

**T.C.**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ (UYGULAMALI/KLİNİK PSİKOLOJİ)**  
**ANABİLİM DALI**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN VE BULUNMAYAN**  
**BİREYLER: BİR MODELİN TEST EDİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PELİN ÖZGÜR**

**ANKARA-2011**

**T.C.**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ (UYGULAMALI/KLİNİK PSİKOLOJİ)**  
**ANABİLİM DALI**

**İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN VE BULUNMAYAN**  
**BİREYLER: BİR MODELİN TEST EDİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PELİN ÖZGÜR**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DOÇ. DR. AYŞEGÜL DURAK BATIGÜN**

**ANKARA-2011**

## TEŞEKKÜR

Öncelikle danışmanım olarak bana her koşulda destek olan değerli hocam Doç. Dr. Ayőegöl Durak Batıgün'e,

Yalnızca araştırma sürecinde değil, tüm lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca bana görüş ve önerileriyle ışık tutan değerli hocam Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin'e,

Çalışmalarım sırasında ulaşamadığım yerlere benim için uzanan değerli arkadaşlarım Uzm. Psk. Buket Altuk, Uzm. Psk. Nilgün Yeniocak, Uzm. Psk. Ali İhsan Yaka, Psk. Meryem Oğuzhan, Uzm. Psk. Ebru Akün ve Psk. Hale Hanaylı'ya,

Sevgisi, ilgisi ve sonsuz sabrıyla her zaman yanı başımda olan canım Annem'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
<b>İÇ KAPAK</b> .....	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b> .....	<b>I</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>IV</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. İntihar Davranışının Tanımı.....	3
1.2. İntihar ile İlgili Kuramlar.....	5
1.2.1. Sosyolojik Kuram.....	5
1.2.2. Psikodinamik Kuram.....	8
1.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı .....	9
1.2.4. Biyolojik Kuram.....	10
1.2.5. Bilişsel Kuram.....	11
1.3. İntiharın Yaygınlığı ve İlişkili Demografik Değişkenler.....	12
1.4. İntiharla İlişkili Risk Faktörleri.....	14
1.4.1. Problem Çözme Becerileri.....	14
1.4.2. Kişilerarası Öfke Tepkileri.....	18
1.4.3. Dürtüsel Davranışlar.....	21
1.5. Araştırmanın Amacı .....	23
<b>2. YÖNTEM</b> .....	<b>26</b>
2.1. Örneklem .....	26
2.2. Veri Toplama Araçları .....	28

2.2.1. Demografik Bilgi Formu .....	28
2.2.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) .....	28
2.2.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE) .....	32
2.2.4. Problem Çözme Envanteri (PÇE) .....	33
2.2.5. MMPI- Dürtüsel Davranışlar Alt Ölçeği .....	35
2.2.6. Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği .....	37
2.3. İşlem .....	38
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>39</b>
3.1. Risk Gruplarının Belirlenmesi.....	39
3.2. Risk Grupları ve Klinik Örnekleme İlişkin Bulgular .....	42
3.2.1. Grupların Dürtüsellik Puanları Açısından Karşılaştırılması ..	43
3.2.2. Grupların Problem Çözme Envanteri'nden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması.....	44
3.2.3. Grupların Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması .....	46
3.2.4. Grupların Kısa Semptom Envanteri'nden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması.....	48
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>53</b>
4.1. Araştırma Bulgularına İlişkin Tartışma .....	53
4.1.1. Grupların Problem Çözme Becerileri Açısından Değerlendirilmesi.....	55
4.1.2. Grupların Dürtüsel Davranışların Düzeyi Açısından Değerlendirilmesi.....	56

4.1.3. Grupların Kişilerarası Öfke Tepkileri Açısından Değerlendirilmesi.....	57
4.1.4. Grupların Kısa Semptom Envanteri Puanları Açısından Değerlendirilmesi.....	59
4.2. Sonuç ve Öneriler .....	60
<b>5. ÖZET .....</b>	<b>62</b>
<b>6. ABSTRACT .....</b>	<b>64</b>
<b>7. KAYNAKÇA .....</b>	<b>65</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>77</b>

## TABLULAR

Tablo 1. Klinik örneklem ve karşılaştırma grubuna ilişkin sosyo-demografik özellikler .....	27
Tablo 2. Modele göre düşük ve yüksek risk grupları ile klinik örnekleme ilişkin demografik bilgiler .....	40
Tablo 3. Modele göre risk gruplarının İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları .....	41
Tablo 4. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar girişiminde bulunan grubun MMPI-Dürtüsellik Alt Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları .....	43
Tablo 5. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar girişiminde bulunan grubun Problem Çözme Envanteri ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları.....	45
Tablo 6. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar girişiminde bulunan grubun Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları.....	47

Tablo 7. İntihar Olasılığı Düşük ve Yüksek Grupların ve İntihar Grubunun  
KSE'nin 9., 35. ve 39. Maddelerinden Aldıkları Puanlar Açısından  
Değerlendirilmesi ..... 49

Tablo 8. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar  
girişiminde bulunan grubun Kısa Semptom Envanteri ve alt ölçeklerinden  
aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları..... 51



## EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 2. Demografik Bilgi Formu

EK 3. Kısa Semptom Envanteri

EK 4. MMPI Dürtüsellik Alt Ölçeği

EK 5. Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği

EK 6. Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri L Formu

EK 7. Problem Çözme Envanteri

EK 8. İntihar Olasılığı Ölçeği

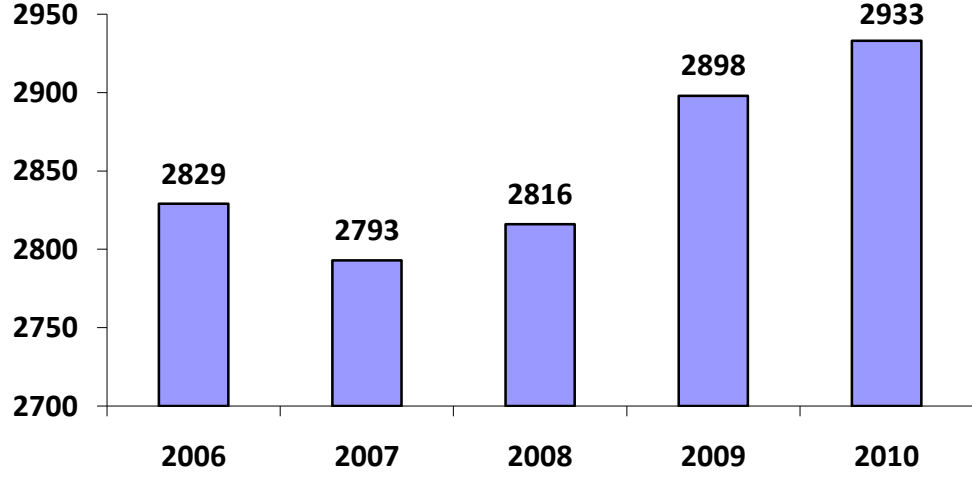
## BÖLÜM 1.

### GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), son 45 yılda dünyada intihar hızının %60 arttığını ve tüm dünyadaki intihar hızının ise 16/100.000 olduğunu belirtmektedir. İntiharın çoğu ülkede 15-44 yaş grubundaki bireylerin ölüm nedeni olarak üçüncü sırayı aldığı, intihar girişimlerinin ise tamamlanmış intiharlardan yirmi kez daha fazla olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, 2011).

Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre ise Türkiye'deki kaba intihar hızı (belli bir yıl içinde her 1000 nüfus başına düşen tamamlanmış intihar sayısı) 4.02/100.000'dir (D.I.E. İntihar İstatistikleri, 2010). Bu yüzde nüfusla oranlandığında 2933 kişiye tekabül etmektedir. Bu sayının %23.59'u, diğer deyişle 692 kişi, 15-24 yaş grubundadır. Son 5 yılın tamamlanmış intihar sayısı grafiği Şekil 1'de verilmiştir.

**Şekil 1.** TÜİK verilerine göre 2006-2010 yılları arasında tamamlanmış intihar sayısı



İntihar girişimleri ise kuşkusuz daha fazladır. Son on yıl içinde yapılan kapsamlı bir çalışmada, 1998 ve 2001 yılları arasında intihar girişimi hızının ortalama 78.89/100.000 olduğu belirtilmekte ve bu yıllar arasında %93.59'luk bir artıştan söz edilmektedir (Devrimci-Özgüven ve Sayıl, 2003).

İntihardan kaynaklanan ölümlerin tüm dünyada ilk 10 ölüm nedeni arasında olduğu belirtilmektedir. Bu durum da intihar davranışının nedenleri ve ortaya çıkmasındaki risk faktörleri üzerine daha fazla araştırma yapılmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada bireylerin intihar girişiminde bulunmasında etkili olduğu düşünülen risk faktörlerine ilişkin bir modelin intihar girişiminde bulunan

bireyler üzerinde sınılanması amaçlanmaktadır. Bu amaçla, öncelikle intiharın tanımı ve sınıflandırılmasına yer verilecek, daha sonra intihar olgusu çeşitli kuramsal yaklaşımlar açısından gözden geçirilecektir. Sonraki bölümde intiharın yaygınlığı, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey gibi değişkenlerle ilişkileri gözden geçirilecek ve Türkiye'deki istatistiklere yer verilecektir. Sonrasında intiharla ilişkili olduğu düşünülen risk faktörlerinden problem çözme becerileri yetersizliği, öfke ve dürtüsellik ile ilgili araştırmalara yer verilecektir.

### **1.1. İntihar Davranışının Tanımı**

“İntihar” sözcüğü Türk Dil Kurumu tarafından “bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi” olarak tanımlanmıştır. Arapçada “kurban” anlamına gelen nahr sözcüğünden türetilerek dilimize yerleşmiştir (TDK Sözlüğü, 1997).

İntihar yalnızca ölümlle sonuçlanan bir olay değil, aynı zamanda düşünme, planlama, gerçekleştirme gibi aşamaları içeren bir süreçtir. İntihar davranışı olarak tanımlanabilecek bu süreci Durkheim şöyle ifade etmiştir: *Ölen kişi tarafından ölümlle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da*

*olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir* (Durkheim, 1897; çev. Ozankaya, 2002).

Her intihar girişimi ölümlle sonuçlanmamaktadır. Ayrıca kendine zarar verici her davranış da kendini öldürme amacı taşımamaktadır. Bu nedenle National Institute of Mental Health intihar davranışını 3 şekilde sınıflamıştır: tamamlanmamış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesi. Tamamlanmamış intihar, kişinin kendisini öldürmek için girişimde bulunması; ancak bu girişimin ölümlle sonuçlanmaması durumudur. İntihar girişimi, kendini öldürme amaçlı eylemin kendisidir. İntihar düşüncesi ise kişinin kendini öldürmeye yönelik düşüncelerini ve planlarını içerir (Batıgün, 2002; Eskin, 2003).

İntihar davranışında belirleyici olan üç unsur bulunmaktadır. Bunlardan ilki olan niyet, kişinin gerçekleştirdiği davranışın kendini öldürme amaçlı olup olmadığının belirleyicisidir. Diğer unsur eylemdir. Kişi kendini öldürmek için bir eylemde bulunabileceği gibi, eylemde bulunmayarak da (yaşamını sürdürmesi için gerekli eylemleri yapmamak gibi) amacını gerçekleştirebilir. Son olarak, kişinin kendini öldürmesinin altında yatan nedenleri içeren güdü durumu, intihar davranışı üzerinde etkilidir (Eskin, 2003).

İntihar olgusuna yaklaşım kùltùrlere ve çağlara göre değişme göstermiştir. Eski Yunan ve Roma uygarlıklarında intihar devlete karşı işlenmiş bir suç olarak görülürken, bazı ilkel toplumlarda intihar kahramanlık göstergesi olarak kabul edilmiştir. Hastalık, yaşlılık, hayattan beklentilerin yerine getirilememesi, kadının eşinin ölümü, hizmetçinin “sahibi”nin ölümü gibi nedenlerle gerçekleştirilen intiharlar ilkel toplumlarda normal sayılmıştır. Bugün farklı olsa da eski dönemlerde Katolik Hristiyanlar din uğruna gerçekleştirilen intiharlara karşı çıkmamışlardır (Batıgün, 2002; Durkheim, 2002; çev. Ozankaya, 2002). Bugün Japonlar’ın ülkeleri için kendilerini öldürmelerinin kahramanlık sayıldığı; başarısızlık durumunda intihar etmenin ise kişinin onurunu korumasını sağladığı düşüncesinin geçerli olduğu bilinmektedir.

## **1.2. İntihar ile İlgili Kuramlar**

### **1.2.1. Sosyolojik Kuram**

İntihar davranışı ilk olarak Durkheim (2002) tarafından sınıflandırılmıştır. Durkheim intiharı sosyolojik açıdan incelemiştir. Aile

yaşamı, evlilik, etnik köken, dinsel tercihler, toplumsal kurallar ve ekonomik durum ile intihar arasındaki ilişkiyi incelemiş ve üç tip intihar tanımlamıştır:

a) Bencil (Egoist) İntihar: Bencil intiharlar bireyin içinde yaşadığı toplumla ve çevresiyle bütünleşememesinden kaynaklanır. Toplum içinde bireye toplumla bütünleşebilmesi için yeterli olanaklar sunulmuyorsa ve birey kendi başına bırakılıyorsa, bireyin intihar etme olasılığı artar. Durkheim farklı dinsel inançlara sahip insanlar arasında karşılaştırmalar yapmıştır. Örneğin Katolik kilisesi üyelerinin çoğunlukta olduğu ülkelerde, sadece Protestan ve Protestan-Katolik karışık ülkelere göre intihar oranı daha düşüktür. Bunun nedeni Katolik kilisesinin bireyleri topluluk yaşamıyla yoğun biçimde bütünleştirmesidir. Protestanlardaki yüksek intihar eğiliminin kaynağı ise Protestanlığın insanlara özgürce sorgulama olanağı vermesidir. Bu durum insanları daha fazla bireyciliğe yönlendirir ve toplumsal bağları koparır; dolayısıyla toplumsal bütünleşme azalır (Durkheim, 2002). Durkheim bu görüşünü aile bağlarına da genellemiş ve benzer şekilde aile bağlarının kopmasıyla bencil intiharların arttığını belirtmiştir (Batıgün, 2002; Fernquist, 2007).

b) Elcil (Özgeci) İntihar: Bencil intiharın aksine toplumsal bütünleşmenin aşırı olması sonucu ortaya çıkar. Bu tür toplumlarda bireyler intiharı kendileri için bir ödev olarak görürler. Bu ödevi yerine getirmediğinde toplumsal ve/veya

dinsel yaptırımlarla karşılaşacaklarını düşünürler (Stack, 2004), toplumsal baskı ön plandadır (Tullis, 1998). Yaşlı intiharları, Japon kültüründeki Hara-kiri geleneği (McLaughlin, 2007), eşlerinin ölümü nedeniyle kadınlarda görülen intiharlar ve efendilerinin ölümü nedeniyle hizmetçilerdeki intiharlar elcil intihara örnek olarak verilebilir. Durkheim (2002) Hindistan'ın dini geleneklerden dolayı bu tür intiharların en sık görüldüğü ülke olduğunu belirtmiştir. Son yıllarda terör amaçlı intihar saldırıları da bu kategoride kabul edilmektedir.

c) Kuralsızlık (Anomik) İntiharı: Toplumun bireyleri yeteri kadar kontrol edemediği durumlarda ortaya çıkar. Toplum içinde bireyin ufkunun aşırı genişlemesi ya da daralması sonucu oluşur. Birey davranışları için uyulacak ölçütler bulamaz. Durkheim bu tür intiharların ekonomik güçlüklerin sık yaşandığı ülkelerde çok az ortaya çıktığını belirtmiştir (Durkheim, 2002).

Durkheim (2002) intiharın kalıtımla, iklimle ve ruhsal etkenlerle açıklanamayacağını, intihar üzerinde toplumsal süreçlerin etkili olduğunu belirtmiştir. Tarihsel, toplumsal ve kültürel açıdan benzer toplumlarda bile intihar oranları açısından belirgin farklılıklar bulunmaktadır.



## 1.2.2. Psikodinamik Kuram

İntiharla ilgili ilk psikolojik bilimsel yaklaşımı Sigmund Freud (1917) ortaya koymuş ve "Mourning and Melancholia" eserinde psikoanalitik açıdan intiharı ele almıştır. Freud kayıp duygusunun yol açtığı öfkenin ve saldırganlık güdüsünün kişinin kendi benliğine yönelmesi sonucu intiharın ortaya çıktığını belirtmiştir. (Batıgün, 2002; Eskin, 2003; Tullis, 1998; Zepinic, 2009). Sonuçta intiharı cinayetin farklı bir biçimi olarak görmüştür (Eskin, 2003).

Diğer bir psikodinamik bakış açısı Karl Menninger'e aittir. Menninger, ölüm ve yaşam içgüdüleri üzerine odaklanmış ve ikisi arasındaki çatışmanın kişiyi intihara sürüklediğini öne sürmüştür (Berman ve Jobes, 1991). İntihar eden birey 3 temel güdüyle hareket etmektedir: öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği. Her üç durumda da kişi ölümü bilinçdışı olarak istemekte ve bu isteği doğrudan kendine yöneltmektedir (Berman ve Jobes, 1991). Menninger tamamlanmış intiharın intihar girişiminden farkını da belirtmiştir: tamamlanmış intiharın altında kişinin ölme isteği yatarken, intihar girişiminde ölmeme isteği hakimdir (Eskin, 2003).

Nesne ilişkileri kuramı ise, bebeğin yaşamının ilk dönemlerinde bakıcısıyla kurduğu ilişkinin kişilik gelişiminde belirleyici olduğu görüşünden hareketle, sevilmeyen nesnelere içe alınmasının intihara yol açtığını öne

sürmektedir. Kuramcı Melanie Klein'a (1986) göre bireyin egosu içselleştirdiği kötü nesnelere öldürmek isterken sevilen nesnelere korumaya çalışır (akt. Eskin, 2003). Bu kurama göre de intihar bilinçdışı süreçlerden kaynaklanan bir eylemdir.

### **1.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı**

Sosyal öğrenme kuramcıları, insan davranışlarının küçük yaştan itibaren model alma ve taklit yoluyla öğrenildiğini öne sürmektedirler. Sosyal öğrenme kuramcısı Lester (1987) intiharı stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmak için kullanılan öğrenilmiş bir tepki olarak kabul etmektedir. Ricgarn'ın (1994) bir çalışmasında normal örneklem ile intihar düşünceleri ve girişimi bulunan gruplar karşılaştırılmış; intihar girişimi ve düşüncesi olanların ailelerinde ve yakın çevrelerinde intihar davranışında bulunanların olduğu saptanmıştır (akt. Batıgün, 2002). İntihar bireyin ailesi içinde önceden bir başa çıkma yolu olarak tercih edildiğinde, birey bu yolu davranış repertuarına katabilir ve benzer bir durumla karşılaştığında intiharı bir çözüm yolu olarak seçebilir.

#### 1.2.4. Biyolojik Kuram

Biyolojik yaklaşım, vücuttaki birtakım düzensizliklerin ve kalıtımın intihara yol açabileceğini öne sürmektedir. Bazı yazarlar tek yumurta ikizlerinde intihar girişimi ve tamamlanmış intihar riskinin çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca intihar edenlerin birinci derece akrabaları arasında intihar girişiminde bulunmuş veya intihar etmiş bireylerin bulunduğunu belirtmektedirler. Evlat edinen ailelerle yapılan çalışmalar da bunu destekleyen bulgular ortaya koymuştur (Eskin, 2003). Ancak bu bulgular intihar davranışında öğrenmenin etkisini göz ardı etmektedir.

Psikiyatrik hastalıkları olan kişilerle intihar etmiş ve intihar girişiminde bulunmuş kişilerin beyinlerindeki bazı nörotransmitterlerin düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, ağır depresyon geçiren kişilerin seratonin seviyelerinde bozukluk olduğu, hastalar arasında intihar edenlerde seratonin düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (akt. Batıgün, 2002). İntihar olasılığını etkilediği düşünülen bir diğer biyolojik faktör de serebrospinal sıvıda bulunan 5-HIAA (5 hidroksindoleaktik asit) düzeyinin düşük olmasıdır. Ayrıca MAO düzeyinin düşük olmasıyla intihar davranışı arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Batıgün, 2002; Eskin, 2003). Bu faktörlerin dışında beyin ağırlığı (Batıgün, 2002) ve

dopaminerjik sinirsel iletimin düzeyi (Eskin, 2003) ile intihar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar da yapılmıştır.

### **1.2.5. Bilişsel Kuram**

Beck intihar ile depresyon arasındaki ilişkiden yola çıkararak bir “umutsuzluk kuramı” geliştirmiştir. Bu kuramın temelinde, depresyondaki hastaların neden bazılarının intihar girişiminde bulunduğu, bazılarının bulunmadı sorusu yatmaktadır. Beck’e göre bu ayırımın kaynağı umutsuzluk duygusudur. Umutsuzluk kuramı, bireyi intihara sürükleyen bilişsel süreçler üzerinde durmaktadır. Beck’e göre depresyondaki kişi kendisine, çevreye ve geleceğe ilişkin olumsuz bakış açılarına sahiptir. Kendini değersiz görmekte, çevreyi güvenilmez algılamakta ve geleceğe ilişkin olumsuz beklentilere sahip olmaktadır. Problemlerinin çevrede ve kendisinde çözümünün bulunmadığına inanan hastalar, intiharı tek çıkış yolu olarak görmektedirler. Geleceğe ilişkin umutsuzluk arttıa intihar riski de artmaktadır (Batığn, 2002; Eskin, 2003). Lester ve Walker’in (2007) araştırmasında umutsuzluk ve intihar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r = .36, p < .001$ ).

İntihar, depresyon ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok araştırma da Beck’in bu görüşünü destekler niteliktedir (Batığn, 2002).

Durak'ın (1994) ülkemizde yaptığı bir çalışmada intihar girişimi bulunmayan psikiyatrik hastalar, kronik-fiziksel hastalar ve normal kişiler karşılaştırıldığında, umutsuzluk düzeyi en yüksek grubun intihar girişiminde bulunan hastalar olduğu, bunu depresif hastaların izlediği belirtilmiştir.

Tüm bu literatür bilgileri ışığında, ilerleyen bölümlerde intiharla ilişkili demografik değişkenler ve risk faktörleri tartışılacaktır.

### **1.3. İntiharın Yaygınlığı ve İlişkili Demografik Değişkenler**

Ülkemizde de dinsel ve sosyal nedenlere bağlı olarak pek çok intihar olayı (tamamlanmış intihar ya da girişim) resmi istatistiklere yansımadığından, bu sayıların çok daha yüksek olduğu söylenebilir.

Farklı cinsiyet, yaş ve sosyo-ekonomik düzeyden olan bireylerin intihar davranışı açısından farklılaşıp farklılaşmadıkları üzerine çalışmalar yapılmıştır. İntihar davranışı her yaş grubundan bireylerde görülmekle birlikte, en sık 15-24 yaş arası gençlerde ortaya çıkmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2010 yılı verilerine göre en yüksek intihar oranı %23.59 ile bu yaş grubunda görülmektedir. Tezcan, Oğuzhanoğlu ve Ülkeroğlu'nun (1995)

çocuk ve ergenler üzerinde yaptığı bir çalışmasında en yoğun intihar girişimi yaşı 15 olarak bulunmuştur. Ancak TÜİK'in son 10 yıllık verileri gözden geçirildiğinde 75 yaş üstü bireylerde intihar oranının düzenli olarak arttığı görülmektedir. 2001 yılında %2.40 olan 75 yaş üstü intihar oranı, 2010 yılında %5.56'ya ulaşmıştır.

Cinsiyet açısından bakıldığında yine Tezcan ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında intihar girişiminin kadınlarda erkeklere oranla 4 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Erkeklerde intihar oranının, kadınlarda ise intihar girişiminin karşı cinse oranla daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Stefanello, Da Silva Cais, Fabrício Mauro, Scavacini de Freitas ve Botega, 2008). TÜİK verilerine göre 2010 yılında intihar eden erkek sayısı 2073 kişidir ve bu oran tüm intiharların %70.67'sini oluşturmaktadır. Yalnızca 15 yaş altı ve 15-29 yaşlar arasındaki bireylerde intihar eden kadınların sayısı erkeklerden fazladır.

Tamamlanmış intihar ve intihar girişimi açısından kadın ve erkekler arasındaki bu farklılığın nedeni olarak tercih edilen intihar etme yöntemlerindeki farklılıkları gösterilebilir. Erkekler ateşli silahlar, yüksekten atlama gibi öldürücü olma olasılığı daha yüksek yöntemleri tercih ederken, kadınlar ilaç gibi kurtulma olasılığının daha fazla olduğu yöntemleri tercih etmektedirler (Jaworski, 2010; Oktik ve ark., 2003).

Eğitim d¼zeyi açısından da intihar oranları farklılık göstermektedir. TÜİK 2010 yılı verilerine göre intihar edenlerin %34.30'u ilkokul mezunudur. Bu oranı %16.90 ile lise ve dengi okul mezunları izlemektedir.

Sosyo-ekonomik düzey açısından da intihar oranları farklılık göstermektedir. Alt sosyo-ekonomik düzeyde intiharın daha fazla gör¼ld¼ğ¼ne dair çeşitli bulgular olduğu belirtilmektedir (Eskin, 2003).

#### **1.4. İntiharla İlişkilili Risk Faktörleri**

##### **1.4.1. Problem Çözme Becerileri**

Problem çözme becerisi 1950'li yıllarda Jahoda tarafından pozitif ruh sağlığının bir bileşeni olarak ifade edilmiştir. Jahoda'ya göre problem çözme becerilerindeki herhangi bir eksiklik, yetersiz psikolojik uyum ve psikopatolojiyle ilişkilidir (Nezu ve ark., 1989). Problem çözme ve intihar arasındaki ilişkiler ilk kez Clum, Patsiokas ve Luscomb'un (1979) yapmış oldukları bir çalışmada vurgulanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, stres altında olan bireyler katı bir bilişsel yapıya sahipse ve/veya problem çözme

becerilerinde bir yetersizlikleri varsa bu kişilerin intihar etme ya da intihar girişiminde bulunma olasılıkları artmaktadır. İntihar girişimi ve depresif belirtileri olan ve olmayan, 60 yaş üstü 64 yaşlı üzerinde yapılan bir çalışmada (Gibbs ve ark., 2009), intihar girişiminde bulunmuş depresif yaşlıların diğer gruplara göre problem çözme becerilerini yetersiz olarak algıladıkları bulunmuştur.

Wingate, Van Orden, Joiner, Williams ve Rudd (2005) tarafından yürütülen 6 aylık bir izleme çalışmasında katılımcıların Problem Çözme Envanterinden aldıkları puanlar ile intihar olasılığı arasında .49'luk anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Yaş ortalaması 22 olan intihar girişiminde bulunmuş veya intihar olasılığı açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmiş 86 kişinin katıldığı bu çalışmada katılımcılar iki gruba ayrılmıştır. Deney grubuna problem çözme odaklı terapi uygulanırken, kontrol grubuna kriz yönetimi odaklı terapi uygulanmıştır. 6 aylık izleme çalışmasının sonucunda problem çözme odaklı terapi uygulanan grup ile kontrol grubu arasında intihar olasılığı puanları açısından anlamlı fark bulunmamakla birlikte, araştırmacılar tedavinin başlangıcında problem çözme becerileri daha iyi olan katılımcıların tedaviden daha fazla yararlandıklarını belirtmişlerdir.

Eskin, Ertekin, Dereboy, ve Demirkıran'ın (2007) 13-18 yaşları arasındaki 308 kişi üzerinde yaptığı çalışmada hem kızlarda hem erkeklerde



problem çözüme becerileri ile intihar düşünceleri ve intihar potansiyeli arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Erkeklerde problem çözmede değerlendirici yaklaşımı kullanmanın intihar riski açısından tek başına yordayıcı olduğu görülmüştür.

328 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada (McAuliffe, Corcoran, Keeley ve Perry, 2003) intihar düşünceleri olanlar (intihara ilişkin plan yapan ya da yapmayan), intihar düşünceleri olmayanlardan anlamlı şekilde daha zayıf problem çözme becerilerine sahip bulunmuştur.

Schotte ve Clum'ın (1982) modeline göre katı bir düşünce yapısına sahip olan veya problem çözme becerileri yetersiz olan bireyler aşırı stres altında olduklarında bu durum umutsuzluğa yol açmakta ve bu umutsuzluk kişiyi intihara sürüklemektedir. Problem çözme becerilerindeki yetersizlik stresli yaşam olaylarıyla birleştiğinde üniversite öğrencileri için intihar düşüncelerinin umutsuzluk ve depresyondan sonra bir yordayıcısı olmaktadır. Aynı araştırmacılar tarafından yapılan bir başka çalışmada, psikiyatrik hastalardan intihar düşünceleri olanlarda bilişsel katılığın daha fazla olduğu ve bu hastaların kişilerarası problem çözme konusunda daha az çözüm ürettikleri bulunmuştur (Schotte ve Clum, 1987). Sonraki yıllarda Dixon, Heppner ve Rudd'un (1994) yaptığı bir araştırmanın sonuçlarına göre de bu bulgular güçlü şekilde desteklenmiştir.

İntihar girişiminde bulunan, intihar düşünceleri olan ve normal bireylerle yapılan başka bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan bireylerin bulunmayanlara göre problem çözme tarzlarının daha az çeşitlilik gösterdiği, daha fazla kaçingan bir yaklaşım izledikleri, ürettikleri çözümlerin daha uygunsuz olduğu ve olumsuz duygulanım temaları taşıdıkları saptanmıştır (Orbach ve ark. 1990).

Lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan, problem çözme becerilerinin hem tek başına hem de stresli yaşam olaylarıyla birlikte intihar davranışını yordadığını gösteren çalışmalar vardır (Chang, 2002; Priester ve Clum, 1993). Priester ve Clum (1993) bir çalışmalarında orta derecede stres yaratan bir yaşam olayı öncesi ve sonrasında, üniversite öğrencilerinin problem çözme becerilerini saptamaya çalışmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre intihar düşüncesinin düzeyi, yaşanan olay ile ilişkili olarak üretilen çözümlerin sayısı ve bu çözümlerin her biri ile ilgili olarak kişinin algıladığı olumsuz sonuçları anlamlı biçimde yordamaktadır. Bir başka deyişle, intihar düşüncesinin düzeyi arttıkça, üretilen çözümlerin sayısında bir azalma ve kişinin algıladığı olumsuz sonuçlarda bir artma gözlenmektedir.

Stres ve problem çözme becerilerinin intihar davranışı üzerindeki etkisinin incelendiği, 102 ergenle yapılan bir çalışmada (Grover, Green, Pettit, Monteith ve Garza, 2009) problem çözme becerileri zayıf ve yüksek düzeyde

stres yaşıyan gençlerin intihar düşüncelerinin de fazla olduğu bulunmuştur. Araştırmada problem çözme becerilerinin gelişmiş olmasının, hem kronik hem de dönemsel stresin intihar düşünceleri üzerine olan etkisini zayıflattığı görülmektedir. Ancak aynı etki intihar girişimi için söz konusu değildir. Araştırmacılar bu durumun gelişmiş problem çözme becerilerinin kısa süreli stresin yaşandığı durumlarda daha etkin olmasından kaynaklanabileceğini belirtmektedirler.

Araştırma bulgularından da anlaşılabilirceği gibi, problem çözme becerilerindeki yetersizliğin intihar davranışlarının güçlü bir bileşeni ve yordayıcısı olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılan araştırmaların derlendiği bir çalışmada problem çözme becerisi ve intihar davranışı arasındaki ilişkiler vurgulanmış, problem çözme becerilerindeki yetersizliğin, intihar davranışları için önemli bir değişken olduğu belirtilmiştir (Pollock ve Williams, 1998).

#### **1.4.2. Kişilerarası Öfke Tepkileri**

Hankins ve Hankins'in (1988) öfkeyi, kişinin belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel karşısında yaşadığı içsel ve evrensel bir duygu olarak tanımlamışlardır. Ancak ifade edilme biçimi öğrenildiğinden, öfke ifadesi

kişilerarası farklılık göstermektedir. Ayrıca bu farklılıklar kişiyi daha fazla saldırı ve eleştiriye açık hale getirebilmektedir. Araştırmacıların vurguladıklarına göre öfke ifadesi öğrenildiğinden olumsuz ve saldırgan davranışlar biçiminde ifade edilen öfkenin yerine olumlu ve uygun ifade biçimleri, öğrenme yoluyla kazandırılabilir.

İntihar ile öfke ve saldırganlık arasındaki ilişki üzerine yapılan pek çok çalışma vardır (Castrogiovanni, Pieraccini ve Di Muro, 1998; DeWall, Anderson ve Bushman, 2011; Maiuro ve ark., 1989; Minarik ve ark., 1997). Bu çalışmalarda saldırgan davranışlar, intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olarak ele alınmıştır. İntiharın yordayıcılarını hiyerarşik bir sıra içerisinde sunan Clothier'e (1997) göre "kişinin geçmişinde öfke ve şiddet davranışlarının bulunması", üçüncü sırada yer almaktadır.

Psikiyatrik hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, bu hastaların %23'ünde hem intihar riskinin hem de saldırgan davranışların oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca majör afektif bozukluk tanısı alan hastalarda hem şiddet içerikli hem de intihara yönelik davranışlar eşit sayıda ve eşit derecede gözlenmektedir (Plutchik, Praag ve Conte, 1989).

Bir hastanede yatan ve çeşitli psikiyatrik tanılar konmuş 5233 erkek ve 4132 kadın hasta üzerinde yapılan bir başka çalışmada da, tüm hastaların ortalama %21'inin saldırgan davranışları ve/veya intihar problemleri olduğu belirtilmektedir. Araştırmada erkeklerin tek başına saldırgan davranışları veya bununla birlikte intihar davranışını daha açık bir biçimde gösterirken, kadınların saldırgan davranışlar olmaksızın intihar davranışını daha sık sergiledikleri belirtilmiştir. Ayrıca, saldırganlık problemi olan erkekler olmayanlara göre iki kat daha fazla intihar ile ilgili problemler yaşamaktadırlar. Araştırma sonuçlarına göre yaş da şiddet davranışları ve davranışların türü ile yakından ilgilidir. Cinsiyet farkı olmaksızın, yaş azaldıkça şiddet davranışlarının ve intihar problemlerinin arttığı tespit edilmiştir. Üst sınırın erkekler için 24, kadınlar için 34 yaş olduğu belirtilmiştir (Tardiff ve Sweillam, 1980).

Saldırgan davranışları bulunan, intihar girişimi bulunan, psikiyatrik hasta ve kontrol grubu olmak üzere toplam 82 kişi ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hem saldırgan davranışları bulunan, hem de intihar girişimi olan hastaların, kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek düzeyde saldırganlık ve depresyon puanları aldıkları belirtilmiştir. Ayrıca intihar girişiminde bulunmuş hastaların kendini cezalandırıcı ve gizil tarzda bir saldırganlık sergiledikleri, suçluluk ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Maiuro ve ark., 1989).

### 1.4.3. Dürtüsel Davranışlar

Dürtüsel davranışlar, “bir işe başlamadan, ya da bir tepki vermeden önce yeterince düşünmemek şeklinde kendini gösteren bilişsel bir fonksiyon” olarak tanımlanmaktadır (Dickman, 1990). Özellikle kişilik patolojisi olan bireylerde duygulanımda düzensizlik, yoğun öfke ve dürtüsel davranışlar da görülmektedir. İntihar riski olan ergenlerde, bu kişilik özelliklerine sıklıkla rastlandığı bildirilmektedir. Dürtüsellik, yalnızca öfke ve saldırganlık davranışlarını değil, engellenmeye karşı toleransın düşük olması ve plan yapamama özelliklerini de yansıtmaktadır (Oquendo ve Mann, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü, dürtüsellüğün Asya ülkelerinde intihar için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (WHO, 2011). Yazında da dürtüsel davranışlar ve intihar arasındaki ilişkiyi destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Conner ve ark. 2004; Cyders ve Smith, 2008; Michaelis ve ark., 2004; Plutchik ve ark., 1989).

Plutchik, Praag ve Conte'nin (1989) yürüttüğü bir çalışmada dürtüsellüğün, şiddet içerikli davranışlar ve intihar davranışları gösteren bireylerin ortak özelliği olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada dürtüsellik ile

şiddet arasındaki korelasyon .63, dürtüsel davranışlar ve intihar arasındaki korelasyon .43 olarak bulunmuştur.

Michaelis, Goldberg ve Davis (2004) tarafından yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk tanısı almış, intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan hastalar arasında bir karşılaştırma yapılmış; intihar girişiminde bulunan hastaların saldırganlık ve dürtüsellik açısından anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Ergenlerde intihar davranışının sıklığını ve yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan boylamsal bir çalışmada da dürtüsel davranışlardaki artışın intihar planlarının önemli bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (McKeown, Garrison ve Cuffe, 1998).

Dürtüsellik ve intihar davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, intihar davranışlarında görülen dürtüsel özellik oranlarının 1/3 ile 4/5 arasında değişmekte, ortalamanın ise 2/3 olduğu belirtilmiştir (Williams, Davidson ve Montgomery, 1980).

İntihar davranışları bulunan ve bulunmayan psikiyatrik tanı konmuş ergenler ile normal ergenlerden oluşan örneklem üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, intihar davranışları bulunan ergenlerin, diğer iki gruptaki ergenlere göre dürtüsellik ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıkları, umutsuzluk ve

depresyon puanlarının da anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Kashden, Fremauw ve Callahan,1993).

İntihar girişimi bulunan 350 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, dürtüsel intihar davranışı tanımlanmış ve “intihar girişiminin 5 dakikadan kısa bir sürede tasarlanması ve bu süre içerisinde gerçekleştirilmesi” olarak ifade edilmiştir. Bu tanıma göre toplam örneklemin %40.4’ünü dürtüsel intihar vakaları oluşturmaktadır (Williams, Davidson ve Montgomery, 1980).

### **1.5. Araştırmanın Amacı**

Literatür bilgilerine bakıldığında genç olmanın, öfke/saldırganlık ile dürtüsellik düzeyinin yüksek olmasının ve yetersiz problem çözme becerilerine sahip olmanın intihar davranışları için önemli risk faktörleri oluşturduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar genellikle sözü edilen bu değişkenleri tek tek ya da ikili olarak ele almaktadır. Bu değişkenlerin hepsinin birlikte ele alındığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak, ülkemizde intihar olasılığı ile ilişkili olarak bu değişkenlerden çoğunun birlikte ele alındığı kapsamlı bir çalışma mevcuttur (Batıgün, 2002). Bu çalışmada 14-65 yaş arası bireylere gidilerek çeşitli stres yaratan olaylar karşısında akıllarına gelen ilk çözüm yolunun ne olacağı sorulmuş ve akıllarına “intihar



ederdim” seçeneği gelen bireyler ile başka çözüm yolları üretenler arasındaki farklılıklara bakılmıştır. Sonuçta, stresli olaylarla karşılaşan kişilerin intiharı ilk çözüm yolu olarak akıllarına getirme eğilimini ve intihar olasılığı ölçeğinden alınan yüksek puanları yordayan değişkenlerin “yaş”, “öfke”, “problem çözme becerilerinde algılanan yetersizlik” ve “dürtüsel davranışlar” olduğu görülmüştür. Burada özellikle “yaş” değişkeni dikkati çekmiştir. Diğer deyişle, yaşı daha genç olan (13-25 yaşları arasındaki) bireyler, stresli yaşam olayları karşısında intiharı ilk seçenek olarak akıllarına daha sıklıkla getireceklerini belirtmişlerdir. Bütün bu sonuçlar yukarıda söz edilen literatür ile de uyumludur. Araştırmacılar bu bulgulardan hareketle, aşağıdaki gibi ifade edilen bir model önermişlerdir: *“13-24 yaş arasında bulunan gençler, problem çözme becerileri açısından kendilerini yetersiz algıladıklarından, haksızlığa uğrama ve eleştirilme gibi olaylar ile karşı karşıya kaldıklarında, kendilerini engellenmiş hissedip öfkelenebilmektedirler. Bu yaş grubundaki gençler aynı zamanda daha da fazla dürtüsel olduklarından, stresli durumlar karşısında intiharı bir çözüm yolu olarak akıllarına daha sık getirebilirler, dolayısıyla intihar olasılıkları da artabilir. Bu nedenle problem çözme becerilerinde yetersiz, dürtüselligi ve öfkesi yüksek olan öğrenciler tespit edilirse bunlar intihar açısından bir risk grubu olarak değerlendirilebilir”.*

Bu araştırmanın temel amacı da sözü edilen modelin sınanmasıdır. “Öfke”, “problem çözme becerileri” ve “dürtüsellik” değişkenlerinin intihar girişiminde bulunan bireyler üzerinde de gerçekten modelde önerildiği gibi bir

etkileşim içerisinde olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Başka bir deyişle, Batıgün ve Şahin (2003) tarafından önerilen modeli intihar girişiminde bulunan bireyler üzerinde test etmek çalışmanın temel amacıdır.

## BÖLÜM 2.

### YÖNTEM

#### 2.1. Örneklem

Araştırmanın klinik örneklemini, araştırmaya katılım tarihinden önce en fazla 1 ay içinde intihar girişiminde bulunmuş, ilk tıbbi ve psikolojik müdahaleleri yapılmış 30 katılımcı oluşturmuştur. Karşılaştırma grubunda yer alan 178 katılımcının verileri ise Ankara ili sınırları içindeki özel ve/veya devlet üniversiteleri ve liseleri aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Elde edilen formların tamamı analize dahil edilmiştir.

Klinik örneklemin yaş ortalaması 21.33 (ss= 4.12), karşılaştırma grubunun yaş ortalaması 19.59'tür (ss= 3.11). Örneklem özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Klinik örneklem ve karşılaştırma grubuna ilişkin sosyo-demografik özellikler**

<b>Klinik Örneklem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>CİNSİYET</b>		
Kadın	25	83.3
Erkek	5	16.7
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>EĞİTİM</b>		
İlköğretim mezunu	6	20.0
Lise öğrencisi	8	26.7
Lise mezunu	8	26.7
Üniversite öğrencisi	3	10.0
Üniversite/yüksekokul mezunu	5	16.7
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>SOSYOEKONOMİK DÜZEY</b>		
Düşük	14	46.7
Orta	12	40.0
Yüksek	4	13.3
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>Karşılaştırma Grubu</b>		
<b>CİNSİYET</b>		
Kadın	139	78.1
Erkek	39	21.9
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100</b>
<b>EĞİTİM</b>		
İlköğretim mezunu	1	0.6
Lise öğrencisi	55	30.9
Lise mezunu	23	12.9
Üniversite öğrencisi	81	45.5
Üniversite/yüksekokul mezunu	16	9.0
Missing	2	1.1
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100</b>
<b>SOSYOEKONOMİK DÜZEY</b>		
Düşük	84	47.2
Orta	66	37.1
Yüksek	28	15.7
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100</b>
<b>Tüm Örneklem</b>		
<b>CİNSİYET</b>		
Kadın	164	78.8
Erkek	44	21.1
<b>Toplam</b>	<b>208</b>	<b>100</b>
<b>EĞİTİM</b>		
İlköğretim mezunu	7	3.4
Lise öğrencisi	63	30.3
Lise mezunu	31	14.9
Üniversite öğrencisi	84	40.4
Üniversite/yüksekokul mezunu	21	10.1
Missing	2	1.0
<b>Toplam</b>	<b>208</b>	<b>100</b>
<b>SOSYOEKONOMİK DÜZEY</b>		
Düşük	98	47.1
Orta	78	37.5
Yüksek	32	15.4
<b>Toplam</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

## **2.2. Veri Toplama Araçları**

### **2.2.1. Demografik Bilgi Formu**

Araştırma değişkenleri ile ilgili olabilecek değişkenleri tespit etmek amacıyla hazırlanan formdur. Bilgi formunda katılımcılardan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, anne eğitimi, baba eğitimi, anne ve babanın işi, anne-babanın birlikte olup olmadığı, bireyin kronik bir fiziksel hastalığa sahip olup olmadığı ve bireyin son zamanlarda ciddi bir psikolojik bir rahatsızlık geçirip geçirmediği bilgileri alınmaktadır.

### **2.2.2. İntihar Olasılığı Ölçeği**

Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş, 1-4 arası Likert tipi puanlanan, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçeğin orijinalinde, maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklindedir. Ölçek, ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. İntiharın davranışsal, bilişsel ve duygusal bileşenlerini belirlemeye yöneliktir. Puan ranjı 36-144’dür, ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret eder. İÖÖ’nin orijinali, umutsuzluk (12

madde), intihar düşüncesi (8 madde), kendini olumsuz değerlendirme (9 madde) ve saldırganlık (7 madde) olmak üzere dört faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin intihar girişimi olan kişiler, psikiyatrik hastalar ve karşılaştırma grubu üzerinde yapılan çalışma sonucunda Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının .93, test tekrar test güvenirlik katsayısının .92 olduğu belirtilmektedir (Cull ve Gill, 1988). İsveçli üniversite öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise bu katsayılar sırasıyla .87 ve .89 olarak bulunmuştur (Eskin 1993).

Ölçeğin, Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş olan orijinal formunun Türkçe'ye çevirisi ve üzerindeki ilk çalışma Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Kültürümüze uyarlanması ile ilgili ayrıntılı bilgiler ise Tüzün (1997) tarafından verilmektedir. 203 kız, 198 erkek olmak üzere 401 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bu çalışmada; intihar düşüncesi ( $\alpha = .87$ ), olumsuz benlik şeması ( $\alpha = .84$ ), tükenme ( $\alpha = .66$ ) ve öfke ( $\alpha = .65$ ) olmak üzere, toplam varyansın %42.6'sını açıklayan, 4 faktör bulunmuştur. Alt ölçeklerin Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonları .42 ( $p < .001$ ) ile .68 ( $p < .001$ ) arasında değişmektedir (Tüzün, 1997).

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin bu çalışmada kullanılan formu Şahin ve Durak (2000, akt. Batıgün, 2002) tarafından uyarlanan formdur. Yapılan uyarlamanın amacı, ölçeğin orijinalinde yer alan ve doğrudan intiharı

çağrıştırdığı düşünölen bazı ifadelerin (örneğin; "başkalarını cezalandırmak için intiharı düşünüyorum", "kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm" vb.) kişilere rahatsızlık verme olasılığı nedeniyle duyulan etik kaygılardır. İntihar girişiminde bulunanlar, depresyon tanısı alan psikiyatrik hastalar ve normal grubun ele alındığı bu çalışmada, Yanıtlar "%0 uygun", "%30 uygun", "%70 uygun" ve "%100 uygun" şeklinde alınmıştır. Bu çalışmada da ölçek bu şekli ile kullanılmıştır. Bu formda 2., 6., 7., 10., 11., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 30., 32., 35. ve 36. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğın, intihar girişiminde bulunan hastalar, depresyon tanısı almış olanlar ve hiçbir tanı almamış sağlıklı bireylerden oluşan 133 kişilik bir örneklem grubuna uygulanması sonucu elde edilen Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .95 olarak saptanmıştır. Ölçeğın, Kısa Semptom Envanteri'nin "Anksiyete" alt ölçeğı ile korelasyonu .52 ( $p < .001$ ), "Depresyon" alt ölçeğı ile korelasyonu .86 ( $p < .001$ ), "Olumsuz benlik" alt ölçeğı ile korelasyonu .82 ( $p < .001$ ), "somatizasyon" alt ölçeğı ile korelasyonu .58 ( $p < .001$ ) ve "öfke" alt ölçeğı ile korelasyonu da .69 ( $p < .001$ ) olarak belirlenmiştir. Ayrıca; "Umutsuzluk Ölçeğı" ile  $r = .70$  ( $p < .001$ ) ve "Sosyal Karşılaştırma Ölçeğı" ile de  $r = .77$  ( $p < .001$ ) değerinde korelasyon katsayılarına sahiptir.

Bu örneklem üzerinden yapılan faktör analizi sonucunda toplam varyansın %51.9'unu açıklayan üç faktör bulunmuştur. Bu faktörleri oluşturan maddeler ve faktör alt ölçeklerinin cronbach alfa güvenilirlik katsayıları aşağıda verilmektedir:

Olumsuz benlik ve tükenme: 5, 9., 10., 12., 15., 16., 17., 18., 19., 23., 25., 26., 27., 28., 29., 30., 32., 33., 35. ve 36. maddeler ( $\alpha = .95$ ).

Hayata bağılıktan kopma: 6., 7., 11., 20., 21., 22. ve 24. maddeler ( $\alpha = .79$ ).

Öfke 1., 3., 4., 8., 13., 14., 31. ve 34. maddeler ( $\alpha = .73$ ).

Ölçeğin ayırt edici geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan diskriminant analizi sonucunda ölçeğin, intihar girişiminde bulunan hastaların %87.3'ünü, depresyon tanısı alanların %52.4'ünü, karşılaştırma grubunun ise %81.5'ini ait oldukları gruplara doğru olarak sınıflandırabildiği görülmüştür.



### 2.2.3. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olan ve 0-4 arası puanlanan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. KSE, 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin (SCL-90) ayırdediciliği en yüksek 53 maddesi seçilerek oluşturulmuştur ve çeşitli psikiyatrik belirtileri güvenilir bir biçimde tarama olanağı vermektedir. Puan ranjı 0–212'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin semptomlarının sıklığını gösterir.

KSE'nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin "anksiyete", "depresyon", "olumsuz benlik", "somatizasyon" ve "öfke/saldırganlık" adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Bu faktörlerden oluşturulan alt ölçeklerin alfa katsayıları da .87 ve .75 arasında değişmektedir.

Yapılan üç ayrı çalışma sonucunda KSE'nin alt ölçeklerinin ve üç global indeks puanlarının Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -0.14 ve -0.34 arasında, Boyuneğicilik Ölçeği ile 0.16 ve 0.42 arasında, Strese Yatkinlik Ölçeği ile 0.24 ve 0.36 arasında, UCLA Yalnızlık Ölçeği ile 0.13 ve 0.36 arasında, Beck Depresyon Envanteri ile ise 0.34 ve 0.70 arasında değişen ve

istatistiksel açıdan manidar korelasyonlar gösterdiği belirlenmiştir (Şahin ve Durak, 1994).

13-17 yaş arası 597 ergen ile yapılan bir çalışmada da ölçeğin faktör yapısına tekrar bakılmış, Şahin ve Durak (1994)'ın bulmuş olduğu faktör yapısına çok benzediği görülmüştür (Şahin ve ark., 2002).

#### **2.2.4. Problem Çözme Envanteri (PÇE)**

Heppner ve Petersen (1982) tarafından geliştirilen ve bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini algılayışını ölçen, 35 maddelik kendini değerlendirme (self-report) türü bir ölçektir. 1-6 arası Likert tipi puanlanmaktadır. Her madde için kişilere kendilerinin hangi sıklıkta ölçek maddelerindeki gibi davrandıkları sorulmaktadır. Seçenekler “her zaman böyle davranırım”, “çoğunlukla böyle davranırım”, “sık sık böyle davranırım”, “arada sırada böyle davranırım”, “ender olarak böyle davranırım” ve “hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir. Puanlama esnasında 9., 22. ve 29. maddeler puanlama dışı tutulmaktadır. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30, 32 ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir ve bu maddelerin yeterli problem çözme becerilerini temsil ettiği varsayılmaktadır.

Ölçeğin puan ranjı 32-192'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını gösterir.

Ölçeğin Türkiye uyarlaması, Şahin, Şahin ve Heppner (1993) tarafından yapılmıştır. Toplam 244 üniversite öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa geçerlik katsayısı .88, yarıya bölme tekniği ile elde edilen güvenirlik katsayısı ise  $r = .81$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri arasındaki korelasyon katsayısı .33 ve ve STAI-T toplam puanı arasındaki korelasyon katsayısı ise .45 olarak bulunmuştur. Yapılan discriminant analizi sonucunda ise ölçeğin disforik ve disforik olmayan grupları, ait oldukları gruplara %94 ve %55 oranlarında; anksiyeteli ve anksiyeteli olmayan grupları ise %90 ve %80 oranlarında doğru olarak sınıflandırabileceği ortaya çıkmıştır.

Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin "aceleci yaklaşım" (13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 32. maddeler), "düşünen yaklaşım" (18, 20, 31, 33 ve 35. maddeler), "kaçıngan yaklaşım" (1, 2, 3 ve 4. maddeler), "değerlendirici yaklaşım" (6, 7 ve 8. maddeler), "kendine güvensiz yaklaşım" (5, 23, 24, 27, 28 ve 34. maddeler), "plansız yaklaşım" (10, 12, 16 ve 19. maddeler) olmak üzere 6 faktörden oluştuğu bulunmuştur. Bu faktörlere dayalı olarak

oluşturulan faktör alt ölçeklerinin alfa katsayıları ise sırasıyla .78, .76, .74, .69, .64 ve .59 olarak bulunmuştur.

Problem Çözme Envanteri, problem çözme becerileri ve intihar arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmaların bazılarında kullanılmış olması ve Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bulguların mevcut olması nedeniyle bu çalışma kapsamına alınmıştır. Örneğin, daha önce sözü edilen, konuya ilişkin çalışmada (Batıgün 2002, Batıgün ve Şahin 2003) kullanılmış, Cronbach Alfa geçerlik katsayısı .90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin İntihar Olasılığı Ölçeği ile korelasyonu .40 ( $p < .001$ ), Çözüm Yolları Envanteri ile  $r = .16$  ( $p < .001$ ) ve Kısa Semptom Envanteri'nin öfke/saldırganlık alt ölçeği ile  $r = .32$  ( $p < .001$ ) olarak belirlenmiştir.

#### **2.2.5. Dürtüsel Davranışlar Alt Ölçeği (Çok Yönlü Kişilik Envanteri – MMPI )**

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), kişinin kendisinin “doğru” ya da “yanlış” şeklinde yanıtladığı 566 maddeden oluşan, 0-1 arası puanlanan bir ölçektir. Maddelere verilen “doğru” yanıtları 1 puan, “yanlış” yanıtları 0 puan alır. Bazı maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Hathaway ve McKinley tarafından 1940 yılında hazırlanan envanter, 1943 yılında

Amerikan Psikoloji Birliği tarafından yayınlanmış, 1966 yılında ise Wiggins'in yapmış olduğu çalışmalar ile içerik ölçekleri belirlenmiş ve klinikte daha rahat kullanılır hale getirilmiştir. Bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu objektif olarak değerlendirmeyi amaçlayan, bireysel ya da grup halinde uygulanabilen bir ölçektir. Envanterin kimlere uygulanabileceği belirlenirken göz önünde bulundurulması gereken temel etkenin kişinin okuma yazma düzeyi olduğu, dolayısıyla belirgin bir engeli yoksa ileri yaşlardaki kişilere ve 13-14 yaşlarındaki gençlere de uygulanabileceği belirtilmektedir (Graham, 1998).

Envanterin Türkiye standardizasyonu, 16-50 yaş arası 1666 kişi üzerinde yapılan bir çalışma sonucu gerçekleştirilmiş, ham puanlara karşılık gelen t puanı tabloları elde edilmiş ve bu puanlar farklı kültürlerden elde edilen puanlar ile karşılaştırılmıştır (Savaşır, 1981). Standardizasyon çalışmasına başlamadan önce bir n çalışma yapılarak envanterin Türk toplumuna uygun olup olmadığına bakılmıştır. 130 normal ve 130 hasta üzerinde yürütülen bu çalışmada hem Türkçe formun hem de çevirinin güvenirliği konusunda olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayıları  $r = .51$  (paranoya) ile  $r = .89$  (Hipokondria) arasında değişmektedir (Savaşır, 1978).

MMPI, hem yurt içinde hem de yurt dışında yapılan pek çok araştırmada kullanılmış ve 1979 yılında çıkartılan bir el kitabında bu

çalışmalar derlenmiştir. Derlenen bu çalışmalar incelendiğinde ise toplam 455 özel alt ölçeğin sıralandığı ve bunların madde kompozisyonlarına yer verildiği görülmektedir. İşte bu çalışmada yer alan ve “Dürtüsel Davranışlar” adını verdiğimiz ölçek de, MMPI üzerinde Gough tarafından 1957 yılında gerçekleştirilen bir çalışma sonucu elde edilen MMPI’ın özel bir alt ölçeğidir. Bu ölçek MMPI’ın 15, 30, 32, 33, 39, 45, 62, 96, 97, 99, 111, 139, 145, 157, 244, 349, 368, 381, 481, 529 ve 545. maddelerinden oluşmaktadır. 96. ve 111. maddeler ters çevrilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar dürtüsel davranışların sıklığına işaret etmektedir (Dahlstrom, Welsh ve Dahlstrom, 1979). Bu alt ölçek, daha önce sözü edilen, konuya ilişkin çalışmada (Batıgün 2002, Batıgün ve Şahin 2003) kullanılmış, Cronbach Alfa geçerlik katsayısı .73 olarak bulunmuştur. Ölçeğin İntihar Olasılığı Ölçeği ile korelasyonu .56 ( $p < .001$ ), Çözüm Yolları Envanteri ile  $r = .27$  ( $p < .001$ ) ve Problem Çözme Envanteri ile  $r = .28$  ( $p < .001$ ) olarak belirlenmiştir.

### **2.2.6. Kişilerarası Öfke Tepkileri**

İnsanların kişilerarası öfke konusundaki duygu, düşünce ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan ve 5 bölümden oluşan bir bataryadır. Likert tipi, 1-5 arası puanlanmaktadır. Sorulan sorulara, “Hiç”, “Nadiren”, “Arada sırada”, “Sıklıkla” ve “Her zaman” cevaplarından birinin verilmesi beklenmektedir.

Ölçek, bir dizi pilot çalışma sonucu Balkaya ve Şahin (2003) tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışmada Kişilerarası Öfke Tepkileri: İntikama Yönelik Tepkiler, Pasif-Agresif Tepkiler, İçedönük Tepkiler ve Umursamaz Tepkiler alt ölçekleri kullanılacaktır. Ölçeğin bu bölümü, daha önce sözü edilen, konuya ilişkin çalışmada (Batıgün, 2002; Batıgün ve Şahin, 2003) kullanılmış, Cronbach Alfa geçerlik katsayısı Kişilerarası öfke tepkileri alt ölçeği için .92 olarak bulunmuştur.

### **2.3. İşlem**

İntihar girişiminde bulunmuş bireylerden veri toplama işlemi devlet ve üniversite hastanelerinin psikiyatri servisleri aracılığıyla, etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama sürecinde katılımcılar öncelikle psikolog tarafından araştırma konusunda bilgilendirilmiş ve ardından Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları imzalatılarak araştırmaya katılım için onayları alınmıştır. Katılımcılar formları psikolog eşliğinde doldurmuşlardır.

## BÖLÜM 3.

### BULGULAR

#### 3.1. Risk Gruplarının Belirlenmesi

Söz konusu modelin sınanması amacıyla ilk aşamada, modelde önerildiği gibi, karşılaştırma grubunda “Çok Boyutlu Öfke Ölçeği”, “Dürtüsellik Ölçeği” ve “Problem Çözme Envanteri”nin toplam puanları dikkate alınarak intihar olasılığı düşük ve yüksek *Risk Grupları* oluşturulmuştur. Karşılaştırma grubunun (N= 178), kişilerarası öfke tepkileri puanı ortalaması 126.60 (ss=26.48), dürtüsellik puan ortalaması 9.54 (ss=4.01) ve problem çözme envanteri puan ortalaması 108.25 (ss=18.29) olarak belirlenmiştir. Modele göre risk grupları oluşturulurken ölçek ortalamalarının birer standart sapma altında ve üstünde yer alan puanlar dikkate alınmaktadır. Bu çalışmada düşük örneklem büyüklüğü nedeniyle, gruplar ölçek ortalamalarının Yüksek risk grubu için aynı anda kişilerarası öfke puanı 127 ve üzeri, problem çözme puanı 109 ve üzeri, dürtüsellik puanı 10 ve üzeri olanlar “*modele göre intihar riski yüksek grup*” olarak tanımlanmıştır. Düşük risk grubu için ise aynı anda kişilerarası öfke puanı 126 ve altı, problem çözme puanı 108 ve altı, dürtüsellik puanı 9 ve altı olanlar “*modele göre intihar riski düşük grup*” olarak



tanımlanmıştır. Modele göre düşük ve yüksek risk grupları ile klinik örnekleme ilişkin demografik bilgiler Tablo 2.'de verilmiştir.

**Tablo 2. Modele göre düşük ve yüksek risk grupları ile klinik örnekleme ilişkin demografik bilgiler.**

	Yüksek Risk Grubu		Düşük Risk Grubu		Klinik Ornekleme	
	N	%	N	%	N	%
<b>CİNSİYET</b>						
Kadın	21	67.7	34	73.9	25	83.3
Erkek	10	32.3	12	26.1	5	16.7
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>EĞİTİM</b>						
İlköğretim mezunu	-	-			6	20.0
Lise öğrencisi	17	54.8	9	19.6	8	26.7
Lise mezunu	3	9.7	4	8.7	8	26.7
Üniversite öğrencisi	10	32.3	24	52.2	3	10.0
Üniversite/yüksekokul mezunu	-	-	9	19.6	5	16.7
Missing	1	3.2	-	-	5	16.7
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>SOSYOEKONOMİK DÜZEY</b>						
Düşük	15	48.4	18	39.1	14	46.7
Orta	12	38.7	17	37.0	12	40.0
Yüksek	4	12.9	11		4	13.3
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Modele göre intihar riski yüksek ve düşük olan grupların İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması amacıyla t-testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. Modele göre risk gruplarının İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin t-testi sonuçları**

	Düşük Risk Grubu N= 46 (PÇE<108, Öfke<126, MMPI<9)		Yüksek Risk Grubu N= 31 (PÇE > 109, Öfke>127, MMPI>10)		t
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	
<b>İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanı</b>	58.78	8.75	88.66	5.14	9.93***
<b>Olumsuz benlik ve tükenme</b>	32.47	5.44	50.04	10.05	8.88***
<b>Hayata bağlılıktan kopma</b>	11.84	2.39	17.52	3.31	8.21***
<b>Öfke</b>	12.86	3.02	18.73	4.33	6.55***

\*p<.05 \*\*\* p<.001

Yapılan analiz sonucunda, modele göre intihar olasılığı düşük ve yüksek olan grupların İntihar Olasılığı Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Modele göre intihar olasılığı yüksek grubun İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldığı toplam puan ( $X=88.66$ ,  $ss=5.14$ ), intihar olasılığı düşük grubun aldığı toplam puandan ( $X=58.78$ ,  $ss=8.75$ ) anlamlı derecede daha yüksektir ( $t=9.93$ ,  $p<.001$ ).

İntihar olasılığı yüksek ve düşük risk grupları İntihar Olasılığı Ölçeği alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından da farklılaşmaktadır. Olumsuz benlik ve tükenme alt ölçeğinden alınan puanlar açısından yüksek risk grubunda yer alan bireylerin ortalaması ( $X=50.04$ ,  $ss=10.05$ ), düşük risk

grubunda yer alan bireylerin ortalamasından ( $X=32.47$ ,  $ss=5.44$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $F_{1,75}=98.126$ ,  $p<.001$ ). Benzer şekilde, yüksek risk grubunda yer alan bireyler ( $X=17.52$ ,  $ss=3.31$ ), düşük risk grubunda yer alan bireylerden ( $X=11.84$ ,  $ss=2.39$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır ( $F_{1,75}=76.302$ ,  $p<.001$ ). Son olarak yüksek risk grubunun öfke alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ( $X=18.73$ ,  $ss=4.33$ ), düşük risk grubunun aynı ölçekten aldıkları puanların ortalamasından ( $X=12.86$ ,  $ss=3.02$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $F_{1,75}=49.145$ ,  $p<.001$ ).

### **3.2. Risk Grupları ve Klinik Örneklemeye İlişkin Bulgular**

İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin yer aldığı “intihar grubu” ( $N=30$ ) ile modele göre düşük ve yüksek risk gruplarının dürtüsellik, problem çözme, kişilerarası öfke tepkileri ve Kısa Semptom Envanteri’nden alınan puanlar açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını belirlemek amacıyla, bu üç grubun ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları üzerinde Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır.

### 3.2.1. Grupların Dürtüsellik Puanları Açısından Karşılaştırılması

Modele göre yüksek ve düşük risk grupları ile intihar grubunun MMPI Dürtüsel Davranışlar alt ölçeğinden aldıkları puanları karşılaştırmak amacıyla uygulanan Tek Yönlü ANOVA sonucunda, grupların aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $F_{2,104}=112.56$ ,  $p<.001$ ). Analiz sonuçları Tablo 4'te verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre yüksek risk grubunda yer alan bireyler düşük risk grubunda yer alan bireylerden daha yüksek dürtüsellik puanına sahiptir. Aynı zamanda intihar grubunda yer alan bireylerin dürtüsellik puanları, modele göre düşük risk grubunda yer alan bireylerden daha yüksektir. İntihar grubu ile yüksek risk grubu arasında, dürtüsellik puanları açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.

**Tablo 4. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar girişiminde bulunan grubun MMPI-Dürtüsellik Alt Ölçeği'nden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları**

	Düşük Risk Grubu (N= 46) PÇE<108, Öfke<126, MMPI<9		Yüksek Risk Grubu (N= 31) PÇE > 109, Öfke>127, MMPI>10		İntihar Grubu (N= 30)		F
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	
<b>Dürtüsel Davranışlar</b>	6.18	2.03	13.74	2.18	13.10	3.27	112.561***

\*\*\*  $p<.001$

**Dürtüsel Davranışlar** Yüksek risk > düşük risk  
Düşük risk < intihar

### **3.2.2. Grupların Problem Çözme Envanteri'nden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması**

İntihar olasılığı açısından yüksek ve düşük risk grubunda yer alan bireyler ile intihar girişiminde bulunan bireylerin problem çözme becerileri açısından karşılaştırılması amacıyla, grupların Problem Çözme Envanteri ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar üzerinde Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre Problem Çözme Envanteri toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $F_{2,104}=63.675$ ,  $p<.001$ ). Düşük risk grubunda yer alan bireyler, her iki gruptan anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır.

**Tablo 5. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar girişiminde bulunan grubun Problem Çözme Envanteri ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları**

	Düşük Risk Grubu (N= 46) PÇE<108, Öfke<126, MMPI<9		Yüksek Risk Grubu (N= 31) PÇE > 109, Öfke>127, MMPI>10		İntihar Grubu (N= 30)		F
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	
<b>Problem Çözme Envanteri</b>	92.43	9.41	128.67	14.85	120.60	20.77	63.675***
<b>Aceleci yaklaşım</b>	25.78	5.17	35.94	6.50	36.63	9.52	29.519***
<b>Düşünen yaklaşım</b>	10.13	2.88	18.03	4.49	15.45	5.34	36.126***
<b>Kaçıngan yaklaşım</b>	12.48	2.55	14.34	2.67	14.10	3.74	4.589*
<b>Değerlendirici yaklaşım</b>	6.44	2.05	10.60	2.85	7.86	3.15	23.254***
<b>Kendine güvensiz yaklaşım</b>	15.82	2.62	21.51	3.41	19.66	4.66	26.283***
<b>Plansız yaklaşım</b>	8.56	2.10	14.43	3.81	12.16	5.00	25.602***

\*p<.05 \*\*\* p<.001

<b>Problem Çözme Envanteri</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar
<b>Aceleci yaklaşım</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar
<b>Düşünen yaklaşım</b>	Yüksek risk > düşük risk Yüksek risk > intihar Düşük risk < intihar
<b>Kaçıngan yaklaşım</b>	Yüksek risk > düşük risk
<b>Değerlendirici yaklaşım</b>	Yüksek risk > düşük risk Yüksek risk > intihar
<b>Kendine güvensiz yaklaşım</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar
<b>Plansız yaklaşım</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar Yüksek risk > intihar

Problem Çözme Envanteri alt ölçekleri açısından bakıldığında, tüm alt ölçeklerde modele göre yüksek risk grubunun puanları düşük risk grubunun puanlarından daha yüksektir. Analiz sonuçlarına göre, yüksek risk grubunda yer alan bireylerin düşünen yaklaşım, değerlendirici yaklaşım ve plansız

yaklaşım alt ölçeklerinden aldıkları puanlar intihar grubunun puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aceleci yaklaşım, kaçınan yaklaşım ve kendine güvensiz yaklaşım alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından ise iki grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. İntihar grubu ile düşük risk grubu karşılaştırıldığında ise, iki grubun puanlarının yalnızca kaçınan yaklaşım ve değerlendirici yaklaşım alt ölçeklerinde farklılaştığı görülmektedir.

### **3.2.3. Grupların Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması**

Modele göre intihar olasılığı düşük ve yüksek bireyler ile intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını belirlemek amacıyla, grupların ölçek toplan puanları arasında Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar girişiminde bulunan grubun Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları**

	Düşük Risk Grubu (N= 46) PÇE<108, Öfke<126, MMPI<9		Yüksek Risk Grubu (N= 31) PÇE > 109, Öfke>127, MMPI>10		İntihar Grubu (N= 30)		F
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	
<b>Kişilerarası Öfke Tepkileri</b>	105.57	15.46	150.14	21.62	138.49	29.64	43.073***
<b>Umursamaz tepkiler</b>	7.25	2.82	7.39	3.61	7.27	3.29	.02
<b>Pasif-agresif tepkiler</b>	6.18	.91	5.53	.99	6.56	1.20	16.23***
<b>İçe dönük tepkiler</b>	5.52	.81	5.52	.99	6.30	1.15	2.53
<b>İntikam tepkileri</b>	9.69	1.43	16.90	3.04	22.78	4.16	50.38***

\*\*\* p<.001

<b>Kişilerarası Öfke Tepkileri Toplam Puan</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar
<b>Pasif-agresif tepkiler</b>	Yüksek risk < düşük risk Yüksek risk < intihar Düşük risk < intihar
<b>İntikam tepkiler</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar

Analiz sonuçlarına göre, Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $F_{2,104}=43.073$ ,  $p<.001$ ). Düşük risk grubunda yer alan bireylerin ölçek toplam puanları ( $X=105.57$ ,  $ss=15.46$ ), yüksek risk grubu ( $X=150.14$ ,  $ss=21.62$ ) ve intihar grubunun ( $X=138.49$ ,  $ss=29.64$ ) toplam puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür. Yüksek risk grubunun kişilerarası öfke tepkileri toplam puanı ile intihar grubunun toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.



Alt ölçekler elde edilen puanlara bakıldığında, grupların pasif-agresif tepkiler ( $F_{2,104}=16.23$ ,  $p<.001$ ) ve intikam tepkileri ( $F_{2,104}=50.38$ ,  $p<.001$ ) alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından farklılaştıkları görülmektedir. Umursamaz tepkiler ( $F_{2,104}=.02$ ,  $p>.05$ ) ve içe dönük tepkiler ( $F_{2,104}=2.53$ ,  $p>.05$ ) alt ölçekleri açısından ise gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Pasif-agresif tepkiler alt ölçeği puanları her üç grupta farklılaşmaktadır. Yüksek risk grubunda yer alan bireyler pasif-agresif tepkiler alt ölçeğinden diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır. Düşük risk grubu ise bu alt ölçek açısından diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha düşük puan almıştır. İntikam tepkileri alt ölçeği açısından yüksek ve düşük risk grubu arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Düşük risk grubunda yer alan bireylerin intikam tepkileri alt ölçeği puanları her iki grubun puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

#### **3.2.4. Grupların Kısa Semptom Envanteri'nden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması**

Kısa Semptom Envanteri'nde yer alan ve intihar düşünceleri açısından ayırt edici olduğu düşünülen 9., 35. ve 39. maddelere verilen yanıtlar açısından grupların farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amacıyla Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 7'de görülmektedir.

**Tablo 7. İntihar Olasılığı Düşük ve Yüksek Grupların ve İntihar Grubunun KSE'nin 9., 35. ve 39. Maddelerinden Aldıkları Puanlar Açısından Değerlendirilmesi**

	Düşük Risk Grubu (N=46) PÇE<108, Öfke<126, MMPI<9		Yüksek Risk Grubu (N=31) PÇE > 109, Öfke>127, MMPI>10		İntihar Grubu (N=30)		
	X	ss	X	ss	X	ss	F
Yaşamınıza son verme düşünceleri (KSE Madde 9)	.01	.09	1.03	1.17	2.37	1.56	46.67***
Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak (KSE Madde 35)	.90	1.04	2.21	1.36	2.80	1.38	23.54***
Ölme ve ölüm üzerine düşünceler (KSE Madde 39)	.35	.67	1.93	1.46	2.53	1.63	31.60***

\*\*\* p< .001

<b>Madde 9</b>	Yüksek risk > düşük risk Yüksek risk < intihar Düşük risk < intihar
<b>Madde 35</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar
<b>Madde 39</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar

Tablo'dan da anlaşılacağı gibi, modele göre belirlenmiş olan risk grupları ve intihar grubu Kısa Semptom Envanteri'nin intihar düşüncelerine yönelik olarak kabul edilebilecek olan "Yaşamınıza son verme düşünceleri" (9. Madde) ( $F_{2,104}=46.67$ ,  $p<.001$ ), "Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak" (35. Madde) ( $F_{2,104}=23.54$ ,  $p<.001$ ) ve "Ölme ve ölüm üzerine düşünceler" (39. Madde) ( $F_{2,104}=31.60$ ,  $p<.001$ ) ifadelerine verdikleri yanıtlar açısından farklılaşmaktadır. İntihar grubunda yer alan bireyler, tüm maddelerden en yüksek puanı almışlardır. İntihar grubu ile yüksek risk

grubunda yer alan bireylerin puanları yalnızca “Yaşamınıza son verme düşünceleri” maddesine verdikleri yanıtlar açısından farklılaşmaktadır. İntihar girişiminde bulunmuş olan bireyler bu maddeden yüksek risk grubuna ( $X=1.03$ ,  $ss=1.17$ ) göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır ( $X=2.37$ ,  $ss=1.56$ ). Düşük risk grubunda yer alan bireylerin her üç maddeden aldıkları puan, diğer iki gruptan anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kısa Semptom Envanteri'nden grupların aldıkları puanlar arasında fark olup olmadığını görmek amacıyla, ölçekten ve alt ölçeklerden alınan puanlar üzerinde Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8. Modele göre intihar riski düşük ve yüksek gruplar ile intihar girişiminde bulunan grubun Kısa Semptom Envanteri ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin Tek Yönlü ANOVA sonuçları**

	Düşük Risk Grubu (N= 46) PÇE<108, Öfke<126, MMPI<9		Yüksek Risk Grubu (N= 31) PÇE > 109, Öfke>127, MMPI>10		İntihar Grubu (N= 30)		F
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	
<b>Kısa Semptom Envanteri</b>	28.39	16.62	81.52	38.46	106.51	35.25	68.223***
<b>Depresyon</b>	8.66	6.29	21.25	11.12	31.59	8.68	66.647***
<b>Somatizasyon</b>	3.58	3.14	11.05	7.69	13.57	7.88	26.989***
<b>Hostilite</b>	4.61	3.41	13.00	5.50	15.63	5.38	58.682***
<b>Anksiyete</b>	6.48	4.84	17.93	9.42	22.91	9.81	43.553***
<b>Olumsuz benlik</b>	5.06	3.50	18.29	9.54	22.82	9.79	56.396***

\*\*\* p<.001

<b>Kısa Semptom Envanteri</b>	Yüksek risk > düşük risk Yüksek risk < intihar
<b>Toplam Puan</b>	Düşük risk < intihar
<b>Depresyon</b>	Yüksek risk > düşük risk Yüksek risk < intihar Düşük risk < intihar
<b>Somatizasyon</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar
<b>Hostilite</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar
<b>Anksiyete</b>	Yüksek risk > düşük risk Yüksek risk < intihar Düşük risk < intihar
<b>Olumsuz benlik</b>	Yüksek risk > düşük risk Düşük risk < intihar

Analizden elde edilen bulgulara göre Kısa Semptom Envanteri'nden alınan toplam puan açısından üç grup arasında da anlamlı fark bulunmaktadır ( $F_{2,104}=68.223$ ,  $p<.001$ ). İntihar grubu, risk gruplarından anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır; yüksek risk grubunun toplam puanı da düşük risk grubunun puanından daha yüksektir. Alt ölçeklere bakıldığında, intihar girişiminde bulunmuş olan grubun puanları tüm alt ölçeklerde düşük risk grubunun aldığı puanlardan anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yüksek risk grubu ile intihar grubu arasında somatizasyon, hostilite ve olumsuz benlik alt ölçekleri açısından fark bulunmazken; intihar grubunun depresyon ve anksiyete belirtileri yüksek risk grubundan anlamlı düzeyde daha fazladır.

## BÖLÜM 4.

### TARTIŞMA

#### 4.1. Araştırma Bulgularına İlişkin Tartışma

Batıgün ve Şahin (2003) tarafından önerilen model temelinde yapılan bu çalışmada, problem çözme becerileri, öfke ve dürtüsellik puanlarına göre intihar olasılığı yüksek olarak belirlenen grup ile intihar girişiminde bulunan bireylerin, ölçek puanları açısından farklılaşmadıkları öngörülerek modelin sınanması amaçlanmıştır. Bu amaçla modelde önerilen Çok Boyutlu Öfke Envanteri, Problem Çözme Envanteri ve MMPI-Dürtüsellik Alt Ölçeği puanlarına göre düşük ve yüksek risk grubu olmak üzere iki farklı risk grubu oluşturulmuştur. Oluşturulan intihar olasılığı düşük ve yüksek risk grupları arasında yapılan analiz sonucunda, bu grupların İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre de farklılaştıkları görülmüştür. Önerilen modele göre düşük risk grubunda yer alan bireyler hem İntihar Olasılığı Ölçeği'nden hem de alt ölçeklerden yüksek risk grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük puan almışlardır. Yüksek risk grubunda yer alan bireylerin beklendiği gibi hayata bağlılıkları daha zayıf, öfke düzeyleri daha yüksek ve kendilik değerlendirmeleri daha olumsuzdur. Bu sonuç, belirlenen risk gruplarında yer

alan bireylerin, intihar olasılığını doğru tespit ettiği varsayılan İntihar Olasılığı Ölçeği açısından da doğru risk grubunda yer aldıklarını göstermektedir.

Modele göre yüksek ve düşük risk grubundaki bireyler ile intihar girişiminde bulunmuş olan grup Kısa Semptom Envanteri'nin intihar düşüncelerine yönelik olarak kabul edilebilecek olan 9., 35. ve 39. maddeleri açısından karşılaştırılmış, “Yaşamınıza son verme düşünceleri” (9. madde) ve “Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak” (35. madde) “Ölme ve ölüm üzerine düşünceler” (39. madde) maddeleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Düşük risk grubunda yer alan bireyler, beklendiği üzere, bu maddelerden en düşük puanları almışlardır. Yüksek risk grubunda yer alan bireyler ile intihar grubunda yer alan bireyler ise yalnızca “Yaşamınıza son verme düşünceleri” (9. madde) açısından farklılaşmışlardır. İntihar olasılığı yüksek bireyler henüz intihar girişiminde bulunmamışlardır. Bu nedenle intihar girişiminde bulunmuş bireylerin yaşamlarına son verme düşüncelerinin daha fazla olması beklenen bir durumdur. Bu bulgulardan yola çıkarak modelin intihar riskini tespit etme gücü açısından başarılı olduğu söylenebilir.

Modele göre oluşturulan yüksek ve düşük risk gruplarındaki bireyler ile son 1 ay içinde intihar girişiminde bulunmuş olan bireylerin problem çözme becerileri, dürtüsellik düzeyi ve kişilerarası öfke tepkileri açısından farklılaş

farklılaşmadıklarını görmek amacıyla Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır. Analiz sonuçları ilerleyen bölümlerde değerlendirilmiştir.

#### **4.1.1. Grupların Problem Çözme Becerileri Açısından Değerlendirilmesi**

Problem çözme becerileri açısından risk grupları ile intihar girişiminde bulunmuş olan bireyler karşılaştırıldığında, düşük risk grubunda yer alan bireylerin beklendiği gibi problem çözme becerileri açısından kendilerini daha yeterli gördükleri saptanmıştır. Analiz sonuçlarına göre yüksek risk grubunda yer alan bireyler ile intihar girişiminde bulunmuş bireylerin problem çözme becerileri açısından farklılaşmadıkları görülmektedir. Modelde önerildiği gibi, bu sonuç yetersiz problem çözme becerilerinin intihar olasılığının yordayıcılarından olduğu hipotezini destekler niteliktedir. Elde edilen bu bulgu literatürde yer alan problem çözme becerilerinin yetersiz olmasının intihar riskini arttırdığı yolundaki bilgilerle tutarlıdır (Dixon ve ark., 1994; Orbach ve ark. 1990; Schotte ve Clum, 1987; Pollock ve Williams, 1998; Priester ve Clum, 1993).

Problem çözmeye kullanılan yaklaşımlar açısından bakıldığında, intihar olasılığı açısından yüksek riskli bireylerin intihar girişiminde bulunan



bireylere göre etkili problem çözme yaklaşımlarını daha fazla kullandıkları görülmektedir. Yüksek risk grubunda yer alan bireyler problem çözmede düşünen ve değerlendirici yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar. Henüz intihar girişiminde bulunmayan; ancak intihar olasılığı yüksek bireyler için problem çözmede kullanılan bu yöntemlerin, olası bir intihar girişimine karşı koruyucu faktörler olarak işlev gördüğü söylenebilir. Analizden elde edilen sonuçlara göre intihar olasılığı düşük gruba kıyasla her iki grup da problem çözmede aceleci, kaçınan ve kendine güvensiz yaklaşım sergilemektedirler. İntihar riskinin düzeyi açısından, kullanılan bu yöntemler belirleyici görünmektedir.

#### **4.1.2. Grupların Dürtüsel Davranışların Düzeyi Açısından Değerlendirilmesi**

Modele göre risk grupları ile intihar girişiminde bulunan grup arasında yapılan Tek Yönlü ANOVA sonucunda, intihar olasılığı düşük grupta yer alan bireylerin dürtüsellik düzeyinin anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. Yüksek risk grubundaki bireyler ile intihar girişiminde bulunan bireyler dürtüsellik düzeyi açısından farklılaşmamaktadırlar. Bu bulgu, dürtüsel davranışların intihar olasılığı ve intihar girişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğuna ilişkin literatürde yer alan bulguları destekler niteliktedir (Conner ve ark. 2004; Cyders ve Smith, 2008; McKeown ve ark., 1998;

Michaelis ve ark., 2004; Plutchik ve ark., 1989; Williams ve ark., 1980; WHO, 2011). Dürtüsel davranışlardaki artış, intiharın girişiminin plansız bir biçimde ve ani olarak gerçekleştirilme olasılığını arttırmaktadır. Karşılaştıkları sorunları etkin şekilde çözmede başarısız olan ve öfke düzeyleri yüksek bireylerin, daha fazla dürtüsel davranışlar sergileyerek intihar girişiminde bulunma olasılığının da yüksek olması beklenebilir.

#### **4.1.3. Grupların Kişilerarası Öfke Tepkileri Açısından Değerlendirilmesi**

Literatürde yer alan bilgilere göre, öfkenin ifade edilme biçimi intihar olasılığı açısından belirleyici olmaktadır (Hankins ve Hankins, 1988). Bu araştırmada kişilerarası öfke tepkileri açısından gruplar değerlendirilmiş ve gruplar arasında öfke düzeyleri ve gösterilen tepkiler açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Yapılan Tek Yönlü ANOVA sonucunda kişilerarası öfke düzeyi en düşük olanlar, modele göre düşük risk grubunda yer alan bireylerdir. Öfke düzeyinin intihar riski açısından belirleyici olduğu bilgisi (Castrogiovanni ve ark., 1998; DeWall, Anderson ve Bushman, 2011; Maiuro ve ark., 1989; Minarik ve ark., 1997;) göz önünde bulundurulduğunda bu, beklenen bir

sonuçtur. Öfke düzeyleri açısından, yine beklendiği gibi, yüksek risk grubundaki bireyler ile intihar girişiminde bulunmuş bireyler arasında fark bulunmamakta, her iki grubun da intihar olasılığı düşük gruba göre öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Öfke değişkeninde bu grupları farklılaştıran ise kişilerarası öfke karşısında verilen “pasif-agresif tepkiler” ve “intikam tepkileri”dir. Analiz sonuçlarına göre yüksek risk grubu, intihar girişiminde bulunmuş olan gruba göre pasif-agresif tepkileri daha fazla kullanmaktadır. İntikam tepkileri de öfke tepkilerinin pasif-agresif biçimde gösterildiği bir yol olarak kabul edilmektedir (Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall ve Gramzow, 1996). Bu tür kendini cezalandırıcı tepkilerin kullanımı intihar riskinin belirleyicilerinden biridir (Maiuro ve ark., 1989). İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin yaşadıkları bu deneyimin, öfkeyi ifade etmede kullandıkları yöntemleri etkilemiş olabileceği düşünülebilir. İntikam tepkileri açısından ise yüksek risk grubu ile intihar girişiminde bulunmuş olan grup arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte, düşük risk grubuna göre intikama yönelik tepkileri daha fazla kullandıkları görülmektedir. Öfke ifadesinde intikam almaya yönelik bir yaklaşım izlemek, kişinin kendine zarar vererek karşı taraftan öç alma yoluna gitme olasılığını arttırabilmektedir. Saldırgan davranışların intihar girişimi ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu literatürde sıklıkla belirtilmektedir (Castrogiovanni ve ark., 1998; Maiuro ve ark., 1989; Minarik ve ark., 1997; Plutchik ve ark., 1989). Kendini cezalandırıcı tarzda bir yaklaşımla bireyin kendisine yönelik saldırgan davranışlarda bulunma eğilimi intihar riskini arttırmaktadır (Maiuro ve ark., 1989). Bu nedenle hem intihar girişiminde bulunan grupta hem de intihar

olasılığı yüksek grupta bu tür tepkilerin benzer düzeyde görülmesi literatür bilgileriyle tutarlıdır.

İntihar girişiminde bulunan bireyler ile risk grubundaki bireyler arasındaki cinsiyet farklılığı da pasif-agresif tepkilerin kullanımının intihar riskini arttırabildiğine ilişkin literatür bilgileriyle destekler niteliktedir. Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan kadınların sayısı (n=25), modele risk grubunda yer alan kadınların sayısından (n=21) daha fazladır. Kadınların pasif-agresif tepkiler ile öfkelerini ifade etme yolunu erkeklerden daha sık kullandıklarına ilişkin literatür bilgileri mevcuttur (Lerner, 1996).

#### **4.1.4. Grupların Kısa Semptom Envanteri Puanları Açısından Değerlendirilmesi**

Risk grupları ve intihar grubunun psikolojik belirtiler açısından değerlendirilmesi amacıyla, Kısa Semptom Envanteri ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar üzerinde Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre intihar girişiminde bulunmuş bireylerin anksiyete ve depresyon belirtileri açısından diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek puanlara sahip oldukları görülmektedir. Bu bulgu intihar girişiminde bulunan bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğuna ilişkin

literatür bilgisi ile tutarlıdır (Horesh ve Apter, 2006). Yüksek risk grubunda yer alan bireyler ile intihar girişiminde bulunmuş bireyler arasında somatizasyon, hostilite ve olumsuz benlik açısından anlamlı fark bulunmamaktadır. Öfkeyle ilişkili olan hostilitenin bu gruplarda düşük risk grubuna kıyasla daha ön planda olması, literatürde yer alan bulgularla tutarlı bir sonuçtur (Doihara ve ark., 2008). Benzer şekilde, intihar düşünceleri ve girişimi ile olumsuz benlik algısı arasında yüksek ilişki olduğu bilgisi (Chatard, Selimbegovic ve Konan, 2009; Kuhlberg, Peña ve Zayas, 2010) de araştırmadan elde edilen bulgular tarafından desteklenmektedir.

#### **4.2. Sonuç ve Öneriler**

Tüm analizler sonucunda, araştırmanın amacında belirtildiği gibi, öfke ve dürtüsellik düzeyi yüksek ve problem çözme becerileri yetersiz bireylerin intihar olasılığı açısından yüksek risk grubunda yer aldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca intihar girişiminde bulunmuş grubun da modele göre risk grubu içinde yer aldığı belirlenmesiyle, bu bilimsel model kullanılarak intihar riski bulunan bireylerin tespit edilebileceği söylenebilir. İntihar riskinin belirlenmesi, intiharı önleme açısından büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan modelin, intihar riskinin tespit edilip önlem alınması açısından son derece yararlı olduğu açıktır. Üniversitelerin Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinde ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında kullanılabilecek olan bu modelle,

problem çözme becerileri, öfke ve dürtü kontrolü gibi programların hazırlanıp gençlerin bilgilendirilmesinin gerekliliği de ortaya konmuştur.

Çalışmanın en önemli sınırlılığı veri toplama sürecinde karşılaştırma grubu ile klinik örneklemin yaş ve sosyoekonomik düzey açısından denkleştirilmesinde güçlük yaşanmasıdır. Araştırma sürecinde intihar girişiminde bulunmuş ve psikiyatrik ilk müdahalesi yapılmış bireylere ulaşmak ancak hastaneler aracılığıyla mümkün olmuştur. Bu nitelikteki vaka sayısının az olması ve vakaya ulaşma zamanının öngörülememesi nedeniyle yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzey açısından grupları denkleştirmek mümkün olmamıştır. Daha uzun dönemli bir çalışma ile karşılaştırma grubunun cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzey kriterleri açısından klinik örnekleme uygun oranda genişletilerek, araştırmanın daha büyük bir örnekleme tekrarlanması uygun olacaktır.

Modele göre risk grubunda yer alan intihar olasılığı yüksek bireyleri intihar girişiminde bulunmaktan alıkoyan ara değişkenlerin var olduğu düşünülmektedir. Bu koruyucu değişkenlerin tespit edilmesi ve intihar girişiminde bulunan bireylerin bu değişkenler açısından farklılaşp farklılaşmadığının araştırılması, intiharın önlenmesine yönelik çalışmalarda bireylerin güçlü yönlerinin destekleneceği bir yaklaşıma olanak sağlayacaktır.

## ÖZET

Bu çalışma, Batıgün ve Şahin'in (2003) intihar olasılığı ile ilişkili olarak önerdikleri, daha önce lise ve üniversite öğrencilerinde geçerliği sınanmış olan modelin, intihar girişiminde bulunan bireyler ile intihar girişiminde bulunmayan bireyler kıyaslanarak geçerliğinin tekrar sınanması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada "Gençlerde aynı anda öfke ile dürtüselliğin yüksek, problem çözme becerilerinin de yetersiz olarak algılanması, intihar olasılığının yüksekliğinin göstergesi olabilir mi?" sorusuna yanıt aranmıştır.

Son 1 ay içinde intihar girişiminde bulunmuş 30 kişi klinik örnekleme; çeşitli lise üniversitelerde okumakta olan ya da mezun olmuş 178 kişi ise karşılaştırma grubunu oluşturmuştur. Karşılaştırma grubundaki bireylerin intihar olasılıkları, problem çözme becerileri, dürtüsellik ve kişilerarası öfke düzeyleri, daha önce geçerlik ve güvenilirlikleri pek çok kez kanıtlanmış olan bir dizi ölçek ile belirlenmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda modelde önerilen şekilde (aynı anda kişilerarası öfke düzeyi ile dürtüsellik yüksek, problem çözme becerileri düşük), intihar olasılığı düşük ve yüksek risk grupları oluşturulmuş ve intihar girişiminde bulunan grubun ölçek puanları ile aralarında bir dizi analiz yapılmıştır. Yapılan tüm bu analizler sonucunda modelin intihar olasılığı yüksek olan ve düşük olan grubu İntihar Olasılığı Ölçeği'nden alınan puanlara göre doğru ayırt ettiği belirlenmiştir. Modele göre

risk grubunda yer alan bireylerin puanları intihar girişiminde bulunanlar ile kıyaslanmış ve intihar riski yüksek grubun, intihar girişiminde bulunan grupla kişilerarası öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerileri açısından farklılaşmadıkları görülmüştür.

Sınanan bu modelde, bu güne dek uluslararası literatürde tek tek ele alınarak intihar davranışı ile ilişkisi gösterilen değişkenler toplu olarak ele alınmış ve intihar girişiminde bulunan bireylerle kıyaslanmıştır. Sonuç olarak, modelin intihar için risk gruplarının belirlenmesinde kullanılabileceği gösterilmiştir. Böylece, bu model kullanılarak belirlenecek olan risk gruplarına uygulanabilecek koruyucu/önleyici müdahaleler için de bir yol açıldığı söylenebilir.

**ANAHTAR KELİMELER:** İntihar olasılığı, problem çözme becerileri, kişilerarası öfke, dürtüsellik.



## ABSTRACT

The aim of this study is to test the model proposed by Batıgün and Şahin (2003) on the suicide attempters through comparing with non-attempters. In the study, it was proposed that answer the question "Can having higher anger and impulsiveness scores, and perceived inefficient problem solving skills at the same time in young people indicate higher suicide probability?"

Clinical sample included 30 individual who had suicide attempt in the last 1 month. Normal sample composed of 178 university students, or individuals graduated from university. In this direction, as proposed in the model, two risk groups are formed with respect to the anger, impulsiveness, and problem solving skills scores: a low and a high probability of suicide. According to the results of analysis, it was found that the model distinguished the high suicide probability group from the low suicide probability group. In addition, it was found that the scores of people in the high risk of suicide group did not differentiate from the scores of people in the clinical sample.

In this tested model, the variables which had individually discussed in the literature has been studied as a whole and compared with the suicide

attempters. It, also, was demonstrated that the model can be used in determining the groups have suicide risk. To sum up, it can be claimed that this study leads the protective/preventive interventions can be used in the risk groups which are determined by this model.

**Keywords:** Suicide probability, problem solving skills, interpersonal anger, impulsiveness.

## KAYNAKÇA

- Batıgün, A.D. (2002).*Gençler ve İntihar: Diğer Yaş Gruplarıyla Farklılaşan Özellikler*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Batıgün, A.D. (2008). İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62), 65-75
- Batıgün, A.D., Şahin, N.H. (2003). Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir mi?, *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 37-59.
- Batıgün, A.D., Utku, Ç. (2006). Bir Grup Gençte Yeme Tutumu ve Öfke Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(57), 65-78.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T. (1998). Youth Suicide Attempts: A Social and Demographic Profile, *Aust N Z J Psychiatry*, 32, 349-357.
- Berman, A. L., & Jobes, D. A. (1991). Adolescent suicide assessment and intervention. Washington, DC: American Psychological Association.
- Castrogiovanni, P., Pieraccini, F., Di Muro, A. (1998).Suicidality and Aggressive Behaviour, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 97: 144-8.

- Chang, E.C., Predicting Suicide Ideation in an Adolescent Population: Examining the Role of Social Problem Solving as a Moderator and a Mediator, *Personality and Individual Differences*, 32(7), 1279-91, (2002).
- Chatard, A., Selimbegović, L., & Konan, P. (2009). Self-esteem and suicide rates in 55 Nations. *European Journal of Personality*, 23(1), 19-32. doi:10.1002/per.701
- Clothier, J.J. (1997). Suicide ([http://www.uams.edu/departments of psychiatry](http://www.uams.edu/departments/psychiatry)).
- Clum, G.A., Patsiokas, A., Luscomb, R. (1979). Emperically Based Comprehensive Treatment Program for Parasuicide, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 937-45.
- Conner, K.R., Meldrum, S., Wieczorek, W.F. et. al. (2004). The Association of Irritability and Impulsivity with Suicidal Ideation Among 15 to 20 Year Old Males, *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 34(4), 363-73.
- Cull, J.G., Gill, W.S. (1988). Suicide Probability Scale (SPS) Manual, Western Psychological Services, Los Angeles.
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828. doi:10.1037/a0013341
- D.İ.E. İntihar İstatistikleri (2002). T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.

- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., Dahlstrom, L.E. (1979). *An MMPI Handbook. Volume II: Research Applications*, University of Minnesota Press.
- Derogatis, L.R. (1992). *The Brief Symptom Inventory-BSI Administration, Scoring and Procedures Manual-II*, Clinical Psychometric Research Inc., USA.
- Devrimci-Özgüven, H., Sayıl, I. (2003). Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 324-9.
- DeWall, C., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence*, 1(3), 245-258. doi:10.1037/a0023842.
- Dickman, S.J. (1990). Functional and Dysfunctional Impulsivity: Personality and Cognitive Correlates, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.
- Dixon, W.A., Heppner, P.P., Rudd, M.D. (1994). Problem-Solving Appraisal, Hopelessness and Suicide Ideation: Evidence for a Mediational Model, *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 91-8.
- Doihara, C., Kawanishi, C., Yamada, T., Sato, R., Hasegawa, H., Furuno, T., & ... Hirayasu, Y. (2008). Trait aggression in suicide attempters: A pilot study. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 62(3), 352-354. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01804.x.
- Dubow, E.F., Kausch, D.F., Blum, M.C., Reed, J., Bush, E. (1989). Correlates of Suicidal Ideation and Attempts in a Community Sample

- of Junior High and High School Students, *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 158-66.
- Durak, A. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 1-11.
- Durkheim, E., (2002). İntihar. (Çev. Ö. Ozankaya) Cem Yayınevi, Ankara.
- Ercan, E.E., Varan, A., Aydın, C. (2000). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel özelliklerin araştırılması, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7, 81-91.
- Eskin, M. (1996). Cross-Cultural Gender Differences in the Psychosocial Correlates of Current Adolescent Suicidal Ideation, *Journal of Gender, Culture and Health*, 1, 189-205.
- Eskin, M. (2003). İntihar Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme (1. Baskı). Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., & Demirkiran, F. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(3), 131-139. doi:10.1027/0227-5910.28.3.131
- Fernquist (2007).
- Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, s. 237-258.

- Garnefski, N., Diekstra, R.R. (2000). Suicidal Behavior and the Co-occurrence of Behavioural, Emotional and Cognitive Problems Among Adolescents, *Archives of Suicide Research*, 6(2), 114-21.
- Graham, J.R. (1998). *MMPI Uygulama ve Yorumlama Rehberi*, Çev: Oya Sorias, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Grotmeter, J.K., Crick, N.R. (1996). Relational Aggression, Overt Aggression, and Friendship. *Child Development*, 67, 2328-2338.
- Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1281-1290. doi:10.1002/jclp.20632.
- Hankins, G., Hankins, C., (1988). *Prescription for Anger*, Warner, New York.
- Hawton, K, Catalan, J. (1994). "Attempted Suicide: A Practical Guide to Its Nature and Management". (Çev: Birsen Ceyhun), *Hekimler Yayın Birliği*, 4-44.
- He, Z.X., Lester, D. (2001). Sex differences in suicidal ideation in a community sample from China. *Crisis*, 22(3): 132-134.
- Heppner, P.P., Petersen, C.H. (1982). The Development and Implications of a Personal Problem Solving Inventory, *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.

- Horesh, N., & Apter, A. (2006). Self-disclosure, depression, anxiety, and suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27(2), 66-71. doi:10.1027/0227-5910.27.2.66
- Joiner, T. (2007). *Why People Die By Suicide?* (1st Ed.) Harvard University Press, England.
- Kashden, J., Fremouw, W.J., Callahan, T.S., et. al. (1993). Impulsivity in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(3), 339-53.
- Kienhorst, C.W.M., Wilde, E.J., Bout, J., Burg, E., Diekstra, R.F.W., Wolters W.H.G. (1993). Two Subtypes of Adolescent Suicide Attempters: An Empirical Classification, *Acta Psychiatrica Scandinava*, 87, 18-22.
- Kjoller, M., Helweg-Larsen, M. (2000). Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Adult Danes, *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 54-61.
- Klein, M. (1986). *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*. Essential Papers on Object Relations, P. Buckley (Ed.), New York: New York University Press, s. 40-70.
- Kuhlberg, J. A., Peña, J. B., & Zayas, L. H. (2010). Familism, Parent-Adolescent Conflict, Self-Esteem, Internalizing Behaviors and Suicide Attempts Among Adolescent Latinas. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 425-440. doi:10.1007/s10578-010-0179-0



- Lerner, H. (1996). *Öfke Dansı*, (Çev: Gül S.), Varlık Yayınları, İstanbul.
- Lester, D. (1987). *Suicide as a learned behavior*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Maiuro, R.D., Sullivan, M.J., Michael, M.C., et.al. (1989). Anger, Hostility, and Depression in Assaultive vs. Suicide Attempting Males, *Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 531-41.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., & Perry, I. J. (2003). Risk of Suicide Ideation Associated with Problem-Solving Ability and Attitudes Toward Suicidal Behavior in University Students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24(4), 160-167. doi:10.1027//0227-5910.24.4.160
- McKeown, R.E., Garrison, C.Z., Cuffe, S.P. (1998). Incidence and Predictors Of Suicidal Behaviors in a Longitudinal Sample of Young Adolescents, *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 37(6), 612-9.
- McLaughlin, C. (2007). *Suicide-Related Behaviour: Understanding, Caring and Therapeutic Responses*. Wiley, England.
- Menninger, K. (1938). *Man Against Himself*. New York: Harcourt Brace & World.
- Michaelis, B.H., Goldberg, J.F., Davis, G.P., et.al. (2004). Dimensions of Impulsivity and Aggression Associated with Suicide Attempts Among Bipolar Patients: A Preliminary Study, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(2), 172-7.

- Minarik, M.J., Myatt, R., Mitrushina, M. (1997). Adolescent Multiphasic Personality Inventory and its Utility in Assessing Suicidal and Violent Adolescents, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(3), 278-84.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Perri, M.G. (1989). *Problem Solving Therapy for Depression: Theory, Research and Clinical Guidelines*, John Wiley & Sons Ltd.
- Oktik, N., Top, A., Sezer, S., Bozver, Ü. (2003). Muğla İli İntihar ve İntihar Girişimlerinin Sosyolojik Olarak İncelenmesi, *Kriz Dergisi*, 11(3), 1-19.
- Oquendo, M.A., Mann, J.J. (2000). The Biology of Impulsivity and Suicidality, *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 11-25.
- Orbach, I., Bar-Joseph, H., Dror, N. (1990). Styles of Problem Solving in Suicidal Individuals, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(1), 56-62.
- Peck, D.L. (1987). Social-Psychological Correlates of Adolescent and Youthful Suicide, *Adolescence*, 22(88), 863-78.
- Plutchik, R., Praag, H.M., Conte, H.R. (1989). Correlates of Suicide and Violence Risk: III. A Two-Stage Model of Countervailing Forces, *Psychiatry Research*, 28, 215-25.
- Pollock, L.R., Williams, R. (1998). Problem Solving and Suicidal Behaviors, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 28(4), 375-87.
- Priester, M.J., Clum, G.A. (1993). Perceived Problem Solving Ability as a Predictor of Depression, Hopelessness, and Suicide Ideation in a College Population, *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 79-85.

- Rickgarn, R.L.V. (1994). *Perspectives on college students suicide*. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Savaşır, I. (1978). Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması, *Psikoloji Dergisi*, 1(1).
- Savaşır, I. (1981). *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı*, Sevinç Matbaası, Ankara.
- Schotte, D.E., Clum, G.A. (1982). Suicide Ideation in a College Population: A Test of a Model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-6.
- Schotte, D.E., Clum, G.A. (1987). Problem-Solving Skills in Suicidal Psychiatric Patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49-54.
- Sherer, M. (1985). Depression and Suicidal Ideation in College Students, *Psychological Reports*, 57, 248-56.
- Simons, R.L., Murphy, P.I. (1985). Sex Differences in the Causes of Adolescent Suicide Ideation, *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 423-34.
- Stack, S. (2004). Emile Durkheim and altruistic suicide. *Archives of Suicide Research*, Vol 8(1), Jan-Mar 2004, 9-22. doi: 10.1080/13811110490243741

- Stefanello, S., Da Silva Cais, C., Fabrício Mauro, M., Scavacini de Freitas, G., & Botega, N. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 139-143. Retrieved from EBSCOhost.
- Şahin N.H., Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şahin, N., Şahin, N.H., Heppner, P.P. (1993). Psychometric Properties of the Problem Solving Inventory in a Group of Turkish University Students, *Cognitive Therapy and Research*, 17(4), 379-96.
- Şahin, N.H., Batıgün, A.D., Uğurtaş, S. (2002) .Kısa Semptom Envanteri: Ergenler İçin Kullanımı, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 29-39.
- T.D.K. Sözlüğü (1997). *Türkçe Sözlük*, Türk Dil Kurumu Basımevi, Ankara.
- Tangney JP, Wagner P, Hill-Barlow D, Marschall DE, Gramzow R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the life span. *J Pers Soc Psychol*, 70, 797-809.
- Tardiff, K., Sweillam, A. (1980). Assault, Suicide and Mental Illness, *Archives of General Psychiatry*, 37, 164-9.
- Tatman, S.M., Greene, A.L., Louise, C.K. (1993). Use of the Suicide Probability Scale (SPS) with Adolescents, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(3), 188-203.

- Tezcan, A.E., Oğuzhanoğlu, N.K., Ülkeroğlu, F. (1995) .Çocuk ve Gençlerde İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi*; 3(1-2):83-87.
- Tullis, K. (1998). A theory of suicide addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5(4), 311. Retrieved from EBSCOhost.
- Tüzün Z. (1997). *Life events, depression, social support systems, reasons for living and suicide probability among university students*, (Unpublished master thesis), The Graduate School of Social Sciences of METU, Ankara.
- Uçar, N. (1999). *Correlates of Suicide Ideation and Relation to Ego Identity Status Among Adolescents*, (Unpublished Master Thesis), The Graduate School of Social Sciences of METU.
- Vannatta, R.A. (1997). Adolescent Gender Differences in Suicide-Related Behaviors, *Journal of Youth and Adolescence*, 26(5), 559-568.
- Williams, C.L., Davidson, J.A., Montgomery, I. (1980). Impulsive Suicidal Behavior, *Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 90-4.
- Wingate, L. R., Van Orden, K. A., Joiner, T. R., Williams, F. M., & Rudd, M. (2005). Comparison of Compensation and Capitalization Models When Treating Suicidality in Young Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 756-762. doi:10.1037/0022-006X.73.4.756
- World Health Organization (2011). Suicide Prevention. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html).

World Health Organization (2011). Suicide Statistics: International Suicide Statistics, <http://www.befrienders.org/info/statistics.htm>.

Zepinic, V. (2009). The sense of self and suicidal behaviour: a case-study. *International Journal of Health Science*, 2(3), 248-251.

**EKLER**

## Ek 1.

### Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu araştırmanın amacı, bireylerin zaman zaman yaşadığı problemleri ve problemleri çözme becerilerini belirlemek; bu durum ile ilgili olarak yaşanan öfke gibi birtakım duygularla bağlantılı hakkında bilgiler elde etmektir. Araştırmaya 17-25 yaşları arasındaki 25 erkek ve 25 kadın olmak üzere 50 gönüllü katılacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, araştırmacının dışındaki kişilerin formlarınıza erişimine izin verilmeyecektir. Bu çalışmanın sonuçları, bireylerin problem çözme becerilerini arttırmada yardımcı olabilecek yolların belirlenmesine ışık tutacaktır.

Bu soru formlarını doldurmak size herhangi bir fiziksel ya da duygusal rahatsızlık yaşatmayacaktır.

Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülüğe dayalıdır. Çalışmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. Katılımcı olmayı reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan herhangi bir ücret istenmeyecek; çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Dilediğiniz takdirde araştırmanın sonucu hakkında size yazılı bilgi verilecektir. Bunun için e-posta adresinizi (yoksa posta adresinizi) yazmanız yeterlidir.

#### Araştırmacı

Adı-Soyadı: Psk. Pelin Özgür

İmza

#### Onam Bölümü

Sayın Psk. Pelin Özgür tarafından yapılacak çalışma bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili sorduğum tüm sorulara tatmin edici yanıtlar aldım.

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

Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

#### Katılımcı

Adı-Soyadı:

E-posta Adresi ya da Posta adresi:

İmza



## Ek 2.

### Demografik Bilgi Formu

Yaşınız: .....

Eğitim Düzeyiniz: .....

Cinsiyetiniz: K ( ) E ( )

Anne Eğitimi:

Okur-yazar değil ( )

Okur-yazar ( )

İlkokul ( )

Ortaokul ( )

Lise ( )

Üniversite/ Yüksek okul ( )

Baba Eğitimi:

Okur-yazar değil ( )

Okur-yazar ( )

İlkokul ( )

Ortaokul ( )

Lise ( )

Üniversite/ Yüksek okul ( )

Anne Mesleği

Çalışmıyor, ev hanımı ( )

Dışarıda Çalışıyor ( )

Hayatta değil ( )

Baba Mesleği

Çalışmıyor ( )

Çalışıyor ( )

Hayatta değil ( )

Anne-baba

Berber ( )

Ayrı ( )

Kronik bir hastalığınız var mı?

Hayır ( )

Evet ( ) Lütfen belirtiniz: .....

Son altı ay içinde psikolojik bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

Hayır ( )

Evet ( ) Lütfen belirtiniz: .....

### Ek 3. Kısa Semptom Envanteri

KSE

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi *bugün dahil, son bir haftadır* ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini (X) işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs(kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular.					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Hatalarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					



	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epey	Çok Fazla
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları					
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

#### Ek 4. MMPI Dürtüsellik Alt Ölçeği

### MMPI

	Doğru	Yanlış
1. Ara sıra söylenemeyecek kadar ayıp şeyler düşünürüm.	( )	( )
2. Bazen canım küfretmek ister.	( )	( )
3. Zihnimi bir iş üzerinde toplamakta güçlük çekerim.	( )	( )
4. Başımdan çok garip ve tuhaf şeyler geçti.	( )	( )
5. Bazen içimden bir şeyleri kırmak isteği geçer.	( )	( )
6. Her zaman doğruyu söylemem.	( )	( )
7. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissedirim.	( )	( )
8. Ailemle pek az kavga ederim.	( )	( )
9. Bazen zararlı yada çok kötü işler yapmak için içimde çok güçlü bir istek duyarım.	( )	( )
10. Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanırım.	( )	( )
11. Sırf heyecanlanmak için tehlikeli bir işe girişmedim.	( )	( )
12. Bazen sanki kendimi ya da başkasını incitmek zorundaymışım gibi hissedirim.	( )	( )
13. Bazen biriyle yumruk yumruğa kavgaya girişmek istediğim olur.	( )	( )
14. Çoğu kez sebepsiz yere cezalandırıldım.	( )	( )
15. Davranışlarım başkalarınca yanlış anlaşılmaya elverişlidir.	( )	( )
16. Acayip ve tuhaf düşüncelerim vardır.	( )	( )
17. Sonradan pişman olacağım şeyler yapmak ya da söylemek korkusuyla bazen bir kimseden uzak durduğum oldu.	( )	( )
18. Kolay öfkelenen biri olduğumu söylerler.	( )	( )
19. Bir şeyden kurtulmak için hasta numarası yaptığım olmuştur.	( )	( )
20. Pahalı elbiseler giymeyi isterim.	( )	( )
21. Bazen aynı rüyayı tekrar tekrar görürüm.	( )	( )

## Ek 5. Kişilerarası Öfke Tepkileri Ölçeği

Sizi öfkeliendiren bir insan karşısında aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

Hiç Nadiren Arada Sıklıkla Her  
sırada zaman

	Hiç	Nadiren	Arada	Sıklıkla	Her
			sırada		zaman
1. Kendini suçlu hissetmesi için uğraşırım.					
2. Beni bu şekilde sinirlendirmeye hakkı yok diye düşünürüm.					
3. Onu mahvetmek isterim.					
4. Onu hiç önemsemediğimi gösteren bir davranış yaparım.					
5. Anında parlarım.					
6. Sonuna kadar götüremeyeceğim tehditleri sıkça savururum.					
7. Hakaret ederim.					
8. Karşımdakini cezalandırmak isterim.					
9. Dedikodusunu yaparım.					
10. Hakkında düşündüklerimi ona söylerim.					
11. Burnunun ortasına bir yumruk hakediyor diye düşünürüm.					
12. Bunu kasıtlı yapıyor diye düşünürüm.					
13. Beni sevmediğini düşünürüm.					
14. Beni önemsemediğini düşünürüm.					
15. Karşımdakinden intikam almak isterim.					
16. Ona her türlü kötülüğü yapmak isterim.					
17. O anda öcümü almak isterim.					
18. Onu aşağılamak isterim.					
19. Bana böyle acı çektirmemeliydi diye düşünürüm.					
20. İstediklerinin tam tersini yaparım.					
21. Gereksiz konuşmam, ilgi göstermem.					
22. Saatlerce öfkeli kalırım.					
23. Beni hayal kırıklığına uğrattı diye düşünürüm.					
24. Bana patronluk tashyor diye düşünürüm.					
25. Kendimi savunarak konuşurum.					
26. Onu yaptığına pişman ettirmek isterim.					
27. Kendini ne sanıyor diye düşünürüm.					
28. Yüksek sesle bağırırım.					
29. Aklımdan neyi yanlış yaptım diye geçer.					
30. Nasıl tepkiler vereceğimi düşünürüm.					
31. Sakin olmaya çalışırım.					
32. Kendimi kontrol etmem gerektiğini düşünürüm.					
33. Onu yenmeye çalışırım.					
34. Ona, neye yolaçtığını iyice göstermeye çalışırım.					

Hiç Nadiren Arada Sıklıkla Her  
sırada zaman

35. İçimden onun ne kadar aşağılık biri olduğu geçer.					
36. Benden istediklerini yapmam.					
37. Ona mutlaka birşeyler söylemem gerektiğini düşünürüm.					
38. Kim olduğumu ona gösteririm.					
39. Benimle alay ettiğini düşünürüm.					
40. Ona gününü göstermek isterim.					
41. Canı kavga istiyor diye düşünürüm.					
42. İçime kapanırım.					
43. Gülerim.					
44. Hiç aldırmam					
45. Görmezden gelirim					
46. Suçu kendimde ararım.					
47. Ben ondan bunun acısını çıkarırım diye düşünürüm					

## Ek 6. Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri L Formu

### YSNE-L

Aşağıda, insanları hayata bağlayan, yaşamınızı sürdürmenize neden olan ya da yaşamaktan uzaklaşmanıza engel olan bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuduktan sonra o konunun sizi hayata bağlamak açısından ne kadar önemli olduğunu yan taraftaki uygun yere işaret koyarak belirleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Kararsızlık çaktığınız durumlarda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

	<b>Çok önemli 6</b>	<b>Oldukça önemli 5</b>	<b>Biraz önemli 4</b>	<b>Önemli 3</b>	<b>Pek önemli değil 2</b>	<b>Hiç önemli değil 1</b>
<b>1.</b> Gelecekte umudunuzun ve beklentilerinizin olması						
<b>2.</b> İşlerin daha iyi gideceğine ve geleceğinizin daha iyi olacağına ilişkin umudunuz						
<b>3.</b> Kendinizi sevmeniz						
<b>4.</b> Sevdiğiniz ve güvendiğiniz insanların olması						
<b>5.</b> Beceriksiz olduğunuzu düşündüğünüz için kullanacağınız yöntemin işe yaramayacağı						
<b>6.</b> Ölümden korkmanız						
<b>7.</b> Çalışmanın insanı mutlu ve başarılı kılacağına olan inancınız						
<b>8.</b> Tanrı tarafından cezalandırılacağınıza ilişkin duyduğunuz korku						
<b>9.</b> Hayatla mücadele edecek cesarete sahip olmanız						



	<b>Çok önemli 6</b>	<b>Oldukça önemli 5</b>	<b>Biraz önemli 4</b>	<b>Önemli 3</b>	<b>Pek önemli değil 2</b>	<b>Hiç önemli değil 1</b>
<b>10.</b> Manevi değerlerinizin bunu yasaklaması						
<b>11.</b> İnsanlara olan sevginiz						
<b>12.</b> Hayatınızdan hoşnut ve mutlu olmanız						
<b>13.</b> Yaşamak için istek duymanız						
<b>14.</b> Hayatı sevmeniz						
<b>15.</b> Hayatınızın ve kaderinizin kendi kontrolünüzde olduğuna inancınız						
<b>16.</b> Kendinizin yaşamayı sürdüreceğ kadar değerli bir insan olduğuna inancınız						
<b>17.</b> Hayatta her zaman için bir anlam ve yaşamak için bir neden bulabileceğinize ilişkin inancınız						
<b>18.</b> Kendinize olan güveniniz						
<b>19.</b> Hayatın sona erdirilemeyecek kadar güzel ve değerli olması						
<b>20.</b> Sıkıntılarınızı paylaşacak, dertleşebileceğiniz, size destek olacak dostlarınızın bulunması						
<b>21.</b> Cesaretinizin olmayışı						

	<b>Çok önemli 6</b>	<b>Oldukça önemli 5</b>	<b>Biraz önemli 4</b>	<b>Önemli 3</b>	<b>Pek önemli değil 2</b>	<b>Hiç önemli değil 1</b>
<b>22.</b> Kendinizi öldürmeyecek kadar değerli ve sağlıklı olduğunuz						
<b>23.</b> Hala daha yapacak çok şeyin oluşu						
<b>24.</b> Yapmaktan zevk aldığınız uğraşlarınızın olması						
<b>25.</b> Hayatımın, Tanrı tarafından bana verilmiş bir armağan olduğuna inancım						
<b>26.</b> Olayların sizi ölümü isteyecek kadar mutsuz ve umutsuz bir hale sokabileceğine inanmayışınız						
<b>27.</b> Arkadaşlarınızdan ayrılmak istemeyişiniz						
<b>28.</b> Bir sevdiğinizin olması						

## Ek 7. Problem Çözme Envanteri

### PÇE

*Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorularınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerinizdeki alışmış olduğunuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla, aile ile geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, **böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek** vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: “Burada sözü edilen davranışı be ne sıklıkla yaparım?”.*

*Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:*

1. Her zaman böyle davranırım
2. Çoğunlukla böyle davranırım
3. Sık sık böyle davranırım
4. Arada sırada böyle davranırım
5. Ender olarak böyle davranırım
6. Hiçbir zaman böyle davranmam

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?	Her Zaman	Hiçbir Zaman
1. Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
3. Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
4. Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
5. Sorunlarımı çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız? Her Zaman Hiçbir Zaman

<b>6.</b> <i>Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>7.</b> <i>Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>8.</b> <i>Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>9.</b> <i>Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>10.</b> <i>Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çöze yeteneğim vardır.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>11.</b> <i>Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>12.</b> <i>Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>13.</b> <i>Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>14.</b> <i>Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine, gelişigüzel sürüklenip giderim.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>15.</b> <i>Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>16.</b> <i>Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>17.</b> <i>Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?	Her Zaman	Hıçbir Zaman
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
20. belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem, daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
30. Bir sorunla karşılaştığımda, bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	

**Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?**

**Her  
Zaman**

**Hiçbir  
Zaman**

<b>31.</b> <i>Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>32.</b> <i>Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>33.</b> <i>Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>34.</b> <i>Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle eminimdir.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
<b>35.</b> <i>Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.</i>	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

## Ek 8. İntihar Olasılığı Ölçeği

### ioö

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların sizi ne kadar tanımladığına karar veriniz. Örneğin okuduğumuz ilk ifade sizi %70 tanımlıyorsa %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç tanımlamıyorsa %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	Sizi Tanımlama Derecesi			
	% 0	% 30	%70	%100
1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.	( )	( )	( )	( )
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.	( )	( )	( )	( )
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.	( )	( )	( )	( )
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
5. Çok fazla sorumluluğum var.	( )	( )	( )	( )
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.	( )	( )	( )	( )
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
11. Öürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.	( )	( )	( )	( )
17. Öürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	( )	( )	( )	( )

**Sizi Tanımlama Derecesi**  
**% 0      % 30      %70      %100**

18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
19. İnsanların benden çok şey belediklerini hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.	( )	( )	( )	( )
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
24. Ölümümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
31. Para konusu beni endişelendiriyor.	( )	( )	( )	( )
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
34. Kızınca bir şeyler kırarım.	( )	( )	( )	( )
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.	( )	( )	( )	( )