

**T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE MADDE BAĞIMLILIĞI VE İNTİHAR  
İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MUSTAFA DEMİRCİ**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ BİLİM DALI**

**Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Engin EKER**

**Temmuz 2016**

T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE MADDE BAĞIMLILIĞI VE İNTİHAR  
İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUSTAFA DEMİRCİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Engin EKER

Temmuz 2016





T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi**

Enstitümüz Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı Y1312.270043 numaralı öğrencisi Mustafa DEMİRCİ'nin "ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE MADDE BAĞIMLILIĞI İLE İNTİHAR OLASILIĞI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ" adlı tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 19.07.2016 tarih ve 2016/15 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından **başarılı** ile Tezli Yüksek Lisans tezi olarak **kabul** edilmiştir.

**Öğretim Üyesi Adı Soyadı**

**İmzası**

Tez Savunma Tarihi :28/07/2016

1)Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Engin EKER

2) Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN

3) Jüri Üyesi : Prof. Dr. İsmail Tayfun UZBAY

Not: Öğrencinin Tez savunmasında **Başarılı** olması halinde bu form **imzalanacaktır**. Aksi halde geçersizdir.

## **ÖNSÖZ**

Tez çalışmamda değerli katkılarından ötürü tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Engin EKER'e;

Tezimi yazarken kitaplarından, makalelerinden ve görüşlerinden sıkça faydalandığım, aynı zamanda tez jürimde de yer alan değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Tayfun UZBAY'a;

Hayatımın her alanında benden desteğini esirgemeyen sevgili eşim Yrd. Doç. Dr. Vildan GÜLPINAR DEMİRCİ'ye teşekkürlerimi bir borç bilirim.

**Temmuz 2016**

**Mustafa DEMİRCİ**

---

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
ÇİZELGE LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
TÜRKÇE ÖZET.....	xi
İNGİLİZCE ÖZET.....	xii
GİRİŞ.....	1

### BÖLÜM I

#### İNTİHAR

1.1.	İNTİHAR HAKKINDA TANIMLAR VE GÖRÜŞLER.....	4
1.2.	İNTİHARIN TARİHÇESİ.....	6
1.3.	İNTİHARIN SIKLIĞI VE YAYGINLIĞI.....	8
1.4.	İNTİHAR TÜRLERİ.....	12
1.5.	İNTİHAR TEORİLERİ.....	15
1.5.1.	Psikolojik Yaklaşım.....	15
1.5.2.	Sosyolojik Yaklaşım.....	16
1.5.3.	Nörobiyolojik Yaklaşım.....	16
1.6.	İNTİHARIN PSİKOLOJİK SEBEPLERİ .....	18
1.6.1.	Psikanalitik Kuram.....	18
1.6.2.	Kaçış Kuramı.....	19
1.6.3.	Davranışçı Kuram.....	19
1.7.	İNTİHARI ETKİLEYEN RİSK ETKENLERİ.....	20
1.7.1.	Depresyon.....	22
1.7.2.	Anksiyete.....	24
1.7.3.	Bipolar Bozukluk.....	24
1.7.4.	Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar.....	24
1.7.5.	Kişilik ve Diğer Etkenler.....	25

1.7.6.	Alkol ve Madde Bağımlılığı.....	25
--------	---------------------------------	----

## **BÖLÜM II**

### **BAĞIMLILIK VE MADDE BAĞIMLILIĞI**

2.1.	BAĞIMLILIK VE MADDE BAĞIMLILIĞI HAKINDA TANIMLAR.....	26
2.2.	BAĞIMLILIK YAPAN MADDELER VE ÖZELLİKLERİ	30
2.2.1.	Alkol.....	32
2.2.2.	Amfetamin veya Benzer Etkili Simptomimetikler .....	33
2.2.3.	Kannabis .....	33
2.2.4.	Kokain.....	35
2.2.5.	Hallüsinojenler.....	35
2.2.6.	İnhalanlar.....	36
2.2.7.	Nikotin.....	37
2.2.8.	Opiyatlar.....	37
2.2.9.	Fensiklidin veya Benzer Etkili Arilsikloheksilaminler.....	38
2.2.10.	Sedatifler, Hipnotikler ve Anksiyolitikler.....	39
2.3.	MADDE BAĞIMLILIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ.....	39
2.4.	MADDE KULLANIMINI AÇIKLAYAN KURAMLAR.	41
2.4.1.	Psikodinamik Kuram.....	41
2.4.2.	Psikososyal Kuram.....	42
2.4.3.	Davranış Kuramı.....	43
2.4.4.	Genetik Kuram.....	43

## **BÖLÜM III**

### **İNTİHAR VE MADDE BAĞIMLILIĞI İLİŞKİSİ**

3.1.	İNTİHAR VE MADDE BAĞIMLILIĞI HAKKINDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR.....	44
3.2.	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....	49
3.2.1.	Araştırmanın Konusu.....	49
3.2.2.	Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	49
3.2.3.	Varsayımlar.....	49
3.2.4.	Sınırlılıklar.....	50
3.2.5.	Evren ve Örneklem.....	50
3.2.6.	Veri Toplama Araçları.....	50

3.2.6.1.	Demografik Bilgi Formu.....	51
3.2.6.2.	İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ).....	51
3.2.6.3.	Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ).....	51
3.2.6.4.	Bağımlılık Profil İneksi Klinik Ölçeği (BAPİ-K).....	52
3.2.7.	Verilerin Toplanması.....	53
3.2.8.	Verilerin Analizi ve Yorumlanması.....	54
3.3.	ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN BULGULAR.....	54
3.3.1.	Kişisel Bilgilere İlişkin Bulgular.....	54
3.3.2.	İntihar ve Madde Bağımlılığına İlişkin Bulgular .....	61
<b>SONUÇ</b> .....		92
<b>TARTIŞMA</b> .....		98
<b>KAYNAKLAR</b> .....		100
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....		107
<b>EKLER</b> .....		108



## KISALTMALAR

APA	: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Derneği).
BAPİ	: Bağımlılık Profil İndeksi.
BAPİ-K	: Bağımlılık Profil İndeksi Klinik.
DSM	: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı).
GABA	: Gamma Amino Bitürük Asit.
HIV	: Human Immunodeficiency Virus.
ICD	: International Classificiation of Diseases (Uluslararası Sınıflama Sistemi).
İ.O.Ö.	: İntihar Olasılığı Ölçeği.
LSD	: Lysergic Acid Diethylamide.
M.Ö	: Milattan Önce.
MRNA	: Messenger Ribo Nükleid Asit
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyala Bilimler için İstatistik Paketi).
TDK	: Türk Dil Kurumu.
THC	: Tetra Hidra Cannabinoid.
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi.
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu.
UNODC	: United Nations Office On Drugs And Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Örgütü).
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü).

## ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 1.1:	Yaş Gruplarına Göre İntihar Nedenleri (2011).....	11
Çizelge 3.1:	Cinsiyet Dağılımı.....	55
Çizelge 3.2:	Yaş Grubu Dağılımı.....	55
Çizelge 3.3:	Kardeş Sayısı Dağılımı.....	55
Çizelge 3.4:	Yaşam Şekli Dağılımı.....	56
Çizelge 3.5:	Aile Gelir Düzeyi Dağılımı.....	56
Çizelge 3.6:	Sosyo-ekonomik Düzey Algısı Dağılımı.....	56
Çizelge 3.7:	Göç Durumu Dağılımı.....	57
Çizelge 3.8:	Anne ve Baba Yaşam Durumu Dağılımı.....	57
Çizelge 3.9:	Sosyal Hobi Dağılımı.....	57
Çizelge 3.10:	Psikolojik Destek Alma Durumu Dağılımı.....	58
Çizelge 3.11:	Psikiyatrik İlaç Kullanımı Dağılımı.....	58
Çizelge 3.12:	İlaç Alma Dönemi Dağılımı.....	58
Çizelge 3.13:	Kendini Cezalandırmayı Düşünme Dağılımı.....	59
Çizelge 3.14:	İntiharını Düşünme Dağılımı.....	59
Çizelge 3.15:	İntiharını Planlama Dağılımı.....	59
Çizelge 3.16:	İntihar Girişiminde Bulunma Dağılımı.....	59
Çizelge 3.17:	İntihar Girişim Sayısı Dağılımı.....	60
Çizelge 3.18:	Tıbbi Müdahale Durumu Dağılımı.....	60
Çizelge 3.19:	İntihar Girişim Nedenleri Dağılımı.....	60
Çizelge 3.20:	İntihar Olasılığı Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler.....	61
Çizelge 3.21:	Bağımlılık Profil İndeksi Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler.....	62
Çizelge 3.22:	Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler.....	62

Çizelge 3.23:	Madde Kullanımına İlişkin Dağılımlar.....	63
Çizelge 3.24:	Demografik Özellikler ve İntihar Girişiminde Bulunma Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	64
Çizelge 3.25:	Demografik Özellikler ve Psikolojik Destek Alma Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....	66
Çizelge 3.26:	Demografik Özellikler ve İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	68
Çizelge 3.27:	Cinsiyete Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	69
Çizelge 3.28:	Göç Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	70
Çizelge 3.29:	Kendini Cezalandırma Düşüncesine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	70
Çizelge 3.30:	İntihar Düşüncesine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	71
Çizelge 3.31:	İntihar Planlama Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	71
Çizelge 3.32:	İntihar Girişimi Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	72
Çizelge 3.33:	Tıbbi Müdahale Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	73
Çizelge 3.34:	Gelir Düzeyine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	73
Çizelge 3.35:	Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	74
Çizelge 3.36:	Psikiyatrik İlaç Kullanım Süresine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	76
Çizelge 3.37:	İntihar Girişim Sayısına Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	77

.....

Çizelge 3.38:	İntihar Olasılığı Ölçeği ile Bağımlılık Profil İndeksi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	78
Çizelge 3.39:	İntihar Olasılığı Ölçeği ile Bağımlılık Profil İndeksi- K Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	79
Çizelge 3.40:	Cinsiyete Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	81
Çizelge 3.41:	Göç Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	82
Çizelge 3.42:	Kendini Cezalandırma Düşüncesine Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	82
Çizelge 3.43:	İntihar Düşüncesine Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	83
Çizelge 3.44:	İntihar Planlama Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	84
Çizelge 3.45:	İntihar Girişim Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	85
Çizelge 3.46:	Yaşa Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	86
Çizelge 3.47:	Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	87
Çizelge 3.48:	Cinsiyete Göre Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	88
Çizelge 3.49:	Sosyal Hobi Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	89
Çizelge 3.50:	Kendini Cezalandırmayı Düşünme Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....	90
Çizelge 3.51:	İntihar Girişimi Durumuna Göre Bağımlılık Profil	91

İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi.....

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1:	Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre 2015 Yılı İntihar Oranları.....	10
------------	---	----

## ÖZET

Bağımlılık insan hayatını tehdit eden en ciddi sorunlardandır. Yapılan araştırmalar madde bağımlısı bireylerin önemli bir bölümünün intihar ettiği ya da intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir. Madde kullanım nedeni ister hayattan-kişilikten kaçış, ister acıları dindirme, isterse varlığın dışına çıkmak olsun; madde bağımlılığı sonu ölümlle biten bir eylemdir. Dolayısıyla aşırı doz madde alımı sonucu ölümlerin de bir intihar türü olarak değerlendirilebileceği dikkate alındığında madde bağımlılığı ve intihar arasındaki ilişkinin incelenmesi daha da önemli olmaktadır.

Tezin amacı madde bağımlılığı ile intihar eğilimi ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılmasıdır. Bu noktadan hareketle araştırmaya katılan bireylerin madde kullanım özellikleri ve intihar olasılıkları belirlenmiş, hem madde kullanımı ve intihar ilişkisi hem de ruhsal sorunların madde kullanımı ve intihar üzerine etkisi araştırılmıştır.

Araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir vakıf üniversitesindeki lisans ve yüksek lisans düzeyindeki öğrenciler oluşturmuş, analizler için Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve Şahin ve Batıgün tarafından son hali verilen İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda madde bağımlılığı, intihar olasılığı ve ruhsal durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. En çok kullanılan madde alkol olarak tespit edilirken, alkolü esrar ve çeşitli haplar takip etmektedir. Madde kullanımının en yaygın olduğu yaş grubu 18-20 yaş aralıdır. Araştırmada, kendini cezalandırmayı düşünen, intihar düşüncesi olan, intiharı planlayan ve intihar girişiminde bulunan bireylerin BAPİ ölçeği alt boyutları ile toplam bağımlılık şiddeti ve BAPİ-K ölçeği alt boyutları puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** İntihar, Madde Bağımlılığı, İntihar Olasılığı, Ruhsal Hastalıklar.

# **CORRELATION BETWEEN DRUG ADDICTION AND SUICIDE POSSIBILITY AMONG UNIVERSITY STUDENTS**

## **ABSTRACT**

Addiction is one of the most serious problems that threaten human life. Research suggest that a significant part of the drug addicted people suicide or attempt to suicide. Irrespective of the cause of drug abuse - whether because of an escape from life-personality, a way to relieve the pain or an attempt to go out of his/ her existence - drug addiction is an action that results in death. Therefore, considering that deaths from overdose may be thought to be a type of suicide, it is very important to study on the correlation between drug addiction and suicides.

This thesis is intended to reveal the correlation between drug addiction and suicide possibility. Therefore, how the individuals taking part in the study are using the drugs and, the possibility for suicide are determined and, research is carried out on the correlation between drug use and suicide and, on the impact of mental problems on drug use and suicide.

The research includes undergraduate and postgraduate students from a foundation university in Istanbul and, the Addiction Profile Index (API) developed by Ögel et al. and, Suicide Possibility Scale (SPS) finalized by Şahin and Batıgün. In the study it is founded that there is a significant relationship between addiction, suicide and mental condition possibility. The most commonly used substance was detected as alcohol, and then marijuana and they were followed by various drugs. The most common age group in substance abuse is the 18-20 age range. In the research it is concluded that, there is a significant correlation between the BAPI scale subscales and total dependence severity and scale of the dimensions of BAPI -K scores of the individuals considering self-punishment or suicide, individuals with suicide plans, and individuals who have attempted suicide.

**Keywords:** Suicide, Drug Addiction, Suicide Possibility, Mental Diseases.

## GİRİŞ

Saldırganlık ve yıkıcılığın başka bir türü olan intihar, yine bireyi hemen her anlamda yıkıma götüren bağımlılık gibi tarih boyunca güncel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2016 raporuna göre Dünya genelinde her yıl 800 bin insan intihar nedeniyle ölmektedir. Genel popülasyon içinde yalnız bireyler intihar için en büyük risk grubunu oluşturmaktadır. Yine Dünya genelinde intihar eden bireylerin %75'i düşük ya da orta gelir düzeyine sahip ülkelerin vatandaşlarıdır. Çok sayıdaki ülkede tüm ölüm nedenleri arasında intihar ilk 10 ölüm nedeninden biriyken, rapora göre dünya genelinde 15-29 yaş grubundaki en sık 2. ölüm sebebi intihardır<sup>1</sup>. Amerikan Psikoloji Derneği (APA)'ne göre 15-24 yaş arası gençlerde intihar; cinayet ve kazalardan sonra 3. ölüm nedenidir<sup>2</sup>.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre ülkemizdeki toplam intiharların %34.3'ü 15-29 yaş aralığında gerçekleşmiştir. Cinsiyete göre sonu ölümle biten intiharların %72.7'si erkekler, yüzde 27.3'ü de kadınlar arasında gerçekleşmiştir. Kaba intihar hızı 2014 yılında yüz binde 4,11'e yükselmiş ve 2015 yılında aynı oranda kalmıştır. Ölümle sonuçlanan intihar sayısı ise 2015 yılında %1,3 artmıştır<sup>3</sup>. Yapılan araştırmalar son otuz yılda ülkemizde intihar hızının %440, son sekiz yılda ise %52 oranında arttığını göstermiştir<sup>4</sup>.

Madde bağımlılığı da intihar gibi hayata son vermenin bir türüdür. Çünkü alınan madde, ruhsal ve bedensel anlamda bireye telafisi imkânsız zarar vermekte devamında ise sıklıkla intihar ya da ölümle sonuçlanmaktadır.

Çoğu psikoloji öğretisi madde bağımlılığını; kendi kendini öldürme, zamana bırakılmış kendini yok etmenin bir türü olduğunu ifade etmiştir<sup>5</sup>. İnsanlar her ne kadar bireysel, çevresel ya da fiziksel rahatsızlıklar gibi mevcut sorunlar sebebiyle intihara ya da bağımlılığa yönelseler de herhangi bir sorunu olmayan insanlar da

---

<sup>1</sup> World Health Organization (2014). Media Centre, Suicide, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>. (Erişim T. 04.01.2016)

<sup>2</sup> American Psychological Association (2016). Teen Suicide is Preventable <http://www.apa.org/research/action/suicide.aspx> (Erişim T. 09.01.2016)

<sup>3</sup> Türkiye İstatistik Kurumu (2015). İntihar İstatistikleri 2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516> (Erişim Tarihi:20.06.2016)

<sup>4</sup> <http://www.e-psikiyatri.com/HER-3-SANIYEDE-1-INTIHAR-6485> (Erişim Tarihi:25.02.2016)

<sup>5</sup> Köknel, Özcan (1983). **Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış**, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, s.85-86.



içinde buldukları hayattan kaçmanın geçici bir yolu olarak bağımlılığa; kalıcı kaçış olarak da intihara yönelebilmektedir.

Frankl'a göre insan yalnızca dürtülerini gerçekleştirmeye çalışan bir organizma olarak düşünülemez, insan anlam arar ve yaşamın ona sorduğu soruları cevaplandırmak ister<sup>6</sup>. Dönem dönem anlam arayışı son bulan ya da anlam arayışında bir döngüye takılan insan, öz benliğine saldırmakta ve çareyi ya da çaresizliğini yok etmede bulabilmektedir.

İntihar girişimi ya da eylemiyle sonuçlanabilen bu durum, kimi riskli gruplarda daha sık görülmektedir. Literatürde bu riskli gruplar genelde depresyon hastaları, madde ve alkol bağımlıları, yalnız olan ya da kendini yalnız olarak tanımlayanlar, yaşlılar ve daha önce intihar düşüncesi ya da girişimi bulunanlar şeklinde sıralanmaktadır<sup>7</sup>.

Alkol ve madde bağımlılığını uzun süreli bir intihar eylemi olarak tanımlayan araştırmacılar, bireyin hem kendine hem de çevresine karşı geliştirdiği yıkıcı tutumu da gizli bir intihar eylemi belirtisi olarak görmektedirler. Bu yıkım, genelde 'haz alma' gayesiyle başlayıp, ölümlü sonuçlanabilmektedir.

Bazı çalışmalar madde bağımlılığında intihar girişimi riskinin aynı yaş grubunda on üç kata kadar artabildiğini göstermiştir. Diğer taraftan intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişimi açısından madde bağımlılığının ayrı ayrı ele alan çalışmaların yetersizliği literatürün önemli bir eksikliğini oluşturmaktadır.

Tez kapsamında ele alınan literatür taramasında da görüleceği gibi intihar ve madde bağımlılığı arasında hem yüksek oranda bir ilişkinin varlığı saptanmış, hem de bu ilişkinin farklı nedenlere dayanıp dayandırılmayacağına yeterli kanıt elde edilememiştir. Diğer taraftan intihar ve madde bağımlılığı arasındaki nedensellik ilişkisi de farklı çalışmaların konusunu oluşturmaktadır. Konu hem psikolojik hem de sosyolojik çalışmalarla irdelenirken, Türkiye'de madde bağımlılığı çalışmaları düşük örneklem grupları ve genelde yatan hastalar üzerinde yoğunlaşmıştır.

---

<sup>6</sup>Frankl, Viktor E. (1994). **Duyulmayan Anlam Çığığı**, (Çev: Selçuk Budak), Ankara: Öteki Yayınları, s.12.

<sup>7</sup>Koyuncu ve Diğerleri (2003). Eroin Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Planı Ve Girişimi, **Bağımlılık Dergisi**, Cilt 4, Sayı 3, s. 101-104.

Yukarıda anlatılan ışığında tezin amacı, gençlerin intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişim oranları ile intihar girişim nedenlerini ortaya çıkarmak; intihar olasılıklarını belirlemek, madde kullanım özelliklerini belirlemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaktır. Bu amaçtan hareketle tezin her bir bölümü ve içerikleri şu şekilde sıralanabilir:

Tezin birinci bölümünde intihar olgusu ele alınmıştır. İntihar hakkında temel tanım ve görüşlere yer verilmiş, intiharın tarihçesi ve intihar türleri ele alınmıştır. İntihar teorileri psikolojik, sosyolojik ve nörobiyolojik yaklaşımlar olmak üzere farklı başlıklar altında incelenmiştir. İntiharın psikolojik sebepleri psikanalitik, kaçış ve davranışçı kurama göre ayrı ayrı incelenmiş ve son olarak intiharı etkileyen risk etkenleri değerlendirilmiştir.

Tezin ikinci bölümünde bağımlılık olgusu, bağımlılık yapan maddeler ve madde bağımlılığına ilişkin kuramlara yer verilmiştir. Literatürdeki farklı bağımlılık tanımları ve bağımlılık yaklaşımları ayrı ayrı ele alınmıştır.

Tezin üçüncü ve son bölümünde intihar ve madde bağımlılığı konuları birlikte ele alınmıştır. Öncelikle yerli ve yabancı literatürde intihar ve madde bağımlılık konusunu inceleyen çalışmaların içerik ve sonuçlarına yer verilmiştir. Daha sonra tezin uygulama bölümüne geçilmiş, araştırmadan elde edilen bulgu ve sonuçlara yer verilmiştir.

Uygulamada, 500 üniversite öğrencisine kişisel bilgi formu, Cull ve Gill tarafından geliştirilen ve son hali Batıgün ve Şahin tarafından verilen İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) ve Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen madde kullanımının genel özelliklerini ve madde kullanım yoğunluğunu belirlemeyi hedefleyen Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ile yine Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen, bağımlılıkla ilgili alanların dışında depresyon, anksiyete, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı ve dürtüsellik olmak üzere ek 6 alanı araştıran BAPİ Klinik formu uygulanmıştır.

Örneklem birimi, tabakalı örnekleme tekniği ile elde edilmiştir. İntihar olasılığı ve madde bağımlılığı ilişkisi yanı sıra, madde bağımlısı gençlerin profillerinin de belirlenmeye çalışıldığı araştırmada, kullanılan madde türlerine göre intihar olasılığı değerleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı da araştırılmıştır.

## BÖLÜM I

### İNTİHAR

Bu bölümde öncelikle intiharla ilgili literatürde sıklıkla kullanılan tanım ve görüşlere yer verilmiştir. Daha sonra sırasıyla, intihar türleri, intihar teorileri, intiharın psikolojik sebepleri işlenmiştir. Bölümün sonunda intiharı etkileyen risk faktörleri ayrı ayrı ele alınmıştır.

#### 1.1. İNTİHAR HAKKINDA TANIMLAR VE GÖRÜŞLER

Batı dillerinde “*suicide*” olarak anılan intihar, kendini öldürme anlamına gelen Latincedeki “*sui*” ve “*cedere*” kelimelerinden oluşturulmuştur. Türkçeye ise Tanzimat döneminde Arapçada kesme ya da boğazlama anlamına gelen “*nahr*” kelimesinden türetilerek girmiştir<sup>8</sup>.

Literatürde farklı intihar tanımları yapılmıştır. Bu tanımlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir:

Dünya Sağlık Örgütü’nün (*World Health Organization- WHO*) yaptığı tanıma göre intihar, kasti olarak kişinin kendini öldürmesidir<sup>9</sup>.

Amerikan Psikoloji Derneği’ne (*American Psychological Association- APA*) göre intihar; depresyon ve diğer ruhsal rahatsızlıkların bir sonucu olarak bireyin yaşamına son vermesidir<sup>10</sup>.

Türk Dil Kurumu (TDK) tanımına göre intihar, ruhsal ve toplumsal sebeplerle insanın hayatını sonlandırması veya kendi hayatını tehlikeye sokacak aşırı davranışlar göstermesidir<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Arkun, Nezahat (1978). **İntiharın Psikodinamikleri**, 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, s. 27, 132.

<sup>9</sup> World Health Organization (2014). Suicide, <http://www.who.int/topics/suicide/en/> (Erişim Tarihi 04.01.2016)

<sup>10</sup> American Psychological Association (2016). Suicide: <http://www.apa.org/topics/suicide/> (Erişim Tarihi 09.01.2016)

İntiharın Dünya literatürü açısından önemli sosyolog ve psikologları tarafından yapılan tanımları ise şu şekildedir:

Durkheim intiharı ‘nasıl bir sonuç vereceği bilinen, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen, olumlu ya da olumsuz bir edimin dolaysız ya da dolaylı sonucu olan her ölüm edimi’ olarak tanımlar. İntihar girişimini de böyle tanımlanan, fakat ölüm sonucu vermeyen edim olarak tanımlamaktadır<sup>12</sup>.

Delmas intiharı akli dengesi yerinde birinin herhangi bir baskı görmeden ölümü seçmesi olarak tanımlarken, Baechler ise intiharı çözümsüz bir sorunun çözümü olarak kendini öldürme davranışı olarak tanımlamaktadır<sup>13</sup>.

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşılacağı gibi intihar tanımlarının ortak noktası; akli dengesi yerinde insanların bilinçli olarak kendi hayatını sonlandırmasıdır.

İntihar tanımlarının yanı sıra literatürde intihar ile ilgili farklı görüşler de yer almaktadır.

Bonafous’a göre sanılanın aksine deliler değil akli başında insanlar intihar etmektedir hatta akıl hastaları akli başındayken intihar eder<sup>14</sup>. Birçok dâhinin intiharı da bize bu konuda ikna edici olabilir.

Camus’a göre yaşanmaya değer bir hayat olup olmadığı en önemli felsefi sorudur. Varlıkbilimsel sorulardan kimse ölmez ancak yaşanmaya değer bir hayat sorusu için ölen çok insan vardır. İntihar yaşamı anlamamanın ve yaşama yenilmenin bir sonucudur. İntihar hayatın saçma bir eylemidir. Dünya saçma ve anlamsızdır. Sonunda değişmez bir son olarak ölümün olması yaşamı, yararsız ve saçma yapar. Böylelikle insan anlamsızlaşır ve dünyadan kopar<sup>15</sup>.

İntiharın psikolojik hastalıklarla yakından ilişkili olması hatta bir çok araştırmacıya göre intiharın psikolojik hastalıkların devamında ortaya çıkan bir eylem olarak görülmesinin yanı sıra, başta Durkheim olmak üzere intiharı toplumsal bir olgu olarak görenlerin sayısı da azımsanmayacak kadar çoktur. O nedenle intihar olgusu hem kişiye hem topluma odaklanarak alınmalıdır. Böylelikle hem her bireyin

---

<sup>11</sup> Türk Dil Kurumu (2016). İntiharın Tanımı. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=%C4%B0NT%C4%B0HAR](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=%C4%B0NT%C4%B0HAR) (Erişim Tarihi:24.12.2016)

<sup>12</sup> Durkheim, Emile (2013). **İntihar**, (Çev: Z. Zühre İlkelen), İstanbul: Pozitif Yayınları, s. 5.

<sup>13</sup> Kaya, Nihat (1999). **Neden İntihar Ediyorlar**, İstanbul: Nesil Yayınları, s.12-13.

<sup>14</sup> Bonafous, Max (1927). ‘İntihar ve Cinnet’, **Hayat Mecmuası**, Cilt 1, Sayı 20, s.20.

<sup>15</sup> Camus, Albert (1997). **Başkaldırma Felsefesi**, (Çev: Ali Osman Gündoğan), İstanbul: Birey Yayınları, s. 10.

içinde bulunduğu özel şartlar, psikolojik durumu ve hayatı algılama biçimi irdelenmeli hem de bireyin, içinde bulunduğu toplumun ortak özelliklerine odaklanılmalıdır.

Nitekim Durkheim; intiharı *sui generis* yani türü kendine özgü yeni bir olgu olarak görmekte, intihar olaylarının tek tek ele alınamayacağı, belli bir zaman diliminde belli bir toplumda gerçekleşen intihar olaylarının tümü incelendiğinde ortaya çıkan olgunun bağımsız birimlerin basitçe bir araya gelmesi olmadığını görüleceğini iddia etmektedir<sup>16</sup>.

Yukarıda anlatılanlar ışığında intihar konusu hem psikolojik hem de sosyolojik yönleriyle birlikte ele alınmıştır.

## 1.2. İNTİHARIN TARİHÇESİ

İntiharın geçmişi insanlık tarihi kadar eskidir. Yapılan antropolojik çalışmalar ilkel toplumlarda bile intihar olduğunu gösterir. Belli bir yiyeceği yediğinde öleceğini ya da zarar göreceğini bile bile o yiyeceği yiyen insanların varlığının bilinmesi konunun geçmişini göstermesi bakımından önemlidir. Yeni Kuranelerde yenmesi yasaklanan ‘opussum’u yiyerek hastalanan ya da ölen insanların olması bu duruma örnek teşkil eder. Eski yazıtlarda bile intihara rastlanırken 19. yüzyıl sonuna kadar eski çağlarda intihar olmadığı öne sürülmüştür<sup>17</sup>.

Arkaik toplumlarda yaşlılık, hastalık ve utanç sebebiyle insanlar intihar edebilirken; esir düşme, terk edilme, kıskançlık, sevilen birinin yası, hayal kırıklığı ve benliği aşağılayan hakaretler intiharın temel nedenleri olmuştur. Bazı toplumlarda intihar hoş görülmemekte, hatta bazı toplumlarda hasta ve yaşlıların intihar etmemesi aşağılayıcı kabul edilmekteydi. İskitlerde yaşlanarak ölmek hayatı aşağılamak gibi algılanırdı. Vikinglerde cennet kabul edilen Valhala’ya hasta ve yaşlı ruhların giremeyeceğine inanılırdı<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Durkheim, a.g.e., s. 8.

<sup>17</sup> İntiharın Tarihçesi (2015). <http://www.intihar.de/tarihce.htm> (Erişim Tarihi:24.2015)

<sup>18</sup> Güler, Zuhale ve Neslihan Şen Altın (2013). ‘İntiharın Gazetelerdeki Yansımaları’, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, Cilt. 16, Sayı. 2, s. 115-150.

Eski Yunan’da intihar olgusu incelendiğinde Platon ve Aristoteles’in intiharı kınamasına karşılık, Stoacı Okul taraftarlarının intihara izin vermek bir yana intiharı övülecek bir davranış olarak gösterme eğilimi olmuştur. Attike Kanunlarında birey intihar nedenini bildirerek intihar etme niyetini devlete bildirmelidir. Böylece devlet intiharı yasaklamak yerine denetim altında tutmayı hedeflemiştir. Eski Yunan’da intiharı yasaklayan her hangi bir hükme rastlanılmamaktadır<sup>19</sup>.

Roma toplumu çeşitli sınıflardan meydana gelmiş ve her sınıf kendine özgü kanunlara göre idare edilmiştir. Dolayısıyla Roma’da hür insanlar, köleler ve askerler intihar konusunda farklı mevzuatlara tabi olmuştur. Roma İmparatorluğu’nun ilk dönemlerinde aile bağlarının kuvvetli olmasına da paralel olarak intihar eylemlerine çok nadir rastlanmış, bu dönemde intihar girişiminde bulunanlar cezalandırılmıştır. Roma İmparatorluğu’nun zayıflamaya başlamasıyla intihar eylemlerinde de artış yaşanmış, Yunan Felsefesinin de etkisiyle intihar cesaret ve bilgeliğin bir göstergesi olarak kabul görmeye başlamıştır. Bu düşünce akımının en önemli temsilcilerinden biri de Çiçero olmuştur. Roma’da kölelerin intihar girişimleri ise normal yaşamdaki köle algısından çok farklılık göstermemiş ve intihar girişiminde bulunan köleler aşağılık insan olarak değerlendirilmiştir<sup>20</sup>. Diğer taraftan Uzakdoğu dinleri olan Budizm, Taoizm, Şintoizm ve Jainizm gibi dinler de intiharı hoş karşılayıp övmektedir<sup>21</sup>.

Hristiyanlıkta intihar ‘ancak Tanrı’nın insan hayatına son verebileceği’ inancı dolayısıyla yasaklanmıştır. Ancak Durkheim’in yaptığı çalışmalar Protestanların Katoliklerden daha fazla intihar ettiklerini göstermektedir. Durkheim bu durumu Katoliklerin kiliseye daha bağlı olmaları ve Protestanların kişisel yorum ve içsel yaşayışın kilise kurallarından daha fazla ön plana çıkmasına dayandırmaktadır<sup>22</sup>.

İslam hukukunda da intihar yasak bir eylem olarak görülmüş ve İslam toplumlarında intihar yasaklanmıştır. Kuran-ı Kerim’de geçen Bakara suresindeki “*Kendinizi kendi ellerinizle tehlikeye atmayınız*” ayeti başta olmak üzere çok sayıda ayet insanın kendine zarar vermesinin yasak olduğuna kanıt olarak gösterilmektedir.

Tarih boyunca süregelen olaylar intiharın hem bireysel hem de toplumsal bir sorun olduğunu gösterir. Hasan Sabbah’ın suikastçı olarak kullandığı, gerektiğinde

---

<sup>19</sup> Bulut ve diğerleri (2012). ‘İntiharın Kısa Tarihçesinden Sebep ve Yöntemlerine Genel bir Bakış’, **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, Cilt 34, s.128-137.

<sup>20</sup> Bulut ve diğerleri, a.g.m., s.128-137.

<sup>21</sup> Arslan, Mahmut (2014). **İntiharın Sosyo-Psikolojik Temelleri**, Sosyoloji Ders Notları, s. 21.

<sup>22</sup> Yapıcı, Asım (2007). **Ruh Sağlığı ve Din**, Adana: Karahan Kitapevi, s. 150.

tek bir emirle kendi canına kıyan fedaileri, savaşta yenilen savaşçı Japon samurayların kendilerini öldürmesi, terör eylemi yapmak için üzerinde bomba patlatan militanlar düşünülürse; intiharın çok yönlü bir sorun olduğunu ortaya çıkmaktadır<sup>23</sup>.

### 1.3. İNTİHARIN SIKLIĞI VE YAYGINLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı İntihar Raporu'nda Dünyada ortalama bir yılda 800 binin üzerinde insanın intihar ederek öldüğü (her 40 dakikada bir insan), ölüme giden her intihar eyleminin öncesinde de çok sayıda intihar girişiminin bulunabildiği bildirilmiştir<sup>24</sup>.

2012 yılında Dünyada kaba intihar hızı 100 binde 11,4 olarak gerçekleşmiştir. Özellikle bazı ülkelerde intihar istatistikleri tam olarak tutulamamakta, gerçekleşmiş bir intihar kaza ya da farklı bir ölüm sebebi gibi sunulabilmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, intihar sayılarının daha da ürkütücü bir boyut kazandığı görülecektir. Bazı ülkelerde intiharların en çok yaşandığı yaş grubu 15-29 yaş arası gençlerdir. Dünyada 15-29 yaş arasındaki gençlerde intihar ikinci ölüm sebebinin oluşturmaktadır. Dünyada en sık başvurulan intihar yöntemleri ise, zehirli ilaçların içilmesi, asma ve silahla intihar etmedir. İntihar eylemindeki en ciddi risk faktörü intihar girişimidir. İntihar girişimlerinin bilinirliği ve kaydedilebilmesi intiharı önlemede en etkili yöntemdir<sup>25</sup>.

Türkiye'nin en güncel intihar istatistikleri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2016 yılının Haziran ayında yayınlanmıştır. Bu rapora göre Türkiye'nin 2015 yılı intihar istatistikleri şu şekildedir<sup>26</sup>:

- Ölümle sonuçlanan intihar sayısı bir önceki yıllar göre %1,3 artış göstermiştir. 2015 yılında 3 bin 211 kişi intihar sebebiyle ölmüştür. İntihar sebebiyle ölenlerin %72,7'si erkek, %27,3'ü ise kadındır.

---

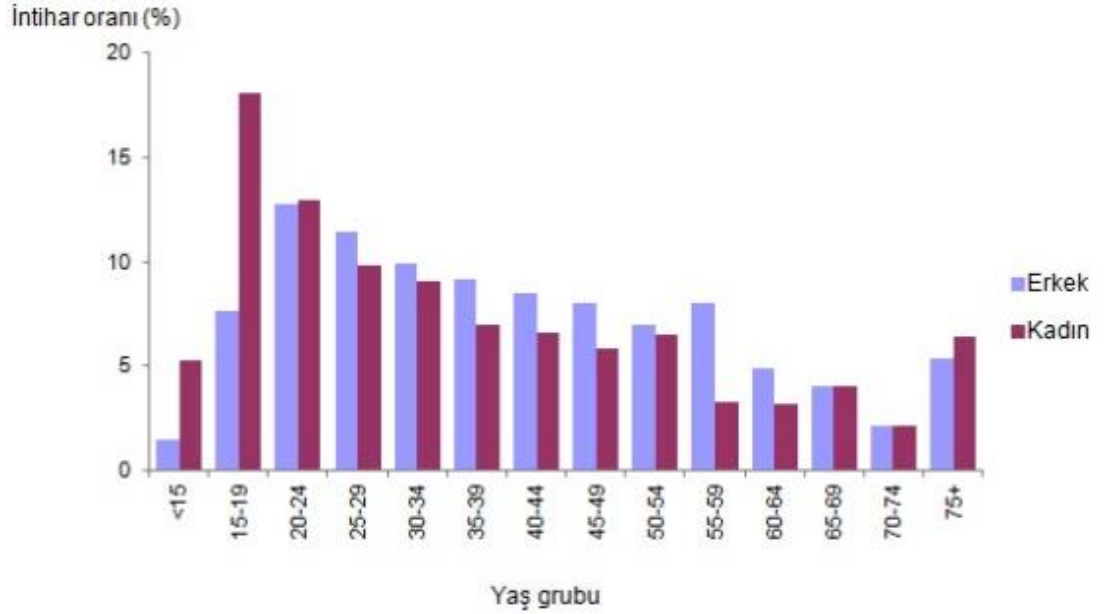
<sup>23</sup> Yılmaz, Özge (2012). Alkol Bağımlısı Olan Erkeklerde Kişilik Özellikleri, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İntihar Olasılığı Ve Depresif Belirti Düzeyinin İncelenmesi, **Hacettepe Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi**, s. 22.

<sup>24</sup> World Health Organization, (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative, p.7.

<sup>25</sup> World Health Organization, (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative, p.11-13.

<sup>26</sup> Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016). 2015 Yılı İntihar İstatistikleri, www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 01.07.2016).

- Kaba intihar hızı 2015 yılında değişmeyerek yüz binde 4,11 olarak gerçekleşti. Bunun anlamı, 2015 yılında Türkiye'de her yüz bin kişiden yaklaşık 4'ünün intihar sebebiyle öldüğüdür.
- 2015 yılında Kaba intihar hızının en yüksek olduğu iller sırasıyla Kars, Ardahan ve Karaman; en düşük olduğu iller ise Çankırı, Rize ve Kilis'tir.
- 2015 yılında intihar eden kişilerin eğitim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; %23,7'sinin ilkokul, %21,4'ünün ilköğretim, %20,9'unun lise ve dengi okul ve %11,7'sinin yüksek öğretim mezunları olduğu görülmektedir.
- 2015 yılında intihar eden kişilerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %50,5'inin evli, %37,7'sinin hiç evlenmemiş, %7,2'sinin boşanmış, %46'sının ise eşi ölmüş olduğu görülmektedir.
- Yaş grubu ve cinsiyete göre intihar oranları ise Şekil 1.1'de görülmektedir.



**Şekil 1.1: Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre 2015 Yılı İntihar Oranları**

**Kaynak: TÜİK, 2015 Yılı İntihar İstatistikleri, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)**



Şekil 1.1'den de görüldüğü gibi intihar eden kadınların %18'i 15-19, intihar eden erkeklerin ise %12,8'i 20-24 yaş aralığındadır. İntihar eden kadınların %46'sının ve erkeklerin %33,3'ünün 30 yaşın altında olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'de en fazla intihar eden grubunun gençler olduğu görülmektedir.

Türkiye'deki son yıllarda yayınlanan intihar istatistikleri karşılaştırıldığında ortalama kaba intihar hızının yaklaşık yüz binde dört olduğu görülmektedir. Bu değer Dünya ortalamasının altında olmakla birlikte, geçmiş yılların verileri ile karşılaştırıldığında örneğin, 2000 yılındaki intihar hızının yüz binde 2,67 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, intihar oranlarının arttığı görülmektedir.

Yaş gruplarına göre intihar nedenlerinin bilinmesi ise, özellikle gençlerin intihar etme nedenlerinin araştırılmasına kaynaklık etmesi açısından önemlidir. Tablo 1.1'de TUIK'in 2011 yılı Türkiye İntihar Raporu'nda yer alan cinsiyete ve yaş gruplarına göre intihar nedenleri sayıları yer almaktadır. Tabloda yer alan sayılar yaklaşık olarak oransal değerlere dönüştürülmüş, böylece karşılaştırma olanağı sunulmuştur. Tabloda 50 yaş üstü grubun intihar nedenlerine yer verilmemiştir.

**Çizelge 1.1. Yaş Gruplarına Göre İntihar Nedenleri (2011)**

Yaş Grubu		İntihar Nedenleri							
		Hastalık	Aile Geçimsizliği	Geçim Zorluğu	Ticari Başarısızlık	Hissi ilişki ve istediği ile evlenememe	Öğrenim Başarısızlığı	Diğer	Bilinmeyen
Toplam	Toplam	519 %19	252 %9	215 %8	60 %2	146 %5	15 %1	222 %8	1248 %47
	Erkek	350 %19	156 %8	196 %10	58 %3	98 %5	10 %1	171 %9	837 %45
	Kadın	169 %21	96 %12	19 %2	2 %0,3	48 %6	5 %1	51 %6	411 %51
15 yaş altı	Toplam	6 %6	9 %9	1 %1	-	4 %4	2 %2	7 %7	74 %72
	Erkek	3 %7	2 %4	-	-	3 %7	1 %2	4 %9	32 %71
	Kadın	3 %5	7 %12	1 %2	-	1 %2	1 %2	3 %5	42 %72

<b>15-19 yaş</b>	Toplam	22 %6	28 %8	6 %2	-	48 %14	8 %2	30 %8	212 %60
	Erkek	10 %6	6 %3	5 %3	-	26 %15	5 %3	22 %13	101 %58
	Kadın	12 %7	22 %12	1 %1	-	22 %12	3 %2	8 %4	111 %62
<b>20-24 yaş</b>	Toplam	41 %15	29 %11	12 %5	4 %2	32 %12	1 %0,3	15 %6	132 %50
	Erkek	31 %18	12 %7	9 %5	4 %2	21 %12	1 %1	13 %7	85 %48
	Kadın	10 %11	17 %19	3 %3	-	11 %12	-	2 %2	47 %52
<b>25-29 yaş</b>	Toplam	56 %20	27 %10	15 %5	5 %2	22 %8	3 %1	25 %9	127 %45
	Erkek	35 %19	14 %8	12 %7	5 %3	17 %9	2 %1	17 %9	82 %45
	Kadın	21 %22	13 %14	3 %3	-	5 %5	1 %1	8 %8	45 %47
<b>30-34 yaş</b>	Toplam	50 %18	39 %14	33 %12	5 %2	7 %3	1 %0,3	28 %10	113 %41
	Erkek	35 %17	27 %13	30 %15	5 %2	6 %3	1 %0,3	20 %10	79 %39
	Kadın	15 %21	12 %16	3 %4	-	1 %1	-	8 %11	34 %47
<b>35-39 yaş</b>	Toplam	44 %22	25 %12	23 %11	7 %3	8 %4	-	12 %6	83 %41
	Erkek	25 %17	21 %14	21 %14	7 %5	6 %4	-	9 %6	58 %39
	Kadın	19 %35	4 %7	2 %4	-	2 %4	-	3 %5	25 %45
<b>40-44 yaş</b>	Toplam	50 %22	20 %9	37 %16	13 %6	5 %2	-	19 %8	87 %38
	Erkek	35 %18	16 %8	35 %18	12 %6	3 %2	-	17 %9	72 %38
	Kadın	15 %37	4 %10	2 %5	1 %2	2 %5	-	2 %5	15 %37
<b>45-49 yaş</b>	Toplam	43 %21	18 %9	35 %17	5 %2	4 %2	-	24 %12	73 %36
	Erkek	21 %13	14 %9	34 %22	4 %3	3 %2	-	20 %13	60 %38
	Kadın	22 %48	4 %9	1 %2	1 %2	1 %2	-	4 %9	13 %28

**Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri 2011, www.tuik.gov.tr**

Çizelge 1.1 incelendiğinde; intihar edenlerin %47'sinin intihar nedeninin bilinmediği görülmektedir. Erkeklerde bu oran %45 iken, kadınlarda %51'dir. 15 yaş altı grubunda intihar edenlerden, intihar nedeni bilinmeyenlerin oranı %72'ye kadar çıkmaktadır. 15-19 yaş arası gençlerde intihar nedeni bilinmeyenlerin oranı %60'tır.

Bu yaş grubunda bilinen intihar nedenleri arasındaki en yüksek orana sahip neden, %14'le hissi ilişki ve istediği ile evlenememedir. 20-24 yaş grubunda intihar nedeni bilinmeyenlerin oranı %50 iken, hastalık intihar eden erkeklerde en yüksek orana sahip bilinen intihar nedeni ve kadınlarda ise aile geçimsizliğidir. 25-29 yaş grubunda intihar edenlerin %45'inin intihar nedeni bilinmemektedir. Bilinen en yüksek orana sahip intihar nedeni ise hastalıktır. Hastalık, 30-34, 35-39 ve 40-44 yaş grubunda da bilinen intihar nedenlerinden en yüksek orana sahip nedendir. 45-49 yaş grubunda intihar eden erkeklerin, bilinen en yüksek orana sahip intihar nedeni ise geçim zorluğudur.

#### 1.4. İNTİHAR TÜRLERİ

İntihar, farkı kaynaklar tarafından farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmaların ortak özellikleri dikkate alındığında intihar türleri aşağıdaki gibidir:

**Tamamlanmış intihar:** Ölümle sonuçlanan intiharlar, tamamlanmış intihar olarak isimlendirilir. Bireydeki saldırgan içgüdüler ölümü arar. Bu nedenle intiharlar mazohistiktir<sup>27</sup>.

**İntihar girişimi:** Ölümle sonuçlanmamış, yaşama tehdit olarak nitelenen intihar eylemleridir. İntiharda ölüm olsa da olmasa da intihar ile intihar girişimi ayrımı zordur. İntihar girişimlerinin ölümle sonuçlanmaması, ölüme yakınlık açısından intihar girişimini önemsiz gösteremez. İntihar sıklıklarında da yer verildiği gibi, çoğunlukla tamamlanmış intiharların öncesince intihar girişimleri yaşanmaktadır.

Bazı intihar girişimlerinin bireyin çevresini tehdit etme amacı güttüğü bilinmektedir. Kurtarılmak için intihar girişimi öncesi önlem alan ve intihar eyleminde kullanılan yöntemi, ölümcül sonuçlar doğurmayacak yöntemler içinden seçen bireylerin intihar girişimlerinin çevreyi tehdit amacı güttüğünü söylemek kolaydır. İntihar girişim mekanı olarak özellikle kalabalık yerleri seçen bireylerin, taleplerini dile getirmenin bir yolu olarak intihar girişimini seçebildiklerine sıklıkla

---

<sup>27</sup> Bulut ve diğerleri, a.g.m., s.128-137.

rastlanmaktadır. Ölümle sonuçlanma amacı gütsün ya da gütmesin, ölümle sonuçlanmayan tüm intihar eylemleri intihar girişimi olarak kabul edilmektedir.

Shneidman, intihar girişimlerinin nedenlerini; bireyin engellenmiş ihtiyaçları, yeni bir arayış içine girmesi, mevcut durumlar içinde seçim yapamaması, hayatındaki kayıplar ya da reddedilme korkusu ve yaşadığı derin acılar şeklinde sıralamaktadır<sup>28</sup>.

**Planlanmış intihar:** İntihar girişiminin gerçekleşmediği ancak intihar düşüncesinin yoğunlaşmasıyla birlikte, intihar girişiminin planlandığı durumu ifade eder. İntihar yöntemi ve intihar zamanının planlandığı bu durumda, intihar girişiminde olduğu gibi ölümle sonuçlanma riskini her zaman barındırabileceğinden, intiharı önlemede etkili yöntemlerin geliştirilebileceği önemli bir aşamadır.

**İntihar düşüncesi:** İntihar düşüncesi, intihar olayının ilk aşaması olarak görülebileceği gibi, genelde insanların hayatlarının belli dönemlerinde yaşamlarını sonlandırmayı düşündükleri göz önünde bulundurulduğunda intihar düşüncesinin intihar girişiminde bulunacak bireylere ya da her hangi bir ruhsal hastalık geçirenlere özgü olamayacağı görülecektir. Bu noktadan hareketle intihar etmeyi düşünme ile intihar girişimi arasında doğrudan bir ilişki kurmak mümkün değildir. İntihar düşünceleri sıklık gösterdiğinde bu durum, ruhsal bir dengesizlik ve bilinçdışı bir çatışmanın habercisi olabilir<sup>29</sup>.

Durkheim, bireylerin din ve mezhepleri, toplum içindeki bireyselleşme eğilimleri, aile yaşamı gibi olguların intihar türüne etki ettiğini iddia etmiş ve bu doğrultuda intihar türlerini dörde ayırmıştır:

**Bencil İntihar:** Bireyin toplumla bütünleşmediği durumlarda, bu eksiklik bireyde anlamsızlık duygusu oluşturur. Zayıf kolektif bilince sahip bireyler özel çıkarları ile bencilce davranarak, doyumsuzluk duygusuna kapılacaktır. Bu doyumsuzluk ise intihara neden olabilmektedir. Ayrıca din güçlü bütünleşmeyi ve ortak değerleri güçlendirerek kendine zarar verme isteğini engeller<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> Shneidman, Edwin S. (1996). "Suicide as Psychache", Ed: John T. Maltesberger, Mark J. Goldblatt, **Essential Papers on Suicide**, New York: New York University Press, p. 633-638.

<sup>29</sup> Alptekin, Kamil (2002) **Türkiye’de Tamamlanmış İntiharların Coğrafi Yerleşim Birimleri ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı**, Ankara: T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, s. 23

<sup>30</sup> Ritzer, George (1992). *Sociological Theory*, (Çev: Ümit Tatlıcan), USA: McGraw-Hill Education, Third Edition, s.9.

Aile ve siyasal toplum açısından, aile bağlarının gelişmemiş olduğu ya da uluslar arası krizlerin olduğu durumlarda sıklıkla bireyin toplumla bütünleşmediği durumlar ortaya çıkar<sup>31</sup>.

**Özgeci İntihar:** Toplumsal bütünleşmenin zayıfladığı durumlarda bencil intiharlar olmasına rağmen, özgeci intihar da “toplumsal bütünleşmenin fazlaca güçlü” olduğu toplumlarda gerçekleşir. Özgeci intiharda birey intihara itilir. Bencil intiharlar depresyon kaynaklı iken, özgeci intihar ise hayat ötesinin güzelliğine olan inançtan kaynaklanır<sup>32</sup>.

Bireyin yaşamında toplumsal normlar, gelenekler ve ritüeller katı şekilde düzenlenmiş, kimi zaman dini kimi zaman da siyasi baskı altında kalan birey, bu baskı sonucunda intihara yönelebilmştir. Bu baskı bireyin toplum beklentileriyle örtüşmeyen eylemler karşısında yaşadığı baskıdan kaynaklanabileceği gibi, toplumun yarar sağlaması için kendini feda etmesi şeklinde de gerçekleşebilir<sup>33</sup>.

**Kuralsız İntihar:** Toplumun düzenleyici güçlerinin bozulmasıyla bireyler tatminsiz bir hale gelirler. Bu da doyumsuz şekilde birbiriyle yarışan özgür insanların tutkuları sonucu düzensizlik ve kuralsızlık eğilimleri sebebiyle intihar artışına sebep olur. Toplumsal düzensizlik dönemleri intiharı artırır. Diğer taraftan, insanlar özgürleştiklerinde tutkularının köleleri haline gelecekler ve kendini öldürmek dâhil, normalden çok daha fazla kendine zarar verici eylemler gerçekleştireceklerdir<sup>34</sup>.

Bireyin davranışlarını düzenleyen herhangi bir ölçü ya da kural bulunmadığında, bireyin ufku ya aşırı derecede genişleyerek ya da aşırı derece daralarak kuralsız intiharlar ortaya çıkar. Hayatında boşanma gibi farklı bir durum yaşayanlar buna örnek olarak verilebileceği gibi bir miras ya da farklı bir yolla ani şekilde zenginleşme ya da iflas etme durumları da buna örnek olarak verilebilir<sup>35</sup>.

**Fatalist İntihar:** Kadercı intihar olarak da bilinir. Anomik intiharın aksine düzenleme toplumsal düzenin aşırı olmasıyla geleceği engellenmiş tutkuları

---

<sup>31</sup> Durkheim, a.g.e., s. 159-211.

<sup>32</sup> Ritzer, a.g.e., s.9-10.

<sup>33</sup> Durkheim, a.g.e., s. 212-240.

<sup>34</sup> Ritzer, a.g.e., s.10.

<sup>35</sup> Durkheim, a.g.e., s. 241-270.

baskılanmış bireyler bu gruba girer. Fazla düzenleme ve baskı kadenci intiharı artıran melankolik duyguları artırır.<sup>36</sup>

## 1.5. İNTİHAR TEORİLERİ

Literatürde çok farklı intihar teorilerine yer verilmektedir. Bu bölümde üzerinde en çok durulan psikolojik yaklaşım, sosyolojik yaklaşım ve nörobiyolojik yaklaşım olmak üzere 3 intihar teorisine yer verilmiştir.

### 1.5.1. Psikolojik Yaklaşım

Freud'a göre intihar bilinçdışında sevginin yitimi ile ortaya çıkar. Eksilen sevgi (libido) saldırganlık dürtülerinin artmasına neden olur ve nihayetinde onu yok etmeye çalışır. Yani saldırganlık bireyin kendi benliğine yönelmiş olur<sup>37</sup>. Freud'un bahsettiği sevgi nesnesi cinsel enerji olarak açıklanan libidodan farklı olarak bireyin çevreyle olan anlamlı ilgisi ve ilişkisi olarak görülebilir. Madde bağımlılığının da hem bireyin duygu durumunu bozmakta hem de çevreyle olan sosyal yaşantısını bozarak intihara giden süreci başlattığı düşünülebilir.

Freud kişiliği üç boyutta inceler; id, ego ve süperego. Sağlıklı bireyde bu unsurlar birbiriyle uyumlu çalışır. Bunu ego sağlar. İd'in arzularını dizginleyen ego, süper egoya karşı da sorumludur. Ruhsal çatışmalar kişiliğin bu unsurları arasında uyumsuzluktan çıkar. Kişi id'in arzularıyla sonsuz serbestlik isterken, süperegonun etik ve vicdani boyutuyla da yüzleşir. Bu gibi benzer çatışmalar bilinç dışında gerçekleşirse ego zayıflar ve nevroz ortaya çıkar. Freud, tehlike durumunda kişinin kendini savunacağını ya da tehlikeden kaçacağını, kaçma eyleminin ise uzaklaşmak ya da tehlikeye atlamak şeklinde gerçekleşeceğini iddia eder. Bu iki seçim arasında bocalayanlar ise intihar edebilirler<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> Ritzer, a.g.e., s.10.

<sup>37</sup> Arkun, a.g.e., s. 17-27.

<sup>38</sup> Katipoğlu, Bedri (2015). 'Din Psikolojisi Açısından İntiharın Psikanalizi', **Journal of International Social Research**, Cilt 8, Sayı 39, s. 1064-1070.

Menninger intiharı; yaşam ve ölüm arasındaki savaş olarak tanımlar. Menninger'in intihar yaklaşımına göre; ölüm, öldürülme ve öldürme gibi unsurlardan oluşur. Öldürme arzusu olan kişi bilinçdışında öldürülme isteğini bastırır. Başkasını öldüremeyen kişi kendisini öldürerek dürtüsünü gerçekleştirir<sup>39</sup>.

Adler ve Jung gibi psikanalistler egonun gücü nispetinde bireyi intihara götüren sürecin geliştiğini savunur. Güçlü egonun intihar arzusunu yenerken, zayıf egonun ise intihar eğilimin göstergesi olduğunu ifade ederler. Zayıf egolu kişi reddedildiklerinde narsistik şekilde yaralanırlar. Bu durum kişinin saldırganlığının, kendisine yönelmesine neden olur. Yani egosu zayıf olanlar travma karşısında ya da zor durumlarda sorunlarla baş edemezler<sup>40</sup>.

### 1.5.2. Sosyolojik Yaklaşım

İntiharı toplum ile ilişkilendiren Durkheim, ekonomik ve siyasi toplumu etkileyen karışıklıkların toplumsal değerleri azaltarak intiharı artırdığını ifade etmiştir. İntiharları artıran şey toplumsal değişimlerdir. Çünkü bu değişimler hayat şartlarını ve değerleri değiştirir. Bu noktadan hareketle intihar, değişen durumlara uyum sağlayamamak olarak değerlendirilebilir<sup>41</sup>. Gelişmiş toplumlarda intiharı daha fazla görülmesi intihar ve toplum ilişkisini desteklemektedir.

### 1.5.3. Nörobiyolojik Yaklaşım

Nörobiyolojik yaklaşıma göre bireylerin intihar etmesinin psikolojik ve sosyolojik tarafları olduğu gibi, doğrudan beyin kimyasıyla ilgili tarafları da vardır. İntiharı; genetik, şiddet ve psikolojik faktörler ile ilişkisini inceleyen araştırmalar; intihar edenlerde serotonin adlı bir beyin kimyasalının eksik olduğunu

---

<sup>39</sup> Menninger Karl A., (1966). **Man Against Himself: A Harvest Book**, New York: Harcourt, Brace & World, p.16-25.

<sup>40</sup> Frederick T.L. Leong ve Mark M. Leach, (2008). **Suicide Among Racial and Ethnic Minority Groups: Theory, Research and Practice**, New York: Routledge Press, p. 27.

<sup>41</sup> Ziyalar, Adnan (1980). **Sosyal Psikiyatri**, İstanbul: Yüce Yayınları, s: 263-276.

göstermektedir<sup>42</sup>. Serotonin azalması saldırganlık ve impulsitive (sonuçları düşünülmeden yapılan davranışlar) ile ilişkili bulunmuştur. Bu duruma kanıt olarak da birini öldürmüş bireylerde serotonin değerinin düşük çıkması ve intihar oranlarının yüksek olması gösterilmiştir<sup>43</sup>.

Yapılan son çalışmalar ise, intihar ederek yaşamlarına son verenlerin beyinlerinin kortikal ve subkortikal bölgelerinde poliamin düzeninin parçası olan mRNA (Messenger Ribo Nükleid Asit) ve protein seviyelerinde değişiklikler olduğunu göstermektedir<sup>44</sup>.

Geçmiş yıllarda dopamin, serotonin, norepinefrin vb. monoamin nörotransmitter ile ilgili nörobiyolojik çalışmalara ağırlık verilmişken günümüzde poliamin stres tepkisi üzerinde durulmaktadır. Önceleri intihar sonucu yaşamlarını kaybedenler üzerinde yapılan araştırmalardan veri elde edilirken, hayvanlar üzerinde yapılan bir çalışma ilk kez poliamin stresinin intihar üzerine etkisini kanıtlamıştır. Poliamin sistemleri vücudumuzda bölünme, büyüme ve çoğalma gibi önemli hücresel fonksiyonları gerçekleştirirler. İntihar edenlerde poliamin seviyelerinin yüksek olduğu görülmüştür<sup>45</sup>.

Ülkemizde poliamin stresinden ilk kez bahseden Uzbay ise; *"Literatürde bitki intiharı diye bir şey vardır. Aynı koşullarda yetiştirilen bitkilerin bir kısmı intihar ediyor. Sararıp öliyorlar. Araştırmalarda bu bitkilerde agmatin ve poliamin düzeylerinin çok yüksek olduğu bulundu. Ayrıca tıpta literatüre giren poliamin stresi diye bir şey var. Cinneti ve intiharları tetikliyor. Şizofreni ile de doğrudan bağlantısı var. Ben buna bir bakteri veya parazitin neden olabileceğini düşünüyorum."* şeklinde açıklamıştır<sup>46</sup>.

## 1.6. İNTİHARIN PSİKOLOJİK SEBEPLERİ

---

<sup>42</sup> Hendin, H. (1986), **Suicide: A Review of New Directions in Research, Hosp. and Comm. Psychiatry**. Cilt: 37:2, s. 148-153.

<sup>43</sup> Ateşçi, F.C. ve diğerleri (2002) İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları, **Klinik Psikiyatri**, Cilt 5, s. 22-27.

<sup>44</sup> Turecki, Gustavo (2014) **American Journal of Preventive Medicine**. Cilt: 47(3S2):s.144–151.

<sup>45</sup> A. Gross, Jeffrey and Turecki, Gustavo (2013). Suicide and the Polyamine System. **CNS & Neurological Disorders - Drug Targets**. Vol,12, p.980-988. Erişim Tarihi: 29.07.2016. (<http://www.eurekaselect.com/646/journal/cns-amp-neurological-disorders-drug-targets>)

<sup>46</sup> Uzbay Tayfun İ. (2016). Şizofreni İlacı Patentı Haberi. <http://www.karar.com/hayat-haberleri/sizofreni-ilaci-icin-patent-aldi-83046#>. Erişim T:01.08.2016.



İntiharın psikolojik sebepleri farklı kuramlar tarafından farklı şekilde açıklanmıştır.

### **1.6.1. Psikanalitik Kuram**

Psikanalitik kuramda; engellenme-saldırganlık bağlamında intihar, engellenmenin verdiği kızgınlıkla saldırganlık duygusunun artması ve sonrasında ise kendine yönelmesi olarak açıklamıştır. Dış engellenme fazla olduğunda birey saldırganlığı hak görerek cinayete yönelir ancak engellenme az olduğunda ise saldırganlık bireyin kendine yönelir ve intihar gerçekleşir<sup>47</sup>.

Freud'a göre intihar bilinçdışında sevginin yitimi ile ortaya çıkar. Eksilen sevgi (libido) saldırganlık dürtülerinin artmasına neden olur ve nihayetinde onu yok etmeye çalışır. Yani saldırganlık bireyin kendi benliğine yönelmiş olur. Freud'un bahsettiği sevgi nesnesi cinsel enerji olarak açıklanan libidodan farklı olarak, bireyin çevreyle olan anlamlı ilgisi ve ilişkisi olarak görülebilir<sup>48</sup>.

Diğer taraftan Freud; sevginin kaybı ile başlayan hayal kırıklığı ve çökkünlük duygularıyla yas duygusundan farklı olarak benlik saygısının da yitirildiğini, Olağan durumlarda yas (libido), sevgi nesnesinden başka nesneye kayarken melankolide libido kaybolan nesneye aktarılır. Benliğe dönen libido özdeşim kurmak amacıyla yitirilen nesne ile kullanılır. Freud'un diğer bir açıklaması da intihar ve sadizm arasındaki ilişkiyi ortaya koyar. Freud'a göre kendini öldürme isteğinin nedenlerinden biri de sadizmdir ve başkasını öldürmeyi düşünmeyecek birinin kendisini de öldürmeyi düşünmeyeceğini iddia eder<sup>49</sup>.

### **1.6.2. Kaçış Kuramı**

---

<sup>47</sup> Arkun, a.g.e., s.139.

<sup>48</sup> Arkun, a.g.e. s. 139.

<sup>49</sup> Yılmaz, a.g.e., s. 27.

Kaçış kuramına göre; intihar bireylerin kendi benliklerinden ve kendilerini çevreleyen dünyadan kaçmalarının bir yoludur. Bu kuramı geliştiren Baumeister'a göre intihar şu altı aşamanın gerçekleşmesi sonucu ortaya çıkar<sup>50</sup>: Birinci aşamada birey mevcut koşulların hem kendisi hem de çevresindeki bireylerin standartlarını karşılayamadığını ve bu nedenle kendisinin yetersiz olduğu fikrine sahiptir. İkinci aşamada, birey kendini beklentilerin karşılanmamasında sorumlu olarak görür, kendini suçlar ve benlik değerleri azalmaya başlar. Üçüncü aşamada, kişi benliğini kendini suçlama ve yetersiz görme üzerine kurgular. Bu aşamada mükemmeliyetçi düşüncelerin şiddeti olumsuz benliğin yoğunluğunu belirler. Dördüncü aşamada, olumsuz benliğe bağlı kaygı ve depresyon duyguları başlar. Beşinci aşamada, bireyin anlam ve iç bütünlüğünün bozulmasına bağlı olarak anlık zaman algısı ve odaklanma, kısa süreli hedeflere yönelme ve anlık duygulanım ve davranışlar ortaya çıkar. Birey bu durumların ortaya çıkmasıyla mevcut durumdan kurtulma yollarını arar. Altıncı aşamada birey, kendini öldürmeye engel olacak iç engellemeden yoksunsa, birey kendini içinde bulunduğu sorunları çözmekten aciz ya da bir kurban olarak görüyorsa, birey yaşadığı sorunların bastırarak hissizlik duygusuna kapılıyorsa ya da birey işlevsel olmayan bilişler ortaya çıkarmışsa kaçış duygusu bireyi intihara götürmektedir.

### **1.6.3. Davranışçı Kuram**

Davranışçı kuram, intiharı diğer davranışlar gibi öğrenilebilir bir davranış olarak görür. Birey, intiharı mevcut sorunlarına bir çözüm olarak öğrenir. Kişi intihar davranışını yaşadığı sosyal çevreye mesaj verme ya da bazı kişiler üzerinde etki bırakma olarak görür<sup>51</sup>.

## **1.7. İNTİHARI ETKİLEYEN RİSK ETKENLERİ**

---

<sup>50</sup> Yavuz, Ö. Yaren, (2013). Benlik Kurguları İntihar ve İntihara Yönelik Tutumlar, **Adnan Menderes Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi**, s. 22-23.

<sup>51</sup> Bulut ve diğerleri, a.g.m., s.128-137.

2014 yılı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre; intihar risk grubunda ruhsal bozukluğu olanlar (depresyon, kişilik bozukluğu, alkol-madde bağımlılığı, şizofrenler gibi), ile kanser ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) virüsü gibi bir nörolojik hastalığı olanlar yer alır. Bunların yanında savaş, felaket, şiddet, istismar, dışlanmışlık duygusu, yaşayanlar da risk grubunda yer alır. Diğer taraftan, ayrımcılığa maruz kalmış mülteciler ve göçmenler, lezbiyenler, homoseksüeller, biseksüeller, transseksüeller ve mahkumlar da intihar risk grubunda yer almaktadırlar<sup>52</sup>.

Dünya genelinde 70 yaş üzeri yaşlılar arasında intihara sık rastlanırken, 15-29 yaş aralığında en sık ikinci ölüm nedeni intihardır. Tarım ilacı zehirlenmesi, kendini asma ve ateşli silah kullanma en sık intihar yöntemleridir. İntiharların %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Toplumlarda ortalama intihar oranı dünya genelinde yüz binde 11.4 seviyesindedir.

Dünyada intihar oranları en yüksek ülkeler; Guyana (44.2), Kuzey Kore (38.5), Güney Kore (28.9), Sri Lanka (28.8), Litvanya (28.2), Surinam (27.8) ve Nepal (27.4)'dir<sup>53</sup>.

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA)'ne göre intiharı tahmin etmek zordur ancak intihar eğilimi gösteren bireylerin bazı ortak özellikleri bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir<sup>54</sup>:

- İntihar hakkında konuşurlar.
- Yeme ya da uyku sorunu vardır.
- Davranışlarında köklü değişiklikler yapar.
- Sosyal faaliyetlerden uzak dururlar.
- Okul, iş ya da hobilere olan ilgilerini kaybeder.
- Ölüm için hazırlık yapar ya da vasiyet yazarlar.

---

<sup>52</sup> World Health Organization, Mental Health , Suicide Data, [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide) (Erişim Tarihi:25.02.2016)

<sup>53</sup> World Health Organization, Mental Health , Suicide Data, [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide) (Erişim Tarihi:25.02.2016)

<sup>54</sup> AMERICAN Psychological Association, (2016). Suicide Warning Signs. <http://www.apa.org/topics/suicide/signs.aspx> (Erişim Tarihi:26.02.2016)

Bunların dışında alkol ve uyuşturucu kullananlar da intihar risk grupları içerisinde gösterilmektedir.

Shneidmann'a göre ise, intihar anlamsız gibi görünse de kendi içinde bir mantığı vardır. İhtiyaçların karşılanmaması, katlanması zor ruhsal acılara sebep olur. Birey sorunları çözmek yerine intihara yönelir. İntiharda etkili olan nedenler 10 grupta incelenir. Bunlar;<sup>55</sup>.

- Katlanması zor olumsuz duygular yaşayanlar.
- Engellenmiş ruhsal ihtiyaçların oluşturduğu gerilimden kurtulamayanlar.
- İntiharı planlayıp, çıkış yolu olarak düşünenler.
- Acılardan kurtulmanın farklı bir yolu olarak bilinç yitimi sağlamak isteyenler.
- İntiharın gerçek sebebi olan yalnızlık, suçluluk, umutsuzluk, utanma, yeti kaybı ve bağımlılık gibi duygular yaşayanlar.
- Artan çözümsüz sorunları olanlar.
- İkilemde kalanlar.
- İntihar ile çevreye mesaj verme düşüncesi taşıyanlar.
- Yaşanılan hayattan kesin bir ayrılış yapmak isteyenler.
- Sorunlara bakış açısı yanlış olanlar.

Shneidmann'a göre intiharda yüksek risk taşıyan gruplar şu şekilde sıralanabilir<sup>56</sup>:

- Madde bağımlıları,
- Şizofren ve bipolar hastası olanlar
- İntihara seyirci olanlar

---

<sup>55</sup> Sergender, Sezer, (2011). Ticari Başarısızlık Sonucu Ortaya Çıkan İntihar ve İntihar Girişimi Olaylarının Sosyo-Ekonomik Nedenleri, **İstanbul Üniversitesi SBE Doktora Tezi**, s. 42.

<sup>56</sup> Sergender, a.g.e, s. 65.

Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi (AÜPKUAM) araştırmasında intihar eğiliminde en çok, bireyler arası yaşanan problemlerin etkili olduğu tespit edilmiş. İntihar teşebbüsünde ise % 21 oranında sevdiğinden ayrılma, % 20 oranında ailesel problemler ve % 15 oranında da anne babayla yaşanan sorunların etkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Aile ile birey arasındaki sorunlu ilişkiler bağların aşırı zayıf olması ya da aşırı sıkı olması şeklinde olabilir. Diğer taraftan yalnızlığın intihar ile yakından ilişkili olduğu ileri sürülmektedir<sup>57</sup>.

İntihar risk gruplarının incelendiği çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, intiharı deneyen insanların %95'inde psikiyatrik bir bozukluk tanısı konulması, psikiyatrik bozukluğu olanların ise %25'inde alkol bağımlılığına rastlanılmış olması intihar, ruh sağlığı ve madde bağımlılığı ilişkisinin ne derece güçlü olduğunu gösterir<sup>58</sup>.

Yukarıda anlatılanlar ışığında tez kapsamında intihar risk grupları şu başlıklar altında toplanmıştır: depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, şizofreni ve psikotik bozukluklar, kişilik ve diğer etkenler, alkol ve madde bağımlılığı.

### 1.7.1. Depresyon

Depresyonun intihar düşüncesini artırdığını savunan Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) depresyonu; ruhsal rahatsızlıklar içerisinde dünyada en çok rastlanan ruhsal bozukluk olarak niteler. Depresyon; günlük yaşam temposunda düşüş, kiloda artış veya azalış, uykuda artış-azalış, enerji eksikliği, dikkat dağınıklığı, değersizlik ve suçluluk duyguları ile yinelenen intihar düşüncelerini içerir<sup>59</sup>.

Beck (1979) tarafından geliştirilen bilişsel kuramda depresyon üç aşamada açıklanır.

---

<sup>57</sup> Eskin, Mehmet, (2003). **İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme** , Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, s.162

<sup>58</sup> Atasoy, Nuray ve Diğerleri, (2014). Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyo-demografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları, No. 2, s. 11.

<sup>59</sup> American Psychological Association (2016). Depression. <http://www.apa.org/topics/depress/index.aspx>. Erişim tarihi:01.05.2016

- Bilişsel üçlü: Kişinin kendisi, çevresi ve geleceğine dair inançları.
- Şemalar: İnanç, düşünce ve davranış kalıpları.
- Bilişsel hatalar: Otomatik düşünceler ve mantık hataları.

Beck'e göre, depresyonlu kişi olayları katı ve olumsuz bir şekilde yorumlar. Kişi kendisi, dünya ve geleceği ile ilgili karamsar düşünerek kendini başarısız, dünyayı başarılarına engel olan yer, geleceği ise ümit vaad etmez olarak görür. Olumsuz düşünceler, duygusal olarak çökkünlük hissettirir ve bu da kişiyi eylemsizleştirir. Depresyona neden olan olumsuz düşünceler ve şemalar çocukluk dönemi öğrenilmiş kurallar olarak düşünülebilir. Örneğin; mutluluğunu başarıya bağlayan birinin ailesinde koşullu sevilmesi sonucu böyle bir düşünce geliştirmiş olduğu söylenebilir. Beck, depresyon ile kişiliğin iki önemli boyutu olan sosyal bağımlılık ve otonominin ilişkili olduğunu savunur. Bağımlı tiplerin ilişkileri bozulduğunda, otonomik tiplerin ise amaçlarına ulaşamadıklarında depresyonla karşı karşıya kaldıkları gözlemlenir. Davranışları, olayı anlamlandırma algısı ile yorumlama biçimi etkiler. Kişi tehdit edici olarak algılanan durumlarda rahatsız hisseder ve algısı katı ve seçici olur. Böylelikle bilişsel işlev bozulur<sup>60</sup>.

Majör depresyonlu hastalarda intihar riski normal popülasyona göre 30 kat daha fazladır. Bu durum intiharın tedavi edilebilirliği ile önlenebilirliği açısından önemlidir. Depresyonun ülkemizdeki yaygınlığı %8-20 aralığındadır. 25-44 yaş aralığında ve kadınlarda en sık rastlanır. Depresyondaki önemli olgu düşük özsaygıdır; bu durum kişinin yaşadıkları olaylardan daha fazla etkilenmelerine neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar düşük özsaygı ile intihar arasında yakın ilişkinin varlığını göstermektedir<sup>61</sup>.

Sıklıkla intihar girişimiyle sonuçlanabilen depresyon, düşük öz saygı, olumsuz stres, yetersiz sosyal destek hem ergenlerde hem de yetişkinlerde intiharı tetikleyen sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda, ergenlerde depresyon ve kendine zarar verme arasında daha güçlü bir ilişkinin olduğu ancak

---

<sup>60</sup> Gökçakan, Zafer ve Nurcan Gökçakan, (2005). "Depresyonda Bilişsel Terapi", **Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, s. 91-101.

<sup>61</sup> Atasoy ve Diğerleri, a.g.e., s. 11,12.

yetişkinlerde öz saygı eksikliğinin depresyondan daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır<sup>62</sup>.

### 1.7.2. Anksiyete

Panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunun intihar riskini artırdığına dair çalışmalar vardır. Disosiyatif bozuklukları olan hastaların %88,2'sinin kendine zarar verdiği, disosiyatif nedenlerle yatan hastaların %60 ve acil servise başvuran hastalarda ise %66,7 oranında intihar davranışı gözlenmektedir. Diğer taraftan çocukluk travmaları, psikiyatrik hastalar arasında intihar davranışı ve kendine zarar verme ile yakından ilişkilidir<sup>63</sup>.

### 1.7.3. Bipolar Bozukluk

İntihar girişimlerinin büyük çoğunluğu, bipolar bozukluklarla ilgilidir. Bipolar bozukluğa sahip bireylerin intihar girişiminde bulunmalarının birkaç farklı nedeni bildirilir. Bipolar bozukluklarda intihar nedeniyle ölüm oranları %7 ile %19 arasındadır<sup>64</sup>.

### 1.7.4. Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar

Psikotik rahatsızlıkların en ağır olan şizofren de intiharda riski en fazla gruplar içerisinde. Şizofrenlerde %20-50 oranında intihar girişimi, %10 oranında tamamlanmış intihara rastlanılmaktadır<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> de Man ve Diğerleri, Correlates of Suicide Ideation in French- Canadian Adults and Adolescents: A Comparison, **Journal of Clinical Psychology**, Vol. 48, p.811-816

<sup>63</sup> Sar, Vedat ve Diğerleri, (2007). "Dissociative Disorders In The Psychiatric Emergency Ward", **General Hospital Psychiatry**, Vol. 29, p. 45-50

<sup>64</sup> Marangell, L.B. ve Diğerleri, "Prospective Predictors of Suicide And Suicide Attempts in 1,556 Patients with Bipolar Disorders Followed For Up To 2 Years", **Bipolar Disorder**, Vol. 8, p. 566-575

<sup>65</sup> Atasoy ve Diğerleri, a.g.e., s.12,13.

### **1.7.5. Kişilik ve Diğer Etkenler**

Özellikle borderline kişilik bozukluğu ile antisosyal kişilik bozukluğu intiharda önemli bir risk faktörüdür. Tamamlanmış intiharlarda kişilik bozukluğunun ilişkisi %9-28, intihar girişiminde ise %55'tir<sup>66</sup>.

### **1.7.6. Alkol ve Madde Bağımlılığı.**

Alkol bağımlılarında majör depresyon, stresli durumlar, çevre ile ilişkilerde zorlanmalar, yalnızlık, umutsuzluk ve fiziksel rahatsızlıkların fazla olması intihar riskini artırmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda alkol bağımlılarının %26'sının en az bir kez intiharı denediği, %61.5'inin ise birden çok intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir. Alkol kullanan kişilerin depresyon ve anksiyete yaşadıklarında intihara yatkın oldukları görülmüştür. Yine eroin bağımlılarında toplumun geneline göre intihar riskinin 20 kat fazla olduğuna dair çalışmalar vardır<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> Atasoy ve Diğerleri, a.g.e., s.14.

<sup>67</sup> Atasoy ve Diğerleri, a.g.e., s.13.



## BÖLÜM II

### BAĞIMLILIK VE MADDE BAĞIMLILIĞI

Bu bölümde bağımlılık yaklaşımları, sırasıyla esrar, opiyat, tütün ve alkol olmak üzere bağımlılık yapan maddeler ve özellikleri ile madde kullanımını açıklayan kuramlara yer verilmiştir.

#### 2.1. BAĞIMLILIK VE MADDE BAĞIMLILIĞI HAKKINDA TANIMLAR

Bağımlılık ve madde bağımlılığına yönelik yaklaşımları ele almadan önce, bu kavramların literatürdeki karşılıklarının bilinmesi ve maddenin kötüye kullanımının açıklanması önem taşımaktadır. Bu noktadan hareketle; bu bölümde bağımlılık, madde bağımlılığı, APA tarafından yayımlanan DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*) ve DSM-5'e göre maddenin kötüye kullanımına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

**Bağımlılık:** Bireyin ruhsal, bedensel ve sosyal yaşantısını bozan patolojik bir davranış olan bağımlılık; günümüz toplumunun en önemli sorunu haline gelmiş durumdadır. Eskiden yalnızca televizyonlardan gördüğümüz, çevreden duyduğumuz bir durum iken artık hayatın her alanında bağımlı bireylere ve bağımlılığın türevlerine rastlamak mümkündür.

Bağımlılık, insan olma serüveninde herkesin karşı karşıya kalabileceği bir olgudur. Doğası gereği savunmasız ve yetersiz olarak geldiği dünyada bir şeylere bağlanarak hayatta kalan insan; büyüdükçe farklı bağımlılıklar geliştirir. Hayatın ilk

yıllarında anne-babayla başlayan bu süreçte bireyler; yaşadığı sorunlardan kaçmak; haz almak, ve gerginliği azaltmak için madde bağımlılığına yönelebilir <sup>68</sup>.

Literatürde madde, ‘bağımlılığa ya da kötüye kullanıma yol açabilecek, duygu, durum, biliş gibi beyin işlevlerinde değişikliğe yol açan, farklı yollarla alınabilen her türlü kimyasal’ olarak tanımlanmaktadır<sup>69</sup>.

**Madde Bağımlılığı:** Bireyin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesi, maddenin bireyin yaşamında merkezi bir konuma yerleşmesi, maddeye bağlı bedensel ve psikolojik sorunların baş göstermesi durumudur.

Uzbyay ve Yüksel madde bağımlılığını, ilaç nitelikli bir maddenin beyni etkileyerek keyif veren ya da yokluğunda gelen huzursuzluğu dindirmek için sürekli ve düzenli olarak madde alma isteği oluşturan, davranış bozukluğunun eşlik ettiği beyin hastalığı olarak tanımlar<sup>70</sup>.

Tarhan ve Nurmedov’a göre bağımlılık; beynin yapı ve işlevlerini bozan kronik bir hastalıktır<sup>71</sup>.

Beyazyürek ve Şatır’a göre bir takım maddelerin bireyin ruh durumunu değiştirerek geçici olarak farklı hissettirmesi, madde bağımlılığının biyopsikososyal bir sorun olmasına neden olmuştur<sup>72</sup>.

Ceyhun ve Arkadaşları, bağımlılık yapıcı maddeleri; madde kötüye kullanımına ve bağımlılığa yol açabilecek, farklı yollarla kullanılabilen duygu durum, algılama, biliş gibi beyin fonksiyonlarına etki eden kimyasallar olarak tanımlar<sup>73</sup>.

Davison ve Neale’e göre bağımlılık yapan maddeler genellikle ağrı dindirici, keyif verici ve hastalıkları iyileştirici olarak kullanılmış, tarih öncesi devirlerde ise

---

<sup>68</sup> Taşkent, Abdülvahap (2010). Alkol Ve/Veya Madde Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, **Maltepe Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi**. s.13

<sup>69</sup> Altuner, Durdu ve diğerleri (2009). ‘Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma’, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, Cilt 7, Sayı 2, s.87-94.

<sup>70</sup> Uzbyay, Tayfun İ. ve Nevzat Yüksel (2003). **Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı**. 2. Baskı, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, s.485,520.

<sup>71</sup> Tarhan, Nevzat ve Serdar Nurmedov (2011). **Bağımlılık**, İstanbul: Timaş Yayıncılık, s.159

<sup>72</sup> Beyazyürek, Mansur ve Tolga Tolun Şatır (2000). ‘Madde Kullanım Bozuklukları’, **Psikiyatri Dünyası**, Cilt 4, Sayı 2, s. 50-56.

<sup>73</sup> Ceyhun, Birsen ve diğerleri (2001). ‘Madde Kullanma Eğilimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği’, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, Cilt 4, Sayı 2, s. 87-93.

afyon, esrar ve kokain gibi bitkisel maddeler de dini ayinlerde farklı bilinç durumlarına geçmek için ve tıbbi olarak kullanıldığı bilinmektedir<sup>74</sup>.

İntiharda olduğu gibi madde bağımlılığında da belli risk grupları vardır. Madde bağımlılığında risk grupları şu şekilde sıralanabilir<sup>75</sup>:

- Gençlik ve ergenlik dönemindekiler.
- Analitik düşünemeyen, analitik eğitimden yoksun bireyler.
- Bilim, etik ve hukuktan uzak bir toplumda yaşayanlar.
- Spor, sanat, hobiler ve sosyal faaliyetlere katılmayanlar.
- Sevgi eksikliği olanlar.
- Gelecek endişesi olanlar.
- Bağımlılık yapan maddeler ve madde bağımlılığı konusunda eğitim eksikliği olanlar.
- Üretkenlikten uzak yaşantı; bar, kumarhane ve kahvehane gibi yerlere gidenler.
- Baskıcı aile, okul ve sosyal çevrede yaşayanlar ve kendini iyi ifade edemeyenler.
- Kendi ve sosyal çevresi ile sağlıklı bir iletişimi olmayanlar.
- Genetik; ailede madde kullanım öyküsü olanlar.

Özellikle intihar için de risk grubu oluşturan gençlik-ergenlik dönemi; cinsiyete dair hormonal değişimlerin en fazla olduğu bir dönemdir. Hormonal artışlar ve bedensel fiziksel değişimler ile beyindeki tepkiler, bireyin bu duruma adaptasyonu, riskli davranışlar göstermeye eğilimli hale getirmektedir. Birey kurallara meydan okumak ister, öfkesini kontrol etmede güçlük yaşar ve riskli davranışlara yönelebilir. Madde bağımlılığı yaşının giderek düşmesi, bu sürecin yeterince iyi yönetilemediği toplumlarda daha çok yaşanmaktadır. Bilim, etik ve hukuktan uzak bir toplum bireylerin sorunlarına çözüm üretmekte yetersiz kalır. Yenilikçi, endüstrileşmiş ve ekonomisi güçlü bir toplum olmakla çağdaş toplum olmak arasında doğrudan bir ilişki bulunamaz. Ekonomisi güçlü ve endüstrileşmiş

---

<sup>74</sup> Davison, G. ve J. Neale (2004). **Anormal Psikoloji**. (Çev: İhsan Dağ). 7. Baskı, İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s. 244-245.

<sup>75</sup> Uzbay, İ. Tayfun (2011). a.g.m., s.1-11.

lkeler olan Amerika BirleŖik Devletleri ve Avrupa lkelerinde madde bağımlılığı daha yüksektir. KarŖısına çıkan maddeye hayır diyebilecek bireyler bilimsel analitik dŖnce ortamında, hukuk ve etik değerlerle yetiŖtirilirler. Sevgi eksikliği de madde kullanma eğilimini artıran nedenlerdendir. Sevgi için en önemli kaynak ailedir <sup>76</sup>.

**Madde Kötüye Kullanımı:** Kültürel kabul olmamasına ve kötü sonuçlarına rağmen bir maddeyi kullanma, madde kötüye kullanım olarak açıklar<sup>77</sup>.

APA tarafından geliŖtirilen ve mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin dördüncü gözden geirilmiŖ baskısı olan DSM-IV'e göre bir yıllık bir süre içerisinde aŖaęıdakilerin en az bir tanesini tekrarlayan birey maddeyi kötüye kullanmıŖ sayılır:

- Madde teminine veya kullanımına ayrılan zaman diğer önemli etkinliklerin ve boŖ zamanın önüne geçer.
- Madde kullanımının tetiklediği ya da sebep olduğu fiziksel ve ruhsal sorunlar olduğu halde madde almaya ve kullanmaya devam etmek.
- Maddenin kullanımı veya bulundurmaya iliŖkin sorunlar yaŖamak (alkol alıp araç kullanarak polise yakalanmak ya da kaza yapmak. zerinde yasaklanan madde yakalatıp yargılanmak gibi).

Madde bağımlısı her birey maddeyi kötüye kullanıyor demektir ancak maddeyi kötüye kullanan her birey madde bağımlısıdır denilemez. Madde bağımlılığı tanı kriterleri Ŗu Ŗekildedir<sup>78</sup>:

- 12 aylık bir süreçte aŖaęıdakilerden üç ya da daha fazlasını sergileyen kiŖi madde bağımlısı olarak kabul edilir.

- Tolerans geliŖmiŖ olması: Aynı oranda alınan maddenin etkisinin azalması ve istenen etki için artan oranda madde alma isteği.
- Yoksunluk geliŖimi: Maddeye iliŖkin yoksunluk ve semptomlardan kaçmak için madde kullanmak.

---

<sup>76</sup> Uzbay, Tayfun İ. (2011). a.g.m., s.1-11.

<sup>77</sup> Uzbay, Tayfun İ. (2015). **Madde Bağımlılığı**. İstanbul: Tıp Kitabevi, 1. Baskı s. 2.

<sup>78</sup> Köroğlu, Ertuğrul (2005). **DSM IV TR, Tanı ltleri, BaŖvuru El Kitabı**, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s. 42.

- Tasarlanılan miktarın ya da zamanın üzerinde madde kullanımı.
- Sürekli olarak madde alımını azaltmak ya da bırakmak istendiği halde çabaların boşa gitmesi.
- Madde temini, kullanımı ve etkilerinden korunmak için çokça çabalamak.
- Madde teminine veya kullanımına ayrılan zamanın diğer önemli etkinliklerin ve boş zamanın önüne geçmesi.
- Madden kullanımının tetiklediği ya da sebep olduğu fiziksel ve ruhsal sorunlar olduğu halde madde almaya ve kullanmaya devam etmek.

### **DSM 5 ile Gelen Değişiklikler:**

APA, 2013 yılında DSM 5'te alkol- madde kullanımı bozukluklarını “bağımlılık bozuklukları” olarak yeniden sınıflandırmış ve bu sınıfta sadece kumar oynama bozukluğu belirtilmiştir. DSM-IV'te maddeye bağlı bozukluklar olarak açıklanan bozukluklar, DSM 5'te madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları olarak açıklanmıştır. Madde kötüye kullanımı ile madde bağımlılığı “madde kullanım bozuklukları” olarak birleştirilmiştir. Ayrıca madde kötüye kullanımında “yasal sorunlar yaşama” ölçütü kaldırılarak yerine “aşırma ya da madde kullanımı için güçlü bir istek ya da dürtü” ölçütü konulmuştur. DSM 5'te madde kötüye kullanımı kavramı; hafif şiddette madde kullanım bozukluğu olarak belirtilmiştir<sup>79</sup>.

## **2.2. BAĞIMLILIK YAPAN MADDELER VE ÖZELLİKLERİ**

İnsanlık tarihi boyunca Sümerlerden Eski Mısır, Roma'dan Eski Yunan'a, Selçuklulardan Osmanlı'ya kadar büyük medeniyetlerden küçük topluluklara hemen her toplumda madde kullanımı vardır. Dini ayinlerden büyücülüğe, rahatlatıcı etkisinden hastalıklara, krallardan filozoflara, tüccarlardan işçilere, devlet

---

<sup>79</sup> Güleç, Gülcan ve diğerleri (2015) ‘DSM5'te Bağımlılık’, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi**. Cilt:7 Sayı:7 4, s. 448-460

çalışanlarına hatta doktorlara kadar bağımlılık yapıcı maddeler geniş bir çerçevede insan hayatında olagelmıştır.

Kafein ve tütünden sonra en fazla kötüye kullanılan madde alkoldür. Alkolün keşfi M.Ö 3000-4000'li yıllara dayanır ve eski büyük medeniyetler olan Eski Mısır, Yunan, Mezopotamya ve Roma gibi uygarlıklarda da kullanıldığı görülür. Alkolün gerginlik ve anksiyeteyi azaltıcı etkisini keşfeden insanlar, alkole kutsal anlamlar bile yüklemişlerdir<sup>80</sup>.

Eski çağlardan günümüze insanın doğa ile bütünleşme ve kendini aşma çabası ile; din, bilim, sanat ve topluma faydalı işlere yaratıcılığını aktarırken, kimi zaman da alkol ve maddeye yönelerek bu yönünü zararlı eylemlerle gerçekleştirmeye çalışır<sup>81</sup>. Bu sebeple ruhsal bilinci etkileyen birçok bitki türü, mantar ve madde çeşitli coğrafyalarda kullanılagelmıştır<sup>23</sup>.

APA'nın yayımladığı DSM-IV'te bağımlılık yapan maddeler 11 kategoriye ayrılmışken, DSM 5'de bu kategori 10'a düşürülmüştür. DSM 5'te kafein kullanım bozukluğu çıkarılarak, yalnızca kafein yoksunluğu açıklanmıştır. DSM 5'te, DSM-IV'e nazaran çoklu madde bağımlılığı yoktur<sup>82</sup>. DSM 5'te bağımlılık yapan maddeler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- Alkol
- Amfetamin veya benzer etkili simpatomimetikler
- Kannabis
- Kokain
- Hallüsinojenler
- İnhalanlar
- Nikotin
- Opiyatlar
- Fensiklidin veya benzer etkili arilsikloheksilaminler

---

<sup>80</sup> Uzbay Tayfun İ (2009). 'Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlılık Yapan Maddeler', **Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi**, Sayı 21-22, s.5-15.

<sup>81</sup> Köknel, Özcan. a.g.e. s.232.

<sup>82</sup>Güleç ve diğerleri, a.g.m., s.448-460.

- Sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler

Bağımlılık yapan maddeler ve özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

### 2.2.1. Alkol

Alkol; Arapça öz anlamında kullanılan *alkühl* kelimesinden türetilerek kullanılmaya başlanılmıştır. Alkol kullanımının insanlık tarihiyle eşdeğer bir geçmişi olduğu bilinmektedir. Eski toplumlarda dinsel törenlerde alkol kullanılmaya başlanmış, Eski Yunan'da alkol tanrısı olarak bilinen *Dionysos* şenliklerinde şarap tüketilmiştir. MÖ 2000'li yıllarda alkolün yapımı ve ticareti ile ilgili Hammurabi yasalarında bilgiler olduğu bilinmektedir. Hipokrat, alkolün zararlarından bahsetmişse de alkolün bağımlılık yapan bir hastalık olarak tanımlanması geçmiş 150 yıllık bir zamanı gösterir. Alkolizm tanımlamasını ilk olarak 1849'te İsviçreli Magnus Huss yapmıştır<sup>83</sup>.

Çoğu dünya ülkesinde alkol almak, sosyal davranış olarak görülür. Bu durum, sarhoşluk, sağlık problemleri ve bağımlılık gibi sosyal sorunların artışında önemli bir risk faktörüdür. Bir yıl ve üzeri bir zamanda bile fazla alkol kullananlarda başta kronik hastalıklar olmak üzere, trafik kazaları ve akut sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır<sup>84</sup>.

Alkol kullanımına bağlı olarak; yoksunluk, alkol zehirlenmeleri, deliryum tremes, Wernicke Korsakof Sendromu ve demans gibi psikotik bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Alkol diğer maddelere göre psikotik rahatsızlıklar riskini 2 kat artırmaktadır. Bu da alkol kullanan bireylerin yaşamları boyunca psikotik rahatsızlıklara yakalanma riskinin normal popülasyona göre ne kadar yüksek olduğunu gösterir<sup>85</sup>.

---

<sup>83</sup> Arıkan, Zehra (2011). **Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı**, Ankara, s.105.

<sup>84</sup>World Health Organization (2016). Health Topics, Alcohol. [http://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/en/](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/). (Erişim Tarihi: 10.06.2016)

<sup>85</sup> Altınbaş, Kürşat ve diğerleri (2007). Madde Bağımlılığı ve Psikoz. **Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi**, sayı: 44, s. 34-40.

### 2.2.2. Amfetamin veya Benzer Etkili Simpatomimetikler

Amfetaminler tıbbi amaçlı kullanılan ilaçlar içerisinde yer almaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite, depresyon ve narkolepsi türü hastalıklarda tedavi amaçlı kullanılır. Bir dönem obezlerde de kullanılmıştır. Dekstroamfetamin, metilfenidat ve metamfetamin, amfetamin türevleridir. Captagon, dexedrine ve ritalin de amfetamin türevi ilaçlardır. Amfetaminler uyarıcı olarak anılır; enerji artışı ve haz verici olması nedeniyle kullanılmaktadır. Burun tıkanıklığı ve iştah azaltmada da kullanıldığı olur. Buharı çekilerek, sigara şeklinde ve damardan alınarak kullanılabilir. Amfetamin benzeri olarak ecstasye sayılabilir. Ağız yoluyla alınan amfetamin hızlı emilerek çabucak etki yapar. XTC ve diğer amfetamin benzerleri dopamin dışında serotonin salınımına da neden olur. Canlılık, mutluluk, coşkunluk verir; dikkat ve performans artırıcı etki yapar. Yoksunluk belirtileri arasında anksiyete, mutsuzluk ve çökkün ruh hali, halsizlik, eylemsizlik, aşırı uyku, baş ağrısı, terleme, mide ve kas krampları sayılabilir. Bu belirtiler, amfetamin alınmadıktan 2-4 günde zirveye çıkarken, bir hafta süreyle devam eder. Amfetamin alındıktan sonra şizofreniye benzer davranışlar ortaya çıkabilir. Amfetamin; şiddetli hipertansiyon, Myokard Enfarktüsü, kalp damar hastalıkları gibi hastalıkları tetikler. Alınan madde miktarına göre titreme, epilepsi nöbeti, bayılma ve ölüme neden olabilir <sup>86</sup>.

Amfetaminler uyarıcı etkisinden ötürü ünlüler, yoğun tempoda çalışanlar ve sporcular tarafından da kullanılabilen maddeler arasındadır.

### 2.2.3. Kannabis

Bilimsel adı Cannabis Sativa olarak anılan esrar; kenevir bitkisinin yaprakları, çiçekleri, tohumları ve saplarından elde edilir. Kokusu ağır, dumanı acıdır. Normal bahçelerde ya da normal doğada da yetişebilir. Tohumu ekilerek elde edilen bir bitkidir. Dişi ve erkek karakterde çeşidi vardır. Esrarın bileşeni THC (Tetra

---

<sup>86</sup> Ögel, Kültekin (2016). **Sigara, Alkol, Uyuşturucu Ve Diğer Bağımlılıklar**, İstanbul: Yeniden Yayınları, s.58. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf>. (Erişim T:15.04.2016)



Hidro Cannabinoid)'dir; sinir hücrelerine etki eder. Uzun süre kullanılırsa sinir hücrelerinin tahrip eder.

Esrarın elde edildiği Hint kenevirine ait ilk bilgilere, M.Ö 2700 yıllarında Çin'de farmakoloji kitabında rastlanmıştır. Uyuşturucu etkisi için bitkinin tepeleri ve yaprakları kullanılır. Yaprakları sarılarak ya da tütüne karıştırılarak içilebilir. 15 ile 30 dakika içerisinde etki eder ve 4 saat kadar bu etki devam eder. Esrar diğer maddeler gibi fiziksel yoksunluk oluşturmaz ancak tolerans geliştirir. Bırakıldığında sinirlilik, iştah azalması ve uykusuzluk gibi sorunlar oluşturabilir. Göz kızarması, ağız kuruluğu, açlık hissi, aşırı terleme, soluk yüz rengi esrar kullananların bedensel özellikleridir. Kullanıldığında önceleri neşe ve enerjik bir hal alan kullanıcıların daha sonra mekan ve zaman algıları farklılaşır. Hayal görme, panik ve korku yaşanabilir<sup>87</sup>.

Esrar tıpta geniş bir alanda; kanser tedavisi sırasında bulantı ve kusmada, genel olarak ağrıların azaltılmasında ve kas gevşetici olarak da kullanılır. Sentetik Kannabinoid ya da Bonzai olarak anılan sentetik esrar; 2004'ten beri en tehlikeli maddedir. Bu madde bitkilere püskürtülerek kullanıma hazır hale getirilmektedir. En hayati konu ise içindeki THC miktarının bilinmemesidir. Ayrıca bir diğer sorun da bu madde bileşenlerinin yasaklanması nedeniyle bileşenlerinin sürekli olarak değiştirilmesidir<sup>88</sup>.

- **Sentetik kannabinoidler**

Ülkemizde ve uluslararası madde bağımlılığında takibi ve rehabilitesi en zor madde türüdür. Dünya genelinde imalatı, ticareti ve kullanımı 2012'ye kadar yasaklanmamıştır. Kimyasal bir takım işlemlerle ve benzer maddelerle yüzlerce çeşidi bulunmaktadır. Böylelikle yasal engellemelere takılmamaktadır. Bitkilere sıkılarak kullanılır ve halk dilinde *bonzai* olarak bilinir. Bileşeni; (THC)'dir ve esrardan 3 kat daha etkilidir. Ölüm korkusu, intihar duyguları, kardiyovasküler ve psikotik rahatsızlıklara neden olur. Yoksunluk belirtileri esrara benzemektedir. Bitkilere sıkılarak emdirilmesi nedeniyle içindeki madde miktarı bilinmemekte, bu

---

<sup>87</sup> Yılmaz, Neslihan (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı Bireysel ve Toplumsal Sonuçları, **Beykent Üniversitesi SBE.Yüksek Lisans Tezi**. s.39.

<sup>88</sup> Kılıç, Fatma S. (2016). Bağımlılık ve Uyarıcı Maddeler, **Osmangazi Tıp Dergisi**. Cilt 38, Özel Sayı 1, s. 57-58.

da ölüm riski oluşturmaktadır. En önemlisi ise içerisindeki kimyasallar nedeniyle kanserojen etki yapmaktadır<sup>89</sup>.

#### 2.2.4. Kokain

Peru ve Bolivya coğrafyasında koka ağacı yaprağının ezilmesiyle çıkan sıvıdan elde edilir. Dünyada en çok Amerika'da kullanılır. Psikolojik bağımlılık yapar; ilk kullanıldığı zamanlar enerji ve keyif verirken uzun süreli kullanımlarda; halsizlik, iştahsızlık, huzursuzluk, hissizlik, vücutta karıncalanma ve çaldırma hissi gibi duygulara neden olur<sup>90</sup>.

Merkezi sinir sistemini uyarıcı olarak etkileyen kokain, ilk kez Alman kimyager Albert Nieman tarafından koka yapraklarından elde edilerek yapılmıştır. Ülkemizde kokain yetiştirilememektedir bu sebeple kaçakçılık şebekelerince temin edilir. Yetiştirilmesine elverişli ılıman iklim koşulları nedeniyle dünyada en çok Güney Amerika'da And Dağları boyunca yetiştirilir. Ücreti yüksek olması sebebiyle daha çok geniş maddi imkanlara sahip bireylerin kullandığı madde türüdür<sup>91</sup>.

#### 2.2.6. Hallüsinojenler

Bağımlılık yapan maddelerin en etkileyicisi olan halüsinojenler; farkındalığı, bilinci, duyuları ve hafızayı etkileyerek insanı başka bir aleme taşır. Duyular; algılar ve zaman algısını çarpıtarak kişinin ruh dünyasını değiştirir. Öforik ya da depresif duygu durumu yapabilir ve algıyı değiştirdiği için kazalara neden olabilir. Bu yüzden tıp biliminde kullanılmaz. Doğal ya da laboratuvar ortamında elde edilebilir. Örneğin; meskalin doğal kaktüsten, psilocybin mantardan elde edilirken, LSD (Lysergic Acid Diethylamide) sentetik maddelerden edilir. Esrar halüsinojen etki yapar ancak yatıştırıcı ve uyarıcı etkileri de olduğundan halüsinojenlerden sayılmaz. Peyote

---

<sup>89</sup> Mercan, Selda (2015). Yeni Nesil Psikoaktif Maddelerin Tanımı, Sınıflandırması, Temin Yöntemleri Ve Etkileri, **Türk Toksikoloji Derneği Bülteni**, Sayı 40, s.15-20.

<sup>90</sup> Derdiman, R. Cengiz (2006). Uyuşturucu Maddeler Hakkında Genel Bilgi ve Uyuşturucu Maddelerle Mücadele Esasları, **Akademik Araştırmalar Dergisi**, Sayı 28, s.103-122

<sup>91</sup> Babuna, Cahit (2009). **Uyuşturucu-Bağımlılık Afeti ve Sorunları**. 1. Baskı, İstanbul: Karakutu Yayınları, s.228.

kaktüsünden elde edilen Mescaline Kızılderililerce halüsinatif etkisi yanında soğuk algınlığı, ağrılarda, şeker hastalığında, romatizma ve zatürre tedavisinde de bu maddeden faydalanmışlardır. Psilocybin mantarı pek tercih edilmeyen bir madde türüdür ve zehirli mantarlara benzemesi nedeniyle ölümlere de neden olmuştur. LSD 1938'de kimyager Albert Hoffman ve W. A. Stoll tarafından bulunmuş ve etkileri net olarak açıklanamamaktadır. Nedeni ise etkisinin kişiden kişiye değişmesidir<sup>92</sup>.

Ülkemizde halüsinojenler diğerlerine nazaran çok az kullanılmış olsa da son zamanlarda bu maddeye olan talep artmıştır. Özellikle LSD en çok kullanılan halüsinojenler arasındadır. Sedatif- hipnotik ve anksiyolitik ilaç türleri de hem kaçak yollardan hem de doktorlar tarafından tıpta kullanılır hale gelmiştir. Bu tür ilaçlara benzodiazepin ve barbitüratlar örnek verilebilir. Bu maddeler, öfkeli ve patolojik davranışlar, yargılama, duygudurum, bellek ve dikkat bozukluğuna sebep olur. Aşırı alımlarda koma ve ölüme neden olabilir. Yoksunluğunda ellerin titremesi, bulantı-kusma, uyku problemleri, sanrılar ve kaygı gerçekleşebilir<sup>93</sup>.

### 2.2.6. İnhalanlar

Benzol, tiner, eter, kloroform, toluen gibi çeşitli maddelerdir. Sakinleştirici, öforik etki ve gevşeme hissi verir. İçerik olarak toksik maddelerdir ve bu maddeyi kullananlarda madde kullanımına bağlı ölüm olayları çok görülür. Ölüme sebebiyet vermesi, solunumu yavaşlatması ve kalp ritim bozukluklarına sebep olması dolayısıyla tehlike boyutu hayli yüksektir. Khat, Doğu Afrika ve Yemen çevresinde Catha odulis bitkisi yaprakları çiğnenerek kullanılır. Etkisi amfetamine benzemektedir<sup>94</sup>.

Bu maddeler normal sıcaklıklarda hızlıca buharlaşır, burundan ya da ağızdan çekilerek kullanılırlar. Vücuttaki etkileri diğer maddelere göre daha hızlı başlar ve tolerans geliştirme düzeyi yüksektir. Kötüye kullanımın yanında kimya, lastik, boya,

---

<sup>92</sup> Işık, Mehmet (2013). Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim. 1. Baskı, Ankara: Sage Yayıncılık, s.45-50

<sup>93</sup> Beyazyürek ve Tulga, a.g.m. s.50-56.

<sup>94</sup> Uzbay, İ. Tayfun (2011). 'Bağımlılık Yapan Maddeler ve Özellikleri', **Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi**, Sayı:6, s.16-33.

plastik, saç boyası ve deodorant üretiminde de kullanıldığından, çalışan sağlığı açısından gerekli önlemlerin alınacağı bir iş ortamının sağlanması önemlidir<sup>95</sup>.

### 2.2.7. Nikotin

Nikotin, tütünün içeriğindeki koyu ve acı bir maddedir. Tütünün 4000 yıllık bir geçmişi olduğu bilinir. Amerika'yı keşfeden Christophe Colomb, kıtada yaşayanlardan gördüğü tütünü Avrupa'ya getirmiştir. Osmanlı Devleti'nde de tütün kağıda sarılarak içilmeye başlanmış, yine sigara sarma makinesi yapılması tütün kullanımını artırmıştır. Tütünün içeriğinde nikotinin yanında karbonmonoksit ve katran gibi maddeler de vardır. Tütünün kanser yapma riski, katran maddesinden kaynaklanır. Tütün genelde akciğer; kan damarları ve iç organlarda tahribat yapar. Solunum bozukluğu, iştah azalması, ve damar tıkanıklığı yapar. Kalp; akciğer ve periferik damar tıkanıklıklarına neden olur. Kalp hastalıklarından kaynaklı hayatını kaybedenlerin %30'u tütün kullanımına bağlıdır. Akciğer kanseri olanların %80-90'ı tütün bağımlıdır. Nikotin normalde zehirdir ve dumanı çekilerek kullanıldığı için karaciğerde hızlıca metabolize olduğundan zehirlenmeye neden olmaz. 60 mg nikotin öldürücü etki yapar ve normalde bir sigarada ortalama 0,5 mg nikotin vardır. Nikotin 2 saate kadar alınmazsa yoksunluk ortaya çıkar. Alınmadığında gerginlik, titreme, öfke, uykusuzluk, düşük tansiyon, ve adale kasılmaları gibi etkiler yapar. En çarpıcı olanı ise yapılan çalışmalar, sigara içenlerde kokain bağımlılığı riski 22, esrar bağımlılığı olma riski 8 kat fazla olduğunu göstermektedir<sup>96</sup>.

### 2.2.8. Opiyatlar

Morfin, heroin (eroïn) ve diğer opioid türü ilaçlardır. Bağımlılık şiddeti ve yeniden başlama riski çok yüksektir. 1-2 haftada bağımlılık yapar ve bazı

---

<sup>95</sup>Akgür, Serap A. ve Hakan Coşkunol (2014). **Bağımlılık Yapan Maddeler ve Toksikoloji**, İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları No.3. s.196-197.

<sup>96</sup> Çetinoğlu, Caner ve diğerleri (2013). Bağımlı mıyız. **Başkent Üniversitesi 16. Öğrenci Sempozyumu Bildirisi**. <http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/600/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmmpznm15/15.P1.pdf>. (Erişim Tarihi:13.06.2016).

çalışmalarda yoksunluk belirtilerinin, morfinin ilk kullanımdan sonra fiziksel bağımlılığı başlattığı iddia edilmektedir. Sürekli bu maddeyi kullanan bağımlılarda doz normal günlük dozun 125 katına kadar artabilir. Morfin ve eroinde kullanımdan 8–10 saat sonra yoksunluk başlar. Kronik yoksunluğu 26–30 hafta sürebilir. Eroin kullananlarda aşırı doz sonucu ölümler yaşanabilmektedir.

Opiyatlar, morfin ve vb. maddelere eşdeğer kimyasalların laboratuvar ortamında sentezlenerek kullanılan maddelerdir. Opioidler'in M.Ö. VI. yüzyılda ilk kez üretiminin yapıldığı bilinir. İlk opiyum bilgileri, M.Ö 3400'lü yıllara ait Sümer tabletlerinde verilmiştir. Bu tabletlerde opiyum maddesi mutluluk ve keyif veren bitki olarak anlatılmıştır. Yine M.Ö. VII. yüzyılda Asurlular'a ait kalıntılarda da opiyatlar hakkında bilgi edinilmiştir. Afyon grubu maddeler merkezi sinir sistemi üzerinde ağrıları dindirebilen maddelerdir. Afyon; haşhaş bitkisi kapsülünden çıkan süt benzeri suyundan elde edilir. Haşhaş her yıl tohumdan yetiştirilen bir bitki türüdür. Yetişen haşhaş bitkisinde, küçük bir kapsül büyür ve bu opiyum kapsülü uyuşturucu özellikte değildir. Bu kozanın yağı çıkarılarak yemeklerde kullanılabilen haşhaş yağı elde edilebilir, tohumları pasta ve çöreklerde de kullanılabilir, hayvan yemi için küspe olarak da kullanılabilir. Eroini ise 1898'li yıllarda aspirini de icat eden Heinrich Dreser bulmuş ve Bayer ilaç firmasıyla ilaç haline getirilmiş ve ağrı kesici olarak yıllarca satışı yapılmıştır. 1924 yılından sonra yasaklanan maddeler kapsamına girmiştir <sup>97</sup>.

### **2.2.9. Fensiklidin veya Benzer Etkili Arilsikloheksilaminler**

Barbituratlar, metakolon, benzodiazepinler, mebrobamat, glutetimid, kloralhidrat, paraldehid, etklorvinol, metprilon, ve bazı anestetikler bu gruba dahildir. En çok kullanılanları, benzodiazepin ve barbiturat türü maddelerdir. Opiyatlara oranla daha çok tercih edilir. Kısa süreli fazla kullanımda kas tonusu, motor bozukluk, vertigo, ataksi, hafıza bozukluğu, paranoid etkiler, ajitasyon, dezoryantasyon, affekt ve öfke patlamaları görölür. Solunum ve dolaşım sorunlarına bağlı sağlık sorunları ortaya çıkabilir. Aşırı kullanımda solunum durması hayati

---

<sup>97</sup> Uzbay, a.g.e. s.125-136.

sonuçlar doğurabilir. Uzun süreli sedatif kullanımında çok fazla psikolojik ve fiziksel yeti kaybı olması nedeniyle iyileşme zordur<sup>98</sup>.

Diazepam ve Temazepam türü feniksilinler genelde reçeteli ilaçların kötüye kullanılmasıyla oluşur. Enjektör yoluyla madde kullananların yaklaşık % 70'i en az bir kez temazepam kullanır. Enjektör yoluyla kullanımda enjeksiyonun arter içi yapılmasına bağlı böbrek hastalıkları ortaya çıkar ve kullananların % 20'sinde böbrek yetmezliği başlar. Kötüye kullanımını engellemek için katı jel olarak üretilmesine karşın, jeli fırında eriterek enjekte eden kullanıcılar vardır. Günümüzde sadece tablet olarak üretilir ve bu yolla enjekte edilmesi önlenmeye çalışılmaktadır<sup>99</sup>.

### 2.2.10. Sedatifler, Hipnotikler ve Anksiyolitikler

Bu gruptaki maddeler genellikle gerginliği azaltan ve uyku tetikleyici olmaları sebebiyle tıpta ilaç olarak kullanılırlar. GABA (Gamma Amino Bitürik Asit) nöronlarını etkilerler; kullanım sonrası sarhoşluk ve öfori duygu durumu oluşturur. Aşırı alımlarda koma, sedasyon ve depresyona sebep olabilir. Yoksunluğunda psikoz ve halüsinasyon ortaya çıkabilir. Uzun süreli kullanımda kalıcı etkiler bırakmasa da kısa süreli hafıza bozulmaları ve dikkat kaybı ortaya çıkabilir. Yüksek dozda koma, deliryum ve respiratuar depresyon yapabilir<sup>100</sup>.

## 2.3. MADDE BAĞIMLILIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Örgütü (UNODC) 2007 Raporu'nda; son yıllarda, doğal madde kullanımını aynen devam ederken çok daha tehlikeli ve testleri yapılmayan karıştırılmış (tasarım) maddelerin kullanıldığını rapor etmiştir<sup>101</sup>.

---

<sup>98</sup> Sağkal, Tülay (2005). Alkol Ve Madde Bağımlılarında Öğrenilmiş Güçlülüğün İncelenmesi. **Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi**. s.59

<sup>99</sup> Küçük, Mehmet (2014). Madde Kullanımına Bağlı Böbrek Sorunlarına Genel Bakış. **Okmeydanı Tıp Dergisi**, Sayı 30, Ek sayı 2, s.104-109.

<sup>100</sup> Örken, Cihat ve Mustafa Emin Tavşanlı (2014). Madde Bağımlılığının Nörolojik Etkileri. **Okmeydanı Tıp Dergisi**, Sayı 30, Ek sayı 2, s.110-114.

<sup>101</sup> United Nations Office On Drugs And Crime, **World Drug Report 2007**. [http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06\\_fullreport.pdf](http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06_fullreport.pdf). (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

2013 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre esrar, eroin ve kokain gibi maddelere olan ilginin, tıpta kullanılan sentetik maddeler ve yeni bir takım maddelere kaydığını bildirmektedir<sup>102</sup>.

Ülkemizde ise TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) 2014 raporuna göre, sentetik madde kullanımı 2011 yılından beri yaklaşık olarak 17 kat artmıştır. Bu durum dünya genelindeki sentetik madde kullanımı artışına benzer şekilde ilerlemektedir<sup>103</sup>.

UNODC 2016 Raporu'na göre ise dünya genelinde madde kullanımı giderek artmaktadır. Tahminen 29 Milyon insanın madde bağımlısı olduğu, 15-64 yaş arası nüfusun %5'lik kısmı olan 247 Milyon kişinin ise en az bir kez madde kullandığı, bağımlı bireylerden yalnızca 6 kişiden 1'inin tedavi olabildiğini ve madde kullanımına bağlı 207.400 kişinin hayatını kaybettiğini bildirmiştir. Madde kullanımına bağlı ölümler sırasıyla en çok Asya (85.900), Amerika (52.500) ve Afrika (39.200) kıtasında görülmektedir. Bir önceki yıl hazırlanan rapora göre, bağımlı sayısı yaklaşık 2 milyon, en az bir kez madde kullanan birey sayısı ise 1 milyon kişi artmıştır. Madde kullanımına bağlı ölümler ise aynı seviyelerde kalmıştır. Madde bağımlısı 29 milyon kişinin 12 milyonu damar yoluyla madde kullanmakta; 6 milyon kişi ise Hepatit-C ve 1.6 milyon kişi ise HIV hastasıdır. Raporda erkeklerin uyarıcı türü madde kullanırken kadınların sakinleştirici türü madde kullandığı bilgisine yer verilmiştir. Dünyada en çok kullanılan madde tahmini olarak 183 milyon kullanıcıyla esrardır. Dünya geneli yakalanan maddelerin yarısından fazlası esrardır. Esrarı 33 milyon gibi bir rakamla amfetamin, 19 milyonla ekstazi ve 17.4 milyonla kokain takip etmektedir. Rapordaki en çarpıcı durum ise madde ticaretinin internet ortamına kaymasıdır. Ticareti yapılan bağımlılık yapıcı ekstazi cinsi maddelerin yaklaşık olarak %40'ı esrarın %25'i, hallüsinojen türü olan LSD'lerin %30'unun internetten satıldığı bildirilmektedir<sup>104</sup>.

Ülkemizde TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) madde kullanım sıklığı, risk ve madde bağımlılık ile mücadele politikaları

---

<sup>102</sup> United Nations Office On Drugs And Crime, **World Drug Report 2013**. [https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf). (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

<sup>103</sup> Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2014). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, TUBİM 2014 Raporu.

<sup>104</sup> United Nations Office On Drugs And Crime, **World Drug Report 2016**. <http://www.unodc.org/wdr2016/> (Erişim Tarihi:01.07.2016).

oluşturmak üzere kurulmuştur. 2011 yılında yapılan bir çalışmada yaşam boyu madde kullanma oranı %2.7 olarak belirlenmiş; esrar, uçucu maddeler, uyarıcılar ve eroin en çok kullanılan maddeler arasında yer almıştır. 2012 yılında madde kullanımı sonucu hayatını kaybedenlerin sayısı 162 iken 2013 yılında bu sayının 232 olduğu görülmektedir. 2013 yılında madde kullanımı sonucu hayatını kaybedenlerin %97'sinin erkek, %3'ünün ise kadın olduğu, ortalama yaşlarının ise 31.1 olduğu bildirilmiştir. Yine 2013 verilerinde en çok madde kullanan yaş aralığının 25-29 olduğu ancak ilk kez madde kullanma ve bağımlı olma yaşının ise 15-24 olduğu görülmektedir. Ülkemizde de esrar dünya genelinde olduğu gibi en çok kullanılan madde türü olmaktadır. Ülkemizde sentetik madde kullanımı ise 2011 yılından beri yaklaşık olarak 17 kat artış göstermiştir. Bu durum dünya genelindeki sentetik madde kullanımı artışına benzer şekilde ülkemizde de sentetik madde kullanımının katlanarak arttığını gösterir<sup>105</sup>.

Ülkemize sentetik madde temini ise banyo tuzu, gübre, koku giderici tütsü, havuz malzemesi ve temizleyicisi gibi maddelerin ithalatıyla sağlanmaktadır<sup>106</sup>.

## **2.4. MADDE KULLANIMINI AÇIKLAYAN KURAMLAR**

Bu bölümde psikodinamik, psikososyal, davranış ve genetik kuramı olmak üzere madde kullanımını açıklayan kuramlar incelenmiştir.

### **2.4.1. Psikodinamik Kuram**

Madde kullanımı psikodinamik açıdan mastürbasyon benzeri bir eylem, eşcinsel dürtülerle savunma veya oral geçmişin bir yansımasıdır. Son psikodinamik görüşe göre ise depresyon ve bozulan ego fonksiyonlarının madde kullanımı ile ilişkisi baz alınır. Madde kötüye kullanımı psikoseksüel gelişimin oral dönemine regresyonu değil, uyum ve korunuma dönük bir eylemdir. Madde kullanımı;

---

<sup>105</sup> Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2014). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, TUBİM 2014 Raporu.

<sup>106</sup> Adli Tıp Kurumu (2013). **Yeni Nesil Psiko-Aktif Maddeler Sempozyum Programı**. s.1-15.



suçluluk, öfke ve utanç gibi duygulara karşı, savunma mekanizmalarını güçlendirmek için kullanılır. Bunun yanında erken dönem gelişim dönemi bozukluklarından kaynaklanan eksikliklerle, ebeveynlerini içselleştirmede oluşan aksaklıklar da madde kullanımını tetikler. Madde kullanan kişiler sakinleşmek, impuls kontrol ve benlik saygısı (*self-esteem*) gibi durumlarda zorluk yaşarlar. Çocukluk çağı düzensizlikleri olanlar madde kullanarak kendilerini tedavi ettiklerini düşünürler. Yine yapılan araştırmalar, madde bağımlılığı ile kişilik bozuklukları arası ilişkiyi doğrular niteliktedir<sup>107</sup>.

Bağımlılık yapan maddeler alındığında cinsellik yaşanırken oluşan bedensel ve ruhsal değişimler olur. Kullanılan maddenin cinsel doyum sağlayıcı etkisi, madde kullananlarda cinselliğin azalmasına neden olur. Bu nedenle madde, her türlü davranış, güdü ve isteğin tek nedeni olur<sup>108</sup>.

#### 2.4.2. Psikososyal Kuram

Alkol ve madde bağımlılığının temel nedenlerinden biri ailedir. Aile içi bağımlılık öyküsü çocukların bağımlılık geliştirmesinde önemlidir. Sosyal Öğrenme modeline göre ise kültür, madde kullanımı yaygınlığını belirleyen en önemli öğedir. Maddenin erişilebilirliği, sınırlamalar ve madde kullanımına ilişkin politikalar sosyal açıdan değerlendirilir<sup>109</sup>.

Madde kullanımı ile aile ve toplum arasındaki ilişkiler oldukça önemlidir. Ancak aynı zor koşullar altında ve aynı sosyo-ekonomik şartlarda yaşayan bireylerin hepsi madde kullanmamaktadır. Bu durum da bize sosyal koşullar yanında, diğer koşulların da madde bağımlılığını etkilediğini gösterir.

---

<sup>107</sup> Tosun, Musa (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış, **Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu**, s. 201-220.

<sup>108</sup> Köknel, Özcan. a.g.e. s.83.

<sup>109</sup> Yıldız ve diğerleri (2011). **Madde Bağımlılığı**, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları, s. 58.

### 2.4.3. Davranış Kuramı

Kişilik ve davranışların oluşmasında davranışlar önemlidir. Koşullanmış tepkiler insan hayatında yararlı ve zararlı yaşantıların öğrenilmesinde rol oynar<sup>110</sup>.

Maddenin öforik, gerginliği azaltıcı, ruhsal ve bedensel işlevi artırıcı etkisi, davranışsal bazda pozitif pekiştirici etki yapar. Hatta yoksunluk sendromu bile pozitif pekiştirici olarak görülebilir<sup>111</sup>.

Madde alan birey önceleri maddenin keyif verici etkisiyle haz almakta ve keyif almak için madde almayı sürdürürken sonrasında madde almadığında ise bu kez ortaya çıkan yoksunluğu azaltmak için madde alma davranışını gerçekleştirdiği düşünülebilir.

### 2.4.4. Genetik Kuramı

Alkol dışında bağımlılık yapan maddelerin çoğunda bu maddelerin etkilerini gerçekleştiren özel nörotransmitter reseptörleri vardır. “Tolerans” ve “yoksunluk” denilen kavramların da maddenin beyinde oluşturduğu nöro-adaptif değişimler sonucu madde alımı ile geçici zihinsel değişimlere karşı olduğu bilinmektedir. Örneğin; alkol beyindeki GABA nöronlarına etki edip, GABA nörotransmisyonunu artırarak beyinde bu durumu dengelemeye dönük değişiklikler gerçekleşir. Böylece aynı etki için giderek artan oranda madde alma isteği olan tolerans gelişmiş olur. Madde kesildiğinde ise yine beyinde GABA nöronlarında değişimler sonucu da yoksunluk ortaya çıkar<sup>112</sup>.

---

<sup>110</sup> Köknel (1983), a.g.e., s.128.

<sup>111</sup> Uzbay (2015), a.g.e., s.16.

<sup>112</sup> Tosun, a.g.m., s.201-220.

## BÖLÜM III

### İNTİHAR VE MADDE BAĞIMLILIĞI İLİŞKİSİ

Bu bölümde intihar ve madde bağımlılığı hakkında yapılan çalışmalara, uygulama yöntemine, analiz bulgu ve sonuçlarına yer verilmiştir.

#### 3.1. İNTİHAR VE MADDE BAĞIMLILIĞI HAKKINDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Özellikle yabancı literatürde intihar ve madde bağımlılığı ilişkisini inceleyen çok sayıda araştırma yer almaktadır. Bu çalışmalardan Newcomb ve Bentler (1988) ve McWhirter (2004) uyuşturucu kullanımı ve intihar riski arasındaki ilişkiyi incelemiş ve benzer sonuçlara ulaşmışlardır. Çalışmalarda, uyuşturucu kullanımının üniversite öğrencileri arasında intihar riski açısından önemli bir belirleyici olduğu ve intihar riskini arttırdığı sonucuna varmışlardır. Uyuşturucu kullanımının gençlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği; yalnızlık, depresyon ve intihar düşüncesi gibi psikolojik olumsuz etkilere yol açarak intihar riskine yol açtığı bulgusu elde edilmiştir<sup>113 114</sup>.

Brener ve arkadaşları (1999) ve Browsey ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmalarda da madde kullanımının (esrar ve diğer uyuşturucu maddeler) gençlerin ruh sağlığı üzerine etkileri incelenmiştir. Araştırma sonuçları; uyuşturucu

---

<sup>113</sup> Newcomb, M. D. ve P. M. Bentler (1988). "Impact Of Adolescent Drug Use And Social Support On Problems Of Young Adults: A Longitudinal Study", **Journal of Abnormal Psychology**, Vol 97, No 1, p. 64-75.

<sup>114</sup> McWhirter, J. J., B.T. McWhirter, E. H. McWhirter ve R.J. McWhirter (2004). **At risk Youth. A Comprehensive Response** (3th ed). Pacific Grove, CA: Thomson Brooks/Cole.

kullanımının, gençlerin pek çok alanda sorunlar yaşamasına ve normal bir hayat ile neredeyse tüm bağlarını koparmasına sebep olduğunu ortaya koymuştur<sup>115 116</sup>.

Wilcox ve arkadaşları (2004) ile Borges ve arkadaşları (2000) da alkol ya da uyuşturucu sorunları olanların toplumda genel nüfusa göre ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiş, bunun yanında kasıtsız aşırı doz ve intihar eğiliminin de ölüm oranlarındaki artışa sebep faktörleri olduğunu ifade etmişlerdir. Yaptıkları benzer çalışmalarda ölümcül olmayan aşırı doz ya da intihar girişimlerinin de madde bağımlılığı yaşayan bireyler arasında daha yaygın olduğu belirtilmiştir<sup>117 118</sup>.

Bohnert ve arkadaşları (2011), yaptıkları çalışmada ölümcül olmayan aşırı doz ve intihar eğilimleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmanın amacı bağımlılık tedavisi almak isteyen yetişkin bireyler arasındaki ölümcül olmayan aşırı doz alımı ile intihar girişimleri arasındaki bağıntıyı incelemektir. Çalışmada Amerika'da bağımlılık tedavisi gören 5892 kişiden oluşan bir örneklem kullanılmıştır. Araştırmada Multinomial Lojistik Regresyon modeli ile; (tek başına intihar girişimi, tek başına aşırı doz ve her ikisi de ayrı ayrı değerlendirmek suretiyle, demografik özellikler ve tedavi ilişkisi düzeltilerek, geçmiş intihar hikayeleri ve ölümcül olmayan aşırı doza bağlı olarak, şiddet, enjeksiyonla madde alımı, belirli maddelerin kullanımı ve depresif belirtiler şeklinde dört değişkenle test yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; cinsel ve fiziksel mağduriyet aşırı doz alımı olsun ya da olmasın intihar girişimi ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmaya göre depresif semptomların intihar girişimleri ile çok daha güçlü bir ilişkisi söz konusudur. Diğer taraftan damardan ilaç alımı, aşırı doz olsun ya da olmasın intihar girişimi ile ilişkilendirilmiştir. Marijuana kullanımı için tedaviye başvuranların aşırı doz veya intihar eğilimlerinin daha düşük olduğu görülmüşken (ORs 0.39–0.67), eroin kullananların aşırı doz eğilimi ise daha yüksek bulunmuştur(OR = 1.46). Birden fazla madde kullanımı ile gelenlerde aşırı doz ve intihar girişimi ilişkisi birlikte bulunmuşken; tek başına intihar eğilimi bulunmamıştır. Bulgular intihar ve aşırı

---

<sup>115</sup> Brener, N. D., S.S. Hassan ve L.C. Barrios (1999). "Suicidal İdeation Among College Students In The United States", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol 67, No 6, p. 1004–1008.

<sup>116</sup> Borowsky, I, W., M. Ireland ve M.D. Resnick (2001). "Adolescent Suicide Attempts: Risks And Protectors". **Pediatrics**, Vol 107, No 3, p. 485–498.

<sup>117</sup> Wilcox, H.C., K.R. Conner ve E.D. Caine (2004). "Association of Alcohol And Drug Use Disorders And Completed Suicide: An Empirical Review Of Cohort Studies", **Drug and Alcohol Dependence**, Vol 76 (Suppl.), p.11–19.

<sup>118</sup> Borges, G., E.E. Walters ve R.C. Kessler (2000). "Associations of Substance Use, Abuse, And Dependence With Subsequent Suicidal Behavior". **Am. J. Epidemiol**, Vol 151, p. 781– 789.

dozun belirgin sorunlarla bağlantılı olduğunu. Özellikle zayıf psikolojik durum ve farklı madde ile ilişkili problem yaşayan bireylerde etki belirgindir<sup>119</sup>.

Diğer taraftan Darke ve arkadaşlarının yaptığı farklı çalışmalar, yüksek depresyon düzeyinde olanlar, daha önce saldırganlık veya mağduriyet hikayesi olanlarla yüksek seviyede kişilerarası stres yaşayanlarda intihara girişim veya intihar riskinin yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde çoklu madde kullanan popülasyon içinde aşırı doz çalışmalarında damardan madde alımı, alkol kullanım dönemleri, günlük yaşam problemleri ya da sağlık problemlerinin ölümcül veya ölümcül olmayan aşırı doz kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan madde kullanıcılarında geçmişte intihar girişimi olanlarla ölümcül olmayan aşırı doz alımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur<sup>120 121</sup>.

Pompili ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada; epidemiyolojisi, komorbidite ve önleyici programlara odaklanmak suretiyle, ergenler arasında madde bağımlılığı ve intihar riski arasındaki ilişkilere ait literatürü gözden geçirmişlerdir. Çalışma 1980 -2011 yılları arasında Pubmed/Medline, Scopus, PsycLit and PsycInfo da yayınlanmış olan tüm kitap bölümü ve makaleleri taramıştır. İntihara kalkışan veya intiharı gerçekleştiren madde bağımlısı ergenler, duygu durum bozuklukları olan, stresli bir yaşama sahip, kişilerarası problemler yaşayan, zayıf sosyal destek alan, yalnız yaşayan ve umutsuzluk içinde bireyler şeklinde karakterize edilebilir. Çalışma madde bağımlılığı ile intihar arasında güçlü bir ilişki olduğunu destekler niteliktedir. Önleyici programların intihar ile ilişkili risk faktörlerinin önlenmesine dayalı olarak hazırlanması gerekli görülmektedir. Yönetim programlarında eşler arası eğitim, okul tabanlı programlar, psikoterapi ve farmakolojik tedaviler gibi farklı tedavi stratejilerin birleştirilerek uygulanmasının faydası üzerinde durulmuştur. Kanıtlar, önleyici programların intihar eğilimi ve madde bağımlılığını azalttığını işaret etmektedir<sup>122</sup>.

---

<sup>119</sup> Bohnert, A.S.B., K.M. Roeder ve M.A. Ilgen (2011). "Suicide Attempts and Overdoses Among Adults Entering Addictions Treatment: Comparing Correlates in a U.S. National Study", **Drug and Alcohol Dependence**, Vol 119, p. 106– 112

<sup>120</sup> Darke, S., J. Ross ve W. Hall (1996). "Overdose Among Heroin Users in Sydney, Australia. I. Prevalence and Correlates of Non-fatal Overdose" **Addiction**, Vol 91, p. 405–411.

<sup>121</sup> Darke, S., J. Ross, M. Lynskey ve M. Teesson, (2004). "Attempted Suicide Among Entrants To Three Treatment Modalities For Heroin Dependence In The Australian Treatment Outcome Study (Atos): Prevalence And Risk Factors". **Drug and Alcohol Dependence**. Vol 73, p.1–10.

<sup>122</sup> Pompili, M. ve arkadaşları (2012). " Substance Abuse And Suicide Risk Among Adolescents", **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, Vol 262, p. 469–485

Köknel, çalışmalarında madde kullanımının birçok psikolojik görüşte intihar etme ve zamanla gelişen kendine karşı yıkıcı güdüler olarak gördüğünü ifade etmiştir<sup>123</sup>.

Kurt (2015) yaptığı çalışmada; ilaç kullanımı, internet bağımlılığı, cinsiyet ve alkolün intihar riski üzerine doğrudan ve dolaylı etkilerini inceleyerek, üniversite öğrencileri arasında intihar riski faktörlerini belirlemeyi amaçlamıştır<sup>124</sup>. Araştırmanın örneklemini, 2011-2012 öğretim yılında Üniversite'de öğretim gören 975 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmada, veri toplama aracı olarak Risk Davranışları Ölçeği ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin intihar riski üzerine etkilerini görebilmek için Regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar, üniversite öğrencilerinin intihar riskinin uyuşturucu kullanımı ve internet bağımlılığı ile açıklanabildiğini; cinsiyet ve alkol kullanımının doğrudan anlamlı bir etkisinin olmadığını ancak dolaylı etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlara göre, üniversite öğrencilerinin intihar riski diğer risk davranışları ile öngörülebilir.

Dilbaz ve Aytakin (2003), alkol bağımlılığında intihar düşüncesini inceledikleri makalede, alkol ve madde bağımlılarının yaklaşık %25'inin intihar ettiklerine ve alkol ve madde bağımlılığının intihar yatkınlığını arttırdığına dikkat çekmiştir. Çalışmada alkol bağımlısı hastalarda intihar girişim sıklığı, intihar girişiminin özellikleri, hastalarda intihar düşüncesi ve intihar davranışı araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, alkol bağımlısı hastalarda intihar girişimi oranı %26 olarak bulunmuş, ilaç ve madde kullanımı ile intihar girişiminin sık gerçekleşen bir olay olduğu ortaya çıkmıştır<sup>125</sup>.

Balcıoğlu ve Abanoz, madde kullanan 298 birey üzerinde yapılan araştırmada; %67'sinde intihar düşüncesi; %30'unda bir kez intihar, %25'inde ise birden fazla intihar davranışı gerçekleştiğini ifade etmiştir<sup>126</sup>.

---

<sup>123</sup> Köknel (1983), a.g.m., s.87.

<sup>124</sup> Kurt, Dilek Gençtanırım (2015). "Suicide Risk in College Students: The Effects of Internet Addiction and Drug Use", Educational Sciences: Theory and Practice, Vol 15, No 4, p. 841-848.

<sup>125</sup> Dilbaz, Nesrin ve Yafer Aytakin (2003). Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı Ve Niyeti, **Bağımlılık Dergisi**, Cilt: 4, Sayı: 1, s.1-9

<sup>122</sup> Balcıoğlu, İbrahim ve Yeşim Abanoz (2009). Madde Bağımlılığı, İntihar ve Sanık Psikolojisi, **Dirim Tıp Dergisi**, Sayı 1, s.15-20.

<sup>123</sup> Koyuncu, Ayşe (2001). Madde Bağımlılığında İntihar Eğiliminin Değerlendirilmesi, **İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**.

Koyuncu (2001), madde bağımlılarında intihar eğilimlerini araştırmak için Balıklı Rum Hastanesinde yatmakta olan alkolden farklı madde kullanan 100 bağımlı üzerinde yaptığı çalışmada; madde bağımlısı bireylerden kendisine zarar verenlerin %55, intihar düşüncesi taşıyanların %70, intihar etmeyi planlayanların %68 olduğu ve yine madde bağımlılarının %27 oranında intihar geçmişinin olduğu sonucuna ulaşmıştır<sup>127</sup>.

Tarı ve Ziyalar, makalelerinde sokakta yaşayan insanlarda intihar ve uçucu madde bağımlılığı ilişkisini incelemiştir. Çalışmanın örneklemini 30 sokak çocuğu oluşturmaktadır. Bu sokak çocuklarının tümü uçucu madde bağımlısıdır. Çalışmada 14 intihar girişiminde bulunan ve 16 intihar girişiminde bulunmayan çocuğun öncelikle demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Demografik özellikleri açısından anlamlı bir fark elde edilmeyen gruplarda, intihar girişiminde bulunan çocukların %62,2'sinin intihar girişiminde bulunmayan çocukların ise %50,1'inin beş yıl ve altı gibi bir süre ile eğitim aldıkları, yaşadıkları problemler açısından ise aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür<sup>128</sup>.

Koyuncu ve diğerleri (2003), eroin bağımlılarında “intihar” özelliklerinin araştırılması amacıyla, beş-yedi gün detoks sürecinden geçen ve yatarak tedavi olan 100 eroin bağımlısı ile 100 sağlıklı bireyin intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişimini karşılaştırmıştır. Araştırma sonucunda eroin bağımlılığının intihar girişimi üzerinde %27, intihar düşüncesi üzerinde ise %70 etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır<sup>129</sup>.

Güler ve diğerleri; sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığını araştırmak amacıyla lise öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, alkol ve sigara kullanımının erkek öğrencilerde kızlara göre yüksek olduğu ve son bir yıl içerisinde intiharı düşünenlerin oranının %18.9 olduğunu tespit etmiştir. Bu oranın, ülkemizde ve dünyadaki diğer çalışma sonuçlarından yüksek olduğu sonucu dikkat çekmektedir<sup>130</sup>.

---

<sup>124</sup> Tarı ve Ziyalar, (2005). İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Sokakta Yasayan Uçucu Madde Kullanıcılarının Karşılaştırılması, **Bağımlılık Dergisi**, Cilt: 6, Sayı: 2, s.84-88.

<sup>125</sup> Koyuncu ve diğerleri (2003). Eroin Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Planı Ve Girişimi, **Bağımlılık Dergisi**, Cilt: 4, Sayı: 3, s.101-104.

<sup>126</sup> Güler ve diğerleri, (2009). 'Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Kullanımı Ve İntihar Düşüncesi Sıklığı', **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, Sayı 31, s.340-345.

## **3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Bu bölümde araştırmanın konusu, amacı, önemi, varsayımları ve sınırlılıkları yanı sıra araştırmanın evreni, örnekleme, kullanılan ölçme araçlarının özellikleri, uygulama aşamaları, verilerin analizleri ve veri analizinden elde edilen bulgular yer almaktadır.

### **3.2.1. Araştırmanın Konusu**

Üniversite öğrencileri arasında madde bağımlılığı ile intihar olasılığı değerleri karşılaştırılarak madde bağımlılığının intihar olasılığı üzerine etkisi araştırılmak istenilmektedir.

### **3.2.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Ülkemizde madde bağımlılığı ve intihar iki ayrı konu olarak ele alınmış, madde bağımlılığı üzerine yapılan çalışmalarda da intihar olasılığı konusu üzerinde durulmamıştır. Madde bağımlılığı kendine zarar vermeden daha ileri kendini öldürmenin bir türüdür. Madde kullanmak kendini öldürmektir. Çünkü kullanılan maddeler bireyde bedensel ve ruhsal olarak telafisi imkânsız hasarlara yol açar. Bu çalışma madde bağımlılığının soğuk yüzü olan intihar olasılığı ile ilişkisini ortaya koyarak ailelere, bireylere, özellikle gençlere açıklayarak bu alanda önemli bir çalışma olacaktır.

### **3.2.3. Varsayımlar**

Bu çalışmada “madde bağımlılığı olan öğrencilerin intihar olasılıkları arasında bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aramak, madde bağımlılığı ile intihar olasılığı arasındaki ilişki açıklamak istenmiştir.



Ayrıca katılımcılara kişisel bilgi formu da uygulanarak madde bağımlılığı ile intihar olasılığı ilişkisinin demografik boyutları incelenmek istenilmiştir.

#### **3.2.4. Sınırlılıklar**

Araştırmamız İstanbul ilinde bir vakıf üniversitesinde öğrenim gören çeşitli bölümlerdeki öğrenciler üzerinde yapılmıştır. Bu sebeple araştırma yalnızca İstanbul ilinde bulunan vakıf üniversitesi öğrencileriyle sınırlı kalmıştır. Konu ile ilgili farklı üniversiteler ve toplumun farklı kesimleri üzerinde yapılacak benzer çalışmalar önemli olacaktır.

#### **3.2.5. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini 2015-2016 eğitim- öğretim yılında İstanbul ilinde Lisans ve Yüksek lisans eğitimi gören öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesinin lisans ve yüksek lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Katılımcılar belirlenirken lisans derecesindeki 1., 2., 3. ve 4. sınıflar arasında homojen bir dağılım gözetildiği gibi, bölümler arasından da orantılı bir seçim yapılmıştır. Araştırmaya toplamda 500 öğrenci katılmıştır. Örneklem sayısı yerli ve yabancı literatürdeki benzer çalışmalar referans alınarak belirlenmiştir.

#### **3.2.6. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama araçları demografik bilgi formu, İntihar Olasılığı Ölçeği (İ.O.Ö.), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve Bağımlılık Profil İndeksi Klinik (BAPİ-K) ölçekleri kullanılmıştır. Kullanılan anket formu ve ölçekler Ek 1'de yer almaktadır.

### **3.2.6.1. Demografik Bilgi Formu**

Katılımcıların cinsiyet, yaş, gelir gibi temel demografik bilgilerinin yanı sıra, ruhsal durumlarına ve intihar bilgilerine ilişkin 19 maddeden oluşan anket formu hazırlanmıştır.

### **3.2.6.2. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)**

İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), 1988 yılında Cull ve Gill tarafından ergen ve yetişkinlerde olası intihar risklerini belirlemek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,93, test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise 0,92 olarak belirlenmiştir. İlk çevirisi ve geçerlilik- güvenilirlik çalışması 1993 yılında Eskin tarafından yapılan ölçeğe son halini 2000 yılında Şahin ve Batıgün vermiştir.

İÖÖ, 36 maddeden oluşmakta ve 4'lü Likert tipi ile değerlendirilmektedir. Uygunluk derecesi %0, 0 olarak; %30, 1 olarak; %70, 2 olarak ve %100, 3 olarak kodlanmıştır. Ölçekten elde edilen skor yükseldikçe bu durum intihar olasılığının da yükseldiğine işaret etmektedir. Ölçeğin 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; olumsuz benlik ve tükenme, hayata bağlılıktan kopma ve öfkedir. Olumsuz benlik ve tükenme alt ölçeği 5, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35 ve 36. maddeler; hayata bağlılıktan kopma alt ölçeği 2, 6, 7, 11, 20, 21, 22 ve 24. maddeler ve öfke 1, 3, 4, 8, 13, 14, 31 ve 34. maddeler ile ölçülmektedir. 2, 6, 7, 10, 11, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 35 ve 36. maddeler ters madde olup veri girişi sırasında ters kodlanmıştır.

### **3.2.6.3. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)**

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ); Kültegin Ögel, Cüneyt Evren, Figen Karadağ ve Defne Tamar Gürol tarafından geliştirilmiş olup, madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi,

şiddetli madde kullanma isteği ve madde kullanımını bırakma motivasyonu alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bağımlılık tanı ölçütlerinde, DSM ve ICD (*International Classification of Diseases- Uluslararası Sınıflama Sistemi*) 'de yer alan bağımlılık tanı ölçütleri sorgulanmaktadır.

Ölçeğin tamamı için geçerli Cronbach Alfa katsayısı 0.89, alt ölçeklerin Cronbach Alfa katsayısı 0,63-0,86 arasında elde edilmiştir. Yapılan geçerlilik testlerinde BAPİ ile Michigan Alkolizm Tarama Testi ve Bağımlılık Şiddetini belirleme ölçeği arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Her bir alt ölçek aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır:

- Madde kullanım özellikleri

$$(b1 + b2 + b3 + b4 + b5 + b6 + b7 + b8 + b9 + b10 + b11)/11 + b12$$

- Tanı

$$(b13+b14)/2 + (b15+b16)/2 + b17+ b18 + b19 + b20$$

- Yaşam üstüne etkileri

$$b21 + b22 + b23 + b24 + b25 + b26 + b27 + b28 + b29 + b31$$

- Şiddetli istek

$$b30 + b32 + b33 + b34$$

- Motivasyon

$$b35 + b36 + b37$$

- BAPİ toplam puanı (bağımlılık şiddeti)

Madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanı/2 + tanı alt ölçeği puanı/6 + yaşam üstüne etkileri alt ölçeği puanı/10 + şiddetli istek alt ölçeği puanı/4 + motivasyon alt ölçeği puanı/3.

#### **3.2.6.4. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Ölçeği (BAPİ- K)**

Tez kapsamında genel BAPİ formu yanında BAPİ- Klinik Formu kullanılmıştır. BAPİ-K, BAPİ'nin ölçtüğü doğrudan bağımlılıkla ilgili alanların

dışında bağımlılıkla ilgili ek 6 alanı daha değerlendirme olanağı sunmaktadır. Bu alanlar; depresyon, anksiyete, öfke kontrol yetersizliği, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı ve dürtüselliktir. Bu 6 alanın hesaplanması aşağıdaki gibidir:

- Öfke kontrol yetersizliği

38+39+40

- Güvenli davranış eksikliği

41+42+43+44+45

- Heyecan arama davranışı

46+47+48

- Dürtüsellik

49+50+51

- Depresyon

52+53+54+55

- Anksiyete

56+57+58

Güvenli davranış; bireyin çevresindekileri de düşünerek hareket etmesi ve kendi isteklerini bu doğrultuda açıkça dile getirmesidir. Gerektiğinde hayır diyebilen ve iletişimi güçlü bireylerin güvenli davranış özelliğinden bahsedilebilir. Güvenli davranış özgüveni artırır <sup>131</sup>.

### 3.2.7. Verilerin Toplanması

Öğrenciler üzerinde yapılan bu araştırmada öncelikle öğrencilere çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Tüm formlar araştırmacı eşliğinde, yüz

---

<sup>131</sup> Ögel, Kültekin (2016). Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünün Gözetimindeki Çocuklara Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi Projesi. <http://ardicprogrami.com/genelbilgi.asp>. Erişim Tarihi:20.07.2016.

yüze gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 500 lisans ve yüksek lisans öğrencisi katılmıştır.

### **3.2.8. Verilerin Analizi ve Yorumlanması**

Elde edilen veriler SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences- Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi*) 21’de analiz edilmiştir. Ankette yer alan demografik soruların ve ölçeklerin betimsel istatistikleri elde edilmiştir. Demografik sorular için frekans tabloları, her bir alt ölçek ve ölçek toplam puanları için ortalama, standart sapma bilgilerine yer verilmiştir. Bu noktadan hareketle; grup sayısı iki olan ve normal dağılım özelliği gösteren kategorik değişkenlerin ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek T Testi, grup sayısı iki olan ve normal dağılım özelliği göstermeyen kategorik değişkenlerin ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi, grup sayısı ikiden fazla olan ve normal dağılım özelliği gösteren kategorik değişkenlerin ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ANOVA, grup sayısı ikiden fazla olan ve normal dağılım özelliği göstermeyen kategorik değişkenlerin ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde güvenilirlik düzeyi 0,95 dolayısı ile hata payı 0,05 olarak alınmıştır.

## **3.3. ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN BULGULAR**

Bu bölümde betimsel istatistikler ve analiz sonuçları yer almaktadır. Betimsel istatistikler kategorik değişkenler için frekans tabloları ve sürekli değişkenler için de aritmetik ortalama ve standart sapma bilgilerinden oluşmaktadır.

### **3.3.1. Kişisel Bilgilere İlişkin Bulgular**

Bu bölümde değişkenlere ait frekans tabloları ve yorumları yer almaktadır.

**Çizelge 3.1: Cinsiyet Dağılımı**

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kadın</b>	363	72.6
<b>Erkek</b>	137	27.4

Katılımcıların %72'si (363) erkek ve %27.4'ü (137) kadınlardan oluşmaktadır.

**Çizelge: 3.2. Yaş Grubu Dağılımı**

<b>Yaş Grubu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>18-20 yaş</b>	110	22
<b>21-23 yaş</b>	292	58.4
<b>24-26 yaş</b>	58	11.6
<b>26 yaş ve üzeri</b>	40	8

Yaş grubu dağılımlarına göre; 18-20 yaş aralığında %22 (110), 21-23 yaş aralığında %58.4 (292), 24-26 yaş aralığında %11.6 (58) ve 26 yaş ve üzeri %8 (40) oranında katılımcı yer almaktadır.

**Çizelge 3.3: Kardeş Sayısı Dağılımı**

<b>Kardeş Sayısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yok</b>	47	9.4
<b>1</b>	177	35.4
<b>2</b>	148	29.6
<b>3</b>	59	11.8
<b>4 ve üzeri</b>	69	13.8

Kardeş sayısı dağılımlarına göre; kardeşi bulunmayan %9.4 (47), bir kardeşe sahip %35.4 (177), iki kardeşe sahip %29.6 (148), üç kardeşe sahip %11.8 (59), dört ve üzeri sayıda kardeşe sahip %13.8 (69) oranında katılımcı yer almaktadır.

**Çizelge 3.4: Yaşam Şekli Dağılımı**

<b>Yaşam Şekli</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aile</b>	270	54
<b>Arkadaş</b>	69	13.8
<b>Yalnız</b>	66	13.2
<b>Yurt</b>	88	17.6
<b>Diğer</b>	7	1.4

Yaşam şekli dağılımlarına göre; ailesiyle birlikte yaşayan %54 (270) , arkadaşlarıyla yaşayan %13.8 (69), yalnız yaşayan %13.2 (66), yurttta yaşayan % 17.6 (88) ve bunların dışında bir yaşam şekline sahip %1.4 (7) katılımcı yer almaktadır.

**Çizelge 3.5: Aile Gelir Düzeyi Dağılımı**

<b>Aile Gelir Düzeyi (Aylık/ Ortalama)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1000 TL ve altı</b>	21	4.2
<b>1000- 2999 TL</b>	131	26.2
<b>3000- 4999 TL</b>	154	30.8
<b>5000 TL ve üzeri</b>	194	38.8

Katılımcıların ailelerinin ortalama aylık gelir düzeyi dağılımları dikkate alındığında; 1000 tl ve altında gelire sahip %4 (20), 1000 ve 2999 tl arasında gelire sahip %26.2 (131), 3000 ve 4999 tl arasında gelire sahip %30.8 (154), 5000 tl ve üzeri gelire sahip %38.8 (194) oranında katılımcının olduğu görülmektedir.

**Çizelge 3.6: Sosyo-ekonomik Düzey Algısı Dağılımı**

<b>Sosyo-ekonomik Düzey Algısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alt Sınıf</b>	17	3.4
<b>Orta Sınıf</b>	441	88.2
<b>Üst Sınıf</b>	42	8.4

Katılımcıların gelir düzeyleri yanında sosyo-ekonomik düzey açısından kendilerini nasıl tanımladıkları da sorulmuştur. Buna göre; katılımcıların %3.4'ü (17)

sosyo-ekonomik düzey açısından kendini ya da ailesini "alt sınıf", %88.2'si (441) "orta sınıf" ve %8.4'ü (42) "üst sınıf" olarak tanımlamaktadır.

**Çizelge 3.7: Göç Durumu Dağılımı**

<b>Göç Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	170	34
<b>Hayır</b>	330	66

Göç durumu dağılımlarına göre; katılımcıların %34'ü (170) daha önce göç etmiş ve %66'sı (330) daha önce hiç göç etmemiştir.

**Çizelge 3.8: Anne ve Baba Yaşam Durumu Dağılımı**

<b>Anne ve Baba Yaşam Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sağ ve birlikteler</b>	420	84
<b>Sağ ve ayrılar</b>	42	8.4
<b>Anne hayatta, baba hayatta değil</b>	32	6.4
<b>Baba hayatta, anne hayatta değil</b>	6	1.2

Katılımcıların %84'ünün (420) anne ve babası sağ ve birlikteyken, %8.4'ünün (42) sağ ve ayrı, %6.4'ünün (32) annesi hayatta iken babası hayatta değil ve %1.2'sinin (6) babası hayatta iken annesi hayatta değildir.

**Çizelge 3.9: Sosyal Hobi Dağılımı**

<b>Sosyal Hobi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	309	61.8
<b>Hayır</b>	191	38.2

Katılımcıların %61.8'i (309) spor ya da sanat gibi sosyal bir hobi ile meşgul olurken, %38.2'si (191) herhangi bir sosyal hobi ile ilgilenmemektedir.



**Çizelge 3.10: Psikolojik Destek Alma Durumu Dağılımı**

<b>Psikolojik Destek Alma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almama</b>	336	67.2
<b>Hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alma</b>	60	12
<b>Psikoterapiye gitme</b>	44	8.8
<b>Hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanma</b>	4	0.8
<b>Hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanma</b>	51	10.2
<b>Belirtilmemiş</b>	5	1

Araştırma kapsamında katılımcıların psikolojik bir destek alıp almadıkları ve psikolojik bir ilaç kullanıp kullanmadıkları da sorgulanmıştır. Buna göre; hiç bir zaman psikolojik ve psikiyatrik destek almayan %67.2 (336), hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alan %12 (60), psikoterapiye giden %8.8 (44), hekim önerisi alınmaksızın ilaç kullanan %0.8 (4) ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanan %10.2 (5) oranında katılımcı bulunmaktadır.

**Çizelge 3.11: Psikiyatrik İlaç Kullanımı Dağılımı**

<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	174	34.8
<b>Hayır</b>	326	65.2

Katılımcıların %34.8'i (174) psikiyatrik ilaç kullanırken, %65.2'si (326) psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır.

**Çizelge 3.12: İlaç Alma Dönemi Dağılımı**

<b>İlaç Alma Dönemi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>0-3 ay</b>	99	19.8
<b>4-7 ay</b>	34	6.8
<b>8-11 ay</b>	17	3.4
<b>1 yıl ve üzeri</b>	24	4.8
<b>Toplam</b>	174	34.8

Psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların ilaç alma dönemleri dikkate alındığında; %19.8'inin (99) 0-3 ay aralığında, %6.8'inin (34) 4-7ay aralığında,

%3.4'ünün (17) 8-11 ay aralığında ve %4.8'inin 1 yıl ve üzeri sürede psikiyatrik ilaç kullandıkları görülmektedir.

**Çizelge 3.13: Kendini Cezalandırmayı Düşünme Dağılımı**

<b>Kendini Cezalandırmayı Düşünme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	150	30
<b>Hayır</b>	348	69.6
<b>Belirtilmemiş</b>	2	0.4

Katılımcıların %30'unun (150) daha önce kendini cezalandırmayı düşündüğü ve %69.6'sının (348) kendini cezalandırmayı düşünmediği görülmektedir.

**Çizelge 3.14: İntiharı Düşünme Dağılımı**

<b>İntiharı Düşünme</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	114	22.8
<b>Hayır</b>	386	77.2

Katılımcıların %22.8'inin (114) daha önce intiharı düşündüğü ve %77.2'sinin (386) daha önce intiharı düşünmediği görülmektedir.

**Çizelge 3.15: İntiharı Planlama Dağılımı**

<b>İntiharı Planlama</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	56	11.2
<b>Hayır</b>	444	88.8

Katılımcıların %11.2'sinin (56) daha önce intiharı planladığı ve %88.8'inin (444) hiç intiharı planlamadığı görülmektedir.

**Çizelge 3.16: İntihar Girişiminde Bulunma Dağılımı**

<b>İntihar Girişiminde Bulunma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	47	9.4
<b>Hayır</b>	453	90.6

Katılımcıların %9.4'ünün (47) intihar girişiminde bulunduğu ve %90.6'sının (453) intihar girişiminde bulunmadığı görülmektedir.

**Çizelge 3.17: İntihar Girişim Sayısı Dağılımı**

<b>İntihar Girişim Sayısı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1 kez</b>	25	5
<b>2 kez</b>	11	2.2
<b>3 kez ve üzeri</b>	10	2
<b>Toplam</b>	46	9.2

Araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların %5'i (25) bir kez, %2.2'si (11) iki kez ve %2'si üç ve daha fazla kez intihar girişiminde bulunmuştur.

**Çizelge 3.18: Tıbbi Müdahale Durumu Dağılımı**

<b>Tıbbi Müdahale</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	14	2.8
<b>Hayır</b>	31	6.2
<b>Toplam</b>	45	9

Katılımcıların %2.8'i (14) intihar girişiminden sonra tıbbi bir müdahale görmüş ve %6.2'si (31) intihar girişiminden sonra tıbbi bir müdahale görmemiştir.

**Çizelge 3.19: İntihar Girişim Nedenleri Dağılımı**

<b>İntihar Girişim Nedenleri (n=301)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ailede yaşanan sorunlar</b>	25	5
<b>Ekonomik sorunlar</b>	2	0.4
<b>Yaşamın anlamsızlaşması</b>	9	1.8
<b>Kendini cezalandırma (Vicdanı sorunlar)</b>	2	0.4
<b>Özel hayatta yaşanan sorunlar</b>	7	1.4
<b>Okul başarısızlığı</b>	1	0.2
<b>Grup içi uyumsuzluk</b>	1	0.2
<b>Diğer</b>	1	0.2
<b>Toplam</b>	48	9.6

İntihar girişim nedenleri dikkate alındığında; % 5 (25) ile intihar girişiminin en önemli nedenin ailede yaşanan sorunlar olduğu görülmektedir. Ailede yaşanan sorunları, %1.8 (9) ile yaşamın anlamsızlaşması algısı ve %1.4 (7) ile özel hayatta yaşanan sorunlar takip etmektedir. Çizelge 3.19'a göre; ekonomik sorunlar, kendini cezalandırma, okul başarısızlığı ve grup için uyumsuzluk da intihar girişim nedeni olabilmektedir.

### 3.3.2. İntihar ve Madde Bağımlılığına İlişkin Bulgular

**Çizelge 3.20: İntihar Olasılığı Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler**

Alt Boyutlar	Min.	Maks.	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	4	39	18.70	6.72
<b>Hayata Bağlılıktan Kopma</b>	0	24	8.04	4.32
<b>Öfke</b>	0	24	8.11	4.13
<b>Toplam</b>	9	78	34.86	12.03

İÖÖ'nin alt boyutlarına ait betimsel istatistikler incelendiğinde; Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutunun en düşük puanı 4, en yüksek puanı 39, ortalamasının 18.70 ve standart sapmasının 6.72; Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutunun en düşük puanının 0, en yüksek puanının 24, aritmetik ortalamasının 8.04 ve standart sapmasının 4.32 ve Öfke alt boyutunun en düşük puanı 0, en yüksek puanı 24, aritmetik ortalamasının 8.11 ve standart sapmasının 4.13 olduğu görülmektedir. Katılımcıların İÖÖ'den aldıkları toplam puanlar dikkate alındığında ölçeğin en düşük puanının 9, en yüksek puanının 78, ortalama puanın 34,96 ve standart sapmasının 12.30 olduğu görülmektedir.

İÖÖ alt boyutlarından Olumsuz Benlik ve Tükenmeden alınabilecek puanlar 0 ile 51 arasında iken, katılımcıların Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ortalamasının 18.70 olması, ortalamanın altında bir değeri gösterdiğini ifade etmektedir. Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutunun alabileceği değerler 0 ile 24 arasında değişirken ortalamasının 8.04 olması, bu alt ölçeğin de ortalamanın altında bir değere karşılık geldiğini göstermektedir. Aynı şekilde Öfke alt boyutunun alabileceği değerler 0 ile 24 arasındadır. Öfke alt boyutunun ortalamasının da 8.11

olması, katılımcıların Öfke boyutu açısından ortalamasının altında bir değere sahip olduğunu gösterir.

**Çizelge 3.21: Bağımlılık Profil İndeksi Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler**

Alt Boyutlar	n	Min.	Maks.	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>	272	0	4.64	0.53	0.81
<b>Tanı</b>	270	0	17	1.80	3.13
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>	269	0	24	3.13	5.17
<b>Şiddetli İstek</b>	270	0	12	1.80	2.78
<b>Motivasyon</b>	271	0	12	1.94	3.01
<b>Toplam (Bağımlılık Şiddeti)</b>	264	0	12.25	1.97	2.55

Katılımcıların BAPI ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar dikkate alındığında; Madde Kullanım Özellikleri alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 4.64, aritmetik ortalamasının 0.53 ve standart sapmanın 0.81, Tanı alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 17, aritmetik ortalamasının 1.80 ve standart sapmanın 3.13, Yaşam Üstüne Etkileri alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 24, aritmetik ortalamasının 3.13 ve standart sapmanın 5.17, Şiddetli İstek alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 12, aritmetik ortalamasının 1.80 ve standart sapmanın 2.78, Motivasyon alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 12, aritmetik ortalamasının 1.94 ve standart sapmanın 3.01 ve BAPI ölçeği toplam puanı diğer bir deyişle Bağımlılık Şiddeti'nin en düşük puanın 0, en yüksek puanın 12.25, aritmetik ortalamasının 1.97 ve standart sapmanın 2.55'tir.

**Çizelge 3.22: Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler**

Alt Boyutlar	n	Min.	Maks.	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
<b>Öfke Kontrol Yetersizliği</b>	499	0	9	2.39	1.63
<b>Güvenli Davranış Eksikliği</b>	495	0	10	3.45	2.24
<b>Heyecan Arama Davranışı</b>	500	0	6	2.52	1.75
<b>Dürtüsellik</b>	498	0	6	2.65	1.47
<b>Depresyon</b>	497	0	8	2.28	1.61
<b>Anksiyete</b>	498	0	6	1.46	1.40

Katılımcıların BAPİ-K ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar dikkate alındığında; Öfke Kontrol Yetersizliği alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 9, aritmetik ortalamasının 2.39 ve standart sapmanın 1.63, Güvenli Davranış Eksikliği alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 10, aritmetik ortalamasının 3.45 ve standart sapmanın 2.24, Heyecan Arama Davranışı alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 14, aritmetik ortalamasının 2.52 ve standart sapmanın 1.75, Dürtüsellik alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 12, aritmetik ortalamasının 2.65 ve standart sapmanın 1.47, Depresyon alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 8, aritmetik ortalamasının 2.28 ve standart sapmanın 1.61 ve Anksiyete alt boyutunun en düşük puanın 0, en yüksek puanın 6, aritmetik ortalamasının 1.46 ve standart sapmanın 1.40 olduğu görülmektedir.

**Çizelge 3.23: Madde Kullanımına İlişkin Dağılımlar**

Sıklık Madde	Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1- 3 kez	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
<b>Alkol</b>	232 (%46.4 )	93 (%18.6)	126 (%25.2)	37 (%7.4)	12 (%2.4)
<b>Esrar (marihuana, joint, gubar vb)</b>	445 (%89)	39 (%7.8)	11 (%2.2)	4 (0.8)	1 (%0.2)
<b>Ecstasy (Ekstazi)</b>	485 (%97)	10 (%2)	5 (%1)	-	-
<b>Eroin</b>	494 (98.8)	3 (%0.6)	2 (%0.4)	1 (0.2)	-
<b>Kokain</b>	490 (%98)	5 (%1)	4 (%0.8)	1 (0.2)	-
<b>Taş (krak kokain)</b>	495 (%99)	3 (%0.6)	2 (%0.4)	-	-
<b>Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar</b>	493 (%98.6 )	5 (%1)	1 (%0.2)	1 (%0.2)	-
<b>Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)</b>	495 (%99)	4 (%0.8)	1 (%0.2)	-	-
<b>Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)</b>	482 (%96.4 )	11 (%2.2)	4 (%0.8)	2 (%0.4)	1 (%0.2)
<b>Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)</b>	491 (%98.2 )	4 (%0.8)	5 (%1)	-	-

<b>Diğer (LSD, GHB vb)</b>	492 (%98.4)	4 (0.8)	2 (0.4)	2 (0.4)	-
----------------------------	----------------	------------	------------	------------	---

Madde kullanımına ilişkin dağılımlar incelendiğinde, alkol kullanımının diğer madde kullanımlarına göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre; sadece bir iki kez alkol kullanan %18.6 (93), ayda 1-3 kez kullanan (%25.2), haftada 1-5 kez kullanan %7.4 (37) ve hemen hemen her gün kullanan %2.4 (12) oranında katılımcı bulunmaktadır. Sadece bir iki kez esrar kullanan katılımcıların oranı %7.8 (39) iken, diğer maddeleri farklı sıklıklarda kullanan katılımcıların oranı ise %5'in altındadır.

**Çizelge 3.24: Demografik Özellikler ve İntihar Girişiminde Bulunma Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Demografik Özellikler		İntihar Girişimi		$\chi^2$	p
		Evet n (%)	Hayır n (%)		
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	39 (%10.7)	324 (%89.3)	2.809	0,09 4
	<b>Erkek</b>	8 (%5.8)	129 (%94.2)		
<b>Yaş Grubu</b>	<b>18-20</b>	11 (%10)	99 (%90)	0.270	0,96 6
	<b>21-23</b>	28 (%9.6)	264 (%90,4)		
	<b>24-26</b>	5 (%8.6)	53 (%91.4)		
	<b>26 yaş üzeri</b>	3 (%7,5)	37 (%92,5)		
	<b>Yok</b>	0 (%0)	47 (%100)		
<b>Kardeş Sayısı</b>	<b>1</b>	12 (%6,8)	165 (%93,2)	9.946	0,04 1*
	<b>2</b>	19 (%12.8)	129 (%87.2)		
	<b>3</b>	8 (%13.6)	51 (%86.4)		
	<b>4 ve üzeri</b>	8 (%11.6)	61 (%88.4)		
<b>Yaşam Şekli</b>	<b>Aile</b>	28 (%10.4)	242 (%89.6)	3.963	0,41 1
	<b>Arkadaş</b>	8 (%11.6)	61 (%88.4)		
	<b>Yalnız</b>	7 (%10.6)	59 (%89.4)		
	<b>Yurt</b>	4 (%4,5)	84 (%95,5)		
	<b>Diğer</b>	0 (%0)	7 (%100)		
<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>1000 TL ve altı</b>	3 (%14.3)	18 (%85.7)	1.163	0,76 2
	<b>1000- 2999 TL</b>	14 (%10.7)	117 (%89.3)		
	<b>3000- 4999 TL</b>	14 (%9.1)	140 (%90.9)		
	<b>5000 TL ve üzeri</b>	16 (%8,2)	178 (%91.8)		
<b>Sosyo-Ekonomik Düzey Algısı</b>	<b>Alt sınıf</b>	3 (%17.6)	14 (%82.4)	1.827	0,40 1
	<b>Orta sınıf</b>	39 (%8.8)	402 (%91.2)		
	<b>Üst sınıf</b>	5 (%11.9)	37 (%88.1)		
<b>Göç Durumu</b>	<b>Evet</b>	22 (%12.9)	148 (%87.1)	3.793	0,05

<b>Sosyal Hobi</b>	<b>Hayır</b>	25 (%7.6)	305 (%92.4)	2.533	<b>0*</b> 0,11 1
	<b>Evet</b>	24 (%7,8)	285 (%92,2)		
	<b>Hayır</b>	23 (%12)	168 (%88)		
<b>Anne ve Baba Yaşam Durumları</b>	<b>Sağ ve birlikteler</b>	37 (%8.8)	383 (%91.2)	2.001	0.57 2
	<b>Sağ ve ayrılar</b>	4 (%9.5)	38 (%90.5)		
	<b>Anne baba hayatta, baba hayatta değil</b>	5 (%15.6)	27 (%84.4)		
	<b>Baba hayatta, anne hayatta değil</b>	1 (%16.7)	5 (%83.3)		

*Ki-Kare Testi*

*\*p<0,05*

Analiz kapsamında katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumlarıyla demografik özellikleri arasında bir ilişkinin olup olmadığı analiz edilmiş ve analiz sonuçları Çizelge 3.24'te gösterilmiştir. Çizelgeye göre, katılımcıların kardeş sayıları ve intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür ( $p=0.041<0.005$ ). Hiç kardeşi olmayan katılımcılarda intihar girişimi görülmezken, 1 kardeşe sahip olanlarda %6.8, 2 kardeşe sahip olanlarda %12.8, 3 kardeşe sahip olanlarda %13.6, 4 ve üzeri kardeşe sahip olanlarda %11.6'dır.

Diğer taraftan göç etme durumu ile intihar girişiminde bulunma durumu arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p=0.05\leq 0.05$ ). Buna göre daha önce göç etmiş katılımcıların intihar girişim oranları %12.9 ve göç etmeyenlerin oranı %7.6'dır.

Diğer demografik değişkenlerle intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememekle birlikte, bazı bulgular ön plana çıkmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir: Kadınların intihar girişim oranı %10.7 iken, erkeklerin intihar girişim oranının %5.8'dir. Gelir düzeyi 1000 TL'nin altında olanların intihar girişim oranı %14.3, geliri 1000 ile 2000 TL arasında olanların intihar girişim oranı %10.7, geliri 300 ile 4999 TL arasında olanların intihar girişim oranı %9.1 ve geliri 5000 TL ve üzerinde olanların intihar girişim oranı %8.2'dir. Sosyo-ekonomik düzey algısı açısından kendini "alt sınıf" olarak tanımlayan katılımcıların intihar girişim oranı %17.6, "orta sınıf" olarak tanımlayan katılımcıların intihar girişim oranı %8.8 ve "üst sınıf" olarak tanımlayan katılımcıların intihar girişimi oranı %11.9'dur. Sanat, spor



gibi bir sosyal hobi ile ilgilenenlerin intihar girişim oranı %7.8 iken, ilgilenmeyenlerin intihar girişim oranı %12'dir.

**Çizelge 3.25: Demografik Özellikler ve Psikolojik Destek Alma Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Demografik Özellikler		Psikolojik Destek Alma Durumu					$\chi^2$	p
		Hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almama	Hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alma	Psikoterapiye gitme	Hekim önerisi alınmaması psikiyatrik ilaç kullanma	Hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanma		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	238 (%66,3)	43 (%12)	33 (%9.2)	3 (%0.8)	42 (%11.7)	3.124	0,537
	Erkek	98 (%72.1)	17 (%12.5)	11 (%8.1)	1 (%0.7)	9 (%6.6)		
	18-20	80 (%74.8)	10 (%9.3)	5 (%4,7)	1 (%0.9)	11 (%10.3)		
Yaş Grubu	21-23	200 (%69)	34 (%11.7)	29 (%10)	2 (%0.7)	25 (%8.6)	15.337	0,224
	24-26	29 (%50)	12 (%20.7)	6 (%10.3)	1 (%1.7)	10 (%17.2)		
	26 yaş ve üzeri	27 (%67.5)	4 (%10)	4 (%10)	0 (%0)	5 (%12.5)		

üzeri

<b>Kardeş Sayısı</b>	<b>Yok</b>	29 (%61.7)	5 (%10.6)	6 (%12.8)	0 (%0)	7 (%14.9)	14.2 67	0,579
	<b>1</b>	113 (%64.2)	23 (%13.1)	16 (%9.1)	1 (%0.6)	23 (%13.1)		
	<b>2</b>	101 (%69.7)	20 (%13.8)	13 (%9)	2 (%1.4)	9 (%6.2)		
	<b>3</b>	39 (%67.2)	5 (%8.6)	6 (%10.3)	0 (%0)	8 (%13.8)		
	<b>4 ve üzeri</b>	54 (%78.3)	7 (%10.1)	3 (%4.3)	1 (%1.4)	4 (%5,8)		
	<b>Aile</b>	178 (%66.7)	33 (%12.4)	29 (%10.9)	1 (%0.4)	26 (%9.7)		
<b>Yaşam Şekli</b>	<b>Arka daş</b>	53 (%77.9)	6 (%8.8)	2 (%2.9)	0 (%0)	7 (%10.3)	30.1 13	0.017 *
	<b>Yalnız</b>	37 (%56.1)	12 (%18.2)	9 (%13.6)	3 (%4.5)	5 (%7.6)		
	<b>Yurt</b>	63 (%72.4)	9 (%10.3)	3 (%3.4)	0 (%0)	12 (%13.8)		
	<b>Diğer</b>	5 (%71.4)	0 (%0)	1 (%14.3)	0 (%0)	1 (%14.3)		
	<b>- 1000 TL</b>	13 (%61.9)	3 (%14.3)	3 (%14.3)	10 (%2.5)	19 (%4.8)		
<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>1000 - 2999</b>	89 (%69.5)	15 (%11.7)	8 (%6.3)	1 (%0.8)	15 (%11.7)	5.04 8	0.956
	<b>3000 - 4999</b>	110 (%71.4)	16 (%10.4)	12 (%7.8)	1 (%0.6)	15 (%9.7)		
	<b>5000 TL +</b>	124 (%64.9)	26 (%13.5)	21 (%10.9)	2 (%1)	19 (%9.9)		
	<b>Alt sınıf</b>	11 (%68.8)	2 (%12.5)	0 (%0)	0 (%0)	3 (%18.8)		
<b>Sosyo-Ekonomik Düzey Algısı</b>	<b>Orta sınıf</b>	303 (%69.2)	53 (%12.1)	37 (%8.4)	4 (%0.9)	41 (%9.4)	9.77 2	0.281

	<b>Üst sınıf</b>	22 (%53.7)	5 (%12.2)	7 (%17.1)	0 (%0)	7 (%17.1)		
<b>Göç Durumu</b>	<b>Evet</b>	114 (%67.9)	27 (%16.1)	13 (%7.7)	2 (%1.2)	12 (%7.1)	6.57 8	0.160
	<b>Hayır</b>	222 (%67.9)	33 (%10.1)	31 (%9.5)	2 (%0.6)	39 (%11.9)		
<b>Sosyal Hobi</b>	<b>Evet</b>	203 (%66.6)	43 (%14.1)	30 (%9.8)	3 (%1)	26 (%8.5)	6.31 1	0.177
	<b>Hayır</b>	133 (%70)	17 (%8.9)	14 (%7.4)	1 (%0.5)	25 (%13.2)		

*Ki-Kare Testi*

*\*p<0,05*

Katılımcıların psikolojik destek alma durumları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkinin sonuçlarını yansıtan Çizelge 3.25 dikkate alındığında şu sonuçların elde edildiği görülmektedir: Çizelgeye göre katılımcıların yaşam şekli ile psikolojik destek alma durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p=0.017<0.05$ ). Buna göre, ailesiyle yaşayıp hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların oranı %12.4, arkadaşlarıyla yaşayanların oranı %8.8, yalnız yaşayanların %18.2, yurttan yaşayanların ise %10.3'tür. Psikoterapiye gitme oranları karşılaştırıldığında; ailesiyle yaşayan ve psikoterapiye gidenler %10.9, arkadaşlarıyla yaşayan ve psikoterapiye gidenler %2.9, yalnız yaşayan ve psikoterapiye giden %13.6 ve yurttan yaşayanların oranının %3.4 olduğu görülmektedir. Ailesiyle yaşayanların %9.7'si, arkadaşlarıyla yaşayanların %10.3'ü, yalnız yaşayanların %7.6'sı ve yurttan yaşayanların %13.8'i hekim önerisi ile ilaç kullanmaktadır.

Anlamlı olmamakla kadınların %11.7'si ve erkeklerin %6.6'sı hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. 18-20 yaş grubundaki katılımcıların %9.3'ü, 21-23 yaş grubundaki katılımcıların %11.7'si, 24-26 yaş aralığındaki katılımcıların %20.7'si ve 26 yaş üzeri katılımcıların %10'u hem psikolojik hem de psikiyatrik destek almaktadırlar. Sosyal hobiyle ilgilenenlerin hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç alma oranları %8.5 iken, sosyal hobi ile ilgilenmeyenlerin hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç alma oranları %13.2'dir.

**Çizelge 3.26: Demografik Özellikler ve İntihar Düşüncesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Demografik Özellikler	İntihar Düşüncesi		$\chi^2$	p	
	Evet n (%)	Hayır n (%)			
Cinsiyet	Kadın	93 (%25.6)	270 (%74.4)	5.985	0.014*
	Erkek	21 (%15.3)	116 (%84.7)		
Yaş Grubu	18-20	30 (%27.3)	80 (%72.7)	1.866	0.601
	21-23	64 (%21.9)	228 (%78.1)		
	24-26	11 (%19)	47 (%81)		
	26 yaş üzeri	9 (%22.5)	31 (%77.5)		
Kardeş Sayısı	Yok	4 (%8.5)	4 (%91.5)	98.97 9	0,062
	1	39 (%22)	138 (%78)		
	2	34 (%23)	114 (%77)		
	3	15 (%25.4)	44 (%74.6)		
	4 ve üzeri	22 (%31.9)	47 (%68.1)		
Yaşam Şekli	Aile	62 (%23)	208 (%77)	5.783	0,216
	Arkadaş	21 (%30.4)	48 (%69.6)		
	Yalnız	9 (%13.6)	57 (%86.4)		
	Yurt	21 (%23.9)	67 (%76.1)		
	Diğer	1 (%14.3)	6 (%85.7)		
Gelir Düzeyi	1000 TL ve altı	9 (%42.9)	12 (%57.1)	7.909	0,048*
	1000- 2999 TL	31 (%23.7)	100 (%76.3)		
	3000- 4999 TL	39 (%25.3)	115 (%74.7)		
	5000 TL ve	35 (%18)	159 (%82)		

<b>Sosyo-Ekonomik Düzey Algısı</b>	<b>üzeri</b>				
	<b>Alt sınıf</b>	4 (%23.5)	13 (%76.5)		
	<b>Orta sınıf</b>	102 (%23.1)	339 (%76.9)	0.368	0,832
<b>Göç Durumu</b>	<b>Üst sınıf</b>	8 (%19)	34 (%81)		
	<b>Evet</b>	47 (%27.6)	123 (%72.4)	<b>3.438</b>	<b>0,042*</b>
<b>Hayır</b>	67 (%20.3)	263 (%79.7)			
<b>Sosyal Hobi</b>	<b>Evet</b>	64 (%20.7)	245 (%79.3)	2.004	0,157
	<b>Hayır</b>	50 (%26.2)	141 (%73.8)		
	<b>Sağ ve birlikteler</b>	91 (21.7)	329 (78.3)		
	<b>Sağ ve ayrılar</b>	10 (%23.8)	32 (%76.2)		
<b>Anne ve Baba Yaşam Durumları</b>	<b>Anne hayatta, baba hayatta</b>			4.388	0.223
	<b>değil</b>	12 (%37.5)	20 (%62.5)		
	<b>Baba hayatta, anne hayatta</b>				
	<b>değil</b>	1 (%16.7)	5 (%83.3)		

İntihar düşüncesi ve demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde şu sonuçlar elde edilmiştir: Cinsiyet ve intihar düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p=0.014<0.05$ ). Buna göre; intiharı düşünen kadınların oranı %25.6 iken, intiharı düşünen erkeklerin oranı %15.3'tür. Gelir düzeyi ve intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişki vardır ( $p=0.048<0.05$ ). Gelir düzeyi 1000 TL ve altında olan katılımcıların %42.9'u, 1000 ile 2999 TL arasında olanların %23.7'si, 3000 ile 4999 TL arasında olanların %25'ü ve gelir düzeyi 5000 TL ve üzerinde olanların %18'i daha önce intihar etmeyi düşünmüştür. Göç durumu ile intihar düşüncesi arasında da anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $p=0.042<0.05$ ). Daha önce ailesi ya da kendisi göç etmiş olanların %27.6'sı intihar etmeyi daha önce düşünmüşken bu oran göç etmeyenlerde %20.3'tür.

Anlamlı olmamakla birlikte Çizelge 4.26'dan elde edilen diğer önemli bilgiler şu şekildedir: Hiç kardeşi olmayanlarda intiharı düşünenlerin oranı %8.5 bir kardeşe sahip olanlarda %22, iki kardeşe sahip olanlarda %23, üç kardeşe sahip olanlarda %25.4, dört ve üzeri sayıda kardeşe sahip olanlarda %31.9'dur. Ailesiyle yaşayanların %23'ü, arkadaşlarıyla yaşayanların %30.4'ü, yalnız yaşayanların %13.6'sı ve yurttan yaşayanların %23.9'u daha önce intihar etmeyi düşünmüştür. Herhangi bir sosyal hobi ile meşgul olanların intiharı düşünme oranı %20.7 iken, sosyal hobi ile meşgul olmayanların intiharı düşünme oranı %26.2'dir. Anne ve babası sağ ve

birlikte olanların intiharı düşünme oranları %21.7, sağ ve ayrı olanların %23.8, annesi hayatta olup babası hayatta olmayanların intiharı düşünme oranı ise %37.5'tir.

**Çizelge 3.27: Cinsiyete Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	Cinsiyet		t	p
	Kadın Ort±SS	Erkek Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	18.42±7.07	19.81±7.14	<b>-1.952</b>	<b>0,05*</b>
<b>Hayata Kopma</b>	7.91±4.25	8.38±4.51	-1.088	0,277
<b>Öfke</b>	7.65±3.76	9.32±4,79	<b>-4.068</b>	<b>0,001*</b>
<b>Toplam</b>	33.99±12.04	37.51±12.65	<b>-2.876</b>	<b>0,004*</b>

*Bağımsız İki Örnek T Testi* \* $p < 0,05$

Araştırma kapsamında kadın ve erkeklerin İÖÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İÖÖ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre; kadın ve erkeklerin olumsuz benlik ve tükenme, öfke alt boyutları ile İÖÖ toplam puanlarına ait ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamalarında erkeklerin ortalama değerleri kadınlardan yüksektir.

**Çizelge 3.28: Göç Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	Göç Durumu		t	p
	Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	20.02±7.90	18.17±6.59	<b>2.774</b>	<b>0,006*</b>
<b>Hayata Kopma</b>	8.25±4.34	7.93±4.32	0.774	0,439
<b>Öfke</b>	8.30±3.97	8.01±4.22	0.774	0,457
<b>Toplam</b>	36.58±12.66	34.12±12.05	<b>2.123</b>	<b>0,034*</b>

*Bağımsız İki Örnek T Testi* \* $p < 0,05$

Katılımcıların göç etme durumlarına göre İÖÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İÖÖ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; ailesi ya da kendisi daha önce göç etmiş olanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları 20.02 ve göç etmemiş olanların ortalaması ise 18.07'dir. Ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ( $p=0.006<0.05$ ). Ailesi ya da kendisi daha önce göç etmiş olanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 36.58 ve göç etmemiş olanların ortalaması ise 34.12'dir. Ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ( $p=0.034<0.05$ ).

**Çizelge 3.29: Kendini Cezalandırma Düşüncesine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	Kendini Cezalandırma		t	p
	Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
Olumsuz Benlik ve Tükenme	22.65±6.95	17.12±6.52	<b>8.504</b>	<b>0.001*</b>
Hayata Bağlılıktan Kopma	9.24±4.23	7.46±4.18	<b>4.344</b>	<b>0.001*</b>
Öfke	10.16±4.00	7.23±3.88	<b>7.640</b>	<b>0.001*</b>
<b>Toplam</b>	<b>42.06±11.06</b>	<b>31.82±11.45</b>	<b>9.240</b>	<b>0.001*</b>

*Bağımsız İki Örnek T Testi* \* $p<0,05$

Katılımcıların kendilerini cezalandırma durumlarına göre İÖÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İÖÖ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları 22.65 ve düşünmemiş olanların ortalaması 17.12; kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların Hayata Bağlılıktan Kopma düzeyi ortalamaları 9.24 ve düşünmemiş olanların ortalaması 7.46; kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların Öfke düzeyi ortalamaları 10.16 ve düşünmemiş olanların ortalaması 7.23; kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 42.06 ve düşünmemiş olanların ortalaması 31.82'dir. Ortalamalar arasındaki farklar anlamlıdır ( $p=0.001<0.05$ ).

**Çizelge 3.30: İntihar Düşüncesine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	İntihar Düşüncesi		t	p
	Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	24.37±6.81	17.15±6.32	<b>10.515</b>	<b>0.001*</b>
<b>Hayata Bağlılıktan Kopma</b>	10.41±4.45	7.34±4.04	<b>6.956</b>	<b>0.001*</b>
<b>Öfke</b>	9.83±4.11	7.60±4.01	<b>5.177</b>	<b>0.001*</b>
<b>Toplam</b>	44.62±11.21	32.10±11.11	<b>10.542</b>	<b>0.001*</b>

*Bağımsız İki Örnek T Testi* \* $p < 0,05$

Katılımcıların intihar düşüncesi durumlarına göre İÖÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İÖÖ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; intiharı düşünmüş olanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları 24.37 ve düşünmemiş olanların ortalaması 17.15; intiharı düşünmüş olanların Hayata Bağlılıktan Kopma düzeyi ortalamaları 10.41 ve düşünmemiş olanların ortalaması 7.34; intiharı düşünmüş olanların Öfke düzeyi ortalamaları 9.83 ve düşünmemiş olanların ortalaması 7.60; intiharı düşünmüş olanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 44.62 ve düşünmemiş olanların ortalaması ise 32.10'dur. Ortalamalar arasındaki farklar anlamlıdır ( $p=0.001 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.31: İntihar Planlama Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	İntihar Planlama		t	p
	Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	25.21±7.94	17.99±6.58	<b>7.547</b>	<b>0.001*</b>
<b>Hayata Bağlılıktan Kopma</b>	10.19±4.94	7.77±4.17	<b>4.007</b>	<b>0.001*</b>
<b>Öfke</b>	11.03±4.48	7.74±3.94	<b>5.785</b>	<b>0.001*</b>
<b>Toplam</b>	46.44±12.57	33.51±11.49	<b>7.850</b>	<b>0.001*</b>

*Bağımsız İki Örnek T Testi* \* $p < 0,05$



Katılımcıların intiharı planlama durumlarına göre İÖÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İÖÖ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; intiharı planlamış olanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları 25.21 ve planlamamış olanların ortalaması 17.99; intiharı planlamış olanların Hayata Bağlılıktan Kopma düzeyi ortalamaları 10.19 ve planlamamış olanların ortalaması 7.77; intiharı planlamış olanların Öfke düzeyi ortalamaları 11.03 ve planlamamış olanların ortalaması 7.74; intiharı planlamış olanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 46.44 ve planlamamış olanların ortalaması ise 33.51'dir. Ortalamalar arasındaki farklar anlamlıdır ( $p=0.001<0.05$ ).

**Çizelge 3.32: İntihar Girişimi Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	İntihar Girişimi		t	p
	Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
Olumsuz Benlik ve Tükenme	25.21±8.48	18.13±6.62	<b>6.775</b>	<b>0.001*</b>
Hayata Bağlılıktan Kopma	10.80±4.78	7.75±4.18	<b>4.695</b>	<b>0.001*</b>
Öfke	10.10±4.57	7.90±4.04	<b>3.506</b>	<b>0.001*</b>
<b>Toplam</b>	<b>46.12±12.53</b>	<b>33.80±11.7</b>	<b>6.828</b>	<b>0.001*</b>

*Bağımsız İki Örnek T Testi* \* $p<0,05$

Katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumlarına göre İÖÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İÖÖ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; intihar girişiminde bulunmuş olanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları 25.21 ve bulunmamış olanların ortalaması 18.13; intihar girişiminde bulunmuş olanların Hayata Bağlılıktan Kopma düzeyi ortalamaları 10.80 ve bulunmamış olanların ortalaması 7.75; intihar girişiminde bulunmuş olanların Öfke düzeyi ortalamaları 10.10 ve bulunmamış olanların ortalaması 7.90; intiharı girişiminde bulunmuş olanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 46.12 ve bulunmamış olanların ortalaması ise 33.80'dir. Ortalamalar arasındaki farklar anlamlıdır ( $p=0.001<0.05$ ).

**Çizelge 3.33: Tıbbi Müdahale Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	Tıbbi Müdahale		t	p
	Evet Ort±SS	Hayır Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	22.57±7.79	26.41±8.87	-1.396	0.170
<b>Hayata Bağlılıktan Kopma</b>	8.50±4.83	11.93±4.68	-2.256	0.029*
<b>Öfke</b>	12.35±5.37	9.06±3.82	2.349	0.024*
<b>Toplam</b>	43.42±16.32	47.41±10.68	-0.979	0.333

*Bağımsız İki Örnek T Testi* \* $p < 0,05$

İntihar girişiminde bulunan katılımcıların tıbbi müdahale durumlarına göre İÖÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İÖÖ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; tıbbi müdahale görenlerin Hayata Bağlılıktan Kopma düzeyi ortalamaları 8.50 ve görmeyenlerin ortalaması 11.93; tıbbi müdahale görenlerin Öfke düzeyi ortalamaları 11.03 ve planlamamış olanların ortalaması 7.74; intiharı planlamış olanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 12.35 ve görmeyenlerin ortalaması ise 9.06'dır. Ortalamalar arasındaki farklar anlamlıdır ( $p=0.001 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.34: Gelir Düzeyine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	Gelir				F	p
	1000 TL ve altı Ort±SS	1000-2999 TL Ort±SS	3000-4999 TL Ort±SS	5000 TL ve üzeri Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	21.95±11.65	19.62±6.81	18.71±6.92	17.97±6.72	<b>2.87</b> <b>3</b>	<b>0.03</b> <b>6*</b>
<b>Hayata Bağlılıktan Kopma</b>	10.38±6.28	8.61±3.98	7.76±4.47	7.26±4.09	<b>3.68</b> <b>7</b>	<b>0.01</b> <b>2*</b>
<b>Öfke</b>	7.61±3.45	8.38±4.02	8.08±4.59	8.01±3.91	0.32 5	0.80 8

<b>Toplam</b>	39.95±15.91	36.62±11.80	34.56±13.19	33.60±11.25	<b>2.816</b>	<b>0.039*</b>
<i>Tek Yönlü Anova</i>	<i>*p&lt;0,05</i>					

Katılımcıların gelir düzeylerine göre İÖÖ alt boyutları ve İÖÖ toplam puanları arasında anlamlı farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; Olumsuz Benlik ve Tükenme, Hayata Bağlılıktan Kopma ve İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir. 1000 TL ve altında gelire sahip katılımcıların Olumsuz Benlik ve Tükenme ortalamaları 21.95, 1000 ile 2999 TL arasında gelire sahip katılımcıların 19.62, 3000 ile 4999 TL arasında gelire sahip katılımcıların 18.71, 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcıların ise 17.97 olduğu görülmektedir. İkili Karşılaştırma Testi (*Tukey Testi*) sonuçlarına göre 1000 TL ve altı gelire sahip katılımcılarla 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcıların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyleri arasında anlamlı fark görülmüştür ( $p=0.05 \leq 0.05$ ).

1000 TL ve altında gelire sahip katılımcıların Hayata Bağlılıktan Kopma ortalamaları 10.38, 1000 ile 2999 TL arasında gelire sahip katılımcıların 8.61, 3000 ile 4999 TL arasında gelire sahip katılımcıların 7.76, 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcıların ise 7.26 olduğu görülmektedir. İkili Karşılaştırma Testi sonuçlarına göre 1000 TL ve altı gelire sahip katılımcılarla 3000 ile 4999 TL ve 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcıların Hayata Bağlılıktan Kopma düzeyleri arasında anlamlı fark görülmüştür ( $p=0.045$  ve  $p=0.028 < 0.05$ ).

İÖÖ toplam puanları dikkate alındığında ise; 1000 TL ve altında gelire sahip katılımcıların ortalamaları 39.95, 1000 ile 2999 TL arasında gelire sahip katılımcıların 36.62, 3000 ile 4999 TL arasında gelire sahip katılımcıların 34.56, 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcıların ise 33.60 olduğu görülmektedir. İkili Karşılaştırma Testi sonuçlarına göre 1000 TL ve altı gelire sahip katılımcılarla 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcıların İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmüştür ( $p=0.05 \leq 0.05$ ).

**Çizelge 3.35: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar	Psikolojik Destek Alma	F	P
---------	------------------------	---	---

Olasılığı Ölçeği	Hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almama Ort±SS	Hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alma Ort±SS	Psikoterapiye gitme Ort±SS	Hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanma Ort±SS	Hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanma Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	18.06±7.14	20.80±7.2	19.59±5.86	22.75±8.53	20.27±7.26	<b>3.0</b>	<b>0.01</b>
<b>Hayata Bağlılık</b>	7.90±4.2		8.27±4.7			0.3	0.86
<b>Kopma</b>	3	8.55±4.60	0	8.00±4.76	7.94±4.33		
<b>Öfke</b>	7.58±3.99	9.68±4.33	8.13±3.25	10.00±7.07	9.54±4.66	<b>5.4</b>	<b>0.00</b>
<b>Toplam</b>	33.56±12.20	39.03±13.00	36.00±10.12	40.75±17.91	37.76±12.48	<b>3.7</b>	<b>0.00</b>
						<b>48</b>	<b>5*</b>

*Tek Yönlü Anova Testi*

*\*p<0,05*

Katılımcıların psikolojik destek alma durumlarına göre İÖÖ alt boyutları ve İÖÖ toplam puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Çizelge 3.34 incelendiğinde şu bulgular elde edilmektedir: Hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları 18.06, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların ortalaması 20.80, psikoterapiye gidenlerin ortalaması 19.59, hekim önerisi almaksızın psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması 22.75 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması ise 20.27'dir. İkili karşılaştırma testi sonucuna göre, psikolojik ve psikiyatrik destek almayanlar ile hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p=0.048<0.05$ ).

Hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayanların Öfke düzeyi ortalamaları 7.58, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların ortalaması 9.68, psikoterapiye gidenlerin ortalaması 8.13, hekim önerisi almaksızın psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması 10 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması ise 9.54'tür. İkili karşılaştırma testi sonucuna göre psikolojik ve psikiyatrik destek almayanlar ile hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullananların ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p=0.03$  ve  $p=0.013 < 0.05$ ).

Hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 33.56, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların ortalaması 39.03, psikoterapiye gidenlerin ortalaması 36, hekim önerisi almaksızın psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması 40.75 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması ise 37.76'dır. İkili karşılaştırma sonucuna göre, psikolojik ve psikiyatrik destek almayanlar ile hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p=0.013<0.05$ ).

**Çizelge 3.36: Psikiyatrik İlaç Kullanım Süresine Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Olasılığı Ölçeği	Psikiyatrik İlaç Kullanım Süresi				F	p
	0-3 ay	4-7 ay	8-11 ay	1 yıl ve üzeri		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	19.07±6.1 7	21.00±7.20	21.70±6.7 2	22.20±8. 96	1.99 6	0.116
<b>Hayata Bağlılıktan Kopma</b>	7.86±4.80	9.50±4.48	9.05±3.86	8.37±4.1 1	1.21 7	0.305
<b>Öfke</b>	8.19±3.57	8.67±3.19	9.88±4.19	12.66±5. 73	<b>8.69</b> <b>0</b>	<b>0.001</b> <b>*</b>
<b>Toplam</b>	35.13±11. 08	39.17±12.6 9	40.64±11. 70	43.25±14 .26	<b>3.77</b> <b>0</b>	<b>0.012</b> <b>*</b>

*Tek Yönlü Anova Testi*

*\* $p<0,05$*

Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanım sürelerine göre İÖÖ alt boyutları ve İÖÖ toplam puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen bulgular Çizelge 3.35'de gösterilmiştir. 0 ile 3 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların Öfke ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 8.19, 4 ile 7 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların 8.67, 8-11 ay zaman

aralığında psikiyatrik ilaç kullananların 9.88, 1 yıl ve üzeri sürede psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması ise 12.66'dır. İkili karşılaştırma testi sonuçlarına göre, 0-3 ay ve 4-7 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananlar ile 1 yıl ve üzeri sürede psikiyatrik ilaç kullananların Öfke düzeyi ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p=0.000$  ve  $p=0.001 < 0.05$ ).

0 ile 3 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların İÖÖ toplam puanların ortalaması 35.13, 4 ile 7 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların 39.17, 8-11 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların 40.64, 1 yıl ve üzeri sürede psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması ise 43.25'tir. İkili karşılaştırma testi sonuçlarına göre, 0-3 ay ile 1 yıl ve üzeri sürede psikiyatrik ilaç kullananların Öfke düzeyi ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p=0.017 < 0.05$ ).

0 ile 3 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların Olumsuz Benlik ve Tükenme ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 19.07, 4 ile 7 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların 21, 8-11 ay zaman aralığında psikiyatrik ilaç kullananların 21.70, 1 yıl ve üzeri sürede psikiyatrik ilaç kullananların ortalaması ise 22.20'dir. Kategoriler arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte, ilaç kullanım süresi arttıkça Olumsuz Benlik ve Tükenme değerinin de arttığı görülmektedir.

**Çizelge 3.37: İntihar Girişim Sayısına Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

İntihar Ölçeği	Olasılığı	İntihar Girişim Sayısı			F	p
		1 Ort±SS	2 Ort±SS	3 ve üzeri Ort±SS		
Olumsuz Tükenme	Benlik ve	23.36±6.5		32.50±12.1	5.315	0.009*
		0	23.27±5.65	3		
Hayata Kopma	Bağlılıktan	10.44±5.5		11.90±3.72	0.309	0.736
		8	10.90±4.32	11.90±3.72		
Öfke		9.00±3.09	11.00±5.31	12.30±6.18	2.188	0.124
Toplam		42.80±10.		56.70±15.9	5.249	0.009*
		31	45.18±9.53	0		

*Tek Yönlü Anova Testi* \* $p < 0,05$

Katılımcıların intihar girişim sayısına göre İÖÖ alt boyutları ve İÖÖ toplam puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Çizelge

3.36 incelendiğinde şu bulgular elde edilmektedir: 1 kez intihar girişiminde bulunanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları 23.36, 2 kez intihar girişiminde bulunanların ortalaması 23.27, 3 ve daha fazla intihar girişiminde bulunanların ortalaması ise 32.50'dir. İkili karşılaştırma testi sonucuna göre, 1 ve 3 ve daha fazla intihar girişiminde bulunanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyi ortalamaları arasında anlamlı bir vardır ( $p=0.027<0.05$ ).

1 kez intihar girişiminde bulunanların İÖÖ toplam puan ortalamaları 42.80, 2 kez intihar girişiminde bulunanların ortalaması 45.18, 3 ve daha fazla intihar girişiminde bulunanların ortalaması ise 56.70'dir. İkili karşılaştırma testi sonucuna göre, 1 ve 3 ve daha fazla intihar girişiminde bulunanların İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir vardır ( $p=0.007<0.05$ ).

**Çizelge 3.38: İntihar Olasılığı Ölçeği ile Bağımlılık Profil İndeksi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

<b>BAPİ</b> \ <b>İÖÖ</b>		<b>Olumsuz Benlik ve Tükenme</b>	<b>Hayata Bağlılıktan Kopma</b>	<b>Öfke</b>	<b>İÖÖ Toplam</b>
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>	<b>r</b>	0.187	0.081	0.302	0.228
	<b>p</b>	0.002*	0.183	0.001*	0.001*
<b>Tanı</b>	<b>r</b>	0.139	0.124	0.207	0.191
	<b>p</b>	0.022*	0.041*	0.001*	0.002*
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>	<b>r</b>	0.159	0.095	0.239	0.198
	<b>p</b>	0.009*	0.121	0.001*	0.001*
<b>Şiddetli İstek</b>	<b>r</b>	0.106	0.058	0.157	0.129

	<b>p</b>	0.083	0.339	0.010*	0.034
<b>Motivasyon</b>	<b>r</b>	0.182	0.096	0.202	0.192
	<b>p</b>	0.003*	0.115	0.001*	0.002*
<b>Toplam (Bağımlılık Şiddeti)</b>	<b>r</b>	0.182	0.97	0.263	0.219
	<b>p</b>	0.003*	0.117	0.001*	0.001*

*Spearman Sıra Korelasyon Testi* \* $p < 0,05$

Tezin temel amaçlarından biri de bireylerin madde bağımlılıkları ve intihar olasılıkları arasında herhangi bir ilişkinin olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu amaçtan hareketle araştırma kapsamında İÖÖ alt boyutları ve toplam puanları ile BAPİ alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki korelasyon incelenmiş, sonuçlar Çizelge 3.37'de gösterilmiştir. Çizelgeye göre; Madde Kullanım Özellikleri alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.002 < 0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001 < 0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001 < 0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Madde Kullanım Özellikleri ile en yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.302$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Tanı alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.022 < 0.05$ ), Hayattan Bağlılıktan Kopma alt boyutu ( $p=0.041 < 0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001 < 0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.002 < 0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Tanı alt boyutu ile en yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.191$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Yaşam Üstüne Etkileri alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.009 < 0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001 < 0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001 < 0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yaşam Üstüne Etkileri alt boyutu ile en yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.239$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Şiddetli İstek alt boyutundan alınan puanlar ile Öfke alt boyutu ( $p=0.010 < 0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Motivasyon alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.003 < 0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001 < 0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.002 < 0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Motivasyon alt boyutu ile en



yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.202$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

BAPİ toplam puanı diğer bir deyişle Bağımlılık Şiddeti'nden alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.003<0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001<0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bağımlılık Şiddeti ile en yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.263$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür. Bağımlılık Şiddeti ve İÖÖ toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.219'dur.

**Çizelge 3.39: İntihar Olasılığı Ölçeği ile Bağımlılık Profil İndeksi- K Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

İÖÖ BAPİ-K		Olumsuz Benlik ve Tükenme	Hayata Bağlıktan Kopma	Öfke	İÖÖ Toplam
Öfke Kontrol Yetersizliği	r	0.265	0.115	0.443	0.338
	p	0.001*	0.010*	0.001*	0.001*
Güvenli Davranış Eksikliği	r	0.252	0.181	0.127	0.222
	p	0.001*	0.001*	0.005*	0.001*
Heyecan Arama Davranışı	r	0.191	-0.001	0.351	0.222
	p	0.001*	0.974	0.001*	0.001*
Dürtüsellik	r	0.232	0.107	0.312	0.275
	p	0.001*	0.017*	0.001*	0.001*
Depresyon	r	0.375	0.233	0.286	0.384
	p	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*
Anksiyete	r	0.305	0.152	0.281	0.314
	p	0.001*	0.001*	0.001*	0.001*

*Spearman Sıra Korelasyon Testi* \* $p<0,05$

İÖÖ alt boyutları ve toplam puanları ile BAPİ-K alt ölçekleri arasındaki korelasyon incelenmiş, sonuçlar Çizelge 3.38'de gösterilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; Öfke Kontrol Yetersizliği alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Hayata Bağlıktan Kopma alt boyutu ( $p=0.010<0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001<0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Öfke Kontrol Yetersizliği ile en yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.443$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Güvenli Davranış Eksikliği alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.005<0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001<0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Güvenli Davranış Eksikliği ile en yüksek korelasyon Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu arasındadır ( $r=0.252$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Heyecan Arama alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001<0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Heyecan Arama ile en yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.351$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Dürtüsellik alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutu ( $p=0.017<0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001<0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dürtüsellik ile en yüksek korelasyon Öfke alt boyutu arasındadır ( $r=0.312$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Depresyon alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001<0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Depresyon ile en yüksek korelasyon İÖÖ toplam puanları arasındadır ( $r=0.384$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

Anksiyete alt boyutundan alınan puanlar ile Olumsuz Benlik ve Tükenme alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Hayata Bağlılıktan Kopma alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ), Öfke alt boyutu ( $p=0.001<0.05$ ) ve İÖÖ toplam puanları ( $p=0.001<0.05$ ) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Anksiyete ile en yüksek korelasyon İÖÖ toplam puanları arasındadır ( $r=0.314$ ). Tüm ilişki katsayıları pozitif yönlüdür.

### **Çizelge 3.40: Cinsiyete Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ		Cinsiyet		Z	p
		Kadın Ort. sıra	Erkek Ort. sıra		
<b>Madde</b>	<b>Kullanım</b>	126.06	156.93	<b>-3.167</b>	<b>0.002*</b>
<b>Özellikleri</b>					
<b>Tanı</b>		130.50	145.34	-1.601	0.109
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>		127.68	149.08	<b>-2.295</b>	<b>0.022*</b>
<b>Şiddetli İstek</b>		129.72	146.87	-1.880	0.060
<b>Motivasyon</b>		129.84	147.98	<b>-2.030</b>	<b>0.042*</b>
<b>Toplam</b>	<b>(Bağımlılık Şiddeti)</b>	125.01	146.99	<b>-2.228</b>	<b>0.026*</b>

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

Cinsiyete göre BAPİ alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; erkeklerin Madde Kullanımı'nın kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.002 < 0.05$ ), erkeklerin madde kullanımlarının Yaşam Üstüne Etkileri'nin kadınların Yaşam Üstüne Etkileri'nden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.022 < 0.05$ ), erkeklerin madde kullanımı Motivasyon'larının kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.042 < 0.05$ ) ve erkeklerin Bağımlılık Şiddeti'nin kadınların Bağımlılık Şiddeti'nden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0.026 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.41: Göç Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ		Göç Durumu		Z	p
		Evet Ort. sıra	Hayır Ort. sıra		
<b>Madde</b>	<b>Kullanım</b>	152.18	128.48	-2.432	0.015*
<b>Özellikleri</b>					
<b>Tanı</b>		144.32	131.02	-1.435	0.151
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>		150.72	127.09	-2.521	0.012*
<b>Şiddetli İstek</b>		144.68	130.91	-1.505	0.132
<b>Motivasyon</b>		150.15	128.85	<b>-2.378</b>	<b>0.017*</b>
<b>Toplam</b>	<b>(Bağımlılık Şiddeti)</b>	148.70	124.67	<b>-2.408</b>	<b>0.016*</b>

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

Göç durumuna göre BAPİ alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; ailesi ya da kendisi daha önce göç edenlerin Madde Kullanımı'nın göç etmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.015 < 0.05$ ), daha önce göç edenlerin madde kullanımlarının Yaşam Üstüne Etkileri'nin göç etmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.012 < 0.05$ ), daha önce göç edenlerin madde kullanımı Motivasyon'larının göç etmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.017 < 0.05$ ) ve daha önce göç edenlerin Bağımlılık Şiddeti'nin göç etmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0.016 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.42: Kendini Cezalandırma Düşüncesine Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ	Kendini Cezalandırma Düşüncesi		Z	p
	Evet	Hayır		
	Ort. sıra	Ort. sıra		
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>	155.48	127.40	<b>-2.812</b>	<b>0.005*</b>
<b>Tanı</b>	158.71	124.42	<b>-3.617</b>	<b>0.001*</b>
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>	160.30	122.93	<b>-3.911</b>	<b>0.001*</b>
<b>Şiddetli İstek</b>	151.73	127.66	<b>-2.572</b>	<b>0.010*</b>
<b>Motivasyon</b>	153.25	127.62	<b>-2.798</b>	<b>0.005*</b>
<b>Toplam (Bağımlılık Şiddeti)</b>	157.72	120.35	<b>-3.709</b>	<b>0.001*</b>

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

Kendini cezalandırma düşüncesine göre BAPİ alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; daha önce kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların Madde Kullanımı'nın düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.005 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların Tanı alt boyutu puanlarının düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların madde kullanımlarının Yaşam Üstüne Etkileri'nin düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünmüş olanların maddeye karşı Şiddetli İstek'lerinin düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.010 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünenlerin madde kullanımı Motivasyon'larının düşünmeyenlerden

anlamli düzeyde yuksek ( $p=0.005<0.05$ ) ve kendini cezalandirmayi dusunenlerin Bagimlilik Siddeti'nin dusunmeyenlerden anlamli sekilde yuksek oldugu gorulmektedir ( $p=0.001<0.05$ ).

**Çizelge 3.43: İntihar Düşüncesine Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ		İntihar Düşüncesi		Z	p
		Evet Ort. sıra	Hayır Ort. sıra		
Madde	Kullanım	153.57	130.81	-2.138	0.033*
Özellikleri					
Tanı		167.04	124.88	-4.175	0.001*
Yaşam Üstüne Etkileri		.156.44	127.75	-2.820	0.005*
Şiddetli İstek		152.06	129.93	-2.228	0.026*
Motivasyon		153.64	130.09	-2.414	0.016*
Toplam	(Bağımlılık Şiddeti)	154.84	124.75	-2.814	0.005*

*Mann Whitney U Testi* \* $p<0,05$

İntihar düşüncesine göre BAPİ alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamli bir farklılık olup olmadığı incelendiğinde; daha intiharı düşünmüş olanların Madde Kullanımı'nın düşünmeyenlerden anlamli düzeyde yuksek ( $p=0.033<0.05$ ), intiharı düşünmüş olanların Tanı alt boyutu puanlarının düşünmeyenlerden anlamli düzeyde yuksek ( $p=0.001<0.05$ ), intiharı düşünmüş olanların madde kullanımlarının Yaşam Üstüne Etkileri'nin düşünmeyenlerden anlamli düzeyde yuksek ( $p=0.005<0.05$ ), intiharı düşünmüş olanların maddeye karşı Şiddetli İstek'lerinin düşünmeyenlerden anlamli düzeyde yuksek ( $p=0.026<0.05$ ), intiharı düşünenlerin madde kullanımı Motivasyon'larının düşünmeyenlerden anlamli düzeyde yuksek ( $p=0.016<0.05$ ) ve intiharı düşünenlerin Bağımlılık Şiddeti'nin düşünmeyenlerden anlamli sekilde yuksek olduğu görülmektedir ( $p=0.005<0.05$ ).

**Çizelge 3.44: İntihar Planlama Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ	İntihar Planlama Durumu		Z	p
	Evet	Hayır		

		Ort. sıra	Ort. sıra		
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>		175.59	130.34	<b>-3.364</b>	<b>0.001*</b>
<b>Tanı</b>		174.80	129.26	<b>-3.573</b>	<b>0.001*</b>
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>		163.81	130.41	<b>-2.602</b>	<b>0.009*</b>
<b>Şiddetli İstek</b>		158.03	131.92	<b>-2.082</b>	<b>0.037*</b>
<b>Motivasyon</b>		166.20	131.22	<b>-2.839</b>	<b>0.005*</b>
<b>Toplam (Bağımlılık Şiddeti)</b>		170.22	126.35	<b>-3.256</b>	<b>0.001*</b>

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

İntihar planlama durumuna göre BAPİ alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; daha önce intiharı planlamış olanların Madde Kullanımı'nın planlamayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), intiharı planlamış olanların Tanı alt boyutu puanlarının planlamayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), intiharı planlamış olanların madde kullanımlarının Yaşam Üstüne Etkileri'nin planlamayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.009 < 0.05$ ), intiharı planlamış olanların maddeye karşı Şiddetli İstek'lerinin planlamayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.037 < 0.05$ ), intiharı planlamış olanların madde kullanımı Motivasyon'larının planlamayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.005 < 0.05$ ) ve intiharı planlamış olanların Bağımlılık Şiddeti'nin planlamayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0.001 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.45: İntihar Girişim Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ		İntihar Girişimi		Z	p
		Evet	Hayır		
		Ort. sıra	Ort. sıra		
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>		177.27	131.82	<b>-2.995</b>	<b>0.003*</b>
<b>Tanı</b>		180.63	130.28	<b>-3.502</b>	<b>0.001*</b>
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>		168.50	131.11	<b>-2.582</b>	<b>0.010*</b>

<b>Şiddetli İstek</b>	171.79	131.30	<b>-2.863</b>	<b>0.004*</b>
<b>Motivasyon</b>	181.55	130.75	<b>-3.656</b>	<b>0.001*</b>
<b>Toplam (Bağımlılık Şiddeti)</b>	181.04	126.74	<b>-3.575</b>	<b>0.001*</b>

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

İntihar girişimi durumuna göre BAPİ alt boyutları ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; daha önce intihar girişiminde bulunmuş olanların Madde Kullanımı'nın bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.003 < 0.05$ ), intihar girişiminde bulunmuş olanların Tanı alt boyutu puanlarının bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), intihar girişiminde bulunmuş olanların madde kullanımlarının Yaşam Üstüne Etkileri'nin bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.010 < 0.05$ ), intiharı girişiminde bulunmuş olanların maddeye karşı Şiddetli İstek'lerinin bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.004 < 0.05$ ), intihar girişiminde bulunmuş olanların madde kullanımı Motivasyon'larının bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ) ve intihar girişiminde bulunmuş olanların Bağımlılık Şiddeti'nin bulunmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0.001 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.46: Yaşa Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ	Yaş				$\chi^2$	P
	18-20	21-23	24-26	26 ve üstü		
	Ort. sıra	Ort. sıra	Ort. sıra	Ort. sıra		
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>	148	132.90	147.29	119.27	3.518	0.318
<b>Tanı</b>	161.81	128.67	140.77	112.54	<b>11.51</b>	<b>0.009</b>
<b>Yaşam Üstüne</b>	150.05	132.82	140.30	107	6.335	0.096

<b>Etkileri</b>						
<b>Şiddetli İstek</b>	153.43	131.36	138.74	116.94	5.843	0.119
<b>Motivasyon</b>	154.54	133.38	131.52	114.35	6.618	0.085
<b>BAPİ Toplam</b>	152.81	128.86	137.23	102.46	<b>8.001</b>	<b>0.046</b> *

*Kruskal-Wallis H Testi* \* $p < 0,05$

Yaş gruplarına göre BAPİ alt ölçekleri ve toplam puanlarının farklılık gösterip göstermediği analiz edildiğinde şu bulgular elde edilmiştir: Yaş gruplarının Tanı alt ölçeği puanları açısından ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p=0.009 < 0.05$ ). 18 ile 20 yaş arasındaki katılımcıların Tanı alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 161.80, 21 ile 23 yaş aralığındaki katılımcıların 128.67, 24 ile 26 yaş aralığındaki katılımcıların 140.77, 26 ve üstü yaş grubuna dahil katılımcıların ortalaması ise 112.54'tür.

Yaş gruplarına göre BAPİ toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p=0.046 < 0.05$ ). 18 ile 20 yaş arasındaki katılımcıların BAPİ toplam puanların ortalaması 152.81, 21 ile 23 yaş aralığındaki katılımcıların 128.86, 24 ile 26 yaş aralığındaki katılımcıların 137.23, 26 ve üstü yaş grubuna dahil katılımcıların ortalaması ise 102.46'dır.

**Çizelge 3.47: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi Toplam Puanlarının ve Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ	Psikolojik Destek Alma	Hiç psikolojik ve psikiyatri	Hem psikolojik hem de psikiyatri	Psikoterapiye gitme	Hekim önerisi alınmaksızın	Hekim önerisi ile psikiyatri	$\chi^2$	P
------	------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------	----------------------------	------------------------------	----------	---



	k destek almama	k destek alma		psikiyatrik ilaç kullanma	rik ilaç kullanma		
	Ort. sıra	Ort. sıra	Ort. sıra	Ort. sıra	Ort. sıra		
<b>Madde Kullanım Özellikleri</b>	114.30	173.99	156.85	190.13	159.74	<b>32.2</b>	<b>0.00</b>
<b>Tanı</b>	121.05	159.93	147.27	155.13	148.05	<b>13.7</b>	<b>0.00</b>
<b>Yaşam Üstüne Etkileri</b>	119.76	150.86	152.82	196	156.10	<b>15.7</b>	<b>0.00</b>
<b>Şiddetli İstek</b>	118.37	163.48	144.77	162.63	158.79	<b>21.1</b>	<b>0.00</b>
<b>Motivasyon</b>	127.95	150.08	137.31	141.13	139.09	4.00	0.40
<b>BAPİ Toplam</b>	116.53	161.43	140.88	184.50	146.70	8	5
						<b>16.4</b>	<b>0.00</b>
						<b>57</b>	<b>2*</b>

*Kruskal-Wallis H Testi*

*\*p<0,05*

Psikolojik destek alma durumlarına göre BAPİ alt ölçekleri ve toplam puanlarının farklılık gösterip göstermediği analiz edildiğinde şu bulgular elde edilmiştir: Psikolojik destek alma durumlarına göre Madde Kullanım Özellikleri alt ölçeği puanlarının sıra ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p=0.001<0.05$ ). Buna göre; hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayan katılımcıların Madde Kullanım Özellikleri alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 114.30, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alan katılımcıların 173.99, psikoterapiye giden katılımcıların 156.85, hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 190.13 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 159.74'tür.

Psikolojik destek alma durumlarına göre Tanı alt ölçeği puanlarının sıra ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p=0.008<0.05$ ). Buna göre; hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayan katılımcıların Tanı alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 121.05, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alan katılımcıların 159.93, psikoterapiye giden katılımcıların 147.27, hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 155.13 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 148.05'tir.

Psikolojik destek alma durumlarına göre madde kullanımının Yaşam Üstüne Etkileri alt ölçeği puanlarının sıra ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p=0.003<0.05$ ). Buna göre; hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayan katılımcıların Yaşam Üstüne Etkileri alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 119.76, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alan katılımcıların 150.86, psikoterapiye giden katılımcıların 152.82, hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 196 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 156.10'dur.

Psikolojik destek alma durumlarına göre Şiddetli İstek alt ölçeği puanlarının sıra ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p=0.001<0.05$ ). Buna göre; hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayan katılımcıların Şiddetli İstek alt ölçeğinden aldığı puanların ortalaması 118.37, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alan katılımcıların 163.48, psikoterapiye giden katılımcıların 144.77, hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 162.63 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 158.79'dur.

Psikolojik destek alma durumlarına göre madde kullanımının BAPI toplam puanlarının sıra ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p=0.002<0.05$ ). Buna göre; hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayan katılımcıların BAPI toplam puanların ortalaması 116.53, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alan katılımcıların 161.43, psikoterapiye giden katılımcıların 140.88, hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 184.50 ve hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların 146.70'tir.

**Çizelge 3.48: Cinsiyete Göre Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ-K		Cinsiyet		Z	p
		Kadın	Erkek		
		Ort. sıra	Ort. sıra		
Öfke Yetersizliği	Kontrol	250.46	248.78	-0.118	0,906
	Davranış	256.25	226.23	<b>-2.103</b>	<b>0.035*</b>
Heyecan Davranışı	Arama	248.05	256.99	-0.631	0.528
		Dürtüsellik	252.65	241.20	-0.815

<b>Depresyon</b>	258.49	224.07	<b>-2.451</b>	<b>0.014*</b>
<b>Anksiyete</b>	256.28	231.64	-1.769	0.077

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

Cinsiyete göre BAPİ-K alt boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; kadınların Güvenli Davranış Eksikliği'nin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.035 < 0.05$ ) ve kadınların Depresyon düzeyinin erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0.014 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.49: Sosyal Hobi Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ-K		Sosyal Hobi		Z	p
		Evete	Hayır		
		Ort. sıra	Ort. sıra		
<b>Öfke</b>	<b>Kontrol</b>	251.51	247.54	-0.305	0,760
<b>Yetersizliği</b>	<b>Davranış</b>	234.23	270.29	<b>-2.750</b>	<b>0.006*</b>
<b>Güvenli Eksikliği</b>	<b>Arama</b>	260.91	233.65	<b>-2.097</b>	<b>0.036*</b>
<b>Heyecan Davranışı</b>		247.25	253.15	-0.457	0.648
<b>Dürtüsellik</b>		243.21	258.36	-1.174	0.241
<b>Depresyon</b>		249.03	250.26	-0.096	0.923
<b>Anksiyete</b>					

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

Sosyal hobi durumuna göre BAPİ-K alt boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; düzenli bir sosyal hobi ile ilgilenmeyenlerin Güvenli Davranış Eksikliği'nin ilgilenenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.006 < 0.05$ ) ve düzenli bir sosyal hobi ile ilgilenenlerin Heyecan Arama düzeyinin ilgilenmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ( $p=0.036 < 0.05$ ).

**Çizelge 3.50: Kendini Cezalandırmayı Düşünme Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ-K		Kendini Cezalandırma		Z	p
		Evet Ort. sıra	Hayır Ort. sıra		
Öfke Yetersizliği	Kontrol	302.45	226.12	-5.557	0,001*
Güvenli Eksikliği	Davranış	285.29	231.49	-3.866	0.001*
Heyecan Davranışı	Arama	293.39	230.58	-4.571	0.001*
Dürtüsellik		297.69	230.58	-5.120	0.001*
Depresyon		320.38	216.83	-7.586	0.001*
Anksiyete		305.24	223.90	-6.018	0.001*

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

Kendini cezalandırma durumuna göre BAPİ-K alt boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; kendini cezalandırmayı düşünenlerin Öfke Kontrol Yetersizliği'nin düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünenlerin Güvenli Davranış Eksikliği'nin düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünenlerin Heyecan Arayışı'nın düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünenlerin Dürtüsellik'lerinin düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), kendini cezalandırmayı düşünenlerin Depresyon düzeylerinin düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ) ve kendini cezalandırmayı düşünenlerin Anksiyete düzeylerinin düşünmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ) olduğu görülmektedir.

**Çizelge 3.51: İntihar Girişimi Durumuna Göre Bağımlılık Profil İndeksi - K Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

BAPİ-K		İntihar Girişimi		Z	p
		Evet Ort. sıra	Hayır Ort. sıra		
Öfke Kontrol Yetersizliği	Kontrol	351.11	239.49	<b>-5.170</b>	<b>0,001*</b>
Güvenli Eksikliği	Davranış	271.95	245.55	-1.203	0.229
Heyecan Davranışı	Arama	302.80	245.07	<b>-2.667</b>	<b>0.008*</b>
Dürtüsellik		332.93	240.81	<b>-4.290</b>	<b>0.001*</b>
Depresyon		320.76	241.51	<b>-3.697</b>	<b>0.001*</b>
Anksiyete		315.41	242.63	<b>-3.421</b>	<b>0.001*</b>

*Mann Whitney U Testi* \* $p < 0,05$

İntihar girişiminde bulunma durumuna göre BAPİ-K alt boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; intihar girişiminde bulunanların Öfke Kontrol Yetersizliği'nin bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), intihar girişiminde bulunanların Heyecan Arayışı'nın bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.008 < 0.05$ ), intihar girişiminde bulunanların Dürtüsellik'lerinin bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ), intihar girişiminde bulunanların Depresyon düzeylerinin bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ) ve intihar girişiminde bulunanların Anksiyete düzeylerinin bulunmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek ( $p=0.001 < 0.05$ ) olduğu görülmektedir.

## SONUÇ

Bağımlılık yaşının giderek düşmesi, bağımlılık yapan maddelerin çeşitliliğinin artması ve uluslararası madde ticaretinin önüne geçilmesi zor bir boyut kazanmış olması, bağımlılık konusundaki araştırmaların, projelerin ve hukuki düzenlemelerin sayısını arttırmıştır. Diğer taraftan intihar oranlarındaki artış ve intihar girişimlerinin sosyal medya aracılığı ile hızlı şekilde yayılmaya başlaması, intihar konusunu da sürekli olarak gündemde tutmaktadır. Şüphesiz intihar ve bağımlılık üzerine yapılan çalışmalar yeni değildir. Ancak son yıllarda artan intihar ve bağımlılık oranlarının yanı sıra, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların da artışı, konuların tek boyutlu ele alınmasının ne derecede yetersiz kalacağını göstermesi açısından önemlidir.

Bu noktadan hareketle, tez kapsamında bireylerin demografik özelliklerinin yanı sıra intihar düşüncesi, intihar planı, intihar girişimi gibi intihar eğilimlerinin belirlenmesine ek olarak, intihar riskleri ya da diğer bir deyişle intihar olasılık düzeylerinin de ortaya konulması hedeflenmiştir. Bunun için 19 maddelik demografik bir form ve son hali Batıgün ve Şahin tarafından verilen İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanılmıştır. Tez kapsamında aynı bireylerin madde kullanım özellikleri de dikkate alınmıştır. Buna göre bireylerin kullanıyorsa hangi maddeleri hangi sıklıkla kullandıkları ve madde kullanımına ilişkin bazı özellikleri ele alınmıştır. Madde kullanımına ilişkin ölçümler Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilen Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve BAPİ-K ölçekleri aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Tüm ölçeklerin değerlendirilmesi her bir ölçeğin alt boyutları için ayrı ayrı ele alındığı gibi, toplam puanlar kullanılarak da genel değerlendirme yapılmasına olanak sağlanmıştır.

BAPİ ölçeğinden elde edilen madde kullanım bilgilerine göre; en çok kullanılan maddenin alkol olduğu görülmektedir. Alkolü, esrar, çeşitli haplar ve ecstasy takip etmektedir.

İÖÖ sonuçları hem ölçeğin toplam puanı hem de alt boyutları açısından ortalamanın altında bir intihar olasılığını göstermektedir. Her bir kişisel bilgi ile

intihara yönelik kişisel soruların korelasyon değerleri ve anlamlılık düzeylerine yer verilmiştir. Buna göre; bir ya da iki kardeşe sahip katılımcıların intihar girişiminde bulunma düzeyleri diğerlerine göre daha düşüktür. Ailesi ya da kendisi daha önce göç etmiş bireylerin intihar düşüncesi düzeyleri, göç etmeyenlere göre daha yüksektir. Aynı şekilde intihar girişimi de daha yüksektir. Kişisel bilgiler ile psikolojik destek alma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşam şekli açısından her grupta hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almayanların sayısı diğer gruplara göre daha fazla olmakla birlikte, yalnız yaşayanlarda hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların oranı daha yüksektir. Yalnız yaşayanları ailesiyle yaşayanlar ve yurttan yaşayanlar takip etmektedir. Özellikle intihar girişim nedenlerinde aileden kaynaklanan sorunların birinci neden olarak yer alması ile birlikte değerlendirildiğinde ailenin intihar eğilimindeki etkisinin önemi ortaya çıkmaktadır. Anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte, kadınların psikolojik ve psikiyatrik destek alma oranları erkeklerin yaklaşık 2 katıdır. Aynı şekilde hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç alan kadınların sayısı, erkeklerin yaklaşık 4 katıdır.

Kişisel bilgiler ile intihar düşüncesi arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; kadınların intihar düşüncesinin erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, ailesinin ortalama gelir düzeyi 1000 TL ve altında olan katılımcıların intihar düşüncesi en yüksekken, 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcılarda en düşüktür. Literatürde gelir düzeyinin belli bir seviyeye kadar ruhsal problemleri azaltıcı etkisi olabildiği ancak belli bir düzeyden sonra ya bu etkinin azaldığı ya da tersi yönde etki ettiğine dair görüşler hakimdir. Katılımcıların büyük bölümünün sosyo-ekonomik düzey olarak kendini "orta sınıf" olarak gördükleri de dikkate alındığında gelir düzeyi açısından bu farkın olağan olduğu da görülmektedir.

Tez kapsamında her bir kişisel bilginin İÖÖ alt boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişkileri değerlendirilmiştir. Erkeklerin Olumsuz Benlik ve Tükenme, Öfke ve İntihar Olasılığı (İÖÖ toplam puanlar) düzeyleri kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Ailesi ya da kendisi daha önce göç eden katılımcıların Olumsuz Benlik ve Tükenme ile İntihar Olasılığı düzeyleri etmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksektir. Göç durumunun özellikle intihar düşüncesi, intihar girişimi ve İÖÖ alt boyutlarına etkisi dikkate alındığında, intiharı etkileyen önemli nedenlerden biri olduğu görülmektedir. Kendini cezalandırma, intihar düşüncesi, intiharı planlama ve intihar girişimlerinin her birinin İÖÖ alt boyutları ve toplam puanları açısından

anlamli farklilikğa sahip olması, intihar olgusunun ister düşünce, ister plan ister girişim düzeyinde olsun, intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer bir deyişle; intiharı düşünen ya da intihar girişiminde bulunan katılımcıların intihar olasılık düzeyleri de diğerlerinden daha yüksektir.

Gelir düzeyinin intihar girişimine etkisi daha önce incelenmiş, 1000 TL altı gelir düzeyine sahip katılımcıların intihar girişim oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmişti. Benzer şekilde gelir düzeylerine göre katılımcıların Olumsuz Benlik ve Tükenme, Hayata Bağlılıktan Kopma ve İntihar Olasılıkları arasında anlamlı farklılık vardır. 1000 TL ve altında gelire sahip katılımcılar her bir düzeyde en yüksek intihar olasılığı değerine sahipken, 5000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcılarda değerler en düşüktür.

Psikolojik destek alma durumlarına göre; hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların Olumsuz Benlik ve Tükenme düzeyleri ile intihar olasılık düzeyleri almayanlardan anlamlı şekilde yüksek, hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alanların Öfke düzeyleri hem psikolojik ve psikiyatrik destek almayanlardan hem de hekim önerisi ile psikiyatrik ilaç kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

Psikiyatrik ilaç kullanma süreleri intihar olasılığını etkilemektedir. Psikiyatrik ilaç kullanma süreleri arttıkça hem Öfke düzeyleri hem de intihar olasılık düzeyleri anlamlı şekilde yükselmektedir. Benzer şekilde intihar girişim sayısı arttıkça Olumsuz Benlik ve Tükenme ile intihar olasılık düzeyi anlamlı şekilde artmaktadır.

Tez kapsamında, tezin ana amacını oluşturan intihar ve bağımlılık arasındaki ilişki de ayrıntılı şekilde analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; intihar olasılığı ile bağımlılık şiddeti arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. İlişki katsayısı %21.9 olup, literatür ile uyumludur. Bağımlılık ve intihar olasılığı ölçekleri arasında anlamlı ilişki olduğu gibi alt boyutları arasında da anlamlı ilişkiler mevcuttur. Madde kullanım özellikleri ile Olumsuz Benlik ve Tükenme ve Öfke alt boyutları arasında, Tanı ile Olumsuz Benlik ve Tükenme, Hayata Bağlılıktan Kopma ve Öfke alt boyutları arasında, madde kullanımının Yaşam Üstüne Etkileri ile Olumsuz Benlik ve Tükenme ve Öfke alt boyutları arasında, Şiddetli İstek ile Öfke alt boyutu arasında ve Motivasyon ile Olumsuz Benlik ve Tükenme ve Öfke alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Tüm korelasyonların pozitif yönlü olması da



bağımlılık artarken intihar olasılığının da arttığı yada intihar olasılığı artarken bağımlılık düzeyinin de arttığını ifade etmektedir.

Madde bağımlılığı ile intihar ilişkisi hem ölçekler arasındaki korelasyon değerleriyle hem de madde bağımlılık ölçeği ile intihar kişisel formu bilgileri arasındaki ilişki ile incelenmiştir. Buna göre; kendini cezalandırmayı düşünen katılımcıların Bağımlılık Şiddeti ve BAPİ alt ölçekleri değerleri, düşünmeyenlere göre anlamlı şekilde yüksektir. Aynı şekilde intihar düşüncesi olan, intiharı planlayan ya da intihar girişiminde bulunan katılımcıların, Bağımlılık Şiddeti, Tanı, madde kullanımının Yaşam Üstüne Etkileri, Şiddetli İstek ve madde kullanımı Motivasyon'u diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu bulgular intihar ve bağımlılık arasındaki ilişkiyi gösterdiğinden tezin hipotezini de desteklemektedir.

Bağımlılık Profil İndeksi'nin genel formu dışında, Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu bulguları da analize dahil edilmiştir. BAPİ Klinik değerleri ile İÖÖ toplam puanları ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar dikkate alındığında; Heyecan Arama Davranışı ile Hayata Bağlıktan Kopma arasında bir ilişki bulunmazken, hem bağımlılık şiddeti ile intihar olasılığı hem de her iki ölçeğin tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki mevcuttur. BAPİ-K alt boyutlarından Öfke Kontrol Yetersizliği ile İÖÖ alt boyutlarından Öfke arasındaki ilişkinin en yüksek olması, ölçeklerin geçerlilik düzeylerinin ne derece güçlü olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

İÖÖ alt boyutlarının demografik özellikler açısından farkları incelendiği gibi, Bağımlılık Şiddeti ile demografik özellikler arasındaki ilişki de değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; erkeklerin Madde Kullanım Özellikleri, madde kullanımının yaşam üstüne etkileri, madde kullanım motivasyonları ve Bağımlılık Şiddeti kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Alkol ve esrar kullanım sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, erkeklerin kadınlara göre madde bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır.

İntihar olasılığında etkisi ön plana çıkan göç etme durumu, bağımlılığı da etkileyen faktörlerden biri olarak görülmektedir. Buna göre; ailesi ya da kendisi daha önce göç etmiş olan katılımcıların madde bağımlılığı Motivasyon düzeyi ve Bağımlılık Şiddeti, göç etmeyenlerden anlamlı şekilde yüksektir. Bu durum literatürle de uyumluluk göstermektedir.

Yaş gruplarına göre Bağımlılık Şiddeti ve BAPİ alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; yaş grupları arasında Bağımlılık Şiddeti (BAPİ Toplam) ve Tanı alt boyutu açısından anlamlı farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Yaş grupları ortalama sıraları incelendiğinde, 18 ile 20 yaş aralığında bağımlılık şiddetinin ve bağımlılık şiddeti alt boyutlarının tümünün diğer yaş gruplarına göre en yüksek değerler aldığı görülmektedir. 18 ile 20 yaş aralığını, 24 ile 26 yaş aralığı takip etmektedir. En düşük değerler ise 26 ve üstü yaş aralığında bulunan katılımcılara aittir. Literatürde de madde kullanımının ergenlerde yaygın olduğuna dair araştırmalar yoğunluktadır.

Psikolojik destek alma durumlarına göre katılımcıların bağımlılık şiddeti ve BAPİ ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; hem psikolojik hem de psikiyatrik destek alan katılımcıların Bağımlılık Şiddeti ve BAPİ alt boyutu puanları olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Hekim önerisi alınmaksızın psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların Bağımlılık Şiddetinin çok yüksek olması da elde edilen diğer önemli bir sonuçtur. Bu sonuç madde bağımlılığı ile kişilerin ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Tez kapsamında BAPİ Klinik formu ile kişisel bilgi formunda yer alan bilgiler arasındaki ilişki de ele alınmıştır. Analiz sonuçlarına göre; kadın ve erkeklerin Güvenli Davranış Eksikliği ile Depresyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların Güvenli Davranış Eksikliği ve Depresyon düzeyleri erkeklerden anlamlı şekilde yüksektir. Heyecan Arama alt boyutunda ise anlamlı olmamakla birlikte erkeklerin düzeyleri kadınlardan daha yüksektir.

Sosyal hobi durumuna göre BAPİ-K alt boyutları arasında anlamlı farklılığın olup olmadığı incelendiğinde; sanat, spor gibi bir sosyal hobisi olmayan katılımcıların Güvenli Davranış eksikliği olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Heyecan arama davranışı açısından tersi bir sonuç elde edilmiştir. Buna göre; sosyal hobisi olan katılımcıların Heyecan Arama Davranışı, olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bunların dışındaki tüm alt ölçeklerde sosyal hobisi olmayanların aldığı puanlar, olmayanlara göre daha yüksektir.

Kendini cezalandırmayı düşünen ya da intihar girişiminde bulunan katılımcıların BAPİ-K alt ölçeğinden alınan puanları karşılaştırıldığında, kendini cezalandırmayı düşünen ya da intihar girişiminde bulunan katılımcıların Öfke

Kontrol Yetersizliği, Heyecan Arama Davranışı, Dürtüsellik, Depresyon ve Anksiyete düzeylerinin kendini cezalandırmayı düşünmeyen ya da intihar girişiminde bulunmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görölmektedir. Bunun yanı sıra kendini cezalandırmayı düşünenlerin Güvenli Davranış Eksikliği düzeyi de düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Bu durumda, intihar ve bağımlılık ve ruhsal durum arasındaki ilişkiyi ortaya koymasından önem taşımaktadır.

## TARTIŞMA

Ülkemizde madde bağımlılığı ve intihar olasılığını inceleyen çalışmalar olmakla birlikte; tez kapsamında madde bağımlılığı ve intihar olasılığı yanında; bu iki değişken ile ruhsal durum ilişkisi de ele alınarak, konunun bütüncül bir açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular ile Dünya literatürü karşılaştırıldığında; Dünyada en çok kullanılan madde esrar olarak kabul edilirken, araştırmada esrar, kullanılan maddeler içerisinde alkolden sonra ikinci sırada yer alır.

Göç edenlerin intihar düşüncesi, intihar girişim düzeyleri ve madde bağımlılık şiddetlerinin göç etmeyenlere göre daha yüksek olması, madde bağımlılığı ile göç ilişkisini açıklayan çalışmalarla benzer bir sonuçtur<sup>132</sup>. İntiharı açıklayan sosyolojik kurama göre düşünüldüğünde ise; göç edenlerin toplumsal değişimlere ve değerlere ayak uyduramayıp daha çok ruhsal sorunlar yaşadıkları ve bu sebeple madde bağımlılığı ile intihar düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir<sup>133</sup>.

Araştırmada intihar girişim nedenleri içerisinde aile sorunları birinci sırada yer almaktadır. Bununla birlikte psikiyatrik ve psikolojik destek alan bireylerin en fazla yalnız bireyler grubunda olması, ailesiyle birlikte yaşayanlarda ise psikiyatrik ve psikolojik destek alma durumunun en az orana sahip olması; ailenin hem olumsuz olayların nedeni olabilen hem de olumsuz bir takım olayların önüne geçen koruyucu bir etkisi olabileceğini göstermesi açısından önem taşır<sup>134</sup>.

Gelir düzeyi düşük olanlarda intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar olasılığı toplam puanları en yüksekken, en üst gelir düzeyine sahip katılımcılarda bu oran en düşüktür. Gelir düzeyi azaldıkça Olumsuz Benlik ve Tükenme, Hayata Bağlılıktan Kopma gibi alt boyut puanlarının daha yüksek değerler alması, düşük gelirin yaşam sorunlarını artırdığı ve bu sorunlarla baş edecek benlik algısını da

---

<sup>132</sup> Balcıoğlu ve diğerleri (2001). "Madde Bağımlılığı Göç ve Suç" *Yeni Symposium*, Cilt 39, Sayı 4, s. 185-191.

<sup>133</sup> Ziyalar, Adnan, a.g.e., s. 263-276.

<sup>134</sup> Yılmaz, Neslihan, a.g.e., s. 39.

olumsuz yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Aynı şekilde literatürde de gelir düzeyinin belli bir seviyeye kadar ruhsal problemleri azaltıcı etkisi olabildiği ancak belli bir düzeyden sonra ya bu etkinin azaldığı ya da tersi yönde etki ettiğine dair görüşler hakimdir. Araştırmada demografik özellikler formunda en üst gelir grubu 5000 TL ve üzeri olarak belirlendiğinden daha üst gelir grubunda; örneğin 5000 TL gelire sahip bireyler ile 100,000 TL gelire sahip bireylerde intihar olasılığı karşılaştırıldığında bu yönde sonuçlar elde edilebilir.

18-20 yaş aralığında bağımlılık şiddeti ve bağımlılık şiddeti alt boyutlarının tümü diğer yaş gruplarına göre en yüksek değerleri almaktadır. Bu durum, literatürdeki ergenlik ve gençliğin madde bağımlılığı riskinin en yüksek olduğu dönem olarak gösterilmesini desteklemektedir.

Sanat, spor gibi bir sosyal hobisi olmayan katılımcıların Güvenli Davranış Eksikliğinin hobisi olanlardan anlamlı düzeyde yüksek iken Heyecan Arama Davranışında ise sosyal hobisi olan katılımcıların Heyecan Arama Davranışının, hobisi olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olması; hobisi olan bireylerde güvenli davranışla ilişkili olan özgüvenin yüksek olduğu ve heyecan arama davranışında da kendini aşma güdüsünün olumlu bir şekilde üretkenliğe aktarıldığı şeklinde yorumlanabilir <sup>135</sup>.

Erkeklerin intihar düşüncesinin kadınlardan daha düşük iken intihar olasılığının fazla olması, olumsuz benlik ve tükenme ile öfke alt boyutlarının etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmada bağımlılık motivasyon ve şiddetinin erkeklerde kadınlara göre yüksek olması, erkeklerde olumsuz benlik ve tükenme ile öfke puanlarının kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olması ile açıklanabilir. Erkeklerin olumsuz benliğe bağlı ruhsal sorunlar ve öfkeyi dindirmek için daha çok madde kullandığı ya da intihara yönelebildiği söylenebilir <sup>136</sup>.

Gelecek çalışmalarda araştırma, farklı bölgelerden farklı türde üniversitelere uygulandığında bölgeler ve üniversite türleri arasındaki öğrenci profilleri arasındaki farklar ortaya çıkarılabilir.

---

<sup>135</sup> Köknel, Özcan. a.g.e., s.232.

<sup>136</sup> Uzbay (2015), a.g.e., s.16.

## KAYNAKLAR

- ADLİ Tıp Kurumu (2013). Yeni Nesil Psiko-Aktif Maddeler Sempozyum Programı.
- AKGÜR, Serap A. ve Hakan Coşkunol (2014). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Toksikoloji, İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları, No.3. s.196-197.
- ALPTEKİN, Kamil (2002) Türkiye’de Tamamlanmış İntiharların Coğrafi Yerleşim Birimleri ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı, Ankara: T. C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.
- ALTINBAŞ, Kürşat ve diğerleri (2007). Madde Bağımlılığı ve Psiko. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, sayı: 44, s. 34-40.
- ALTUNER, Durdu ve diğerleri (2009). ‘Madde Kullanımı ve Suç İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma’, Tıp Araştırmaları Dergisi, Cilt 7, Sayı 2, s.87-94.
- AMERICAN Psychological Association (2016). Depression. <http://www.apa.org/topics/depress/index.aspx> (Erişim tarihi:01.05.2016)
- AMERICAN Psychological Association (2016). Suicide: <http://www.apa.org/topics/suicide/> (Erişim Tarihi 09.01.2016)
- AMERICAN Psychological Association (2016). Teen Suicide is Preventable <http://www.apa.org/research/action/suicide.aspx> (Erişim T. 09.01.2016)
- AMERICAN Psychological Association, (2016). Suicide Warning Signs. <http://www.apa.org/topics/suicide/signs.aspx> Erişim Tarihi:26.02.2016
- ARIKAN, Zehra (2011). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, Ankara.
- ARKUN, Nezahat (1978). İntiharın Psikodinamikleri, 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.
- ARSLAN, Mahmut (2014). İntiharın Sosyo-Psikolojik Temelleri, Sosyoloji Ders Notları.
- ATASOY, Nuray ve Diğerleri, (2014). Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyo-demografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları.
- ATEŞÇİ, F.C. ve diğerleri (2002) İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları, Klinik Psikiyatri, Cilt 5, s. 22-27.

BABUNA, Cahit (2009). Uyuşturucu-Bağımlılık Afeti ve Sorunları. 1. Baskı, İstanbul: Karakutu Yayınları.

BALCIOĞLU, İbrahim ve Yeşim Abanoz (2009). Madde Bağımlılığı, İntihar ve Sanık Psikolojisi, Dirim Tıp Dergisi, Sayı 1, s.15-20.

BEYAZYÜREK, Mansur ve Tolga Tolun Şatır (2000). ‘Madde Kullanım Bozuklukları’, Psikiyatri Dünyası, Cilt 4, Sayı 2, s. 50-56.

BONNAFOUS, Max (1927). ‘İntihar ve Cinnet’, Hayat Mecmuası, Cilt 1, Sayı 20.

BRENER, N.D., S.S. Hassan ve L.C. Barrios (1999). "Suicidal İdeation Among College Students In The United States", Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 67, No 6, p. 1004–1008.

BOHNERT, A.S.B., K.M. Roeder ve M.A. Ilgen (2011). "Suicide Attempts and Overdoses Among Adults Entering Addictions Treatment: Comparing Correlates in a U.S. National Study", Drug and Alcohol Dependence, Vol 119, p. 106– 112

BORGES, G., E.E. Walters ve R.C. Kessler (2000). "Associations of Substance Use, Abuse, And Dependence With Subsequent Suicidal Behavior". Am. J. Epidemiol, Vol 151, p. 781– 789.

BOROWSKY, I, W., M. Ireland ve M.D. Resnick (2001). "Adolescent Suicide Attempts: Risks And Protectors". Pediatrics, Vol 107, No 3, p. 485–498.

BULUT ve diğerleri (2012). ‘İntiharın Kısa Tarihçesinden Sebep ve Yöntemlerine Genel bir Bakış’, Cumhuriyet Tıp Dergisi, Cilt 34, s.128-137.

CAMUS, Albert (1997). Başkaldırma Felsefesi, (Çev: Ali Osman Gündoğan), İstanbul: Birey Yayınları.

CEYHUN, Birsen ve diğerleri (2001). ‘Madde Kullanma Eğilimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği’, Klinik Psikiyatri Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, s. 87-93.

ÇETİNOĞLU, Caner ve diğerleri (2013). Bağımlı mıyız. Başkent Üniversitesi 16. Öğrenci Sempozyumu Bildirisi. <http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/600/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmmpzsnm15/15.P1.pdf>. (Erişim Tarihi:13.06.2016)

DARKE, S., J. Ross ve W. Hall (1996). "Overdose Among Heroin Users in Sydney, Australia. I. Prevalence and Correlates of Non-fatal Overdose" Addiction, Vol 91, p. 405–411.

DARKE, S., J. Ross, M. Lynskey ve M. Teesson, (2004). "Attempted Suicide Among Entrants To Three Treatment Modalities For Heroin Dependence İn The Australian Treatment Outcome Study (Atos): Prevalence And Risk Factors". Drug and Alcohol Dependence. Vol 73, p.1–10.

DAVISON, G. ve J. Neale (2004). Anormal Psikoloji. (Çev: İhsan Dağ). 7. Baskı, İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

DE MAN ve Diğerleri, Correlates of Suicide Ideation in French- Canadian Adults and Adolescents: A Comparison, Journal of Clinical Psychology, Vol. 48, p.811-816

DERDIMAN, R. Cengiz (2006). Uyuşturucu Maddeler Hakkında Genel Bilgi ve Uyuşturucu Maddelerle Mücadele Esasları, Akademik Araştırmalar Dergisi, Sayı 28, s.103-122

DİLBAZ, Nesrin ve Yafer Aytekin (2003). Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı Ve Niyeti, Bağımlılık Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1, s.1-9

DURKHEİM, Emile (2013). İntihar, (Çev: Z. Zühre İlkelen), İstanbul: Pozitif Yayınları.

ESKİN, Mehmet, (2003). İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme , Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

E-PSİKİYATRİ, Her 3 Saniyede 1 İntihar Haberi. <http://www.e-psikiyatri.com/HER-3-SANIYEDE-1-INTIHAR-6485> (Erişim Tarihi:25.02.2016)

FRANKL, Viktor E. (1994). Duyulmayan Anlam Çılgılığı, (Çev: Selçuk Budak), Ankara: Öteki Yayınları.

FREDERICK T.L. Leong ve Mark M. Leach, (2008). Suicide Among Racial and Ethnic Minority Groups: Theory, Research and Practice, New York: Routledge Press.

GÖKÇAKAN, Zafer ve Nurcan Gökçakan, (2005). "Depresyonda Bilişsel Terapi", Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, s. 91-101.

GUSTAVO, Turecki (2014) **American Journal of Preventive Medicine**. Cilt: 47(3S2):s.144–151.

GÜLEÇ, Gülcan ve diğerleri (2015) 'DSM5'te Bağımlılık', Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi. Cilt:7 Sayı:7, s. 448-460.

GÜLER, Zuhale ve Neslihan Şen Altın (2013). 'İntiharın Gazetelerdeki Yansımaları', Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Cilt. 16, Sayı. 2, s. 115-150.

GÜLER ve diğerleri, (2009). 'Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Kullanımı Ve İntihar Düşüncesi Sıklığı', Cumhuriyet Tıp Dergisi, Sayı 31, s.340-345

HENDIN, H., Suicide: A Review of New Directions in Research, Hosp. and Comm. Psychiatry, Feb. 1986, 37:2, s. 148-153.

IŞIK, Mehmet (2013). Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim. 1. Baskı, Ankara: Sage Yayıncılık.



İNTİHARIN TARİHÇESİ (2015). <http://www.intihar.de/tarihce.htm> (Erişim Tarihi:24.2015)

JEFFREY A. Gross, and Gustavo Turecki (2013). Suicide and the Polyamine System. **CNS & Neurological Disorders - Drug Targets**. Vol,12, p.980-988. Erişim Tarihi: 29.07.2016. (<http://www.eurekaselect.com/646/journal/cns-amp-neurological-disorders-drug-targets>)

KAÇAKÇILIK ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2014). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, TUBİM 2014 Raporu.

KATİPOĞLU, Bedri (2015). ‘Din Psikolojisi Açısından İntiharın Psikanalizi’, Journal of International Social Research, Cilt 8, Sayı 39, s. 1064-1070.

KAYA, Nihat (1999). Neden İntihar Ediyorlar, İstanbul: Nesil Yayınları.

KILIÇ, Fatma S. (2016). Bağımlılık ve Uyarıcı Maddeler, Osmangazi Tıp Dergisi. Cilt 38, Özel Sayı 1, s. 57-58.

KOYUNCU ve Diğerleri (2003). Eroin Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Planı Ve Girişimi, Bağımlılık Dergisi, Cilt 4, Sayı 3, s. 101-104.

KOYUNCU, Ayşe (2001). Madde Bağımlılığında İntihar Eğiliminin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi.

KÖKNEL, Özcan (1983). Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

KÖROĞLU, Ertuğrul (2005). DSM IV TR, Tanı Ölçütleri, Başvuru El Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

KÜÇÜK, Mehmet (2014). Madde Kullanımına Bağlı Böbrek Sorunlarına Genel Bakış. Okmeydanı Tıp Dergisi, Sayı 30, Ek sayı 2, s.104-109.

MARANGELL, L.B. ve Diğerleri, "Prospective Predictors of Suicide And Suicide Attempts in 1,556 Patients with Bipolar Disorders Followed For Up To 2 Years", Bipolar Disorder, Vol. 8, p. 566-575

MARK J. Goldblatt, Essential Papers on Suicide, New York: New York University Press.

MC WHIRTER, J. J., B.T. McWhirter, E. H. McWhirter ve R.J. McWhirter (2004). At risk Youth. A Comprehensive Response (3th ed). Pacific Grove, CA: Thomson Brooks/Cole.

MENNINGER Karl A., (1966). Man Against Himself: A Harvest Book, New York: Harcourt, Brace & World.

MERCAN, Selda (2015). Yeni Nesil Psikoaktif Maddelerin Tanımı, Sınıflandırması, Temin Yöntemleri Ve Etkileri, Türk Toksikoloji Derneği Bülteni, Sayı 40, s.15-20.

TOSUN, Musa (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu.

NEWCOMB, M. D. ve P. M. Bentler (1988). "Impact Of Adolescent Drug Use And Social Support On Problems Of Young Adults: A Longitudinal Study", Journal of Abnormal Psychology, Vol 97, No 1, p. 64–75.

ÖGEL, Kültekin (2016). Sigara, Alkol, Uyuşturucu Ve Diğer Bağımlılıklar, İstanbul: Yeniden Yayınları, s.58. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf>. (Erişim T:15.04.2016)

ÖGEL, Kültekin (2016). Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğünün Gözetimindeki Çocuklara Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi Projesi. <http://ardicprogrami.com/genelbilgi.asp>. Erişim Tarihi:20.07.2016.

ÖRKEN, Cihat ve Mustafa Emin Tavşanlı (2014). Madde Bağımlılığının Nörolojik Etkileri. Okmeydanı Tıp Dergisi, Sayı 30, Ek sayı 2, s.110-114.

POMPILI, M., G. Serafini, M. Innamorati, M. Biondi, A. Siracusano, M. Di Giannantonio, G. Giupponi, M. Amore, D. Lester, P. Girardi ve A.M. Leimkuhler (2012). " Substance Abuse And Suicide Risk Among Adolescents", Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Vol 262, p. 469–485

RITZER, George (1992). Sociological Theory, (Çev: Ümit Tatlıcan), USA: McGraw-Hill Education, Third Edition.

SAĞKAL, Tülay (2005). Alkol Ve Madde Bağımlılarında Öğrenilmiş Güçlülüğün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi.

SAR, Vedat ve Diğerleri, (2007). "Dissociative Disorders In The Psychiatric Emergency Ward", General Hospital Psychiatry, Vol. 29, p. 45-50

SERGENDER, Sezer, (2011). Ticari Başarısızlık Sonucu Ortaya Çıkan İntihar ve İntihar Girişimi Olaylarının Sosyo-Ekonomik Nedenleri, İstanbul Üniversitesi SBE Doktora Tezi.

SHNEIDMAN, Edwin S. (1996). "Suicide as Psychache", Ed: John T. Maltesberger, Essential Papers on Suicide, New York: New York University Press, p. 633-638.

TARHAN, Nevzat ve Serdar Nurmedov (2011). Bağımlılık, İstanbul: Timaş Yayıncılık.

TARI ve Ziyalar, (2005). İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Sokakta Yasayan Uçucu Madde Kullanıcılarının Karşılaştırılması, Bağımlılık Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, s.84-88.

TAŞKENT, Abdülvahap (2010). Alkol Ve/Veya Madde Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma

Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi.

TÜRK Dil Kurumu (2016)  
[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=%C4%B0NT%C4%B0HAR](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=%C4%B0NT%C4%B0HAR) (Erişim Tarihi:24.12.2016)

TÜRKİYE İstatistik Kurumu (2015). İntihar İstatistikleri 2015,  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516> (Erişim Tarihi:20.06.2016)

TÜRKİYE İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016). 2015 Yılı İntihar İstatistikleri,  
[www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (Erişim Tarihi: 01.07.2016).

UNITED Nations Office On Drugs And Crime, World Drug Report 2016.  
<http://www.unodc.org/wdr2016/> (Erişim Tarihi:01.07.2016).

UNITED Nations Office On Drugs And Crime, World Drug Report 2013.  
[https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf).  
(Erişim Tarihi: 01.07.2016)

UNITED Nations Office On Drugs And Crime, World Drug Report 2007.  
[http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06\\_fullreport.pdf](http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06_fullreport.pdf). (Erişim Tarihi: 01.07.2016)

UZBAY, Tayfun İ. (2015). Madde Bağımlılığı. İstanbul: Tıp Kitabevi, 1. Baskı.

UZBAY, Tayfun İ (2011). ‘Bağımlılık Yapan Maddeler ve Özellikleri’, Türkiye Eczacılar Birliği Sürekli Eğitim Dergisi, Sayı:6, s.16-33.

UZBAY Tayfun İ (2009). ‘Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlılık Yapan Maddeler Türk Eczacılar Birliği Sürekli Eğitim Dergisi, Sayı 21-22, s.5-15.

UZBAY, Tayfun İ. ve Nevzat Yüksel (2003). Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. 2. Baskı, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

UZBAY Tayfun İ. (2016). Şizofreni İlacı Patenti Haberi.  
<http://www.karar.com/hayat-haberleri/sizofreni-ilaci-icin-patent-aldi-83046#>. Erişim T:01.08.2016.

WILCOX, H.C., K.R. Conner ve E.D. Caine (2004). "Association of Alcohol And Drug Use Disorders And Completed Suicide: An Empirical Review Of Cohort Studies", Drug and Alcohol Dependence, Vol 76 (Suppl.), p.11–19.

WORLD Health Organization (2016). Healt Topics, Alcohol.  
[http://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/en/](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/). (Erişim Tarihi: 10.06.2016)

WORLD Health Organization (2014). Media Centre, Suicide,  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/> (Erişim T. 04.01.2016)

WORLD Health Organization, (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative, p.7.

WORLD Health Organization (2014). Suicide, <http://www.who.int/topics/suicide/en/> (Erişim Tarihi 04.01.2016)

WORLD Health Organization, Mental Health , Suicide Data, [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide) (Erişim Tarihi:25.02.2016)

YAPICI, Asım (2007). Ruh Sağlığı ve Din, Adana: Karahan Kitapevi.

YAVUZ, Ö. Yaren, (2013). Benlik Kurguları İntihar ve İntihara Yönelik Tutumlar, Adnan Menderes Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi.

YILDIZ ve diğerleri (2011). Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları.

YILMAZ, Neslihan (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı Bireysel ve Toplumsal Sonuçları, Beykent Üniversitesi SBE.Yüksek Lisans Tezi.

YILMAZ, Özge (2012). Alkol Bağımlısı Olan Erkeklerde Kişilik Özellikleri, Stresle Başa ıkma Tarzları, İntihar Olasılığı Ve Depresif Belirti Düzeyinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi.

ZİYALAR, Adnan (1980). Sosyal Psikiyatri, İstanbul: Yüce Yayınları.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı : Mustafa  
Soyadı : DEMİRCİ  
Doğum Yeri ve Tarihi : Ünye-1984  
Uyruğu : T.C.  
Medeni Durumu : Evli  
İletişim Adresi ve Tel. : mustafademirci1@hotmail.com

### Eğitim

1998-2001 Ünye Lisesi.  
2005-2009 Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü.

### Ünvanlar

2008 Kick Boks Sporcu-Siyah Kuşak 1. Dan  
2008-2009 Bankacı-Citibank A.Ş. Genel Müdürlük.  
2010 Polis Memuru-İstanbul Emniyet Müdürlüğü  
2010-2012 İstanbul Kick Boks Hakemi

### Mesleki Deneyim

-İstanbul Emniyet Müdürlüğü'nde 6 yıldan fazladır Asayiş Polisi olarak nitelikli suçların yanı sıra uyuşturucu madde ticareti ve bilişim suçları gibi alanlarda görev yaptım ve halen görevime devam etmekteyim. 2015 yılında mesleğimde yaptığım başarılı çalışmalar nedeniyle İstanbul Valiliği'nce verilen Üstün Başarı Belgesi aldım.

-2015 ve 2016 yıllarında Bağımlı Yaşam Evleri Gönüllüleri Derneği (BAYEV) tarafından, bağımlı gençlerin rehabilite olmalarına katkı sağlamak amacıyla gönüllü spor dersleri vermem gerekçesiyle Bağımlılıkla Mücadele Teşvik ve Onur Ödüllerine layık görüldüm.

### İlgi Alanları

Psikoloji  
Edebiyat  
Mücadele Sporları  
Müzik  
Bilişim Sistemleri  
Suç Bilimleri.

**EK 1 .**

<b>1. Cinsiyetiniz?</b>			
<input type="checkbox"/> Kadın			<input type="checkbox"/> Erkek
<b>2. Yaşınız?</b>			
<input type="checkbox"/> 18-20	<input type="checkbox"/> 21-23	<input type="checkbox"/> 24-26	<input type="checkbox"/> 26 üstü
<b>3. Kaç kardeşe sahipsiniz?</b>			
<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 ve üstü			
<b>4. Nerede/ kiminle yaşıyorsunuz?</b>			
<input type="checkbox"/> Aile	<input type="checkbox"/> Arkadaş	<input type="checkbox"/> Yalnız	<input type="checkbox"/> Yurt
<input type="checkbox"/> Diğer			
<b>5. Ailenizin aylık ortalama geliri nedir?</b>			
<input type="checkbox"/> 1000,00 TL ve altı	<input type="checkbox"/> 1000,00-2999,00 TL	<input type="checkbox"/> 3000,00-4999,00 TL	<input type="checkbox"/> 5000,00 TL ve üzeri
<b>6. Ailenizi hangi sosyo-ekonomik düzeyde görüyorsunuz?</b>			
<input type="checkbox"/> Alt sınıf	<input type="checkbox"/> Orta sınıf		<input type="checkbox"/> Üst sınıf
<b>7. Siz ya da aileniz daha önce göç ettiniz mi?</b>			
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
<b>8. Anne babanız için aşağıdaki ifadelerden uygun olan seçeneği belirtiniz.</b>			
<input type="checkbox"/> Sağ ve birlikte			
<input type="checkbox"/> Sağ ve ayrılır			
<input type="checkbox"/> Anne hayatta, baba hayatta değil			
<input type="checkbox"/> Baba hayatta, anne hayatta değil			
<input type="checkbox"/> Anne ve baba hayatta değil			
<b>9. Düzenli olarak yaptığınız sosyal bir hobiniz (spor, müzik,) var mı?</b>			
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
<b>10. Aşağıdaki ifadelerden size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.</b>			
<input type="checkbox"/> Hiç psikolojik ve psikiyatrik destek almadım.			
<input type="checkbox"/> Hem psikolojik hem de psikiyatrik destek aldım.			
<input type="checkbox"/> Psikoterapiye gittim.			
<input type="checkbox"/> Hekim önerisi alınmaksızın Psikiyatrik ilaç kullandım.			
<input type="checkbox"/> Hekim önerisi ile Psikiyatrik ilaç kullandım.			
<b>11. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullandıysanız aşağıdaki dönem aralıklarından size uygun olanı işaretleyiniz.</b>			
<input type="checkbox"/> 0-3 ay	<input type="checkbox"/> 4-7 ay	<input type="checkbox"/> 8-11 ay	<input type="checkbox"/> 1 yıl ve üzeri
<b>12. Hiç kendinizi cezalandırmayı düşündünüz mü?</b>			
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
<b>13. Hiç intiharı düşündünüz mü?</b>			
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
<b>14. Hiç intiharı planladınız mı?</b>			
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
<b>15. Hiç intihar girişiminde buldunuz mu?</b>			
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
<b>16. 15. soruya cevabınız 'evet' ise, kaç kez intihar girişiminde buldunuz? (15. Soruya cevabınız hayır ise bu soruyu boş bırakınız)</b>			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ve üstü	
<b>17. 15. soruya cevabınız 'evet' ise, intihar girişimi sonucunda tıbbi bir müdahale yapıldı mı? (15. Soruya cevabınız hayır ise bu soruyu boş bırakınız)</b>			
<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır	
<b>18. 15. soruya cevabınız 'evet' ise, intihar girişimi nedenlerini belirtiniz. (15. Soruya cevabınız hayır ise bu soruyu boş bırakınız) (Birden fazla seçenek tercih edilebilir).</b>			
<input type="checkbox"/> Ailede yaşanan sorunlar	<input type="checkbox"/> Özel hayatta yaşanan sorunlar		
<input type="checkbox"/> Ekonomik sorunlar	<input type="checkbox"/> Okul başarısızlığı		
<input type="checkbox"/> Kendini beğenmeme	<input type="checkbox"/> Grup içi uyumsuzluk		
<input type="checkbox"/> Yaşamın anlamsızlaşması	<input type="checkbox"/> Çevreyi cezalandırma		
<input type="checkbox"/> Kendini cezalandırma (Vicdani sorunlar)	<input type="checkbox"/> Diğer:.....		

## İÖÖ

Aşağıdaki ölçekte yer alan soruları size uygunlukları açısından değerlendiriniz. (Her soru için tek bir şık seçiniz.)

Size Uygunluk Derecesi

	%0	%30	%70	%100
1. Kızınca birşeyler fırlatırım.	( )	( )	( )	( )
2. Beni gerçekten seven pekçok 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. Ölürsem 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. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
18. İşlerimin yolunda gittiğini sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
19. İnsanların benden çok şey belediklerini sanıyorum.	( )	( )	( )	( )
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için pişmanlık duymuyorum ve bu nedenle 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. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olmayacağını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum/ hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
28. Hiçbir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.	( )	( )	( )	( )
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
31. Parasızlık beni endişelendiriyor.	( )	( )	( )	( )
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.	( )	( )	( )	( )
33. Kendimi bezgin hissediyorum ve hiçbir şeyle ilgim kalmadığını düşünüyorum.	( )	( )	( )	( )
34. Kızınca bir şeyler kararım.	( )	( )	( )	( )
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.	( )	( )	( )	( )
36. Nerede olursam olayım mutlu olacağımı sanıyorum.	( )	( )	( )	( )



(BAPİ-K)

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...		Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Alkol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ecstasy (Ekstazi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Eroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Taş (krak kokain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Diğer (LSD, GHB vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin... "[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" yerine alkol içiyorsanız "Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" veya esrar içiyorsanız "Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi" biçiminde okuyun.

12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

VIII [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

- Benim için sorun değil     1 yıldan az     1-2 yıldır     3-4 yıldır     .... 5 yıl ve daha fazla

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13 Kullandığımız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığımız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığımız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

15 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığımızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

16 Kullandığımız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığımız oldu mu?

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**18 Kullandığımız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığımız oldu mu?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**19 [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığımız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**20 [Madde] kullandığımız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz**

**21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**23 [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kapırmak, karakola düşmek vb)**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığımız oldu mu?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığımız oldu mu?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

**31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığımızdan endişeleniyor mu?**

- Hiçbir zaman     Nadiren     Bazen     Çoğu zaman     Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

34 [Madde] ile karşılaştığımızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?

- Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Çoğu zaman  Neredeyse her zaman

Aşağıda insanların ruh haliyle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Bu soruları genel ruhsal yapınızı düşünerek cevaplayınız.

- 38 Kolaylıkla kızıp öfkelenirim.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 39 Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 40 Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyuyorum.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 41 Ne hissettiğimi ifade etmekte zorluk çekerim.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 42 Başkalarını kendimden daha çok düşünürüm.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 43 İçer kapamak biriyimdir.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 44 Sosyal bir ortama girdiğimde, ne konuşacağımı bilememekten endişe ederim.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 45 Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağım, ya da saçma konuşacağım ile ilgili endişe yaşarım.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 46 Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanırım.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 47 Hayatımda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlarım.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 48 Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih ederim.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 49 İsteddiğim şeyi elde etmek için beklemekte zorlanırım. Sabırsızım (Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılmak gibi...).  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 50 Düşünmeden hareket ederim.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 51 Rahat konsantre olamam, dikkatimi kolay toplayamam.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman

Aşağıdaki soruları cevaplarken SON BİR YILI göz önüne alarak, sorularda verilen durumu yaşıyıp yaşamadığınızı ya da ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

- 52 Geçen yıl içinde yaşamıma son vermekle ilgili düşüncelerim oldu.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 53 Geçen yıl içinde kendimi hüzünlü, kederli hissettim.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 54 Geçen yıl içinde gelecekle ilgili olarak düşündüğümde, umutsuzluk hissine kapıldım.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 55 Geçen yıl içinde kendimi başka insanlarla karşılaştığımda, daha değersiz gördüm.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 56 Geçen yıl içinde kendimi huzursuz ve tedirgin hissettim.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 57 Geçen yıl içinde dehşet ya da panik nöbetleri yaşadım.  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman
- 58 Geçen yıl içinde kendimi verimde duramayacak  Hiçbir zaman  Bazen  Neredeyse her zaman

**EK 2.**

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/05/2016-3209



T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 88083623-044-3209  
Konu : Mustafa DEMİRCİ Etik Kurul Onay Hk.

31/05/2016

Sayın Mustafa DEMİRCİ

Enstitümüz Y1312.270043 numaralı Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji yüksek lisans programı öğrencilerinden Mustafa DEMİRCİ' nin "ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE MADDE BAĞIMLILIĞI İLE İNTİHAR OLASILIĞI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ" adlı tez çalışması gereği "Demografik Bilgi Formu", "İntihar Olasılığı Ölçeği" ve "Bağımlılık Profil İndeksi(BAPİ)" ile ilgili anketleri 16.05.2016 tarih ve 2016/08 İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyon Kararı ile etik olarak uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Özer KANBUROĞLU  
Müdür