	24,986	12,256	7	49
Kendini Suçlama	215	10,102	6,133	5	35
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam	215	88,377	42,808	36	252

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	215	4,665	4,293	0	15
	Kaçınma/duygusal Küntlük	215	3,572	4,144	0	15
	Aşırı Uyarılmışlık	215	6,242	5,898	0	21
	Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Toplam	215	14,479	13,188	0	51

Öğrencilerin “umutsuzluk” düzeyi (21,423±5,056); “düşmanlık” düzeyi (12,461±3,590); “intihar düşüncesi” düzeyi (11,414±3,653); “olumsuz kendilik değerlendirmesi” düzeyi (24,809±4,653); “intihar olasılığı ölçeği toplam” düzeyi (72,335±9,735); “kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri” düzeyi (45,721±26,122); “dünyayla ilgili olumsuz bilişleri” düzeyi (24,986±12,256); “kendini suçlama” düzeyi (10,102±6,133); “travma sonrası bilişler ölçeği toplam” düzeyi (88,377±42,808); “yeniden yaşama/girişimci düşünceler” düzeyi çok yüksek (4,665±4,293); “kaçınma/duygusal küntlük” düzeyi yüksek (3,572±4,144); “aşırı uyarılmışlık” düzeyi (6,242±5,898); “travma sonrası stres tanı ölçeği toplam” düzeyi (14,479±13,188) olarak saptanmıştır.

**Tablo 9.** İntihar Olasılığı ile Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı İlişkinine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi

		Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar düşüncesi	Olumsuz kendilik değerlendirmesi	İntihar olasılığı ölçeği toplam
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	r	0,590	0,407	0,569	-0,380	0,506
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	N	215	215	215	215	215
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	r	0,377	0,280	0,194	-0,209	0,281
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>
	N	215	215	215	215	215
Kendini Suçlama	r	0,494	0,281	0,536	-0,362	0,399
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

	N	215	215	215	215	215
	r	0,589	0,397	0,523	-0,373	0,487
Travma Sonrası Bilişler ölçeği toplam	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	N	215	215	215	215	215
	r	0,303	0,144	0,397	-0,237	0,259
Yeniden yaşama/girişimci düşünceler	p	<b>0,000</b>	<b>0,034</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	N	215	215	215	215	215
	r	0,392	0,213	0,524	-0,327	0,336
Kaçınma/duygusal küntlük	p	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	N	215	215	215	215	215
	r	0,305	0,212	0,425	-0,259	0,292
Aşırı uyarılmışlık	P	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	N	215	215	215	215	215
	r	0,358	0,209	0,484	-0,296	0,321
Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam	p	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	N	215	215	215	215	215

Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ile umutsuzluk arasında %59,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,590$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri ile umutsuzluk arasında %37,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,377$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Kendini suçlama ile umutsuzluk arasında %49,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,494$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kendini suçlama puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Travma sonrası bilişler ölçeği toplam ile umutsuzluk arasında %58,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,589$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Yeniden yaşama/girişimci düşünceler ile umutsuzluk arasında %30,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,303$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Kaçınma/duygusal küntlük ile umutsuzluk arasında %39,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,392$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kaçınma/duygusal küntlük puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Aşırı uyarılmışlık ile umutsuzluk arasında %30,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,305$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre aşırı uyarılmışlık puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam ile umutsuzluk arasında %35,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,358$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanı arttıkça umutsuzluk puanı da artmaktadır.

Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ile düşmanlık arasında %40,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,407$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri ile düşmanlık arasında %28,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,280$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Kendini suçlama ile düşmanlık arasında %28,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,281$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kendini suçlama puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Travma sonrası bilişler ölçeği toplam ile düşmanlık arasında %39,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,397$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Yeniden yaşama/girişimci düşünceler ile düşmanlık arasında %14,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,144$ ;  $p=0,034<0,05$ ). Buna göre yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Kaçınma/duygusal küntlük ile düşmanlık arasında %21,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,213$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Buna göre kaçınma/duygusal küntlük puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Aşırı uyarılmışlık ile düşmanlık arasında %21,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,212$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Buna göre aşırı uyarılmışlık puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam ile düşmanlık arasında %20,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,209$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Buna göre travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanı arttıkça düşmanlık puanı da artmaktadır.

Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ile İntihar düşüncesi arasında %56,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,569$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri ile İntihar düşüncesi arasında %19,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,194$ ;  $p=0,004<0,05$ ). Buna göre dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Kendini suçlama ile İntihar düşüncesi arasında %53,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,536$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kendini suçlama puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Travma sonrası bilişler ölçeği toplam ile İntihar düşüncesi arasında %52,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,523$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Yeniden yaşama/girişimci düşünceler ile İntihar düşüncesi arasında %39,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,397$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Kaçınma/duygusal küntlük ile İntihar düşüncesi arasında %52,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,524$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kaçınma/duygusal küntlük puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Aşırı uyarılmışlık ile İntihar düşüncesi arasında %42,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,425$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre aşırı uyarılmışlık puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam ile İntihar düşüncesi arasında %48,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,484$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre travma

sonrası stres tanı ölçeği toplam puanı arttıkça İntihar düşüncesi puanı da artmaktadır.

Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %38,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,380$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %20,9 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,209$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Buna göre dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Kendini suçlama ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %36,2 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,362$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kendini suçlama puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Travma sonrası bilişler ölçeği toplam ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %37,3 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,373$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Yeniden yaşama/girişimci düşünceler ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %23,7 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,237$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Kaçınma/duygusal küntlük ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %32,7 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,327$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kaçınma/duygusal küntlük puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Aşırı uyarılmışlık ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %25,9 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,259$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre aşırı uyarılmışlık puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında %29,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,296$ ;  $p=0,000<0,05$ ).

Buna göre travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanı arttıkça olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı azalmaktadır.

Kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %50,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,506$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %28,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,281$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Kendini suçlama ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %39,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,399$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kendini suçlama puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Travma sonrası bilişler ölçeği toplam ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %48,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,487$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Yeniden yaşama/girişimci düşünceler ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %25,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,259$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Kaçınma/duygusal küntlük ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %33,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,336$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre kaçınma/duygusal küntlük puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Aşırı uyarılmışlık ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %29,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,292$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre aşırı uyarılmışlık puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam ile İntihar olasılığı ölçeği toplam arasında %32,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,321$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre



travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanı arttıkça İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı da artmaktadır.

**Tablo 10.** Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	0,152	1,161	0,247			
	Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	1,296	8,221	<b>0,000</b>			
	Kendini Suçlama	1,524	3,278	<b>0,001</b>			
	Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	2,588	3,934	<b>0,000</b>	238,111	0,000	0,869
	Kaçınma/duygusal Küntlük	-1,384	-1,649	0,101			
	Aşırı Uyarılmışlık	0,140	0,248	0,804			

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile intihar olasılığı ölçeği toplam arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=238,111; p=0,000<0.05). İntihar olasılığı ölçeği toplam düzeyinin belirleyicisi olarak dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür(R<sup>2</sup>=0,869). Öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri düzeyi intihar olasılığı ölçeği toplam düzeyini arttırmaktadır ( $\beta$ =1,296). Öğrencilerin kendini suçlama düzeyi intihar olasılığı ölçeği toplam düzeyini arttırmaktadır ( $\beta$ =1,524). Öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler düzeyi intihar olasılığı ölçeği toplam düzeyini arttırmaktadır ( $\beta$ =2,588). Öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük düzeyi intihar olasılığı ölçeği toplam düzeyini etkilememektedir (p=0.101>0.05).

Öğrencilerin aşırı uyarılmışlık düzeyi intihar olasılığı ölçeği toplam düzeyini etkilememektedir ( $p=0.804>0.05$ ).

**Tablo 11.** Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının Umutsuzluk Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
Umutsuzluk	Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	0,074	2,032	<b>0,043</b>	287,227	0,000	0,889
	Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	0,360	8,232	<b>0,000</b>			
	Kendini Suçlama	0,443	3,430	<b>0,001</b>			
	Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	0,710	3,886	<b>0,000</b>			
	Kaçınma/duygusal Küntlük	-0,145	-0,622	0,535			
	Aşırı Uyarılmışlık	-0,091	-0,582	0,561			

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=287,227$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Umutsuzluk düzeyinin belirleyicisi olarak dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür ( $R^2=0,889$ ). Öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri düzeyi umutsuzluk düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,360$ ). Öğrencilerin kendini suçlama düzeyi umutsuzluk düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,443$ ). Öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler düzeyi umutsuzluk düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,710$ ). Öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük düzeyi umutsuzluk düzeyini etkilememektedir ( $p=0.535>0.05$ ). Öğrencilerin aşırı uyarılmışlık düzeyi umutsuzluk düzeyini etkilememektedir ( $p=0.561>0.05$ ).

**Tablo 12.** Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının Düşmanlık Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
Düşmanlık	Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	0,058	2,293	<b>0,023</b>	198,833	0,000	0,847
	Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	0,217	7,181	<b>0,000</b>			
	Kendini Suçlama	0,174	1,949	0,053			
	Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	0,335	2,653	<b>0,009</b>			
	Kaçınma/duygusal Küntlük	-0,233	-1,446	0,150			
	Aşırı Uyarılmışlık	0,069	0,636	0,525			

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile düşmanlık arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=198,833; p=0,000<0.05). Düşmanlık düzeyinin belirleyicisi olarak dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür(R<sup>2</sup>=0,847). Öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri düzeyi düşmanlık düzeyini arttırmaktadır ( $\beta$ =0,217). Öğrencilerin kendini suçlama düzeyi düşmanlık düzeyini etkilememektedir (p=0.053>0.05). Öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler düzeyi düşmanlık düzeyini arttırmaktadır ( $\beta$ =0,335). Öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük düzeyi düşmanlık düzeyini etkilememektedir (p=0.150>0.05). Öğrencilerin aşırı uyarılmışlık düzeyi düşmanlık düzeyini etkilememektedir (p=0.525>0.05).

**Tablo 13.** Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının İntihar Düşüncesi Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	R <sup>2</sup>
------------------	-------------------	---------	---	---	---	-----------	----------------

İntihar Düşüncesi	Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	0,044	2,132	<b>0,034</b>		
	Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	0,125	4,991	<b>0,000</b>		
	Kendini Suçlama	0,317	4,284	<b>0,000</b>		
	Yeniden				254,865	0,000
	Yaşama/girişimci	0,352	3,359	<b>0,001</b>		
	Düşünceler					
	Kaçınma/duygusal	0,050	0,375	0,708		
	Küntlük					
	Aşırı Uyarılmışlık	0,002	0,019	0,985		
						0,876

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=254,865$ ;  $p=0,000<0.05$ ). İntihar düşüncesi düzeyinin belirleyicisi olarak dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür ( $R^2=0,876$ ). Öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri düzeyi intihar düşüncesi düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,125$ ). Öğrencilerin kendini suçlama düzeyi intihar düşüncesi düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,317$ ). Öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler düzeyi intihar düşüncesi düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,352$ ). Öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük düzeyi intihar düşüncesi düzeyini etkilememektedir ( $p=0.708>0.05$ ). Öğrencilerin aşırı uyarılmışlık düzeyi intihar düşüncesi düzeyini etkilememektedir ( $p=0.985>0.05$ ).

**Tablo 14.** Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p)	$R^2$
---------------------	----------------------	---------	---	---	---	--------------	-------

	Kişinin Kendisiyle						
	İlgili Olumsuz	-0,031	-0,520	0,604			
	Bilişleri						
	Dünyayla İlgili						
	Olumsuz Bilişleri	0,556	7,812	<b>0,000</b>			
Olumsuz	Kendini Suçlama	0,555	2,641	<b>0,009</b>			
Kendilik					125,207	0,000	0,776
Değerlendirmesi	Yeniden						
	Yaşama/girişimci	1,117	3,759	<b>0,000</b>			
	Düşünceler						
	Kaçınma/duygusal						
	Küntlük	-0,979	-2,581	<b>0,011</b>			
	Aşırı Uyarılmışlık	0,115	0,451	0,652			

Dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık ile olumsuz kendilik değerlendirme arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=125,207$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Olumsuz kendilik değerlendirme düzeyinin belirleyicisi olarak dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür ( $R^2=0,776$ ). Öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri düzeyi olumsuz kendilik değerlendirme düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,556$ ). Öğrencilerin kendini suçlama düzeyi olumsuz kendilik değerlendirme düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,555$ ). Öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler düzeyi olumsuz kendilik değerlendirme düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=1,117$ ). Öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük düzeyi olumsuz kendilik değerlendirme düzeyini azaltmaktadır ( $\beta=-0,979$ ). Öğrencilerin aşırı uyarılmışlık düzeyi olumsuz kendilik değerlendirme düzeyini etkilememektedir ( $p=0.652>0.05$ ).

**Tablo 15.** Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanının İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	$\beta$	t	p	F	Model (p) $R^2$
------------------	-------------------	---------	---	---	---	-----------------

İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Travma Sonrası Bilişler Ölçeği	0,632	19,579	<b>0,000</b>		
	Toplam				605,032	0,000
	Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Toplam	0,330	2,036	<b>0,043</b>		0,849

Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam ile intihar olasılığı ölçeği toplam arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=605,032$ ;  $p=0,000<0.05$ ). İntihar olasılığı ölçeği toplam düzeyinin belirleyicisi olarak travma sonrası stres tanı ölçeği toplam değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür ( $R^2=0,849$ ). Öğrencilerin travma sonrası stres tanı ölçeği toplam düzeyi intihar olasılığı ölçeği toplam düzeyini arttırmaktadır ( $\beta=0,330$ ).

**Tablo 16.** İntihar Olasılığı ve Travma Sonrası Bilişler Puanlarının Travma Sonrası Stres Tanı Değişkeni ile ilişkisi

		N	Ort	Ss	F	P
Umutsuzluk	Hafif ( $\leq 10$ )	105	19,686	3,926		
	Orta (11-20)	44	22,000	5,113		
	Orta-ciddi (21-35)	49	23,143	4,444	11,842	<b>0,000</b>
	Ciddi ( $>35$ )	17	25,706	7,935		
Düşmanlık	Hafif ( $\leq 10$ )	105	11,495	3,270		
	Orta (11-20)	44	12,727	3,266		
	Orta-ciddi (21-35)	49	14,082	3,968	6,578	<b>0,000</b>
	Ciddi ( $>35$ )	17	13,059	3,491		
İntihar Düşüncesi	Hafif ( $\leq 10$ )	105	9,962	2,192		
	Orta (11-20)	44	10,636	1,844	27,428	<b>0,000</b>
	Orta-ciddi (21-35)	49	13,878	4,270		

	Ciddi (>35)	17	15,294	5,775		
	Hafif (<=10)	105	25,848	4,215		
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Orta (11-20)	44	25,455	5,329	8,241	<b>0,000</b>
	Orta-ciddi (21-35)	49	23,327	4,135		
	Ciddi (>35)	17	21,000	4,016		
	Hafif (<=10)	105	69,114	7,679		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Orta (11-20)	44	72,977	8,360	10,294	<b>0,000</b>
	Orta-ciddi (21-35)	49	76,653	10,852		
	Ciddi (>35)	17	78,118	13,467		
	Hafif (<=10)	105	33,781	20,090		
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	Orta (11-20)	44	47,250	19,609	23,706	<b>0,000</b>
	Orta-ciddi (21-35)	49	62,225	25,430		
	Ciddi (>35)	17	67,941	35,060		
	Hafif (<=10)	105	21,971	12,978		
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	Orta (11-20)	44	28,409	11,046	4,446	<b>0,005</b>
	Orta-ciddi (21-35)	49	27,857	9,496		
	Ciddi (>35)	17	26,471	14,009		
	Hafif (<=10)	105	8,295	5,679		
Kendini Suçlama	Orta (11-20)	44	8,932	3,884	13,529	<b>0,000</b>
	Orta-ciddi (21-35)	49	13,490	5,895		
	Ciddi (>35)	17	14,529	8,217		
	Hafif (<=10)	105	69,952	36,826	18,583	<b>0,000</b>
Travma Sonrası						

Bilişler Ölçeği	Orta (11-20)	44	93,205	30,776
Toplam	Orta-ciddi (21-35)	49	113,102	37,962
	Ciddi (>35)	17	118,412	60,860

Öğrencilerin umutsuzluk puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=11,842$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların umutsuzluk puanları ( $22,000\pm 5,113$ ), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların umutsuzluk puanlarından ( $19,686\pm 3,926$ ) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların umutsuzluk puanları ( $23,143\pm 4,444$ ), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların umutsuzluk puanlarından ( $19,686 \pm 3,926$ ) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Ciddi (>35) olanların umutsuzluk puanları ( $25,706\pm 7,935$ ), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların umutsuzluk puanlarından ( $19,686\pm 3,926$ ) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Ciddi (>35) olanların umutsuzluk puanları ( $25,706\pm 7,935$ ), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların umutsuzluk puanlarından ( $22,000\pm 5,113$ ) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin düşmanlık puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,578$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların düşmanlık puanları ( $12,727\pm 3,266$ ), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların düşmanlık puanlarından ( $11,495\pm 3,270$ ) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların düşmanlık puanları ( $14,082\pm 3,968$ ), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların düşmanlık puanlarından ( $11,495\pm 3,270$ ) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin intihar düşüncesi puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre, yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=27,428$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek için tamamlayıcı post-hoc



analizi yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların intihar düşüncesi puanları (13,878±4,270), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların intihar düşüncesi puanlarından (9,962±2,192) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların intihar düşüncesi puanları (15,294±5,775), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların intihar düşüncesi puanlarından (9,962±2,192) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların intihar düşüncesi puanları (13,878±4,270), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların intihar düşüncesi puanlarından (10,636±1,844) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların intihar düşüncesi puanları (15,294±5,775), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların intihar düşüncesi puanlarından (10,636±1,844) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=8,241$ ;  $p=0,000 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları (25,848±4,215), travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanlarından (23,327±4,135) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları (25,455±5,329), travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanlarından (23,327±4,135) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları (25,848±4,215), travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanlarından (21,000±4,016) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları (25,455±5,329), travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanlarından (21,000±4,016) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=10,294$ ;  $p=0,000 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların intihar olasılığı ölçeği

toplam puanları (72,977±8,360), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarından (69,114±7,679) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların intihar olasılığı ölçeği toplam puanları (76,653±10,852), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarından (69,114±7,679) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların intihar olasılığı ölçeği toplam puanları (78,118±13,467), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarından (69,114±7,679) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=23,706$ ;  $p=0,000 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları (47,250±19,609), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (33,781±20,090) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları (62,225±25,430), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (33,781±20,090) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları (67,941±35,060), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (33,781±20,090) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları (62,225±25,430), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (47,250±19,609) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları (67,941±35,060), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (47,250±19,609) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,446$ ;  $p=0,005 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi

yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanları (28,409±11,046), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (21,971±12,978) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanları (27,857±9,496), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (21,971±12,978) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin kendini suçlama puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=13,529$ ;  $p=0,000 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların kendini suçlama puanları (13,490±5,895), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların kendini suçlama puanlarından (8,295±5,679) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $> 35$ ) olanların kendini suçlama puanları (14,529±8,217), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların kendini suçlama puanlarından (8,295±5,679) yüksek bulunmuştur. travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların kendini suçlama puanları (13,490±5,895), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların kendini suçlama puanlarından (8,932±3,884) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $> 35$ ) olanların kendini suçlama puanları (14,529±8,217), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların kendini suçlama puanlarından (8,932±3,884) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları ortalamalarının travma sonrası stres tanısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=18,583$ ;  $p=0,000 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları (93,205±30,776), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanlarından (69,952±36,826) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları (113,102±37,962), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanlarından (69,952±36,826) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $> 35$ )

olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları (118,412±60,860), travma sonrası stres tanısı Hafif ( $\leq 10$ ) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanlarından (69,952±36,826) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Orta-ciddi (21-35) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları (113,102±37,962), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanlarından (93,205±30,776) yüksek bulunmuştur. Travma sonrası stres tanısı Ciddi ( $>35$ ) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları (118,412±60,860), travma sonrası stres tanısı Orta (11-20) olanların travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanlarından (93,205±30,776) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 17.** İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının BKİ Değişkeni ile ilişkisi

		N	Ort	Ss	F	p
Umutsuzluk	Zayıf	21	20,286	4,562		
	Normal	133	21,887	5,571	1,127	0,326
	Hafif Kilolu / Obez	39	21,000	3,907		
Düşmanlık	Zayıf	21	12,000	3,256		
	Normal	133	12,797	3,898	0,575	0,564
	Hafif Kilolu / Obez	39	12,359	2,529		
İntihar Düşüncesi	Zayıf	21	9,286	1,454		
	Normal	133	12,120	4,004	6,262	<b>0,002</b>
	Hafif Kilolu / Obez	39	10,923	3,090		
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Zayıf	21	26,762	3,673		
	Normal	133	24,466	4,801	2,241	0,109
	Hafif Kilolu / Obez	39	24,718	4,425		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Zayıf	21	70,714	7,792		
	Normal	133	73,587	10,722	1,695	0,186

	Hafif Kilolu / Obez	39	70,744	8,068		
	Zayıf	21	36,191	23,436		
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	Normal	133	45,271	25,318	1,694	0,187
	Hafif Kilolu / Obez	39	48,128	21,497		
	Zayıf	21	22,381	14,688		
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	Normal	133	25,045	11,970	0,767	0,466
	Hafif Kilolu / Obez	39	26,410	10,542		
	Zayıf	21	7,952	3,981		
Kendini Suçlama	Normal	133	10,353	6,365	1,786	0,170
	Hafif Kilolu / Obez	39	9,333	4,257		
	Zayıf	21	72,571	39,883		
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam	Normal	133	88,338	41,872	1,693	0,187
	Hafif Kilolu / Obez	39	91,590	32,719		
	Zayıf	21	4,905	4,795		
Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	Normal	133	5,098	4,423	0,469	0,626
	Hafif Kilolu / Obez	39	4,333	3,737		
	Zayıf	21	2,905	4,110		
Kaçınma/duygusal Küntlük	Normal	133	3,910	4,399	0,661	0,518
	Hafif Kilolu / Obez	39	3,359	3,653		
	Zayıf	21	7,143	6,506		
Aşırı Uyarılmışlık	Normal	133	6,805	6,191	1,217	0,298
	Hafif Kilolu / Obez	39	5,180	5,231		

	Zayıf	21	14,952	14,344		
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Toplam	Normal	133	15,812	13,935	0,724	0,486
	Hafif Kilolu / Obez	39	12,872	10,969		

Öğrencilerin intihar düşüncesi puanları ortalamalarının bki grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,262$ ;  $p=0,002<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bki normal olanların intihar düşüncesi puanları ( $12,120\pm4,004$ ), bki Zayıf olanların intihar düşüncesi puanlarından ( $9,286\pm1,454$ ) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin umutsuzluk, düşmanlık, olumsuz kendilik değerlendirmesi, intihar olasılığı ölçeği toplam, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri, dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, travma sonrası bilişler ölçeği toplam, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık, travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanları ortalamalarının bki grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 18.** İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının cinsiyete Değişkeni ile ilişkisi

		N	Ort	Ss	t	P
Umutsuzluk	Erkek	77	21,740	5,009	0,686	0,494
	Kadın	138	21,246	5,092		
Düşmanlık	Erkek	77	13,078	3,720	1,895	0,059
	Kadın	138	12,116	3,481		
İntihar Düşüncesi	Erkek	77	12,156	3,829	2,245	<b>0,026</b>
	Kadın	138	11,000	3,498		

Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Erkek	77	24,325	4,287	-1,142	0,255
	Kadın	138	25,080	4,839		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Erkek	77	73,416	10,145	1,217	0,225
	Kadın	138	71,732	9,483		
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	Erkek	77	48,961	22,361	1,361	0,175
	Kadın	138	43,913	27,916		
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	Erkek	77	26,610	10,813	1,455	0,127
	Kadın	138	24,080	12,940		
Kendini Suçlama	Erkek	77	11,026	6,505	1,656	0,099
	Kadın	138	9,587	5,877		
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam	Erkek	77	94,429	36,291	1,554	0,099
	Kadın	138	85,000	45,824		
Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	Erkek	77	3,909	3,829	-1,941	0,054
	Kadın	138	5,087	4,489		
Kaçınma/duygusal Küntlük	Erkek	77	3,948	4,322	0,994	0,321
	Kadın	138	3,362	4,042		
Aşırı Uyarılmışlık	Erkek	77	6,078	5,631	-0,304	0,762
	Kadın	138	6,333	6,060		
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Toplam	Erkek	77	13,935	12,843	-0,451	0,652
	Kadın	138	14,783	13,413		

Öğrencilerin intihar düşüncesi puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=2.245$ ;  $p=0.026<0,05$ ). Erkek öğrencilerin intihar düşüncesi puanları

(12,156), kadın öğrencilerin intihar düşüncesi puanlarından (11,000) yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin umutsuzluk, düşmanlık, olumsuz kendilik değerlendirmesi, intihar olasılığı ölçeği toplam, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri, dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, travma sonrası bilişler ölçeği toplam, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık, travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19.** İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının intihar denemesi Değişkeni ile ilişkisi

		N	Ort	Ss	t	P
Umutsuzluk	Hayır	201	21,144	5,013	-3,128	<b>0,002</b>
	Evet	14	25,429	3,956		
Düşmanlık	Hayır	201	12,289	3,595	-2,700	<b>0,008</b>
	Evet	14	14,929	2,495		
İntihar Düşüncesi	Hayır	201	11,189	3,556	-3,510	<b>0,001</b>
	Evet	14	14,643	3,629		
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Hayır	201	25,149	4,499	4,215	<b>0,000</b>
	Evet	14	19,929	4,196		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Hayır	201	71,935	9,835	-2,303	<b>0,022</b>
	Evet	14	78,071	5,850		
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	Hayır	201	43,965	25,103	-3,853	<b>0,000</b>
	Evet	14	70,929	28,386		
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	Hayır	201	24,199	11,813	-3,670	<b>0,000</b>
	Evet	14	36,286	13,367		



Kendini Suçlama	Hayır	201	9,816	5,977	-2,630	<b>0,009</b>
	Evet	14	14,214	7,084		
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam	Hayır	201	85,274	40,987	-4,180	<b>0,000</b>
	Evet	14	132,929	45,113		
Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	Hayır	201	4,433	4,136	-3,065	<b>0,002</b>
	Evet	14	8,000	5,233		
Kaçınma/duygusal Küntlük	Hayır	201	3,398	4,031	-2,359	<b>0,019</b>
	Evet	14	6,071	5,045		
Aşırı Uyarılmışlık	Hayır	201	5,940	5,634	-2,889	<b>0,050</b>
	Evet	14	10,571	7,920		
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Toplam	Hayır	201	13,771	12,571	-3,039	<b>0,040</b>
	Evet	14	24,643	17,684		

Öğrencilerin umutsuzluk puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3.128$ ;  $p=0.002<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin umutsuzluk puanları (25,429), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin umutsuzluk puanlarından (21,144) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin düşmanlık puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.700$ ;  $p=0.008<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin düşmanlık puanları (14,929), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin düşmanlık puanlarından (12,289) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin intihar düşüncesi puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-3.510$ ;  $p=0.001<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin intihar düşüncesi puanları (14,643), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin intihar düşüncesi puanlarından (11,189) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=4.215$ ;  $p=0.000<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları (25,149), İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin olumsuz kendilik değerlendirmesi puanlarından (19,929) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2.303$ ;  $p=0.022<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları (78,071), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarından (71,935) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-3.853$ ;  $p=0.000<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları (70,929), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (43,965) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-3.670$ ;  $p=0.000<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanları (36,286), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (24,199) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin kendini suçlama puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi

sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2.630$ ;  $p=0.009<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin kendini suçlama puanları (14,214), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin kendini suçlama puanlarından (9,816) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-4.180$ ;  $p=0.000<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları (132,929), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanlarından (85,274) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-3.065$ ;  $p=0.002<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanları (8,000), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanlarından (4,433) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2.359$ ;  $p=0.019<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük puanları (6,071), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin kaçınma/duygusal küntlük puanlarından (3,398) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin aşırı uyarılmışlık puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2.889$ ;  $p=0.050<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin aşırı uyarılmışlık puanları (10,571), hayirin aşırı uyarılmışlık puanlarından (5,940) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanları ortalamalarının intihar denemesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-3.039$ ;  $p=0.040<0,05$ ). İntihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanları (24,643), intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanlarından (13,771) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 20.** İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının psikiyatrik hastalık Değişkeni ile ilişkisi

		N	Ort	Ss	t	P
Umutsuzluk	Yok	202	21,262	5,047	-1,850	0,066
	Var	13	23,923	4,699		
Düşmanlık	Yok	202	12,391	3,528	-1,118	0,265
	Var	13	13,539	4,465		
İntihar Düşüncesi	Yok	202	11,228	3,487	-3,001	<b>0,047</b>
	Var	13	14,308	4,973		
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Yok	202	24,866	4,600	0,708	0,480
	Var	13	23,923	5,545		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Yok	202	71,906	9,608	-2,580	<b>0,011</b>
	Var	13	79,000	9,626		
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	Yok	202	45,505	26,226	-0,477	0,634
	Var	13	49,077	25,201		
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	Yok	202	25,144	12,478	0,742	0,290
	Var	13	22,539	7,975		
Kendini Suçlama	Yok	202	9,975	6,049	-1,199	0,232
	Var	13	12,077	7,308		

Travma Sonrası Bilişler Ölçeği	Yok	202	88,198	43,063		
Toplam	Var	13	91,154	40,120	-0,241	0,810
Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	Yok	202	4,421	4,126		
	Var	13	8,462	5,190	-3,368	<b>0,001</b>
Kaçınma/duygusal Küntlük	Yok	202	3,406	3,974		
	Var	13	6,154	5,829	-2,342	0,118
Aşırı Uyarılmışlık	Yok	202	6,055	5,779		
	Var	13	9,154	7,151	-1,847	0,066
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Toplam	Yok	202	13,881	12,698		
	Var	13	23,769	17,360	-2,657	<b>0,008</b>

Öğrencilerin intihar düşüncesi puanları ortalamalarının psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3.001$ ;  $p=0.047<0,05$ ). Psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin intihar düşüncesi puanları (14,308), psikiyatrik hastalığı olmayan öğrencilerin intihar düşüncesi puanlarından (11,228) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ortalamalarının psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.580$ ;  $p=0.011<0,05$ ). Psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları (79,000), psikiyatrik hastalığı olmayan öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarından (71,906) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanları ortalamalarının psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3.368$ ;  $p=0.001<0,05$ ). Psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanları (8,462),

psikiyatrik hastalığı olmayan öğrencilerin yeniden yaşama/girişimci düşünceler puanlarından (4,421) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanları ortalamalarının psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.657$ ;  $p=0.008<0,05$ ). Psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanları (23,769), psikiyatrik hastalığı olmayan öğrencilerin travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanlarından (13,881) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin umutsuzluk, düşmanlık, olumsuz kendilik değerlendirmesi, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri, dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, kendini suçlama, travma sonrası bilişler ölçeği toplam, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık puanları ortalamalarının psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 21.** İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının sigara kullanımı Değişkeni ile ilişkisi

		N	Ort	Ss	t	P
Umutsuzluk	Evet	105	22,438	5,123	2,926	<b>0,004</b>
	Hayır	110	20,455	4,817		
Düşmanlık	Evet	105	13,686	3,737	5,176	<b>0,000</b>
	Hayır	110	11,291	3,024		
İntihar Düşüncesi	Evet	105	12,105	4,125	2,750	<b>0,007</b>
	Hayır	110	10,755	3,011		
Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	Evet	105	24,676	4,815	-0,409	0,683
	Hayır	110	24,936	4,512		
İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam	Evet	105	75,333	9,489	4,617	<b>0,000</b>

	Hayır	110	69,473	9,124		
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	Evet	105	51,933	29,588	3,495	<b>0,001</b>
	Hayır	110	39,791	20,778		
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	Evet	105	26,381	13,240	1,637	<b>0,103</b>
	Hayır	110	23,655	11,134		
Kendini Suçlama	Evet	105	11,591	7,334	3,570	<b>0,001</b>
	Hayır	110	8,682	4,286		
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği Toplam	Evet	105	98,381	48,656	3,431	<b>0,001</b>
	Hayır	110	78,827	33,919		
Yeniden Yaşama/girişimci Düşünceler	Evet	105	4,495	4,216	-0,566	0,572
	Hayır	110	4,827	4,379		
Kaçınma/duygusal Küntlük	Evet	105	3,667	4,194	0,326	0,745
	Hayır	110	3,482	4,112		
Aşırı Uyarılmışlık	Evet	105	6,533	6,072	0,707	0,480
	Hayır	110	5,964	5,740		
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Toplam	Evet	105	14,695	13,568	0,234	0,815
	Hayır	110	14,273	12,873		

Öğrencilerin umutsuzluk puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.926$ ;  $p=0.004 < 0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin umutsuzluk puanları (22,438), sigara kullanmayan öğrencilerin umutsuzluk puanlarından (20,455) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin düşmanlık puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=5.176$ ;  $p=0.000<0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin düşmanlık puanları (13,686), sigara kullanmayan öğrencilerin düşmanlık puanlarından (11,291) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin intihar düşüncesi puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=2.750$ ;  $p=0.007<0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin intihar düşüncesi puanları (12,105), sigara kullanmayan öğrencilerin intihar düşüncesi puanlarından (10,755) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=4.617$ ;  $p=0.000<0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanları (75,333), sigara kullanmayan öğrencilerin intihar olasılığı ölçeği toplam puanlarından (69,473) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=3.495$ ;  $p=0.001<0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanları (51,933), sigara kullanmayan öğrencilerin kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri puanlarından (39,791) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin kendini suçlama puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=3.570$ ;  $p=0.001<0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin kendini suçlama puanları (11,591), sigara kullanmayan öğrencilerin kendini suçlama puanlarından (8,682) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek



amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=3.431$ ;  $p=0.001<0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanları (98,381), sigara kullanmayan öğrencilerin travma sonrası bilişler ölçeği toplam puanlarından (78,827) yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin olumsuz kendilik değerlendirmesi, dünyayla ilgili olumsuz bilişleri, yeniden yaşama/girişimci düşünceler, kaçınma/duygusal küntlük, aşırı uyarılmışlık, travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 22.** İntihar Olasılığı, Travma Sonrası Bilişler ve Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkeni ile ilişkisi

	Yaş	
	R	P
Umutsuzluk	-0,027	0,702
Düşmanlık	-0,187	<b>0,007</b>
İntihar düşüncesi	-0,178	<b>0,010</b>
Olumsuz kendilik değerlendirmesi	-0,002	0,976
İntihar olasılığı ölçeği toplam	-0,147	<b>0,034</b>
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	-0,088	0,205
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişleri	0,088	0,208
Kendini Suçlama	-0,072	0,300
Travma Sonrası Bilişler ölçeği toplam	-0,049	0,478
Yeniden yaşama/girişimci düşünceler	-0,029	0,674
Kaçınma/duygusal küntlük	-0,055	0,434

Aşırı uyarılmışlık	-0,067	0,333
Travma sonrası stres tanı ölçeği toplam	-0,057	0,414

Yaş ile umutsuzluk arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,027$ ;  $p=0,702>0,05$ ).

Yaş ile düşmanlık arasında %18,7 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,187$ ;  $p=0,007<0,05$ ). Buna göre yaş puanı arttıkça düşmanlık puanı azalmaktadır.

Yaş ile intihar düşüncesi arasında %17,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,178$ ;  $p=0,010<0,05$ ). Buna göre yaş puanı arttıkça intihar düşüncesi puanı azalmaktadır.

Yaş ile olumsuz kendilik değerlendirmesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,002$ ;  $p=0,976>0,05$ ).

Yaş ile intihar olasılığı ölçeği toplam arasında %14,7 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,147$ ;  $p=0,034<0,05$ ). Buna göre yaş puanı arttıkça intihar olasılığı ölçeği toplam puanı azalmaktadır.

Yaş ile kişinin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,088$ ;  $p=0,205>0,05$ )

Yaş ile dünyayla ilgili olumsuz bilişleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=0,088$ ;  $p=0,208>0,05$ )

Yaş ile kendini suçlama arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,072$ ;  $p=0,300>0,05$ )

Yaş ile travma sonrası bilişler ölçeği toplam arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,049$ ;  $p=0,478>0,05$ )

Yaş ile yeniden yaşama/girişimci düşünceler arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,029$ ;  $p=0,674>0,05$ )

Yaş ile aşırı uyarılmışlık arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,067$ ;  $p=0,333>0,05$ )

Yaş ile travma sonrası stres tanı ölçeği toplam arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ( $r=-0,057$ ;  $p=0,414>0,05$ )



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA YORUM

Araştırmamızda travma sonrası bilişler ile intihar olasılığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmamızın sonuçlarına göre kişilerin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve kendini suçlama puanı arttıkça intihar olasılığı puanı arttığı görülmektedir. Kılınç ve Yıldız araştırmalarında kimi ruhsal problemlerin bilişsel çarpıtmalarla ilişkili olduğunu belirtmektedir. İlgili araştırmada kadın konukevinde kalmakta olan ve şiddet görmüş kadınların ilişkilere dair bilişsel çarpıtmalarının travma, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri ile olan ilişkisini ele almışlardır. Araştırmanın bulgularına göre ilişkilere dair bilişsel çarpıtmalar travma ile doğrudan ilişkilidir. Travmatik yaşantı bilişsel çarpıtmaları artırabileceği gibi bilişsel çarpıtmalar da travmatik yaşantıya dayalı semptomların şiddetini artırabilir.<sup>197</sup> Dolayısıyla kendini suçlama gibi olumsuz niteliği olan bilişsel süreçler travmatik yaşantının ardından artış gösterebileceği gibi bu olumsuz bilişlerin ortaya çıkışı, travmatik yaşantının şiddetini arttırarak içinden çıkılmaz bir kısır döngü halini alabilir ve çözümsüz durumda kalan bireyi intiharın tek çıkış yolu olduğu fikrine yöneltebilir.

Çalışmamıza göre kişinin kendisiyle, dünya ile ilgili olumsuz bilişleri ve kendini suçlama puanı arttıkça umutsuzluk puanının arttığı görülmektedir. Beck, intiharın içerdiği en önemli duygunun umutsuzluk olduğunu ve depresif hastalardaki intihar davranışlarının belirli bilişsel çarpıtmalardan kaynaklandığını söyler. Beck, intihar girişiminde bulunmuş depresif hastalarla yaptığı çalışmalar sonucunda, hastaların, başarısızlıklarına katlanamayacaklarına, sorunlarının çözümü olmadığına, psikiyatristin onlara yardım edemeyeceğine, sorunlarını hiçbir zaman çözemeyeceklerine inandıklarını ve hastaların bu durumları ile intihar davranışları arasında bir bağ olduğunu belirtmiştir. Beck bu durumu “umutsuzluk” olarak tanımlamıştır. Umutsuz hasta, nesnel ve gerçekçi bir nedeni olmadığı halde deneyimlerine yanlış anlam verir ve amaçlarına ulaşmak için bir çaba göstermediği halde bunlardan olumlu sonuçlar bekler.<sup>198</sup>

Araştırmamızın sonuçlarına göre kişilerin kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri ve kendini suçlama puanı arttıkça düşmanlık puanının arttığı öngörülmektedir. Durak-

<sup>197</sup> Güldane Kılınç ve Mustafa Yıldız, Kadın Konukevinde Kalan Ve Şiddete Uğramış Kadınların İlişkilere İlişkin Bilişsel Çarpıtma Düzeylerinin Örseleyici Stres, Depresyon Ve Umutsuzluk Düzeyleri İle İlişkisi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 2017, s.1-5.

<sup>198</sup> Ayşegül Durak Batıgün, Duygudurum bozuklukları, şizofreni ve alkol/madde bağımlılığında intihar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2 (4), 1999, s.43-72.

Batıgün (2002) tarafından yapılan çalışmada, öfke düzeyleri ile intihar olasılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.<sup>199</sup>

Araştırmamızda elde ettiğimiz diğer bir sonuçta öğrencilerin dünyayla ilgili olumsuz bilişleri düşmanlık düzeyini arttırmaktadır. Hoch ve Louise yaptıkları araştırmada kişilerin kendilerine ait olan travmatik yaşam deneyimlerinden kaynak alan çaresizlik duygularını, şiddete yönelme yoluyla kapattıklarını bulmuşlardır. Şiddetin sürekli biçimde tekrarlandığı, yenilendiği ortamlarda ise kurbanın kimi zamanlarda zorba rolüne de geçebilmekte olduğu sonucunu elde etmişlerdir.<sup>200</sup>

Araştırma sonuçlarımıza göre travma sonrası stres tanı ölçeği toplam puanı ile intihar olasılığı ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ferrada-Noli, Asberg ve Ormstad (1998) TSSB teşhisi konan 65 mülteci arasında kendini öldürmeyi düşünenlerin oranının yüzde 31, bunun için girişimde bulunanların oranının yüzde 40 ve kendini öldürmeyi planlayanların oranının ise yüzde 29 gibi azımsanmayacak düzeylerde olduğunu bildirmektedirler. Mazza (2000) depresyon düzeyleri ve cinsiyetin etkileri kontrol edildiğinde bile TSSB belirtisi gösteren ergenlerin göstermeyenlere göre daha fazla intihar düşüncesi sergilediklerini bulmuştur. TSSB travmatik yaşantılar ve intihar davranışı arasında bir ara değişkendir. TSSB belirtileri kontrol edildiğinde şiddete maruz kalma ve intihar davranışı arasında anlamlı bir ilişki kalmamaktadır.<sup>201</sup>

Çalışmamızda TSSTÖ'ne göre travma şiddeti bakımından öğrencilerin 105'i hafif, 44'ü orta, 49'u orta-ciddi, 17'si ise ciddi olarak dağılmaktadır. Travma sonrası stres düzeylerini ve bilişlerini yordayan en önemli değişkenler umutsuzluk, düşmanlık ve intihar düşüncesi olarak bulunmuştur. Kardaş ve Tanhan'ın (2013) yaptıkları çalışmada katılımcıların travma sonrası stres düzeylerini yordayan en önemli değişken umutsuzluk olarak bulunmuştur. Buna göre düşük umutsuzluğa sahip bireyler düşük stres, orta umutsuzluğa sahip bireyler orta düzey stres, yüksek umutsuzluğa sahip bireyler ise yüksek düzey stres yaşamaktadır. Umutsuzluğa bağlı

---

<sup>199</sup> Ayşegül Durak Batıgün, Gençler ve intihar: diğer yaş gruplarıyla farklılaşan Özellikler, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2002, **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**

<sup>200</sup> Hoch-Espada ve Amy Louise, Post-traumatic stress, dissociation, and antisocial behavior in inner-city adolescents, 1997, s.73-94.

<sup>201</sup> Eskin, a.g.e. ,s.152

olarak stres düzeyini yordayan değişken travma sonrası büyüme olarak bulunmuştur.<sup>202</sup>

Çalışmamızda ortaya çıkan bir diğer sonuçta intihar denemesinde bulunmuş olan öğrencilerin umutsuzluk puanları, intihar denemesinde bulunmamış olan öğrencilerin umutsuzluk puanlarından yüksektir. Myers ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada depresif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerde intihar düşüncesinin ve intihar girişimlerinin %70 gibi yüksek bir oranda görüldüğü tespit edilmiştir. Major depresif bozukluğun eşlik ettiği durumlarda intihar girişimleri 10 kata kadar bir artış gösterebilmektedir. Neehall ve Beharry çalışmalarında intihar girişiminde bulunmuş olan ergenlerin %25'ine depresyon tanısına sahip olduğunu bildirmiştir.<sup>203</sup>

Araştırmamızda psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerin intihar olasılığı psikiyatrik hastalığı olmayan öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Eskin ve arkadaşlarının psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerisi düzeylerinin intihar davranışı ile olası ilişkilerini inceledikleri araştırmanın sonuçlarına bakıldığında; psikiyatri hastaları örnekleminde intihar davranışı ve travmatik yaşam olaylarının yaygın olduğu görülmektedir. Psikiyatrik değerlendirme sürecinde travmatik yaşantı, intihar davranışı, sorun çözme becerilerinin sorgulanması önem taşımaktadır. Araştırma bulguları, sorun çözme terapisinin intihar davranışında bulunan hastalarının sağaltım adına önemli bir yaklaşım olma potansiyeli taşıdığını göstermektedir.<sup>204</sup>

Çalışmamızda öğrencilerin umutsuzluklarının birlikte yaşanan kişilere bağlı olarak değiştiiği tespit edilmiştir. Yalnız yaşayan öğrencilerin umutsuzlukları yurttan yaşayanlar ile aile dışı kişilerle yaşayanlardan daha yüksektir. Yurttan yaşayan öğrencilerin umutsuzlukları ise aileleriyle veya aile dışı kişilerle yaşayanlardan daha yüksektir. Park ise yalnızlığın depresif semptomların belirgin ve eşsiz bir prediktörü olduğuna vurgu yapmıştır.<sup>205</sup> Umutsuzluğun ve yalnızlığın depresif semptomlar ve dolayısıyla intihar üzerindeki yordayıcı rolü düşünülüğünde, yalnızlık yaşayan umutsuz bireyi intihara yöneltten süreç anlam kazanmaktadır. Batıgün'ün kadın ve erkeklerde intihar olasılığının yordanması amacıyla yaptığı çalışma sonucunda

<sup>202</sup> Ferhat Kardaş ve Fuat Tanhan, Van Depremi'ni Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Stres Travma Sonrası Büyüme ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van*, 2013, s.79 (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

<sup>203</sup> Evrim AKTEPE vd. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 5,6, 2006.

<sup>204</sup> Mehmet Eskin vd. Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 17,4, 2006, s.266-275.

<sup>205</sup> Youngna Park ve E. C. Chang. Perfectionism and loneliness as predictors of depressive symptoms: A test of an integrative model, *Journal of Young Investigators* 10,1, 2004.

umutsuzluk, yalnızlık ve hayata bağlılık hem kadın hem erkek için ortak yordayıcı faktörler olarak tespit edilmiştir.<sup>206</sup> Benzer şekilde Eskin de yaptığı çalışmada intihar girişimi olanlarda yalnızlık puanını daha yüksek bulmuştur.<sup>207</sup> Mahon ve arkadaşları yaptıkları çalışma ise sosyal destek sahibi olmanın yalnızlık duygusuyla ters ilişkili olduğunu ortaya koyar. Bu sonuç intiharın önlenebilirliğine yaptığı katkı açısından büyük önem taşımaktadır.<sup>208</sup>

Çalışmamızda erkek öğrencilerin intihar düşüncesi kadın öğrencilerin intihar düşüncesinden yüksek bulunmuştur. Annette Beautrais yaptığı çalışmada intiharı cinsiyet odaklı çalışmıştır. İntihar cinsiyet bazlı ele alındığında erkeklerde intiharı kadınlarda ise intihar girişiminin daha sık gerçekleştiği görülmektedir. Kadınlarla kıyaslandığında erkekler 2-3 kat daha fazla tamamlanmış intihar davranışı gerçekleştirmektedir.<sup>209</sup>

Araştırmamızda yaş faktörünün intihar olasılığını etkilediği görülmüştür. Kişinin yaşı arttıkça düşmanlık duygusu azalmakta ve kişi intiharı daha az düşünmeye başlamaktadır. Dünya çapında büyük önem taşıyan, bir sağlık sorunu olarak kabul edilen intiharın en fazla görüldüğü dönemler ergenlik ve genç yetişkinlik dönemleridir.<sup>210</sup>

Çalışmamızda intihar olasılığı ile obezite arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu duruma araştırmamızın yürütüldüğü çalışma grubunda obezite saptanan öğrenci sayısının yetersizliğinin sebep olduğu düşünülmektedir. Ancak ilgili alan yazımı taramasına bakıldığında morbid obezlerde (BKİ>40 kg/m<sup>2</sup>) sersemlik, tembellik, özgüven-özyeterlilik eksikliği, tutku, hırs eksikliği daha fazla görülmekte ve bu kişilerin intihar etme olasılığı da artmaktadır.<sup>211</sup>

Öğrencilerin intihar düşüncesi puanları ortalamalarının sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Sigara kullanan öğrencilerin intihar düşüncesi puanları, sigara kullanmayan öğrencilerin intihar düşüncesi puanlarından yüksek bulunmuştur.

<sup>206</sup> Batigün, Aysegül Durak. "İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, Yasami sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme." *Türk Psikoloji Dergisi* 23.62, 2008, s.65.

<sup>207</sup> Eskin a.g.e. ,s.5-11.

<sup>208</sup> Noreen Mahon vd., Social support and positive health practices in young adults: Loneliness as a mediating variable, *Clinical Nursing Research*7.3, 1998, s.292-308.

<sup>209</sup> Annette Beautrais vd. Women and suicidal behavior, 2006, s.153-156.

<sup>210</sup> Ping Qin, Mortensen PB, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 177, 2000; s.546-550.

<sup>211</sup> Emre Yanikkerem, Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3,1, 2017, s. 37-43.

Öznur ve arkadaşları TSSB tanısı alan olgularda hem alkol-sigara kullanım oranları hem de öfke düzeyleri ile saldırgan davranışların niteliği ve adli sonuçlar arasındaki ilişkinin araştırılmasını amaçlamıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre alkol kullanım miktarının travma öncesi 0(0-126) g/gün travma sonrası 16,5(0-294) g/gün ve sigara tüketiminin travma öncesi 5(0-40) adet/gün travma sonrası 30(0-60) adet/gün olduğu saptanmıştır.<sup>212</sup>

Yaptığımız araştırmanın sonuçlarına göre travma sonrası bilişlerin bozulması kişinin intihar olasılığını arttırmakta olduğu görülmüştür. Akut ve beklenmedik şekilde ortaya çıkan travmanın gerek kişinin bilişsel gerekse duygusal dünyasında bir sarsıntıya yol açtığı ve bunun sonucunda kişide çevresiyle ya da kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelerin oluşmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Kişi travma sonrasında kendini ve çevresini suçlayıcı bir tutum içerisinde olduğu için çevresinden kaçınma davranışında bulunabileceği gibi çevresine yönelik düşmanca tutum ve davranışlar edinebilmekte, bunların sonucunda kişi intihar girişiminde bulunabilmektedir.

---

<sup>212</sup> Öznur vd. a.g.e. s.301-306.



## ÖNERİLER

Travma sonrası bilişler ve intihar olasılığına dair alan yazına bakıldığında bu konuda bir kısıtlılık olduğu görülmüştür, bu nedenle bundan sonra yapılacak araştırmalarda özellikle aracı değişken olarak alkol-madde kullanımı, problem çözme becerileri, umutsuzluk değişkenlerinin ve çocukluk çağı cinsel istismarının aracı rolünün çalışmaya dâhil edilmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılacak olan çalışmaların olabildiğinde büyük çaplı örneklerle yürütülmesi veri çeşitliliği ve anlamlı sonuçlara ulaşabilmek adına önerilmektedir.

Travma sonrası olumsuz bilişlerin oluşmasında çocukluk çağı travmalarının çarpıcı rolü göz önüne alındığında bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının ayrıca ele alınmasının literatüre katkı sağlamak adına büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

Yine çocukluk çağı travmalarının bireye dolayısı ile topluma olan olumsuz etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu konuda önleyici çalışmaların yapılmasının ne denli büyük bir anlam ve önem taşıdığı göz önündedir ve bu çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Problem çözme becerilerinin travma sonrası bilişsel bozulma yaşayan bireylerde ortaya çıkardığı olumlu gelişim göz önüne alındığında hem travma yaşantısı meydana geldikten sonra iyileştirici bir faktör hem de henüz böyle bir yaşantı söz konusu değilken koruyucu faktör olarak bireylere kazandırılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Yine problem çözme becerilerinin travma sonrası bilişler ve intihar arasında bir ara değişken olarak ele alınacağı çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yalnızlığın intihar üzerindeki yordayıcılığı göz önüne alındığında öncelikle intihar eğilimi bulunan, umutsuz durumdaki bireylerin başta aile olmak üzere yakın çevreleri sosyal desteklerini esirgememeleri konusu önemsenmelidir. Ayrıca devletin kişilerin ücretsiz şekilde yararlanabileceği sosyal beceri eğitimlerinin düzenlenmesi sağlaması, bu bireylerin eksik yönlerini geliştirerek sosyal desteklerini arttırmalarını sağlayacaktır.

Alkol ve sigara kullanımının saldırganlık davranışını arttırıcı bir aracı rol üstlendiği göz önünde bulundurulduğuna bu maddelerin kullanımına dair psikofarmolojik ve psikoterapötik müdahalelerin hızlıca yapılması önerilmektedir.

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerine erişimde başta ekonomik olmak üzere var olan güçlükler göz önüne alındığında devletin travma mağdurları ve intihar düşüncesi taşıyan bireyler için ücretsiz hizmet verecek sürekli birimler oluşturmasına ihtiyaç vardır.



## KAYNAKÇA

### KİTAPLAR

- ADASAL R. ,Medikal Psikoloji, 3. Baskı, Minekoğlu Yayınları, İstanbul, 1977.
- ARKUN Nezahat, İntiharın Psikodinamikleri, 2. Baskı, İ.Ü.Edebiyat Fak. Yayınları, İstanbul, 1978.
- BAUER Russel M. ve Bosch G, Freyberger H. Psikiyatri, Psikosomatik-Psikoterapi, Çev. Prof. Dr. Günsel Koptagel-İlal, 3.Baskı, Sermet Matbaası, Kırklareli 1985.
- BEAUTRAİS Annette, Women and suicidal behavior, 2006.
- DEMİR Nilüfer, Birey, Toplum, Bilim: Sosyoloji Temel Kavramlar: Turhan Kitabevi Yayınları, 2004.
- DURKHEİM Emile, İntihar, Çev: Prof. Özer Ozankaya, 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara, 1992.
- ELLENBERGER Henri, *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*, Vol. 1. New York: Basic Books, 1970.
- ESKİN Mehmet, İntiharı; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2003.
- FENİCHEL Otto, The psycoanalytic theory of neurosis. (Çev. Tuncer S 1975) Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1945.
- GUSTAV Karl Dahlgren, Attempted suicide: 35 years afterwards. Suicide Life Threat Behav, 1977.
- HERMAN Judith, Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books, 2010.
- İSMAYILOV Nadir ve F. Tibbi Psixologiya ve Psixoterapiya, Maarif Nəşriyatı, Bakü, 2014.
- JAMİSON Kay Redfield ve DEĞİRMENCİ Emine, Erken Çöken Karanlık İntiharı Anlamak. Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2004.
- KAPLAN Harold ve SADOCK Benjamin, Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, İntihar, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 2004.
- KÖKNEL Özcan, Depresyon, 2.basım, Altınkitaplar Yayınevi, İstanbul, 1989.
- KÖROĞLU Ertuğrul, Amerikan Psikiyatri Birliği, 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- KÖROĞLU Ertuğrul, Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

- KÖSEMİHAL Nurettin Şazi, Durkheim Sosyolojisi. 1. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1971.
- ODAĞ Celal, İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, İzmir, 1995.
- ÖZEN İrfan, İntihar, İntiharın Tarihine Düzeliş, İlave, Ozan Yayıncılık, İstanbul, 1997.
- ÖZTÜRK Orhan ve ULUŞAHİN Aylin, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015
- ROY, A. Psychiatric emergencies, *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry VII. Ed.(Eds) BJ Sadock, VA Sadock. Williams and Wilkins, Baltimore, 2000.*
- SADOCK Benjamin ve V. A. Sadock, Comprehensive textbook of psychiatry. 8. Baskı, (Aydın H. Bozkurt A) *Erken Başlangıçlı İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk*, 2007.
- ŞEFİYEVA E. ,Anormal İnkışafın Psixologiyası, Bakı: BDU Nəşriyatı, 2011.
- TÜRKSOY Nuray, Psikolojik travma ve tanım sorunları, Psikolojik Travma Yazıları (1), 5US Yayınları; 2001.
- UKRAY Murat, Jung Psikolojisi, Carl Gustav Jung, 5. Baskı, Yason Yayınları, Ankara, 2014.
- YÖRÜKOĞLU Atalay, Gençlik Çağı, Türkiye İş Bankası Yayınları, Ankara, 1987.
- YURDUSEV Hüsnü, Yaratma Üzerine Freud ve Adler`e Karşı Bir Görüş, Bözüyük Basımevi, İstanbul, 1961.
- ZİYALAR Adnan, Sosyal Psikiyatri, Özal Matbaası, İstanbul 1980.

## **MAKALE VE DERGİLER**

- AKTEPE Evrim, KANDİL Sema, GÖKER Zeynep, SARP Kadir, TOPBAŞ Murat, ÖZKORUMAK, İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin* 5.6, 2006.
- ALDAO AMELİA, Susan Nolen-Hoeksema, Susanne Schweizer, Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review, *Clinical psychology review* 30,2, 2010.
- ANDREA Schmidtke, ille-Brahe, U. DeLeo, D. Kerkhof, A. F. J. M., Bjerke, T., Crepef, P., Pommereau, X., Attempted suicide in Europe: rates, trend.

- S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93,5, 1996.
- ATASOY Nuray, SARAÇLI Özge ve SANKIR Hasan, Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyo-demografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları, 2014.
- ATAY Meltem ve KERİMOĞLU E. ,Ergenlerde İntihar Davranışı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.10, 2003.
- AYAZ Muhammed, AYAZ Ayşe Burcu, SOYLU Nusret, Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme, *Klinik Psikiyatr Dergisi*, 15, 2012.
- AYDIN Hamdullah ve DORUK Ayhan, Posttraumatic stress disorder and comorbidity. III. Congress of Balkan Military Medical committee Athens-Greece, Abstract book, 1993.
- BAİOCCO Fiorenzo Laghi, R. D'Alessio, M. & Gurrieri, G. Suicidal ideation and time perspective in high school students, *European Psychiatry* 24.1, 2009.
- BATIGÜN Aysegül Durak, İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yasami Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme, *Türk Psikoloji Dergisi* 23.62, 2008,
- BATIGÜN Aysegül Durak, Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni Ve Alkol/madde Bağımlılığında İntihar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2 (4), 1999.
- BAUMEİSTER Roy, Suicide as escape from self, *Psychological review* 97,1, 1990.
- BECK Aaron, Steer, BECK R. A. ,J. S. & Newman, C. F. Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression, Suicideand Life Threatening Behaviour, 23(2), 1993.
- BOUDEWYN Arne Cornelius ve LIEM Joan Huser, Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood, *Journal of Traumatic Stress* 8.3.
- BRADY Kathleen ve Cathryn M. Clary, Affective and anxiety comorbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline, *Comprehensive psychiatry* 44,5, 2003.
- BULUT Erkut Ragıp, KÜÇÜKER Hüdaverdi, BULUT Necati Serkut, İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış." *Cumhuriyet Medical Journal* 34,1, 2012.
- CASPI Avshalom, Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene, *Science*301.5631, 2003.

- CHEMTOB Claude, ROÏTBLAT H. L. ,HAMADA , R. S. , CARLSON, J. G. , TWENTYMAN C. T., A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder, *Journal of anxiety disorders* 2,3, 1988.
- CİNA Stephen J. ve PERPER Joshua A., Is lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis associated with suicide? *The American journal of forensic medicine and pathology* 30,3, 2009.
- COMTOÏS Katherine Anne ve LİNEHAN Marsha M., Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review, *Journal of clinical psychology* 62,2, 2006.
- CULL John ve WAYNE S. Gil, Suicide probability scale (SPS), *Los Angeles: Western Psychological Services*, 1989.
- ÇULHA ATEŞÇİ Figen, KULOĞLU Murat, TEZCAN Ertan, YILDIZ Mustafa, İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları, *Klinik Psikiyatri* 5,1, 2002.
- DAHL Ronald, PUİG-ANTİCH J. RYAN, N. D. NELSON, B. DACHİLLE, S. CUNNINGHAM, S. L, KLEPPER, T. P. ,EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *Journal of Affective Disorders*, 19(1), 1990.
- DEVECİ Artuner, TAŞKIN Oryal, DEMET Murat, KAYA Ender, ÖZMEN Erol, DİNÇ Gönül, Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı, *Türk Psikiyatri Dergisi* 16,3, 2005.
- DEVRİMCİ Özgüven, İntihar davranışı riskinin değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi İntihar Davranışı Özel Sayısı*, 1(3), 2008.
- DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü), Genel nüfus sayımı: Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri 1990, Türkiye. TC. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1993.
- DİLBAZ Nesrin ve AYTEKİN Yafer, Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı Ve Niyeti, *Journal of Dependence* 4, 2003.
- DİLSİZ Ahmet ve Ferhan, Çocuk ve gençlerde intihar girişimi: Kontrollü bir çalışma, *Kriz Dergisi* 4,1, 1996.
- DUNCAN B. Clark, Serum tryptophan ratio and suicidal behavior in adolescents: a prospective study, *Psychiatry research* 119,3, 2003.
- DÜLGER HE, YEMİŞCİGİL A, KARALI H, EGE B, HANCI İH. ,İntihar sonucu ölüm olgularının retrospektif incelenmesi. *Adli Tıp Dergisi* 7(1), 1991.
- EDNA B. Foa, STEKETEE, G., ROTHBAUM B. O. ,Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder, *Behavior therapy*, 20,2, 1989.

- EHLERS Anke ve CLARK David M., A cognitive model of posttraumatic stress disorder, *Behaviour research and therapy*38.4, 2000.
- EİRİNİ Flouri, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) What We Have Learned and What We Still Have Not Found Out, *Journal of interpersonal violence* 20,4, 2005.
- ELVAN Özalp, İntihar davranışının genetiği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 2009.
- ESKİN Mehmet, AKOĞLU Aybars, UYGUR Bülent, Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 17,4, 2006, s.266-275.
- ESKİN Mehmet, Adolescents' attitudes toward suicide, and a suicidal peer: A comparison between Swedish and Turkish high school students, *Scandn J Psychol*, 36 (2): 1992.
- FAMULARO Richard, FENTON, T., R. AUGUSTYN, M., Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder, *Child abuse & neglect* 20.10, 1996.
- FOA Edna, CASHMAN, L. JAYCOX, L. ve PERRY, K. The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stres Disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 1997.
- GÖLGE Belma, Cinsel travma sonrası oluşan cinsel sorunlar, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 42(1-2-3-4), 2005.
- GREGORY Johnson, ETIENNE G. Krug, Lloyd B. Potter, Suicide among adolescents and young adults: A cross-national comparison of 34 countries, *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30.1, 2000.
- GROSS Jeffrey A. ve TURECKÍ Gustavo, Suicide and the Polyamine System. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*. Vol,12, 2013.
- HENDİN Herbert, Suicide: A review of new directions in research, *Psychiatric Services* 37,2, 1986.
- HERPERTZ Stephan, Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 91,1, 1995.
- HOCH-Espada ve LOUISE Amy, Post-traumatic stress, dissociation, and antisocial behavior in inner-city adolescents, 1997.

- HOLMAN Alison ve SILVER Roxane Cohen, Getting" stuck" in the past: temporal orientation and coping with trauma, *Journal of personality and social psychology* 74,5, 1998.
- IŞIK Sayıl Berksun, PALABİYİKOĞLU O. E. , ORAL R. , HARAN A. , GÜNEY S. ,ÖZAYAR H., Attempted suicides in Ankara in 1995, *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 19.1, 1998.
- JANOFF-Bulman Ronnie, Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct, *Social cognition* 7,2, 1989.
- JUAN Carballo, CHİBUİKEM P. Akamnonu, and OQUENDO Maria A., Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings, *Archives of Suicide Research*12.2, 2008.
- KAMALİ Masoud, OQUENDO Maria A. and MANN J. John, Understanding the neurobiology of suicidal behavior, *Depression and Anxiety* 14,3, 2001.
- KARAIMAK Özlem ve ÇETİNKAYA Rahşan, Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 4.35, 2016.
- KARNİ Ginzburg Koopman, BUTLER C. , L. D. , PALESH, O., KRAEMER, H. C., CLASSEN, C. C., SPIEGEL, D., Evidence for a dissociative subtype of post-traumatic stress disorder among help-seeking childhood sexual abuse survivors, *Journal of Trauma & Dissociation* 7.2, 2006.
- KENNETH Minkoff, BERGMAN, E., BECK, A. T., BECK, R., Hopelessness, depression, and attempted suicide, *American Journal of Psychiatry* 130.4, 1973.
- KILINÇ Güldane ve YILDIZ Mustafa, Kadın Konukevinde Kalan Ve Şiddete Uğramış Kadınların İlişkilere İlişkin Bilişsel Çarpıtma Düzeylerinin Örseleyici Stres, Depresyon Ve Umutsuzluk Düzeyleri İle İlişkisi, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 2017.
- KOÇ Mustafa, ÇOLAK Tuğba Seda, DÜŞÜNCELİ Betül, Söylenme Zamanı ve Şekline Göre Travmaya Verilen Bilişsel, Duyuşsal ve Davranışsal Tepkiler (7-12 Yaş), *İlköğretim Online*11.1, 2012.
- KRIEGER Gerhard, The plasma level of cortisol as a predictor of suicide. *Diseases of the Nervous System*. 35(5), 1974.
- LALOVİC Aleksandra, Levy, E., LUHESHİ, G., CANETTİ, L., GRENIER, E., SEQUEİRA, A., TURECKİ, G., Cholesterol content in brains of suicide



- completers, *International Journal of Neuropsychopharmacology* 10.2, 2007.
- LAVÍ Tamar ve SOLOMON Zahava, Palestinian youth of the Intifada: PTSD and future orientation, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44.11, 2005.
- LERNER Melvin, The belief in a just world. A fundamental delusion, 1980.
- LESLIE Jacobsen, SOUTHWICK Steven M. and THOMAS KOSTEN R., Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature, *American Journal of Psychiatry* 158,8, 2001.
- MANN John, The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*. 4(1), 1998.
- MAZZA James, The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30,2, 2000.
- MICHAEL De Bellis ve VAN DILLEN Thomas Childhood post-traumatic stress disorder: An overview, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14.4, 2005.
- MOHANTY Sachidananda, SAHU, G., , M.K., PATNAİK, M., Suicide in India: A four year retrospective study, *Journal of Forensic and Legal Medicine.*, 14(1), 2007.
- MONTE Buchsbaum, R. J. HAÏER, DENNIS L. MURPHY, Suicide attempts, platelet monoamine oxidase and the average evoked response, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 56,1, 1977.
- NOREEN Mahon, YARCHESKÍ Adela and Thomas J. ,Social support and positive health practices in young adults: Loneliness as a mediating variable, *Clinical Nursing Research* 7.3, 1998.
- OVAYOLU Nimet, UÇAN Özlem, SERİNDAĞ Selver, Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2,4, 2007.
- ÖZSOY Demirel Saliha ve Ertugrul Eseli, İntihar (Özkiyim)/Suicide, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 4,3, 2003.
- PAGURA Jina, Cox, B. J. Sareen, J. & Enns, M. W. Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990–1992 and 2001–2003 United States national comorbidity surveys, *The Journal of nervous and mental disease* 196,11, 2008.
- PALABIYIKOĞLU Nejla Refia ve CESUR G. ,Yaşam sürecinde kriz ve krize müdahale. Ülgen H. Okyayuz (Ed.), Sağlık Psikolojisi, Ankara: Türk Psikologlar Derneği, 40, 2013.

- QIN Ping, MORTENSEN PB, AGERBO E, WESTERGARD-NIELSEN N, ERIKSSON T, MORTENSEN PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 177, 2000.
- RICH Christopher L. ve RUNESON Bo S., Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86,5, 1992.
- RONALD Kessler, SONNEGA, A. BROMET, E. HUGHES, M., NELSON, C. B., Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of general psychiatry* 52.12, 1995.
- ROY Alec, D. Rylander, G. SARCHIAPONE, M., SEGAL, N., Genetics of suicide in depression, *Journal of Clinical Psychiatry* 60.2, 1999.
- RUDD David, JOINER Thomas, RAJAD M. Hasan, Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample, *Journal of abnormal psychology* 105,4, 1996.
- RUNESON Bo ve WASSERMAN Danuta, Management of suicide attempters: what are the routines and the costs? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90,3, 1994.
- SALMON Karen ve BRYANT A. Richard, Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors, *Clinical psychology review*, 22,2, 2002, s.163-188.
- SANJAY Mathew, J. COPLAN, J. D. GOETZ, R. R., FEDER, A., GREENWALD, S., DAHL, R. E., WEISSMAN, M. M., Differentiating depressed adolescent 24 h cortisol secretion in light of their adult clinical outcome, *Neuropsychopharmacology* 28.7, 2003.
- SARAH Ullman, Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors, *Journal of child sexual abuse* 16,1, 2007.
- SARCHIAPONE Marco, CARLI V. , JANIRI L., MARCHETTI M. ,CESARO C. , ROY A. Family history of suicide and personality, *Archives of Suicide Research* 13,2, 2009.
- SHAKEH Momarti, SILOVE, D., MANICAVASAGAR, V., STEEL, Z., Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia, *Journal of affective disorders* 80.2, 2004.

- SHER Leo, The concept of post-traumatic mood disorder, *Medical hypotheses* 65,2, 2005.
- SHIH-Jen Tsai, CHEN-JEE Hong, YING-JAY Liou, Recent molecular genetic studies and methodological issues in suicide research, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 35,4, 2011.
- SOMMERVILLE Diane Miller, A Burden Too Heavy to Bear": War Trauma, Suicide, and Confederate Soldiers." *Civil War History* 59.4, 2013, s.453-491.
- ŞAHİN Nail, SAHİN Nesrin H., PAUL HEPPNER P. ,Psychometric properties of the problem solving inventory in a group of Turkish university students, *Cognitive Therapy and Research* 17,4, 1993.
- ŞAR Vedat, KOYUNCU, OZTURK A., YARGİC E., KUNDAKÇI L. I., YAZİCİ T., AKSÜT A., D. Dissociative Disorders In The Psychiatric Emergency Ward', *General Hospital Psychiatry*, Vol. 29, 2007.
- ŞUER Tamer, Posttravmatik Stres Bozukluğu, *Medikal Açidan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi* 47, 2005, s.205-210.
- TERENCE Keane, MARSHALL Amy D. ,TAFT Casey T., Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2, 2006.
- TERRİ Barrera, Mott, J. M., HOFSTEIN, R. F., TENG, E. J., A meta-analytic review of exposure in group cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder, *Clinical Psychology Review* 33.1, 2013.
- THOMAS Ashby Will, SANDY James M., Alison M. YAEGER, Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory, *Psychology of addictive behaviors* 15.2, 2001.
- TURECKİ Gustavo, *American Journal of Preventive Medicine*. Cilt: 47(3S2): 2014.
- ÖZNUR Taner, TOYGAR Mehmet, KARAAHMETOĞLU Bülent, ÖZNUR Havva, BOLU Abdullah, ÖZDEMİR Barbaros, Davranışlar ve Sonuçları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 2014.
- WEISSMAN, Myrna, BLAND, R. C., CANİNO, G. J., FARAVELLİ, C., GREENWALD, S., HWU, H. G., LÉPİNE, J. P., Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder, *Jama* 276.4, 1996.
- WILLIAM Schlenger, Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11, *Jama* 288,5, 2002, s.581-588.

- WILSON John, The historical evolution of PTSD diagnostic criteria, *Psychotraumatology*. Springer, Boston, MA, 1995.
- YANIKKEREM Emre, Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3.1, 2017,
- YİĞİT İbrahim ve ERDEN Gülden, Çocukluk Çağı İstismar Yaşantıları ile Genel Psikolojik Sağlık Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların Aracı Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 2015.
- YONG-KU Kim vd. Low plasma BDNF is associated with suicidal behavior in major depression, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 31,1, 2007.
- YOUNGNA Park ve E. C. Chang. Perfectionism and loneliness as predictors of depressive symptoms: A test of an integrative model, *Journal of Young Investigators* 10,1, 2004.
- ZAYFERT Claudia, BECKER C. B. ,UNGER D. L. ,SHEARER D. K, Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress* 15,1, 2002, s.31-38.
- ZİMBARDO Philip ve BOYD John N., Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric, *Time perspective theory; review, research and application*. Springer, Cham, 2015.
- ZİMBARDO Philip, SWORD Richard, and SWORD Rosemary, *The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy*, John Wiley & Sons, 2012.
- ZİMBARDO Philip, Time to take our tim, *Psychology Today*, 35, 2002.

## TEZLER

- BATIGÜN Aysegül Durak, Gençler ve intihar: diğer yaş gruplarıyla farklılaşan Özellikler, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2002, **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**
- BAYSAK Erkan, Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler, Psikiyatri Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara,2010 **(Tıpta Uzmanlık Tezi).**
- BEDİRLİ Büşra, Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: Düzce depremi'nden 14 yıl sonra travma sonrası stres ve depresyon

belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri, İstanbul Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2014 **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

BİLGİÇ Serkan, Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, 2011 **(Tıpta Uzmanlık Tezi)**.

DOĞAN Serpil, Deprem ve işkence sonrası oluşan travma sonrası stres bozukluğunun karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2001 **(Tıpta Uzmanlık Tezi)**.

EMİR Elif, Üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara, 2010, **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

GÜLSÜM Sırma, İhtihar Girişimi Sonucu Acil Servise Başvuranlar Üzerinde Prospektif Bir İnceleme, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul. 1997 **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

IŞIKLI Sedat, Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayrışma Düzeyi Ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişki, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2006 **(Yayımlanmamış Doktora Tezi)**.

KARDAŞ Ferhat, TANHAN Fuat, Van Depremi'ni Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Stres Travma Sonrası Büyüme ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı / Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Van, 2013 **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

PARLAK Selvinaz, İntihar Girişiminde Bulunan Depresiflerin Ruhsal İşleyişlerinin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2010 **(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

SERGENDER Sezer, Ticari Başarısızlık Sonucu Ortaya Çıkan İntihar ve İntihar Girişimi Olaylarının Sosyo-Ekonomik Nedenleri, İstanbul

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2011 (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**).

YAVUZ Özge Yaren, *Benlik kurguları intihar ve intihara yönelik tutumlar*, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, 2013 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

YETKİNER Didem Yağcı, *Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (Posttraumatic Cognitions Inventory) Türkçe Uyarlama Ve Üniversite Öğrencileri Üzerinde Geçerlik Güvenirlik Çalışması*, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2010 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

YILMAZ Rabia, *İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk Ve Ergenlerde BDNF Gen Ekspresyonunun Erken Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ve Problem Çözme Becerileriyle İlişkisi*, Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri (**Tıpta Uzmanlık Tezi**).

#### **İNTERNET KAYNAKLARI**

American Psychological Association, *Suicide Warning Signs*, 2016,

<http://www.apa.org/topics/suicide/signs.aspx>(Erişim Tarihi: 24.04.2018),

BALCI Mehmet Alpaslan, *Dünya Bülteni*, 2013, <https://www.dunyabulteni.net/yazar/johnwtraphagan/18828/japonyanin-intihar-sorunu> (Erişim Tarihi: 24.04.2018),

UZBAY Tayfun, *Şizofreni İlacı Patenti Haberi*, 2016, <http://www.karar.com/hayat-haberleri/sizofreni-ilaci-icin-patent-aldi-83046#> (Erişim Tarihi: 14.04.2018),

Türkiye İstatistik Kurumu, *TÜİK-İntihar İstatistikleri*, 2012, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (Erişim Tarihi:14.04.2018),

World Health Organization, *Mental Health, Suicide Data*, 2016, [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide)(Erişim Tarihi:24.04.2018),

## EKLER

## EK-A KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Gönüllü olarak katılmış olduğunuz bu çalışmanın adı: “Üniversite Örneğinde Travma Sonrası Bilişler İle İntihar Olasılığı Arasındaki İlişki” dir. Çalışma bilimsel bir araştırmadır.

Araştırmanın amacı TSSB'nin ergenlerde intiharla anlamlı bir ilişkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu amaçla size TSSB ve intihar ile ilişkili klinik bilgiler yanında diğer psikiyatrik hastalıklarınız hakkında bilgilerinize başvurulacaktır. Araştırma yayınlansa dahi kimlik bilgileriniz kamuoyu ile paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum, araştırmacının anlattıklarını dinledim, anladım. Çalışmada kişisel bilgilerimin gizli tutulacağı ve araştırma dışında başka amaçlarla kullanılmayacağı bana açıklandı. Araştırma öncesinde istediğim soruları sordum ve cevaplarını aldım. Bu araştırmaya gönüllü olarak hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Gönüllünün Adı-Soyadı:**

**Tarih:**

**İmza:**

**Açıklamaları yapan;**

**İmza**

**Tarih**

**GURBET ÇAKIL**

**Tel: 05309729078**

**E-posta: gurbetcakil@gmail.com**

## Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

Telefon No:

Sınıf:

Adı-Soyadı:

- 1) Cinsiyet: 1. Erkek .... 2. Kadın....
- 2) Doğum tarihi: ...../...../..... Yaş:
- 3) Doğum Yeri :
- 4) Boyunuz:.....cm Kilonuz:.....kg
- 5) Toplam öğrenim yılı: \_\_\_\_\_yıl
- 6) Sosyo-ekonomik durum: Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
1. Çok yetersiz 2. Yetersiz 3. Orta 4. İyi 5. Çok İyi
- 7) Gelir getiren bir işte çalışıyormusunuz 1. Çalışıyor 2.Çalışmıyor
- 8) Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış 4.Dul 5. Ayrı yaşıyor
- 9) Kiminle yaşıyorsunuz? 1. Yalnız 2. Aile 3. Aile dışı kişilerle 4. Yurt 5. Diğer
- 10) Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık var mı?
1. Yok 2. Var\_\_\_\_\_ (Adını yazınız)
- 11) Kullandığınız psikiyatri ilacı var mı?
1. Yok 2. Var\_\_\_\_\_ (Adını yazınız)
- 12) Ailede Psikiyatrik Hastalık :
1. Yok 2. Var\_\_\_\_\_ (Adını yazınız)



13) Mevcut tıbbi bir hastalığınız var mı?

1. Yok 2. Var \_\_\_\_\_ (Adını yazınız)

14) Hiç intihar ettiniz mi? 1. Hayır 2. Evet ....kez

15) Sabıka Kaydınız Var Mı? 1. Yok 2. Var \_\_\_\_\_

#### 16)TÜTÜN VE ALKOL KULLANIMI

1. Sigara içiyor musunuz? (Birini işaretleyiniz) Evet Hayır

Eğer evet ise,

a. Günde kaç sigara içiyorsunuz? \_\_\_\_\_

b. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? \_\_\_\_\_

2. Hiç sigara içip bıraktınız mı? (Birini işaretleyiniz) Evet Hayır

a. Sigara içmeyi ne zaman bıraktınız? \_\_\_\_\_

b. Ne kadar sigara içiyordunuz? \_\_\_\_\_/gün

3. Alkol kullanıyor musunuz? (Birini işaretleyiniz) Evet Hayır

Eğer evet ise,

a. Tipik olarak haftada kaç bardak şarap/rakı içersiniz? \_\_\_\_\_

b. Tipik olarak haftada kaç şişe bira içtiniz? \_\_\_\_\_

c. Karışık olarak haftada ne kadar içki içtiniz? \_\_\_\_\_

4. Hiç alkol tüketimi veya diğer ilaçların kullanımı ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?

(Birini işaretleyiniz) Evet Hayır

a. Eğer evet ise lütfen bu problemi ve bu konuda aldığınız her türlü yardımı açıklayınız

## EK-B TSBÖ

Yaşamış olduğunuz ve sizi ruhsal olarak çok etkileyen ve yaralayan bir olaydan (travmatik olay) sonra gelişen düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda bu düşüncelerinize yakın veya uzak çeşitli örnekler göreceksiniz. Lütfen, her cümleyi dikkatlice okuyun ve her birine ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtin. Travmatik olaylara karşı insanlar farklı tepkiler verecekleri için, aşağıda belirtilen cümlelerin doğrusu veya yanlışı yoktur.

	kie	katılmıy	katılmıy	katılmıy	katılmıy	katılmıy	katılmıy	katılmıy
	rum	rum	rum	rum	rum	rum	rum	rum
1. Bu olay benim davranışım yüzünden oldu.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Doğru şeyi yapacağım konusunda kendime güvenemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Gücsüz biriyim.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Öfkemi kontrol edemeyip korkunç bir şey yapabilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
5. En ufak bir hayal kırıklığıyla bile baş edemiyorum.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Eskiden mutlu bir insandım şimdiyse hep mutsuzum.	1	2	3	4	5	6	7	
7. İnsanlara güven olmaz.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Her zaman tetikte olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7	
9. İçimde bir şeylerin öldüğünü hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Kimden zarar geleceği hiçbir zaman bilinemez.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Çok dikkatli olmalıyım çünkü bundan sonra ne olacağı hiç belli olmaz.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Yetersiz bir insanım.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Duygularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şey olacak.	1	2	3	4	5	6	7	

14. Eğer olayı düşünürsem, bununla başa çıkamayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15. Böyle bir insan olduğum için bu olay benim başıma geldi.	1	2	3	4	5	6	7
16. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim aklımı kaçırmakta olduğumu gösteriyor.	1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
17. Bir daha asla normal duygular hissedemeyeceğim.	1	2	3	4	5	6	7
18. Dünya tehlikeli bir yer.	1	2	3	4	5	6	7
19. Bir başkası olsa bu olayın olmasını engelleyebilirdi.	1	2	3	4	5	6	7
20. Kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştim.	1	2	3	4	5	6	7
21. Kendimi insan değil, eşya gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
22. Benim yerimde başkası olsa bu duruma düşmezdi.	1	2	3	4	5	6	7
23. İnsanlara güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
24. Kendimi insanlardan kopmuş ve yalnız hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
25. Bir geleceğim kalmadı.	1	2	3	4	5	6	7
26. Kötü şeylerin başıma gelmesini engelleyemem.	1	2	3	4	5	6	7
27. İnsanlar göründükleri gibi değil.	1	2	3	4	5	6	7
28. Yaşadığım olay hayatımı mahvetti.	1	2	3	4	5	6	7
29. Bende yanlış giden bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7

<b>30.</b> Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim olayla başa çıkmayı beceremediğimi gösteriyor.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>31.</b> Bu olayın gerçekleşmesine neden olan, benimle ilgili bir şeyler var.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>32.</b> Bu olayla ilgili düşüncelerime tahammül edemeyip dağılılırım.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>33.</b> Artık kendimi tanıyamıyorum.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>34.</b> İnsanın başına ne zaman kötü bir şey geleceği asla bilinemez.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>35.</b> Kendime güvenemiyorum.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>36.</b> Bundan sonra başıma iyi bir şey gelemes.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

## EK-C TSSTÖ

**1. Bölüm**

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, **başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz** olayların hepsini yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz, **birden fazla işaretleyebilirsiniz**.

(1)	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	<input type="checkbox"/>
(2)	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)	<input type="checkbox"/>
(3)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	<input type="checkbox"/>
(4)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(5)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(6)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	<input type="checkbox"/>
(7)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	<input type="checkbox"/>
(8)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)	<input type="checkbox"/>
(9)	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)	<input type="checkbox"/>
(10)	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
(11)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
(12)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
(13)	Bunların dışında bir travmatik olay	<input type="checkbox"/>
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz: _____ _____ _____ _____	

**YUKARIDAKİ MADDELERDEN HERHANGİ BİRİNİ İŞARETLEDİYSENİZ, SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİN.**

**HİCBİR MADDEYİ İŞARETLEMEDİYSENİZ, SİZİN İÇİN ÜZÜCÜ VE KORKUTUCU OLMUŞ BİR OLAYI SONRAKİ SAYFADAKİ BÖLÜMÜN SONUNDA BOŞ BIRAKILAN YERDE BELİRTİP, DEVAM EDEN SORULARI BU OLAYI DÜŞÜNEREK YANITLAYIN.**

## **2. Bölüm**

**(15)** 1. Bölümde **birden fazla** sayıda travmatik olay işaretlediyseniz, ***canınızı en çok sıkan, sizi en rahatsız eden*** olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümde **yalnızca bir** travmatik olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı işaretleyiniz.

<b>(a)</b>	Kaza (araba ya da iş kazası, gibi)	<input type="checkbox"/>
<b>(b)</b>	Doğal afet	<input type="checkbox"/>
<b>(c)</b>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
<b>(d)</b>	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
<b>(e)</b>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
<b>(f)</b>	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	<input type="checkbox"/>
<b>(g)</b>	Savaş	<input type="checkbox"/>
<b>(h)</b>	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	<input type="checkbox"/>
<b>(i)</b>	Hapsedilme	<input type="checkbox"/>
<b>(j)</b>	İşkenceye maruz kalma	<input type="checkbox"/>
<b>(k)</b>	Hayatı tehdit eden bir hastalık	<input type="checkbox"/>
<b>(l)</b>	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	<input type="checkbox"/>
<b>(m)</b>	Bunların dışında bir olay	<input type="checkbox"/>

<b>(n)</b>	<p>Aşağıda boş bırakılan yerde <u>yukarıda işaretlemiş olduğunuz</u> travmatik olayı kısaca anlatınız.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
------------	--

Anlattığınız bu olay hakkında aşağıda birkaç soru verilmiştir. Bu soruları yanıtlayınız:

**(16)** Bu travmatik olay ne kadar zaman önce meydana geldi? (**YALNIZCA BİR TANESİNİ** daire içine alınız)

<b>(a)</b>	1 aydan daha az
<b>(b)</b>	1-3 ay arası
<b>(c)</b>	3-6 ay arası
<b>(d)</b>	6 ay – 3 yıl arası
<b>(e)</b>	3-5 yıl arası
<b>(f)</b>	5 yıldan daha fazla

Aşağıdaki sorularda, **Evet** için E harfini **Hayır** için H harfini daire içine alınız.

**Bu travmatik olay sırasında:**

(17)	Fiziksel bir yara aldınız mı?	E	H
(18)	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	E	H
(19)	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(20)	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(21)	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	E	H
(22)	Büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?	E	H

**3. Bölüm**

Aşağıda, insanların bazen bir travmatik olayın ardından yaşadığı bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alın.

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse 0'ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse 1 işaretleyin. Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı **15. maddede belirttiğiniz travmatik olay açısından** değerlendiriniz.

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
- 1 Haftada bir ya da daha az/kısa bir süre
- 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
- 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

(23)	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	0	1	2	3
(24)	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
(25)	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
(26)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
(27)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3



(28)	Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
(29)	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
(30)	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
(31)	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
(32)	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
(33)	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3

(34)	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
(35)	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
(36)	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
(37)	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırmama, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
(38)	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma,vb.)	0	1	2	3
(39)	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde)	0	1	2	3
(40)	Yukarıda belirttiğiniz sorunları ne kadar zamandır yaşıyorsunuz? ( <b><u>YALNIZCA BİR TANESİNİ</u></b> daire içine alınız)  a. Bir aydan daha az    b. 1-3 ay arası    c. 3 aydan daha fazla				

<b>(41)</b>	Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı? ( <b><u>YALNIZCA BİR TANESİNİ</u></b> daire içine alınız)
	a. 6 aydan daha az      b. 6 ay ya da daha fazla

#### **4. Bölüm**

3. Bölüm'de işaretlediğiniz sorunların **GEÇTİĞİMİZ AY SÜRESİNCE** hayatınızın aşağıda belirtilen alanlarından herhangi birini engelleyip engellemediğini belirtiniz. **Evet** için E harfini, **Hayır** için H harfini daire içine alınız.

<b>(42)</b>	İş hayatı	E	H
<b>(43)</b>	Evin günlük işleri	E	H
<b>(44)</b>	Arkadaşlarınızla ilişkiler	E	H
<b>(45)</b>	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	E	H
<b>(46)</b>	Okulla ilgili işler	E	H
<b>(47)</b>	Ailenizle ilişkiler	E	H
<b>(48)</b>	Cinsel yaşam	E	H
<b>(49)</b>	Genel anlamda hayattan memnuniyet	E	H
<b>(50)</b>	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	E	H

## EK-D İÖÖ

Aşağıda bazı insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, her birinin sizin için ne sıklıkta geçerli olduğuna karar veriniz. Bunun için aşağıdaki seçeneklerden bir tanesini seçiniz

Örneğin, kendinizi bazen kaygılı hissediyorsanız, bunu aşağıdaki şekilde ikinci kutunun içine, şu şekilde bir "X" çarpı işareti koyarak gösteriniz.

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman veya her zaman
Tepem atınca (kızınca) bir şeyler fırlatırım.		X		

Aşağıdaki soruların her birini okuyarak, bu şekilde cevaplandırınız.

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman veya her zaman
1.Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2.Benimle candan ilgili pek çok kişi olduğuna inanıyorum.				
3.Düşüncesizce hareket etmeye eğilimli olduğumu sanıyorum.				
4.Başkalarına anlatılmayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5.Çok fazla sorumluluğumun olduğunu düşünüyorum.				
6.Yapabileceğim faydalı pek çok şey olduğuna inanıyorum.				
7.Başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum.				
8.Başkalarına karşı düşmanca duygular duyuyorum.				

9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerini hissediyorum.				
11. Ölürsem pek çok kişinin üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılamayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu hissediyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapardım.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı sanıyorum.				
16. Sevdiğim bir işi bulmakta ve sürdürmekte güçlük çekiyorum.				

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Çoğu zaman
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerim yolunda gidiyorsa benziyor.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptığım veya düşündüğüm şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olmadığını düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaparım.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşım olmadığını hissediyorum.				
24. Ölsem insanların daha iyi olacağını hissediyorum.				
25. Böyle yaşamaktansa ölmenin daha az acı verici bir şey olduğunu düşünüyorum				

26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/hissediordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum..				
28. Bir şeylerin düzeleceği konusunda umutsuzum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissediyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünüyorum.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi düşünüyorum.				
33. Kendimi yorgun ve kayıtsız hissediyorum.				
34. Tepem atınca (kızınca) bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/hissediordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olamayacağımı sanıyorum.				