



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**İNTİHAR DAVRANIŞININ KUZHEY KIBRIS TÜRK  
CUMHURİYETİ'NDEKİ ERİŞKİN BİREYLERDE YAYGINLIĞI,  
RİSK FAKTÖRLERİ VE İNTİHAR BİLİŞLERİ İLE İLİŞKİSİ**

TUĞÇE ÖZBAHADIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA  
2020

**İNTİHAR DAVRANIŞININ KUZEY KIBRIS TÜRK  
CUMHURİYETİ'NDEKİ ERİŞKİN BİREYLERDE YAYGINLIĞI,  
RİSK FAKTÖRLERİ VE İNTİHAR BİLİŞLERİ İLE İLİŞKİSİ**

TUĞÇE ÖZBAHADIR

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI

LEFKOŞA  
2020

## KABUL VE ONAY

Tuğçe Özbahadır tarafından hazırlanan “İntihar Davranışının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ndeki Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri ile İlişkisi” başlıklı bu çalışma, 14/01/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

## JÜRİ ÜYELERİ

.....  
**Prof. Dr. Mehmet Çakıcı** (Danışman)  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....  
**Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz** (Eş Danışman)  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....  
**Prof. Dr. Ebru Çakıcı** (Başkan)  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

.....  
**Yrd. Doç. Dr. Ayhan Çakıcı Eş**  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Eğitim Bilimleri Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü

.....  
**Ünvan Ad Soyad**  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Ad Soyad

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, destek olan ve yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz'e, sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tez çalışmam sırasında ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan ve bu günlere gelmemi sağlayan değerli danışman hocam Prof. Doç. Dr. Mehmet Çakıcı'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli arkadaşım, meslektaşım, Selen Cındık'a sonsuz teşekkür ederim.

Sadece bu çalışmada değil, her anımda benim arkamda duran, hiçbir şekilde benden desteğini, emeğini, saygısını, sevgisini esirgemeyen, tüm sorunlarıma çözüm üreten ve bana yol gösteren, beni bir an bile yalnız bırakmayan o kalbi güzel insana sonsuz minnetlerimi sunarım.

Son olarak hayatımın her aşamasında yanımda olup benim birçok şeyi başarabilmemdeki en büyük manevi desteği sağlayan, benden hiçbir şeyi esirgemeyen anneme, babama ve kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

Tuğçe Özbahadır

Lefkoşa, 2020

## ÖZ

# İntihar Davranışının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri ile İlişkisi

Dünyanın birçok ülkesinde intihar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Dünya genelinde intihar, her ülkede görülen ilk on ölüm sebeplerinden en başta geldiği bilinmektedir. Özellikle genç nüfusta intihar girişimlerinde hızlı bir artış olduğu belirlenmiştir. En başta duygu durum bozuklukları olmak üzere psikiyatrik hastalıklar, madde kullanımı, yalnızlık ve sosyal izolasyon, travma ve istismar öyküsü, stresli yaşam olayları, işsizlik, ilişki sorunları, uzun süreli taciz veya zorbalığı maruz kalma gibi özellikler intihar davranışının risk faktörlerini oluşturmaktadır. KKTC'de intihar davranışında bulunan bireylerin yaygınlığını, risk faktörlerini ve intihar bilişleri ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Çalışma, KKTC'de 2019 Kasım-Aralık aylarında 18-65 yaş arası ve 65 yaş üstü 994 gönüllü katılımcıyla yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik veri formu, Yaşam Olayları Anketi, İntihar Davranışı Ölçeği ve İntihar Bilişleri Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin, ilişkisinin olmaması, çalışmıyor olması, aylık gelirlerinin asgari ücretin altında olması, psikiyatrik rahatsızlıklarının bulunması ve bu sebepten dolayı tedavi görmesi, kişinin partner, arkadaş ve aile dışında başkaları ile yaşaması, alkol ve sigara kullanımı, uyuşturucu madde denemeleri ve daha önce aileden birinin intihar girişiminin var olması, intihar davranışının artmasında risk faktörü olarak belirlenmiştir. Konunun önemi gereği intihar girişimlerinin önüne geçilmesinde öncelikle toplumsal ve bireysel olarak konu hakkında bilinç seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, İntihar Davranışı, İntihar Girişimi, yaygınlık, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

## ABSTRACT

### **Prevalence of Suicidal Behavior in Adults in Turkish Republic of North Cyprus, Risk Factors and Their Relationship with Suicidal Cognition**

In many countries of the world, suicide is seen as an important public health problem. It is known that suicide is the leading cause of death in every country. There is a rapid increase in suicide attempts especially in the young population. Psychiatric diseases especially mood disorders, substance use, loneliness and social isolation, trauma and abuse history, stressful life events, unemployment, relationship problems, long-term abuse or bullying are the risk factors of suicidal behavior. The aim of this study is to investigate the prevalence of suicidal behavior, risk factors and relationship between suicidal cognition in adults in TRNC. The study was conducted in the TRNC in November-December 2019 with 994 volunteers aged between 18-65 and over 65 years. Sociodemographic data form, Life Events Questionnaire, Suicidal Behavior Scale and Suicide Cognitions Scale were used as data collection tools. In the study, individuals who are not in a relationship, not working, their monthly income was below the minimum wage, having psychiatric disorders and being treated for this reason, living with others other than partners, friends and family, alcohol and cigarette use, drug trials and previous family suicide attempt was found to be a risk factor for increasing suicidal behavior. In order to prevent suicide attempts due to the importance of the subject, first of all, it is necessary to raise the level of awareness about the subject as socially and individually.

**Keywords:** Suicide, Suicidal Behavior, Suicide Attempt, prevalence, Turkish Republic of North Cyprus

## İÇİNDEKİLER

### KABUL VE ONAY

### BİLDİRİM

TEŞEKKÜR ..... iii

ÖZ..... iv

ABSTRACT ..... v

İÇİNDEKİLER..... vi

TABLO DİZİNİ ..... vii

KISALTMALAR.....viii

1. BÖLÜM.....1

GİRİŞ.....1

1.1. Problem Durumu .....1

1.2. Araştırmanın Amacı ..... 2

1.3. Araştırmanın Önemi..... 3

1.4. Sınırlılıklar..... 3

1.5. Tanımlar ..... 3

2. BÖLÜM.....4

KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....4

2.1. İntiharın Tarihçesi ..... 4

2.2. İntiharın Tanımı ..... 5

2.3. Risk Faktörleri ..... 6

2.4. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde İntiharın Yaygınlığı ..... 8

2.5. Türkiye'de İntiharınYaygınlığı ..... 9

2.6. Dünya'da İntiharınYaygınlığı..... .10



<b>3. BÖLÜM.....</b>	<b>13</b>
<b>ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1. Araştırmanın Modeli .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2. Örneklem .....</b>	<b>13</b>
<b>3.3. Veri Toplama Araçları .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3.2. Yaşam Olayları Anketi .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3.3. İntihar Davranış Ölçeği (İDAÖ).....</b>	<b>15</b>
<b>3.3.4. İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ) .....</b>	<b>15</b>
<b>3.3.5. Uygulama.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3.6. Verilerin Analizi .....</b>	<b>17</b>
<b>4. BÖLÜM.....</b>	<b>18</b>
<b>BULGULAR.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1. Demografik Özelliklere İlişkin İstatiksel Analiz Bulguları.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2. Yaşam Olaylarına İlişkin İstatiksel Analiz Bulguları.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3. Risk Faktörlerine İlişkin İstatiksel Analiz Bulguları.....</b>	<b>39</b>
<b>4.4. İntihar Davranışı Ölçeği ile İntihar Bilişleri Ölçeğinin birbiriyle ilişkisi.....</b>	<b>41</b>
<b>5. BÖLÜM.....</b>	<b>44</b>
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>44</b>
<b>6. BÖLÜM.....</b>	<b>48</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>48</b>
<b>6.1. Sonuç.....</b>	<b>48</b>
<b>6.2. Öneriler .....</b>	<b>49</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>51</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>58</b>

<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>
<b>EK 1. Katılımcı Bilgilendirme Formu .....</b>	<b>59</b>
<b>EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu .....</b>	<b>60</b>
<b>EK 3. Sosyodemografik Veri Formu .....</b>	<b>61</b>
<b>EK 4. Yaşam Olayları Anketi .....</b>	<b>62</b>
<b>EK 5. İntihar Davranış Ölçeği (İDAÖ).....</b>	<b>63</b>
<b>EK 6. İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ) .....</b>	<b>64</b>
<b>EK 7. Ölçek İzinleri.....</b>	<b>65</b>
<b>İNTİHAL RAPORU .....</b>	<b>67</b>
<b>ETİK KURULU ONAY .....</b>	<b>68</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Bireylerin intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	18
<b>Tablo 2.</b> Bireylerin cinsiyetlerine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	19
<b>Tablo 3.</b> Bireylerin yaşlarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	20
<b>Tablo 4.</b> Bireylerin doğum yerlerine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	21
<b>Tablo 5.</b> Doğum yerleri Kıbrıs olmayan bireylerin kaç yıldır Kıbrıs'ta yaşadıklarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	22
<b>Tablo 6.</b> Bireylerin medeni durumlarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	23
<b>Tablo 7.</b> Bireylerin çocuk sahipliğine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	24
<b>Tablo 8.</b> Bireylerin yaşadığı yerlere göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	24
<b>Tablo 9.</b> Bireylerin gelir getiren bir işte çalışıp çalışmamasına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	25
<b>Tablo 10.</b> Bireylerin mesleklerine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	26
<b>Tablo 11.</b> Bireylerin eğitim seviyesine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	27
<b>Tablo 12.</b> Bireylerin aylık gelire göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	28
<b>Tablo 13.</b> Oturulan evin nasıl sahip olduğuna göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	29
<b>Tablo 14.</b> Bireylerin fiziksel hastalıklarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	30
<b>Tablo 15.</b> Bireylerin Psikiyatrik hastalıklarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	30
<b>Tablo 16.</b> Bireylerin Psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi görme durumuna göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	31
<b>Tablo 17.</b> Bireylerin kiminle birlikte yaşadığına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	32

<b>Tablo 18.</b> Bireylerin hayat boyu aldıkları alkollü içeceğe göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	33
<b>Tablo 19.</b> Bireylerin hayat boyu kullandıkları sigaraya göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	34
<b>Tablo 20.</b> Bireylerin hayat boyu denedikleri uyuşturucu maddeye göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı.....	35
<b>Tablo 21.</b> İntihar davranışı bulunan ve bulunmayan bireylerin aile geçmişindeki intihar davranışı ile kıyaslanması.....	36
<b>Tablo 22.</b> İntihar davranışı bulunan ve bulunmayan bireylerde hayat boyu ve hiçbir zaman olmak üzere yaşam olaylarının kıyaslanması.....	37
<b>Tablo 23.</b> İntihar davranışı bulunan ve bulunmayan oluşmasında risk faktörlerinin Odds Oranları.....	39
<b>Tablo 24.</b> İntihar Davranışı Ölçeği ile İntihar Bilişleri Ölçeğinin alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi.....	41

**KISALTMALAR**

<b>KKTC</b>	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
<b>IDAÖ</b>	: İntihar Davranışı Ölçeği
<b>İBÖ</b>	: İntihar Bilişleri Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>SPSS</b>	: Statistical Packagefor Social



## 1. BÖLÜM

### GİRİŞ

#### 1.1. Problem Durumu

Dünyanın birçok ülkesinde intihar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, her sene 800.000'den fazlakışının yani dünya nüfusunun neredeyse %1,5'inin intihar nedeni ile hayatına son verdiğini belirtmektedir. DSÖ'ye göre (WHO, 2014); dünya ölçeğinde intihar vakası yaş kriteri göz önüne alındığında 15-29 yaş arası ve 70 yaş sonrası için belirtilen ölümlerin ikinci nedeni olarak kabul edilmektedir. Cinsiyet yönünden ise kadınlar ve erkeklerin intihar sebebi ile hayatlarını yitirme oranı %71 ile eşit seyir göstermektedir.

İntihar, kişilerin ruh sağlığı ile ilgili sağlık kurumlarına başvurularındaki en çok karşılaşılan acil durumlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte intihar sadece kişinin kendisini değil, aynı zamanda yakın sosyal çevresini de derinden etkilemekte ve bu çevre üzerinde travma etkisi yaratmaktadır. Bu noktadan hareket ile İntihar birey odaklı olmaktan çıkarak aynı zamanda kişinin çevresi ve etkileşim içinde bulunduğu sosyal yapıyı da yansıtan toplumsal bir durum olarak değerlendirilmektedir (Waters, 2017).

İntihar sözcük anlamı bakımından incelendiğinde, Türk Dil Kurumları (TDK) sözlüğünde, "bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi yaşamına son vermesi" olarak tanımlanmaktadır.

Bu bölümde araştırmanın temelini oluşturan problemin durumu, araştırmanın amacını, araştırmanın önemini ve sınırlılıklar ile tanımlara yer verilmiştir.

Dünya genelinde gün geçtikçe intihar davranışını ve yaygınlığını arttıran birçok çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Özellikle genç nüfusta intihar girişimlerinde hızlı bir artış olduğu belirlenmiştir. En başta duygu durum bozuklukları olmak üzere ruhsal bozukluklar, alkolizm veya maddeyi kötüye kullanım, kronik rahatsızlık, yalnızlık ve sosyal izolasyon, travma ve istismar öyküsü, stresli yaşam olayları, işsizlik, ilişki sorunları, uzun süreli taciz veya zorbalığı maruz kalma gibi özellikler intihar davranışının risk faktörlerini oluşturmaktadır. Dünya genelinde intihar, her ülkede görülen ilk on ölüm sebeplerinden en başta geldiği bilinmektedir. Bu sebeple intihar davranışının KKTC’de erişkin bireylerde yaygınlığı, risk faktörleri ve İntihar Bilişleri ile ilişkisinin incelenmesi temel problemdir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada, intihar davranışının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde yaşayan erişkin bireylerdeki yaygınlığı, risk faktörleri ayrıca yaşam olayları ve intihar bilişleri ile ilişkisini araştırmak hedeflenmiştir. Ayrıca, çalışmada KKTC’de hangi nedenlerden dolayı intihar davranışlarında artış olduğunu, risk faktörlerinin ve hangi yaşam olaylarının etkilediğini araştırmak amaçlanmıştır.

Araştırmada cinsiyet, yaş, doğum yeri, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, eğitim durumu, geliri, kiminle yaşadığı, fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar, alkol, sigara ve uyuşturucu madde denemesi gibi sosyodemografik bilgilerin intihar davranışı ile ilişkilerini karşılaştırmak hedeflenmiştir.

Bu çalışmada elde edilen veriler intihar davranışının arkasında yatan nedenleri bilimsel olarak değerlendirmek adına önemli bir yol gösterici olacaktır. Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde intihar davranışında bulunan bireylere yönelik önleme programları hazırlanabilecek ve halk sağlığı politikaları geliştirilebilecektir.



### 1.3. Araştırmanın Önemi

Günümüzde intihar, en sık rastladığımız ölüm sebeplerinden biridir ve yaş ortalaması giderek azalmaktadır. Ülkemizin nüfusu küçük olmasına rağmen medyaya yansıyan birçok tamamlanmış intihar girişimleri bulunmaktadır. KKTC’de intihar davranışının yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalar sayılı denilebilecek kadar azdır. KKTC’de intihar ile ilgili tek çalışma, ilaç zehirlenmesi ile Dr. Burhan Nalbantoğlu Hastanesi’ne başvuru yapmış, 2002-2012 yılları arasında geçmişe yönelik hastane kaydı olan bireylerle yapılan araştırmadır. Bundan dolayı bu çalışma ülkemizde intihar davranışının yaygınlığını, nedenlerini, ayrıca hayat boyu veson 6 ayda bireylerin yaşamış olduğu fiziksel saldırı, cinsel saldırı, çocukluk döneminde istismar, çatışma, iş kaybı, aile içi şiddet, ani ve beklenmeyen ölüm ve stresli olaylar gibi yaşam olayları hakkında geçmişlerini incelediği için önemlidir.

### 1.4. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma ankette yer verilen sorular ile sınırlıdır.
2. Bu araştırma, araştırma için hazırlanan anket sorularını cevaplayan gönüllü katılımcıların verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.
3. Bu araştırma KKTC’nin özel Gazimağusa, Lefkoşa, Lefke, Girne ve Güzelyurt bölgelerinin belirli ilçelerinde, 18-65 yaş arası ve 65 üstü Türkçe konuşan kişiler ile sınırlıdır.

### 1.5. Tanımlar

**İntihar:** Bireyin akli başındayken ve kendi rızası ile hayatına son vermesidir (Eskin, 2012).

**İntihar davranışı:** İntihar olgusunu ve intihar girişimlerini içinde barındıran insanın kendi yaşamına kendi isteği ile son vermesi yönündeki düşünce ve girişimleridir (Eskin, 2007).

**İntihar Girişimi:** Kişinin hayatına son vermek istemesi, kendisine zarar vermek amacıyla, intihara yönelik ölümcül olmayan tüm kasıtlı girişimlerdir (Alptekin ve Duyan, 2014).

## 2. BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1. İntiharın Tarihçesi

Tarih boyunca toplumların belirli olaylara karşı tutumları zamanla değişiklik göstermiştir. Birçok toplumun intihar olayı, ilkel düzeyde korku davranışının izlerini taşımaktadır. İntihar eyleminin sebebinin bilinmemesi ve meydana getirmiş olduğu çaresizlik, bu korkuları şiddetlendirmektedir (Bauer, Bosch ve Freyberger, 1985).

Tarihsel süreçte intihar vakasının ele alınışı toplumlar arasında farklılık göstermiştir. İslam dininde insanlar, inançları gereği kendilerini Allah'a kurban etmişlerdir. Savaşı sona erdirmek için açlık dönemlerinde, çocukların ve yaşlıların kendilerini feda ettikleri bilinmektedir. Dul kadınların intiharları bazı toplumlarda kocalarına olan bağlılıklarının bir göstergesi olarak kabul edilmekteydi. Buna örnek verecek olursak, Roma tarihine baktığımızda, Romalı senatör Brutus'un karısı Porcia'nın, Brütüs'ün öldüğünü duyduğu anda yanan kömür parçasını yutarak kendi canına son vermek istediği bilinmektedir. Hindistan geleneklerinde yer alan, sati törenleri de ayrı bir örnek olarak gösterilebilir. Geleneğe göre hayatta kalan Hintli eş, ölen kocası ile aynı ateşte yanarak hayatına son vermektedir (Kayalı, 2017).

Çoğu toplumda intihar tabu olarak görülmüştür. Roma'da intihar eden köle ahlaksız olarak kabul edilmiştir, acı çekmiş ve hayattan bıkmış hür insanın intihar etmesi ya da girişimi normal karşılanırken askerlerinbu girişimi ise cezalandırılmıştır (Bulut, Bulut veKüçüker, 2012).

İntiharı kınayan Platon ve Aristoteles'in cevabına karşılık olarak, Stoacı Okul destekçileri intiharın yalnızca onaylanılan değil aynı zamanda erdemli bir

davranış olduğunu da öğretmişlerdir. Attike Yasalarında, yaşamını sonlandırmak isteyen kişinin, nedenlerini belirterek izin için eylemi önceden belirtmesi gerektiğini belirten hüküm, Devlet'in intiharı yasaklamak yerine eylemi kontrol ettiğini göstermektedir. Her koşulda intihar davranışı Yunanlılar tarafından cezalandırılmamıştır (Odağ, 1995).

Geçmiş çağ toplumlarına bakıldığında intiharla ilgili inançlarda intiharın cezalandırılması gereken bir davranış olduğu görüşü hakimdir, ancak günümüzde bu görüş yıkılmış olup daha çok halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir ve intiharı önlemeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Bulut, Bulut ve Küçüker, 2012).

## 2.2. İntiharın Tanımı

Arapça kökenli olan intihar kelimesi "kurban etmek" anlamına gelen "nahr" kökünden türetilmiştir (Eyuboğlu, 1995). İntihar kelimesi Latince "insanın kendini öldürmesi ya da kendi canına kıyması" anlamına gelen "sui" yani "ben" ve "cedere" yani "öldürmek" kelimelerinden birleşmesi sonucu oluştuğu ve İngilizceye "suicide" olarak geçtiği görülmektedir (Shneidman, 1985). Günümüzde de tıbbi terminolojide 'suisid' sözcüğü sıkça kullanılmaktadır (Eskin, 2007). Türk Dil Kurumu tarafından intihar yerine "özkıyım" veya "özekıyım" önerilmektedir. Edwin Shneidman'a göre intihar, "dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir" (Shneidman, 1985). İntiharın bir başka tanımı ise, kişinin benliğine yönelttiği agresyon ve yıkım düşünceleriyle birlikte yaşamına bilinçli bir şekilde son vermesidir. İntihar, en sade tanımıyla bireyin akli başındayken ve kendi rızasıyla hayatına son vermesidir (Eskin, 2012).

İntiharın diğer tanımı ise, "bireyin sosyal, kültürel ve psikolojik faktörlerin etkisiyle yaşamını sonlandırması eylemidir" şeklindedir (Çetinkaya ve Gözen, 2016). Başka bir tanımda ise intihar, bireyin kendisini öldürmek için doğrudan veya dolaylı olarak gerçekleştirdiği, hayatına son vermesiyle sonuçlanan yıkıcı bir eylemdir (Ünlü vd., 2014). Aslında intihar, kişinin kendi öz benliğine yaptığı saldırganlık olup, bilinçli olarak aldığı ölüm kararıdır (Akın ve Berkem, 2012). İntiharın en yaygın kullanılan tanımı ise, "insanın kendi kendini cezalandırmak veya bilinçli olarak yaşamına son vermek amacıyla planlı

veya plansız bir şekilde doğrudan bir eylemle ya da dolaylı yollarla, isteğiyle kendi yaşamını sonlandırmasıdır” şeklindedir (Tatlıoğlu, 2012).

Ölüm ile sonuçlanmamış buna rağmen ölme arzusu ile bağlantılı bir eylem olan intihar girişiminde esas olarak yardım arama, çevredeki dikkati sorun üzerinde toplama çabası bulunmaktadır (Alptekin ve Duyan, 2014). İntihar girişiminde bulunan bireyler ile intihar etmiş bireylerin kişisel özelliklerinde bir takım farklılıklar mevcuttur. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, sadece girişimde bulunan bireylerin çevre ile ilişkilerinde açık, yardım almaya müsait bir yapıya sahipken, tamamlanmış intihar vakalarında ise bireylerin genel olarak çevre ile ilişkilerinde kapalı, ulaşılması zor, yardım almaya çok müsait olmayan ve sadece ölmek ya da yaşamak arasında seçim yapması gerektiğini düşünen bir yapıya sahiptir. (Bulut, Bulut ve Küçüker, 2012).

İntihar davranışı, kişilerin yaşamlarına kendi isteği ile son vermesi ve bu yöndeki düşünce ve girişimleri olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışta bulunan bireyler genellikle hayatlarında karşılaştıkları sorunları halletmek ve çözmek için intihar davranışını sergilerler. Bu bireyler sorunlarını ancak kendilerini ortadan kaldırarak çözülebileceklerini düşünmektedirler. Bu davranış olumsuz bir yaklaşımdır. Hayatta karşılaşılan sorunlar istenildiği şekilde çözümlenemediğinde kişiler kendilerini suçlayabilmektedirler. Bu suçlamalar kişide kendinden kaçma isteği uyandırarak kişiyi intihara sürükleyen bir neden olarak değerlendirilebilmektedir (Eskin, 2007).

### **2.3. İntiharın Risk Faktörleri**

Kişiler kendilerinde üzüntü yaratan yaşamsal olaylar ile karşılaştıklarında ve söz konusu olaylar ile ilgili başa çıkma güçleri yetersiz kaldığında intihar davranışı yönelebilmektedir. İntihar davranışına yönelimi etkileyen bireysel faktörler: yaş, cinsiyet (kadın olmak) (Ethanv.d., 2016), gelişim evrelerinin neden olduğu kriz durumları, yaşam zorluklarıyla başa çıkma şekli, fiziksel ve ruhsal sağlık problemleri, zihinsel ve fiziksel engelli olma durumu, bireyin intihar davranışı sonucunda yakın çevrede olan bireylerin kaybı, travmatik etkiler yaratan yaşam olaylarına maruz kalma, baş edilmesi zor olan hayati zorluklar (Alptekin, 2002), fiziksel, ruhsal sağlık problemleri nedeni ile ya da

cinsel tercihlerine yönelik her türlü baskı ya da damgalama olarak tanımlanabilmektedir (Harris ve Barraclough, 1997).

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma, yarattığı travmatik etki nedeni ile çocuk ve ergenlerde intihar davranışının görülmesine neden olmaktadır (Rosenthal ve Rosenthal, 1984; Dervic, Brent ve Oquendo, 2008). Yetişkinlik döneminde ise cinsel ve fiziksel şiddete maruz kalma intihar riskini arttırmaktadır. Diğer önemli bir risk faktörü ise kişinin geçmişinde intihar eğiliminin olmasıdır. Yapılan araştırmaların çoğu göstermektedir ki, geçmişte intihar girişiminde bulunan bir kişi geleceğinde de bu durumu tekrarlayabilmektedir (Pagura vd., 2008; Taktak vd., 2012). İntihar girişimi hiç olmadan da, tamamlanmış intiharlarla karşılaşılmasına rağmen istatistiksel olarak hemen hemen her tamamlanmış intihar öncesinde çok sayıda intihar girişiminin olduğu bilinmektedir (Maris, Berman ve Silverman, 2000).

Aile, yakın arkadaş, ve etkileşimli olan sosyal çevre ile gerçekleşen çatışmaya ve tartışmaya dayalı etkileşimler, bir başka risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Çoğunlukla aile ya da partner ile yaşanan kişilerarası çatışmalar, ilişkinin sonlanması ve finansal sorunlarda en sık karşılaşılan psikososyal stres faktörleridir (Weissman, 1974). İşsizlik, boşanma ve partnerinden ayrı olan bireylerin intihar girişimi oranı daha yüksek olarak bildirilmektedir (Preuss ve ark. 2002).

İntihar davranışının bir diğer risk faktörü ise yalnızlık, sosyal desteğin tam olmaması, bir başka deyiş ile sosyal izolasyondur. Bu süreçte olumsuz duygularında barındırılması ile yalnızlık, depresyon ve kaygıya zemin oluşturmakta, kişinin işlevselliğinde düşüşe neden olmakta ve ölüm riskini de yükseltmektedir (Özdemir ve Tatar, 2019). Yalnızlık her yaş grubunda görülen (Conwell ve Heisel, 2006) başlı başına bir risk faktörüdür. Yaş grupları arasında sosyal uyumun zayıf olması intihar düşüncesini ve davranışını arttırmaktadır. İntihar düşüncesinin sosyal ilişkiler üzerindeki etkisi nedeniyle, kişilerin bağlanma tarzı strese karşı dayanıklılıkta kilit faktör olup, savunmasız bireylerde intihar davranışına neden olmaktadır.

Yapılan araştırmalara göre, kendi hayatına son veren bireylerin %90'ı depresyon tanısı almaktadır. Depresyon ve diğer ruhsal hastalıklar yanında,

bireyin yaşamış olduğu veya tanık olduğu olumsuz yaşam olayları da intihar davranışını arttırmaktadır. İntihar davranışında bulunan ergenler üzerinde yapılan bir diğer çalışma sonucunda ise, ruhsal bozukluklar intihar davranışının görülmesinde en önemli etmenlerden biri olduğu kanıtlanmıştır. İntihar ile yaşamına son veren ergenlerin ortalama %61-76 oranında duygudurum bozuklukları olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, şizofrenik bozukluklar, alkol ve madde bağımlılığı intihar riskinin artmasında önemli etkenler olduğu tespit edilmiştir. (Atay ve Gündoğar, 2004).

#### **2.4. Kuzey Kıbrıs'ta İntihar Davranışının Yaygınlığı**

KKTC'de intihar girişimi ve yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalar sayılı denilecebilcek kadar azdır. Yağlı ve arkadaşlarının 1970-1990 yılları arasında yaptığı yaygınlık çalışmasında intihar girişimi ve intihar sonucu ölen kişilerin verilerini saptamak amaçlanmıştır(Yağlıve Kirli, 1992)Çalışmalarında tüm polis ve hastane kayıtları taranarak girişim ve ölümlerin yıllara göre sayısı ve oram, kişilerin medeni durumları, eğitim düzeyleri, cinsiyetleri, doğum yerleri, meslekleri, en sık uygulanan intihar yöntemleri, yöntemlere göre ölümü gerçekleştirme oranlarını ele almışlardır(Yağlıve Kirli, 1992).Yağlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişimi en çok 1985 yılında, en az ise 1974 yılında meydana gelmiştir. Kadınların intihar girişiminde bulunma oranları erkeklere oranla çok daha yüksekte olduğunu bildirmişlerdir, ancak intihar sonucu ölenlerin sayısına dikkat edildiğinde ise erkeklerin intiharı tamamlama oranı daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. İntihar oranlarını yaş olarak incelediklerinde ise .14-24 arası ve 55 üzeri yaşlarda erkeklerde, 25-34 arası ise kadınlarda yaygın olarak görüldüğünü tespit etmişlerdir (Yağlıve Kirli, 1992).

KKTC'de yapılan bir başka çalışmada ise 2002 ile 2012 yılları arasında 11 yıllık yapılan bilimsel araştırma makalesinde Kuzey Kıbrıs Lefkoşa Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne ilaç ile özkıyım girişimi sonrası başvuran 2334 birey olduğunu bildirmişlerdir. Bu bireylerin yaş, cinsiyet, özkıyım girişim tarihi verileri analiz edilmiştir (Sönmez vd, 2015). Verilerin sonucunda kendi intihar girişiminde bulunan bireylerin %64.1'i kadın ve

%35.9'u erkek olduğu bildirilmiştir (Sönmez vd, 2015). 11 yıl boyunca sürdürülen bu araştırma sonucuna göre erkeklerin yaş ortalaması kadınların yaş ortalamasına göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. İntihar girişimlileri sıklıkla kadınlarda 16-22 yaşlarında, erkeklerde ise 18-24 olarak bulunmuştur. Tüm hastaların yaş aralığı ise 12-92 olduğu bildirilmiştir. Çalışmada özkıyım girişim sayılarını yıllara göre değerlendirildiğinde, en fazla 2006 yılında, en az 2003 yılında intihar girişimi olduğu görülmektedir.

Kıbrıs'ta kadınların çalışma oranları daha yüksek olduğundan, daha çalışkan daha bilinçli, sosyal destekleri daha yüksek ve yaşam koşulları büyük ülkelere göre çalışmak kadınlar için daha kolay hale gelmektedir. Bundan dolayı kadın erkek intihar oranı diğer ülkelere oranla daha düşük düzeydedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %80'inden fazlasında psikiyatrik bozukluk bulunduğu bildirilmiştir (Cavanagah, 2003).

Yapılan 11 yıllık çalışmada, aylara göre intihar girişimlerine bakıldığında en düşük özkıyım girişimlerinin Şubat ayında görüldüğü, Mart ayında artmaya başladığı ve Haziran ayında en yüksek sayıya ulaştığı ispatlanmıştır. Literatüre baktığımızda genel olarak bahar ve yaz ayları kritik dönem olarak geçmektedir (Parker, 1982). Ayrıca,anksiyeteye, yoğun strese ve depresyona neden olan eğitimdeki yüksek beklenti de özkıyım için risk oluşturmaktadır (Abdel, 2007).

2012 yılında medyaya yansıyan 1'i ölümlle sonuçlanan 3 intihar girişimi, 2015 yılında bir lise öğrencisinin intihar girişimi ve 2018 yılında CAS şirketi çalışanlarından ikisi, grevle başlayıp sonrasında intihar girişiminde bulunduğu ve 2019 yılında ise 2 intihar girişimi, 8 bireyin kendi canına kıydığı medya haberlerine yansımıştır ve bu rakamlar gün geçtik sonra artmaya devam etmektedir. Bunun yanı sıra medyaya yansımayanlarda bulunmaktadır.

## **2.5. Türkiye İntihar Davranışının Yaygınlığı**

Türkiye'de gerek intihar sayısı gerekse kaba intihar oranı 20.yy'ın sonçeyreğinden 21.yy'ın başına doğru artış göstermiştir. 1975'te 100000 kişiye 788 olan intihar sayısı 2013 yılında %304,7 oranında artarak3189'a çıkmıştır. (Kervankıran, Temurçin ve Yakar, 2017). Türkiye'de son yarım

yüzyılda intihar oranlarında sürekli bir artış gözlenmektedir. Türkiye’de yaşanan gerek siyasi ve ekonomik, gerekse kültürel, sağlık ve toplumsal değişimler Avrupa ülkelerindekiler kadar yüksek olmasa da intiharların yaygınlaşmasında önemli rol oynamaktadır. Türkiye vatandaşlarının yaşadıkları ekonomik sıkıntılar, psikolojik rahatsızlıklar, mesleki veya ailevi sorunlar, işsizlik veya geçim sıkıntısı, banka borçları, bireysel başarısızlıklar vb. nedenler ülkemizdeki intihar oranlarını tetikleyen en önemli etkenlerdir.

Türkiye’deki intihar girişimleri ise intihar sonuçlu ölümlerden çok daha fazladır. 1998-2001 döneminde Türkiye’de intihar girişimi hızı ortalama 100 000’de 78,89 olmuş ve buyıllar arasında %93,59’luk bir artış meydana gelmiştir. 1974-2013 yılları arasında Türkiye’de toplam 68 984 kişi intihar etmiştir. İntiharın en sık görüldüğü dönem 1990-2000 yılları arasında, %37,9’u (26 138 kişi) olarak bildirilmiştir. Son yıllarda ülkemizde intihar oranlarında düzenli olmasa da bir artışın olduğu görülmektedir. Türkiye’de 2013 yılında intihar davranışlarının en fazla görüldüğü iller; İstanbul (488 kişi), İzmir (209 kişi), Ankara (191 kişi), Bursa (110 kişi), Adana (103 kişi) ve Antalya (100 kişi) şeklinde sıralanmaktadır (Kervankıran, Temurçin ve Yakar, 2017). Bir başka anlatımla Türkiye’de nüfus bakımından en kalabalık iller, intihar olaylarında dabaşta yer almaktadırlar.

Türkiye’de son 10 yılda yaklaşık 29000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu’na (TÜİK) göre (2015), 2014 yılında 3169 kişi intihar nedeni ile yaşamına son vermiş, 2015 yılında ise %1,3 artış ile 3211 kişinin intihar davranışında bulunduğu bildirilmiştir. İntihar sebebi ile yaşamını sonlandıranların %72,7’si erkek %27,3’ü ise kadındır. Ayrıca TÜİK’in istatistiklerine göre 15-19 yaş grubunda intihar oranları kadınlarda %18, erkeklerde ise %12,8 olarak bildirilmiştir. 15-29 yaş arasında ise bu oran her iki cinsiyet grubunda toplam %34,3 olarak bilinmektedir.

## **2.6. Dünyada İntihar Davranışının Yaygınlığı**

İntihar davranışı ülkeler ve toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir. Dünya’da erkek intiharlarının en az olduğu yerler; Bhutan, Kuzey Kore, Hindistan, Maldivler Myanmar ve Nepal’dir. Kadınlarda ise Dünya’da intihar olaylarının en az olduğu ülkeler; Hindistan, Bangladeş, Kuzey Kore, Nepal ve



Bhutan'dır (Aktaş, 2014). Küçük yaşlarda çok nadir görülen intihar davranışı,ergenlikle birlikte artış göstermektedir. Gençlik dönemi intiharları datoplumdan topluma farklılık göstermektedir. Küresel ölçekte ise intiharlar Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika'da daha yaygındır (Eskin, 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde yüksek refah düzeyine rağmen intihar davranışının oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Resmi istatistiklere göre her yıl yaklaşık 30 bin kişi kendi yaşamına son vermektedir. Başka bir deyiş ile her 100 bin ABD'liden yaklaşık 12'si intihar etmektedir (Eskin,2012).

İskandinav ülkelerde de intihar davranışı oldukça yaygındır. Aslında refah düzeyinin oldukça yüksek olduğu bir bölge olan İskandinavya'da intihar davranışlarının düşük olması beklenirken, bu durumun beklentiden farklı gerçekleşmesi refah düzeyinin insanların bütün ihtiyaçlarını karşılayamadığı fikrini ortaya çıkarmaktadır.

İskandinavya'da en yüksek intihar oranlarına sahip ülkeler sırasıyla Finlandiya, Danimarka, İsveç ve Norveç'tir. Örneğin her yıl 100 000 Finliden 30'u kendi canına kıymaktadır. Her 100 bin Danimarkalıdan ise 24'ü intihar etmektedir. Norveç'te ise her 100 bin Norveçliden 15'i kendi canına kıymaktadır (Eskin, 2012).

Avrupa'ya baktığımızda intihardan ölümler Doğu ve Orta Avrupa'da yaygınken, Güney Avrupa'da pek yaygın değildir. Güney Avrupa ülkelerinin geleneksel yapıları ve Yunanistan hariç hepsinin Katolik olması dikkat çekmektedir. Avrupa'da intihardan ölümlerin en fazla olduğu ülke Macaristan'dır. Macaristan'ı sırasıyla Slovenya, Avusturya, İsviçre, Fransa izlemektedir.

Uzak Doğu'da ve özellikle Japonya'da intihar davranışı oldukça yaygındır. Hatta intiharın Japon kültüründe ayrı bir yeri olduğuna inanılır. Harakiri gibi özel bir intihar adını dünya dillerine armağan etmiş olması bunun göstergesi kabul edilebilir. Her 100 bin Japon'dan 17'si intihar etmektedir. Bunun dışında Batı Pasifik bölgesinde 2002 yılında Dünya'daki intiharların %38'i gerçekleşmiştir (Aktaş,2014).

İntihar davranışı Çin dışında tüm Dünya'da erkeklerin daha fazla uyguladığı bir davranıştır. Fakat intihar davranışı konusunda kadın erkek arasındaki fark giderek azalmaktadır. Her iki cinste de 25-34 yaş grubu en fazla intihar eden gruptur. Son elli yılda intihar davranışının gençlere doğru kaymış olması endişe verici bir hal almıştır (Sayıl, 2008). Yaş gruplarına baktığımızda Dünya'da erkeklerin en fazla 15-29 yaş aralığında intihar davranışı görüldüğü bildirilmektedir. Kadınlarda da durum aynıdır. Dünya'da kadınların en çok intihar ettiği yaş aralığı 15-29 olarak bildirilmektedir (Aktaş, 2014).

Birçok ülkede intiharlar tüm ölümlerin küçük bir oranını oluşturmaktadır fakat bu oran yine de dikkat çekecek boyuttadır. İntihar sebebi ile yaklaşık dünyada yılda 1 milyon kişi hayatlarını yitirmektedir. Dünyadaki intihar hızı yaklaşık 100 binde 16'dır ve her 40 saniyede bir kişinin intihar nedeni ile hayatına son verdiği bilinmektedir. İntihar bazı ülkelerde 15-44 yaş arası grup için üçüncü, 10-24 yaş arası grup için ikinci sıradagelen ölüm sebebidir. İntihar girişimlerinin, tamamlanmış intiharlara göre yaklaşık 20 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Geçmişten bu yana intiharlarda yaşlı erkekler daha fazla paya sahipken, son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gençlerde intihar oranları epey yükselmiştir (Alptekin ve Duyan, 2014).

### **3. BÖLÜM**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

İntihar davranışının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’de yaşayan erişkin bireylerdeki yaygınlığı, risk faktörleri ayrıca yaşam olayları ve intihar bilişleri ile ilişkisini incelenmesini amaçlayan ve nicel bir araştırma olan bu çalışmada yaygınlığı ölçmek için tarama deseni ve ilişkileri ölçmek için ilişkisel desen kullanılacaktır.

#### **3.2. Evren ve Örneklem**

Çalışmanın evreni Kuzey Kıbrıs’ta yaşayan, Türkçe konuşan, 18-65 yaş arasında ve 65 yaş ve üzeri Türkçe konuşan kişilerdir. Çalışmada kotalı ve çok basamaklı tabakalandırılmış seçkisiz (randomize) örneklem yöntemi ile seçilen 994 kişi yer gönüllü olarak yer almıştır. Çalışmaya dahil edilen bireyler cinsiyet, yaş, yerleşim, bölge özellikleri dikkat edilerek hesaplanmıştır. Örneklem grubunun belirlenmesinde 4 Aralık 2011 tarihinde gerçekleşen son nüfus sayımı istatistikleri dikkate alınmıştır (Nüfus Sayımı, 2011). Son nüfus sayımındaki özellikler doğrultusunda KKTC Lefkoşa, Mağusa, Girne, Güzelyurt ve İskele olmak üzere 5 ana bölgenin nüfus özellikleri dikkate alınmıştır. Bu 5 ana bölge şehirlerde mahallelere, kırsal kesimlerde köylere ayrılmıştır. Bu şekilde randomize olarak 16 mahalle, 17 köy ve 5 bucak merkezi (Lefke, Güzelyurt, Mehmetçik, İskele, Geçitkale) çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanması 4 farklı bölüm içeren anket formu vasıtasıyla yapılmıştır. İlk bölümde sosyodemografik form, ikinci bölümde yaşam olayları ile ilgili sorular, üçüncü bölümde İntihar Davranışı Ölçeği ve son bölümde ise İntihar Bilişleri Ölçeği yer almaktadır.

Örneklem grubuna kendilerine verilen ankete başlamadan önce, araştırmacı tarafından söz konusu araştırmanın amaçları ve anketlerin cevaplandırılma şekli konularında aydınlatılmış onam formu ile gerekli bilgilendirme yapılmıştır.

Katılımcıların anketleri doğru, dürüst ve samimi yanıtlamaları, isimlerini yazmak zorunda olmadıkları, söz konusu araştırmanın gizlilik esasları ve kendilerinden elde edilecek verilerin yalnızca araştırmacı tarafından bilineceği ve kullanılacağı bildirilmiştir.

#### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik bilgi formu katılımcıların özgeçmiş bilgilerini sağlamak amacı ile 19 sorudan oluşmaktadır. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, doğum yeri, yaşadıkları yer, kiminle yaşadıkları, eğitim durumu, meslek, ömür boyu sigara / alkol / madde kullanımı ve aylık toplam gelirleri hakkında sorular yer almaktadır.

#### **3.3.2. Yaşam Olayları Anketi:**

Araştırmacı tarafından hazırlanan sorulardan oluşmaktadır. Sorular arasında çocuk istismarı, doğal afetler, yangın veya patlama, trafik kazaları, fiziksel ve cinsel saldırı, savaş alanında bulunma, işkence, cinayet veya intihar durumları, sevilen birinin ani ölümü, Aile içi şiddet, ani işten çekilme veya ağır ekonomik stres, işyeri kazaları ve diğer stresli olayları içeren yaşam olaylarını içermektedir.

### 3.3.3. İntihar Davranışı Ölçeği (İDAÖ)

Linehan ve meslektaşları tarafından 1981 yılında geliştirilen yılında İntihar Davranışı Ölçeğinin (Linehan ve Nilsen, 1981), geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Türkiye’de Bayam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Bayam ve ark., 1995). İntihar davranışının dört farklı unsuru bulunmaktadır. Bunlardan ilki bireyin daha önceki intihar düşüncesi ve girişimlerini sorgulayan "intihar planı ve girişimi", ikincisi ise, son bir yıl içerisinde kişinin hayatına son verme düşüncesi ile ilgilidir. Üçüncüsü, kişinin intihar konusu ile ilgili yakınlarına ve çevresine mesaj verip vermediğini, sonuncusu unsur ise, bireyin gelecekte bu girişim ile ilgili düşünce ve niyetini araştırmaktadır. İDAÖ dört maddeden oluşmaktadır:

1. "intihar planı ve girişimi": Yaşam boyu intihar davranışı öyküsü ile ilgili olup, 6 seçenek yer almış olup 0-5 arası Likert tipi puanlanmıştır.
- 2."intihar düşüncesi": Son bir yıldaki intihar düşüncesiyle ilgili olup, 5 seçenek yer almış olup 0-4 arası Likert tipi puanlanmıştır.
3. "intihar tehdidi": iki seçenekten olmaktadır. Hayır 0, evet yanıtı ise 1 olarak puanlanır.
- 4."intihar tekrar edilebilirliği": Gelecekteki intihar düşüncesi ve niyeti ile ilgilidir. 5 seçenek yer almış olup 0-4 arası Likert tipi puanlanmıştır.

İDAÖ’den alınabilecek en az 0, en fazla 14 puan alınabilecek olup, toplam puan, puanların aritmetik toplanması ile hesaplanacaktır. İntihar davranışının önem derecesi puan yükseldikçe yükselmektedir. Bununla birlikte davranışın 4 farklı unsuru ayrı olarak ölçülmüştür. Ölçeğin tekrar test güvenilirliği  $r=0.92$ , ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur. Madde-test korelasyonunda en düşük değer 0.37, en yüksek değer 0.61 olarak saptanmıştır.

### 3.3.4. İntihar Bilişleri Ölçeği

İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ) Rudd ve arkadaşları (2010) tarafından intihara ilişkin umutsuzluk, inanç ve düşünce sistemini belirlemek amacıyla geliştirilen bu ölçek kendini değerlendirme ölçeğidir. İBÖ 5’li Likert tipe sahip

ve ölçek üzerinde puanlanabilen 18 maddeden meydana gelmektedir. Ölçekten alınan puanların aralığı 18-90 arasında değişebilmekte ve yüksek puanların oluşu intihara ilişkin umutsuzluğun ve riskin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek öncelikli olarak 20 madde olarak geliştirilmiştir. Fakat, Rudd ve arkadaşları (2010) yaptıkları geçerlilik çalışmasında, maddelerin toplam korelasyon katsayılarının düşük olmasından dolayı 2 maddeyi ölçekten çıkartmışlardır. Çalışmaya göre, ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .91 ile .97 aralığında değişkenlik gösterebilmektedir. Ayrıca, ölçekten 5 gün içerisinde alınan tekrar test güvenilirlik katsayısı yatan hasta örnekleminde .54, üniversite örnekleminde ise .84 olarak bulunmuştur. Rudd ve arkadaşları (2010) psikiyatrik teşhisi konmuş gruplar ve öğrencilerle yapılan doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizlerinde ölçeğin 2 faktörlü şeklini de onaylanmıştır. Ölçeğin “çözülemezlik” (unsolvability) “sevilemezlik” (unlovability) , ve “dayanamazlık” (unbearability) tarzında 3 faktörlü bir yapısını kanıtlayan çalışmalar mevcuttur (Ellis ve Rufino, 2014; Gibbs, 2010). Ölçeğin geçerlik, güvenilirlik ve türkçeye uyarlama çalışmasını Guzey Yiğit, M. ve Yiğit, İ. (2017) gerçekleştirmişlerdir. Ölçekte bulunan 18 madde İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeğin hem 2 faktörlü (sevilemezlik ve çözülemezlik) hem de 3 faktörlü yapısı (sevilemezlik, çözülemezlik ve dayanamazlık) geçerli ve güvenilir sonuçlar verdiğini 29 göstermekte fakat 3 faktörlü yapının daha iyi uyum sağladığı tespit edilmiştir.

### 3.3.5. Uygulama

Araştırma Kasım-Aralık 2019 tarihlerinde KKTC’de gerçekleştirilmiştir. Çalışmada başlangıç noktaları şehirlerde randomize olarak belirlenen sokaklardan, köylerde ise köy merkezlerinden (köy kahvesi veya camisi) kuzeye, güneye, doğuya ve batıya gidecek şekilde belirlenmiştir. Anketörler sokakların başlangıç noktalarından bir kare yapacak şekilde yolun sağından ve en küçük numaradan başlamışlardır. Her üç evden biri çalışmaya alınmış ve sağa dönülen ilk sokaktan dönülerek bir kare yapacak şekilde yön belirlemişlerdir. Kare tamamlandıktan sonra başlangıç noktasından bir sonraki sokaktan tekrar başlanarak yeni bir kare olacak şekilde devam edilmiştir. Bu şekilde görüşmecilerin görüşme yaptıkları ev seçiminde ortak bir yöntem sağlanarak görüşmeciden kaynaklanabilecek hata payı

önlenmiştir. Her üç evden biri çalışmaya alınmış ve her girilen evde erkek-kadın ve yaş kotaları dikkate alınmıştır. Girilen her evde bir kişi çalışmaya alınmış ve birinci evde kadın sonrakinde erkek olacak şekilde seçilmiştir. Yaş kotasında ise eğer evde birden fazla aday varsa en yakın yaş günü tarihi olan çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya 25 anketör katılmış ve anketörler eğitimden geçirilerek çalışmaya alınmıştır. Her anketör en fazla 40 kişiye anket uygulamıştır. Bu şekilde anketör kaynaklı hata payı azaltılmaya çalışılmıştır.

### **3.3.6. Verilerin Analizi**

Araştırmada ortaya çıkan bulgular Statistical Package for Social Science (SPSS) 24 yazılım programına girilecek ve bu program kullanılarak sonuçlar analiz edilecektir. Çalışmada betimleyici istatistik yöntemleri, ki-kare, lojistik regresyon ve korelasyon analiz yöntemleri kullanılacaktır.

## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde araştırma verilerinin analizleri sonucunda elde edilen bulgulara ve ilişkili açıklamalara yer verilmiştir.

#### 4.1. Demografik Özelliklere İlişkin İstatiksel Analiz Bulguları

**Tablo 1.**

*Bireylerin intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>intihar davranışında bulunmayanlar</b>	769	82,8
<b>intihar davranışında bulunanlar</b>	160	17,2
<b>Toplam</b>	931	100

Bu araştırmada katılımcıların 160'ının (%17,2) hayatları boyunca en az bir kez intihar davranışında buldukları tespit edilmiştir.



**Tablo 2.**

*Bireylerin cinsiyetlerine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kadınlar</b>	359	82,7	75	17,3	434	100
<b>Erkekler</b>	410	82,8	85	17,2	495	100
<b>Toplam</b>	769	82,8	160	17,2	929	100

$X^2=,002$   $df=1$   $p=,965$

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak cinsiyet ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır. Cinsiyet ile intihar davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3.***Bireylerin yaşlarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>18-29 yaş</b>	256	78,8	69	21,2	325	100
<b>30-39 yaş</b>	176	84,2	33	15,8	209	100
<b>40-49 yaş</b>	132	82	29	18	161	100
<b>50-59 yaş</b>	97	85,1	17	14,9	114	100
<b>60 – 65 yaş</b>	105	90,5	11	9,5	116	100
<b>Toplam</b>	766	82,8	159	17,2	925	100

 $X^2=11,326$      $df=5$      $p=,053$ 

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların yaşları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4 .***Bireylerin doğum yerlerine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kıbrıs</b>	345	85,6	58	14,1	403	100
<b>Türkiye</b>	392	80,8	93	19,2	485	100
<b>İngiltere</b>	10	1,3	5	3,1	15	100
<b>Diğer</b>	22	84,6	4	15,4	26	100
<b>Toplam</b>	769	82,8	160	17,2	929	100

 $X^2=6,354$      $df=3$      $p=,096$ 

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların doğum yerleri ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5.**

*Doğum yerleri Kıbrıs olmayan bireylerin kaç yıldır Kıbrıs'ta yaşadıklarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>0-5 yıl</b>	196	79	52	21	248	100
<b>6-10 yıl</b>	41	70,7	17	29,3	58	100
<b>10 yıl ve üzeri</b>	199	86,1	32	13,9	231	100
<b>Toplam</b>	436	81,2	101	18,8	537	100

$X^2=8,661$      $df=2$      $p=,013$

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak doğum yerleri Kıbrıs olmayan katılımcıların kaç yıldan beri Kıbrıs'ta yaşadıkları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). 6 ile 10 yıl arasında Kıbrıs'ta yaşayan Kıbrıs doğumlu olmayan bireylerde intihar davranışı daha sık görülmektedir.

**Tablo 6.***Bireylerin medeni durumlarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evli</b>	330	88,2	44	11,8	374	100
<b>İlişkisi var</b>	112	76,2	35	23,8	147	100
<b>Bekar</b>	235	83	48	17	283	100
<b>Boşanmış</b>	43	68,3	20	31,7	63	100
<b>Dul / Diğer</b>	46	78	13	22	59	100
<b>Toplam</b>	766	82,7	160	17,3	926	100

 $X^2=22,521$      $df=4$      $p=,000$ 

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların medeni durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, boşanmış bireyler (%31,7) en sık intihar davranışı gösteren bireyler olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 7.***Bireylerin çocuk sahipliğine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Yok</b>	379	79,0	101	21	480	100
<b>Var</b>	385	86,7	59	13,3	444	100
<b>Toplam</b>	764	82,7	160	17,3	924	100

 $X^2=9,684$  df=1 p=,002

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların çocuk sahibi olma durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğunun çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 8.***Bireylerin yaşadığı yerlere göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Köy/Kasaba</b>	199	86,1	32	13,9	231	100
<b>Şehir</b>	568	81,7	127	18,3	695	100
<b>Toplam</b>	767	82,8	159	17,2	926	100

 $X^2=2,382$  df=1 p=,123

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların yaşadıkları yerler ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9.**

*Bireylerin gelir getiren bir işte çalışıp çalışmamasına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Çalışıyor</b>	457	85,1	80	14,9	537	100
<b>Çalışmıyor</b>	311	79,5	80	20,5	391	100
<b>Toplam</b>	768	82,8	160	17,2	928	100

$X^2=4,907$      $df=1$      $p=,027$

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların çalışma durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu araştırmaya göre çalışmayan bireyler arasında intihar davranışı daha yaygın olarak görülmektedir.

**Tablo 10.***Bireylerin mesleklerine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>İşçi</b>	101	79,5	26	20,5	127	100
<b>Öğrenci</b>	166	77,6	48	22,4	214	100
<b>İşsiz</b>	14	100	0	0	14	100
<b>Memur</b>	93	90,3	10	9,7	103	100
<b>Kendi işi</b>	121	82,9	25	17,1	146	100
<b>Ev kadını</b>	71	83,5	14	16,5	85	100
<b>Serbest</b>	84	84	16	16	100	100
<b>Diğer</b>	114	84,4	21	15,6	135	100
<b>Toplam</b>	764	82,7	160	17,3	924	100

 $X^2=12,347$      $df=7$      $p=,090$ 

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların meslekleri ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).



**Tablo 11.***Bireylerin eğitim seviyesine göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>En az İlkokul mezunu</b>	121	83,4	24	16,6	145	100
<b>Ortaokul</b>	69	83,1	14	16,9	83	100
<b>Lise</b>	183	83,6	36	16,4	219	100
<b>Üniversite ve üzeri</b>	396	82,2	86	17,8	482	100
<b>Toplam</b>	769	82,8	160	17,2	929	100

 $X^2=,277$      $df=3$      $p=,964$ 

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların eğitim durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12.***Bireylerin aylık gelire göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Asgari Ücret (2958 TL) ve altı</b>	231	78,3	64	21,7	295	100
<b>2958 TL 6000 TL</b>	306	86,2	49	13,8	355	100
<b>6000 TL ve üzeri</b>	228	83,2	46	16,8	274	100
<b>Toplam</b>	765	82,8	159	17,2	924	100

 $X^2=7,092$      $df=2$      $p=,029$ 

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların maaş gelirleri ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). İntihar davranışında bulunan bireylerin çoğu asgari ücret ve asgari ücretin altında gelirleri bulunmaktadır.

**Tablo 13.**

*Oturulan evin nasıl sahip olunduğuna göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kendi olanakları</b>	328	87	49	13	377	100
<b>Devlet Yardımı</b>	41	87,2	6	12,8	47	100
<b>Kira</b>	216	79,1	57	20,9	273	100
<b>Aileden miras</b>	108	82,4	23	17,6	131	100
<b>Diğer</b>	73	7,5	25	25,5	98	100
<b>Toplam</b>	766	82,7	160	13,3	926	100

$X^2=12,633$  df=4 p=,013

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların evlerinin sahip olma durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu kendi olanakları, devlet yardımı, kira, miras dışında diğer şartlarda yaşamaktadır.

**Tablo 14.***Bireylerin fiziksel hastalıklarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Var</b>	68	81	16	19	84	100
<b>Yok</b>	697	83	143	17	840	100
<b>Toplam</b>	765	82,8	159	17,2	924	100

 $X^2=,220$  df=1 p=,639

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların fiziksel hastalıkları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15.***Bireylerin Psikiyatrik hastalıklarına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Var</b>	25	52,1	23	47,9	48	100
<b>Yok</b>	744	84,9	132	15,1	876	100
<b>Toplam</b>	769	83,2	155	16,8	924	100

 $X^2=35,171$  df=1 p=,000

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların psikiyatrik hastalıkları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğunda psikiyatrik hastalık bulunmaktadır.

**Tablo 16.**

*Bireylerin Psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi görme durumuna göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Evet</b>	37	47,4	41	52,6	78	100
<b>Hayır</b>	731	86	119	14	850	100
<b>Toplam</b>	768	82,8	160	17,2	928	100

$X^2=74,464$  df=1 p=,000

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi gören bireyler ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi gördüğü tespit edilmiştir.

**Tablo 17.**

*Bireylerin kiminle birlikte yaşadığına göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Yalnız</b>	133	80,1	33	19,9	166	100
<b>Eş/partner/sevgili</b>	340	87,6	48	12,4	388	100
<b>Anne/Baba/Kardeş</b>	138	80,7	33	19,3	171	100
<b>Arkadaş/Akraba/Diğer</b>	158	77,7	46	22,5	204	100
<b>Toplam</b>	769	82,8	160	17,2	929	100

$X^2=11,804$  df=3 p=,008

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların kiminle yaşadıkları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu arkadaş, akraba ve diğerleri (%22,5) ile yaşamaktadır. Buna takiben intihar davranışı en çok yalnız (%19,9) yaşayan bireylerde, ardından anne, baba ve kardeş (%19,3) ile yaşayan bireylerde görülmektedir.

**Tablo 18.**

*Bireylerin hayat boyu aldıkları alkollü içeceğe göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>0</b>	182	90,1	20	9,9	202	100
<b>1-39</b>	176	81,1	41	18,9	217	100
<b>40 ve daha fazla</b>	410	80,7	98	19,3	508	100
<b>Toplam</b>	768	82,8	159	17,2	927	100

$X^2=9,573$      $df=2$      $p=,008$

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların hayat boyu aldıkları alkollü içecek ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu hayat boyu 40 ve daha fazla alkollü içecek tüketmiştir.

**Tablo 19.**

*Bireylerin hayat boyu kullandıkları sigaraya göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>0</b>	217	91,6	20	8,4	237	100
<b>1-39</b>	112	83,6	22	16,4	134	100
<b>40 ve daha fazla</b>	440	78,9	118	21,1	558	100
<b>Toplam</b>	769	82,8	160	17,2	929	100

$X^2=18,915$  df=2 p=,000

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların hayat boyu sigara tüketimi ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu hayat boyu 40 ve daha fazla sigara tüketmiştir.



**Tablo 20.**

*Bireylerin hayat boyu denedikleri uyuşturucu maddeye göre intihar davranışlarına ilişkin dağılımı*

	intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hayır</b>	723	84,3	135	15,7	858	100
<b>Evet</b>	45	64,3	25	35,7	70	100
<b>Toplam</b>	768	82,8	160	17,2	928	100

$X^2=18,107$  df=1 p=,000

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak katılımcıların hayat boyu denedikleri uyuşturucu madde ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu hayatlarında en az bir kere uyuşturucu madde denemiştir.

**Tablo 21.**

*İntihar davranışı bulunan ve bulunmayan bireylerin aile geçmişindeki intihar davranışı ile kıyaslanması*

		intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		X <sup>2</sup> (p)
		n	%	n	%	
<b>Daha önce ailenizden intihar eden oldu mu?</b>	Evet	57	71,3	23	28,8	X <sup>2</sup> =7,997 (0,005)*
	Hayır	707	83,8	137	16,2	

\*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Bu araştırmada, ki-kare analiz yöntemi kullanılarak intihar davranışında bulunan ve bulunmayan katılımcıların aile geçmişindeki intihar davranışları kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). İntihar davranışında bulunan bireylerin çoğunun daha önceki aile geçmişinde de intihar davranışında bulunan kişiler olduğu tespit edilmiştir.

## 4.2. Yaşam Olaylarına İlişkin İstatiksel Analiz Bulguları

**Tablo 22.**

*İntihar davranışı bulunan ve bulunmayan bireylerde hayat boyu ve hiçbir zaman olmak üzere yaşam olaylarının kıyaslanması*

		intihar davranışında bulunmayanlar		intihar davranışında bulunanlar		X <sup>2</sup> (p)
		n	%	n	%	
<b>1.Çocuklukta istismar</b>	Hayat Boyu	89	65,9	46	34,1	X <sup>2</sup> =31,750 (0,000)*
	Hiçbir Zaman	678	85,7	113	14,3	
<b>2.Doğal felaket</b>	Hayat Boyu	189	85,1	33	14,9	X <sup>2</sup> =1,046 (0,306)
	Hiçbir Zaman	576	82,8	125	17,8	
<b>3. Yangın veya patlama</b>	Hayat Boyu	162	82,2	35	17,8	X <sup>2</sup> =,079 (0,779)
	Hiçbir Zaman	604	83,1	123	16,9	
<b>4.Trafik kazası</b>	Hayat Boyu	291	81,7	65	18,3	X <sup>2</sup> =,825 (0,364)
	Hiçbir Zaman	474	84	90	16	
<b>5.Fiziksel saldırı</b>	Hayat Boyu	161	71,9	63	28,1	X <sup>2</sup> =24,930 (0,000)*
	Hiçbir Zaman	606	86,3	96	13,7	
<b>6.Cinsel Saldırı</b>	Hayat Boyu	45	72,6	17	27,4	X <sup>2</sup> =4,971 (0,026)*
	Hiçbir Zaman	720	83,6	141	16,4	
<b>7. Çatışma veya savaş bölgesinde asker veya sivil olarak bulunma</b>	Hayat Boyu	143	77,7	41	22,3	X <sup>2</sup> =4,252 (0,039)*
	Hiçbir Zaman	625	84,1	118	15,9	
<b>8. İşkence veya benzeri bir kötü muamele</b>	Hayat Boyu	51	68,9	23	31,1	X <sup>2</sup> =10,831 (0,001)*
	Hiçbir Zaman	718	84	137	16	
<b>9. Cinayet ve intihar gibi ölüm olayları</b>	Hayat Boyu	74	71,2	30	28,8	X <sup>2</sup> =11,098 (0,001)*
	Hiçbir Zaman	695	84,2	130	15,8	

<b>10. Sevdiğiniz birinin ani ve beklenmeyen ölümü</b>	Hayat Boyu	364	79,3	95	20,7	$X^2=7,682$ (0,006)*
	Hiçbir Zaman	405	86,2	65	13,8	
<b>11. Sevdiğiniz birinin ani ve beklenmeyen ciddi hastalığı</b>	Hayat Boyu	344	82,3	74	17,7	$X^2=,123$ (0,726)
	Hiçbir Zaman	425	83,2	86	16,8	
<b>12. Sevdiğiniz birinden ani ve beklenmeyen bir şekilde ayrılma</b>	Hayat Boyu	300	76,7	91	23,3	$X^2=17,339$ (0,000)*
	Hiçbir Zaman	469	87,2	69	12,8	
<b>13. Aile içi şiddet</b>	Hayat Boyu	84	70	36	30	$X^2=15,780$ (0,000)*
	Hiçbir Zaman	685	84,7	124	15,3	
<b>14. Ani ve beklenmeyen bir iş kaybı, ciddi ekonomik güçlük</b>	Hayat Boyu	250	78,9	67	21,1	$X^2=5,168$ (0,023)*
	Hiçbir Zaman	519	84,8	93	15,2	
<b>15. İş kazası</b>	Hayat Boyu	117	79,6	30	20,4	$X^2=5,112$ (0,078)
	Hiçbir Zaman	652	83,4	130	16,6	
<b>16. Diğer herhangi çok stresli olay veya yaşantı</b>	Hayat Boyu	374	77,3	110	22,7	$X^2=21,474$ (0,000)*
	Hiçbir Zaman	395	88,8	50	11,2	

\*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

### 4.3. Risk Faktörlerine İlişkin İstatiksel Analiz Bulguları

**Tablo 23.**

*İntihar davranışı bulunan ve bulunmayan oluşmasında risk faktörlerinin Odds Oranları*

Demografik Değişkenler	İntihar davranışında bulunmayanlar / İntihar davranışında bulunanlar	
	Odds oranı	%95 GA
Cinsiyet (kadın / erkek)	1,006	(0,759 – 1,335)
Yaş (29 ve altı/ 29 üstü)	1,325	(0,997 – 1,759)
Doğum yeri (Kıbrıs / Türkiye)	1,411	(0,986 – 2,020)
Medeni durum (ilişkisi yok/ ilişkisi var)	1,951	(1,357 – 2,805)**
Çocuk sahibi (hayır / evet)	1,583	(1,180 – 2,125)**
Çalışma (çalışmayan/ çalışan)	1.469	(1,044 – 2,068)*
Aylık gelir (asgari ücret altı ve üstü)	1,436	(1,080 – 1,910)*
Psikiyatrik rahatsızlık (var / yok)	3,180	(2,276 – 4,442)**
Psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle tedavi görme (evet / hayır)	3,755	(2,870 – 4,912)**
Kiminle yaşıyor (diğerleri /partner)	1,849	(1,281 – 2,669)**
Alkol kullanımı (40'dan fazla/ 40'dan az)	1,403	(0,989 – 1,990)*
Sigara kullanımı (40'dan fazla / 40'dan az)	2,101	(1,437 – 3,072)**
Uyuşturucu madde (deneyenler / denemeyenler)	2,975	(1,765 – 5,016)**
Daha önce ailedeki intihar denemeleri (deneyen / denemeyen)	1,771	(1,214 – 2,583)*

\*p ≤ 0.05 ve \*\*p ≤ 0.001 Anlamlılık Düzeyleri, GA = Güven Aralığı

Bu araştırmada, bireylerinin ilişkisinin olmaması, çalışmamaları, aylık gelirlerinin asgari ücretin (2958 TL) altında olması, psikiyatrik rahatsızlığın bulunması ve bu sebepten dolayı tedavi görmesi, kişinin diğerleri ile yaşaması, 40'dan fazla alkol ve sigara kullanımı, uyuşturucu madde deneyenler ve daha önce aileden birinin intihar girişiminin var olması, intihar davranışının artmasında risk faktörü olarak belirlenmiştir.

#### 4.4. İntihar Davranışı Ölçeği ile İntihar Bilişleri Ölçeğinin birbiriyle ilişkisi

**Tablo 24.**

*İntihar Davranışı Ölçeği ile İntihar Bilişleri Ölçeğinin alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi*

		Sevilemezlik	Çözülemezlik	Dayanamazlık
<b>Kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme sıklığı</b>	r	,243**	,273**	,816**
	p	,000	,000	,000
<b>Son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme sıklığı</b>	r	,277**	,331**	,330**
	p	,000	,000	,000
<b>Bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklığı</b>	r	,255**	,310**	,305**
	p	,000	,000	,000

Tablo 24'de araştırma kapsamına alınan katılımcıların İntihar Bilişleri Ölçeği'nden (İBÖ) aldıkları puanlarla İntihar Davranışı Ölçeği'nden (İDAÖ) aldıkları puanlar arasındaki korelasyonların saptanması için yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Bireylerin İBÖ'de yer alan sevilemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan sevilemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar

yükseldikçe kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme sıklığı da yükselmektedir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan sevilemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan sevilemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme sıklığı yükselmektedir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan sevilemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan sevilemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklığı da yükselmektedir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan çözülemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan çözülemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme sıklığı da yükselmektedir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan çözülemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan çözülemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme sıklığı da yükselmektedir.



Bireylerin İBÖ'de yer alan çözülemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan çözülemezlik alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklığı da yükselmektedir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve yüksek kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme sıklığı da yükselmektedir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme sıklığı da yükselmektedir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklığı sorusundan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu korelasyon pozitif yönlü ve düşük kuvvetlidir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklığı da artmaktadır.

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı intihar davranışının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan erişkin bireylerdeki yaygınlığı, risk faktörleri ayrıca yaşam olayları ve intihar bilişleri ile ilişkisini araştırmak hedeflenmiştir. Tartışma kısmı verilirken bulguların verilişsirasına göre benzer bir şekilde yer almaktadır.

Bu çalışmada, bireylerin cinsiyetleri ile intihar davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Gür'ün (2012) hastanelerin ve sağlık kurumlarının acil servislerine başvuran intihar vakalarını incelediği çalışmada; intihar ve intihar girişiminde kadın cinsiyerinin daha fazla vebir çoğunun30 yaşından küçük olduğu ortaya çıkmıştır (Gür Akgör, 2012).Türkiye'de Özsoy ve Eşel (2003) tarafından yapılan farklı bir çalışmada ise yaş aralığı 15–24 ve 25–34 olarak saptanmıştır (Özsoy ve Eşel 2003).Dünya genelinde çok ciddi bir sağlık durumu olarak değerlendirilen intiharın kişilerde en çok ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde görüldüğü belirtilmiştir (Ping ve ark., 2000). Siyez (2006) Avrupa'da erkeklerde 15–44 yaşları arası, kadınlarda ise 25–44 ve 65–75 yaşları arasında intihar girişimlerinin sık olduğu gözlemlenmiştir (Siyez, 2006).

Bu çalışmada, bireylerin medeni durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada, boşanmış bireyler (%31,7) en sık intihar davranışı gösteren bireyler olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada boşanmış veya ayrı yaşayan kişilerde intihar davranış riskinin 11 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Özgüven, 2007). Evli veya ilişkisi olan kişilerin intihar davranışları belirgin olarak farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Avrupa'da ise girişimde bulunan bireylerin çoğunluğunun

bekâr ya da dul olduğu ve bunlarında yaklaşık %30'unun yalnız yaşadığı bilinmektedir (Kubalı 2007, Sayıl ve ark. 2000).

Bu çalışmada, katılımcıların çalışma durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu araştırmaya göre çalışmayan bireyler arasında intihar davranışı daha yaygın olarak görülmektedir. Dünyada yapılan bir araştırmada; sadece 2012 yılında 804.000 kişi intihar ederek hayatına son vermiştir. Araştırmaya göre 2008 yılındaki ekonomik krizin ileriki yıllarda bireyler üzerinde ekonomik sıkıntı yaratması ve işsizliğin artması özelliklerle erkeklerde intiharın çok fazla olduğunu göstermiştir (Webb ve Kapur, 2015).

Bu çalışmada, katılımcıların meslekleri ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ancak Atay ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada ev hanımlarının %34,2'sinde hayatın değersiz olduğu düşüncesi ortaya çıkmış olup olup, intihar davranışının en sık görüldüğü meslek grubu olarak bulunmuştur (Atay ve ark, 2012).

Bu çalışmada, katılımcıların eğitim durumları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Asoğlu'nun (2007) yaptığı bir çalışmada, eğitim seviyesi düştükçe intihar oranının artmakta olduğunu saptamıştır. Aynı zamanda, Avrupa'da intihar girişimlerinde eğitim seviyesinin önemli bir etken olduğu ortaya çıkmıştır. Elde edilen bulgularda sadece ilkökul seviyesine kadar eğitimini sürdüren kişilerin intihar davranışlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Başka araştırmalara göre eğitim düzeyinin düşmesi, intihargirişimleri ve intihar riskini arttırmaktadır (Deveci, 2005; Aktepe, 2006; Arslan, 2008; Soylu, 2013). Fakat bu çalışmada böyle bir bulguya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, psikiyatrik hastalıkları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğunda psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada

hastanelerin ve sağlık kurumlarının acil servislerine başvuran intihar girişimi vakalarının dörtte üçünde psikiyatrik bir bozukluğun bulunduğu, bunların %28,5'inin majör depresyon ölçütlerinin karşıladığı ortaya konmuştur (Ozdelve ark. 2009). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada intihar girişiminde bulunanlarda %50'si (69) psikiyatrik hastalığı var olduğu görülmüştür (Acar, 2010).Oquendo and Mann (2001) çalışmasında intihargirişiminde bulunanların psikiyatrik hastalık oranı %61 bulunmuştur (Oquendo ve Mann, 2001).

Bu çalışmada, katılımcıların kiminle yaşadıkları ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu arkadaş, akraba ve diğerleri (%22,5) ile yaşamaktadır. Buna takiben intihar davranışı en çok yalnız (%19,9) yaşayan bireylerde, ardından anne, baba ve kardeş (%19,3) ile yaşayan bireylerde görülmektedir. Tel ve Uzun'un (2003) yapmış olduğu bir çalışmada intiharın çekirdek ailede %78, kalabalık aile ile birlikte yaşayanlarda %83 olduğu ortaya konmuştur. İntihar girişiminde bulunan ergen ve çocukların sosyodemografik bilgileri incelendiğinde ise; %86.2'si çekirdek aile ile birlikte yaşarken %13.8'i aile büyükleriyle beraber hayatlarını sürdürmektedir (Tel ve Uzun, 2003).

Bu çalışmada, katılımcıların hayat boyu aldıkları alkollü içecek ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu hayat boyu 40 ve daha fazla alkollü içecek tüketmiştir. Arsenault-Lapierre arkadaşlarının (2004) intihar girişiminde bulunmuş 100 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada, kişilerin %15'inin alkolü kötüye kullandıklarını tespit etmişlerdir (Arsenault-Lapierre, Caroline ve Turecki, 2004).

Bu çalışmada, katılımcıların hayat boyu kullandıkları sigara ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu hayat boyu 40 ve daha fazla sigara tüketmiştir. Çin'de yapılan

bir araştırmada, sigara içen bireyler içmeyenlere göre %81 daha fazla intihar davranışından bulunmaktadır (Li, Yang, Ge, Hao, Wang ve ark., (2012).

Bu çalışmada, katılımcıların hayat boyu denedikleri uyuşturucu madde ile intihar davranışında bulunan ve bulunmayan bireyler kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada, intihar davranışı gösteren bireylerin çoğu hayatlarında en az bir kere uyuşturucu madde denemiştir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, opioid kullanım bozuklukları olan bireylerin yüksek bir intihar riski taşıdığını ortaya koymaktadır (Willcox, 2004).

Bu çalışmada, katılımcıların aile geçmişindeki intihar davranışları kıyaslanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. İntihar davranışında bulunan bireylerin çoğunun daha önceki aile geçmişinde de intihar davranışında bulunan kişiler olduğu tespit edilmiştir. Runeson ve Asberg’in (2003) yılında yaptığı bir çalışmada, aile geçmişinde intihar davranışını olan bireylerde intihar oranı iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, katılımcıların İBÖ’de yer alan sevilemezlik, çözülemezlik ve dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ’de bulunan sorulardan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyonlar tespit edilmiştir. Buna göre bireylerin İBÖ’de bulunan sevilemezlik, çözülemezlik ve dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe İDAÖ’de yer alan kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme, son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme, bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklıkları da yükselmektedir. Bryan ve arkadaşlarının (2016) kronik hastalıklar nedeniyle intihar riski olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, İBÖ’de bulunan sevilemezlik, çözülemezlik ve özellikle de dayanılmazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile intihar düşünceleri arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Dolayısı ile İBÖ’de bulunan sevilemezlik, çözülemezlik ve dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe kişilerin intihar düşünceleri de yükselmektedir (Bryan ve ark., 2016).

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

Bu araştırmada elde edilen bulgular ülkemizde intihar davranışının yaygınlığının yüksek olduğunu göstermiştir. Bu problemlerin var olması toplumu da etkilemektedir. Araştırmanın amaçları doğrultusunda belirlenen sorulara elde edilen sonuçlar şunlardır:

İntihar davranışında bulunan bireylerin sosyodemografik veri formu ile cinsiyet, yaş, doğum yeri, yaşadığı yer, meslek, eğitim durumu, fiziksel hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

İntihar davranışında bulunan bireylerin sosyodemografik veri formu ile Kıbrıs'ta yaşama süreleri, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, meslekleri, psikiyatrik hastalıkları, psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi görme durumu, kiminle yaşadıkları, oturdukları eve nasıl sahip oldukları alkol tüketimi, sigara kullanımı, uyuşturucu madde denemesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Bireylerinin ilişkisinin olmaması, çalışmamaları, aylık gelirlerinin asgari ücretin (2958 TL) altında olması, psikiyatrik rahatsızlığın bulunması ve bu sebepten dolayı tedavi görmesi, kişinin diğerleri ile yaşamaması, 40'dan fazla alkol ve sigara kullanımı, uyuşturucu madde deneyenler ve daha önce aileden birinin intihar girişiminin var olması, intihar davranışının artmasında risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Bireylerin İBÖ'de yer alan sevilemezlik, çözülemezlik ve dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar ile İDAÖ'de bulunan sorulardan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Buna göre bireylerin İBÖ'de bulunan sevilemezlik, çözülemezlik ve dayanamazlık alt boyutlarından aldıkları puanlar yükseldikçe İDAÖ'de yer alan kendini öldürmeyi düşünme veya öldürmeye teşebbüs etme, son bir yıl içinde kendini öldürmeyi düşünme, bir gün intihara teşebbüs etme düşüncesi sıklıkları da yükselmektedir.

## 6.2. Öneriler

Konunun önemi gereği intihar girişimlerinin önüne geçilmesinde öncelikle toplumsal ve bireysel olarak konu hakkında bilinç seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir. Bu sebeple öncelikli olarak yüksek risk grubuna giren ergenlerde ve genç yetişkinlerde bu durum hassasiyet ele alınmalıdır. İntihar durumunun sağlıklı olarak değerlendirilebilmesi için ebeveynlerin ve okullarda görevli olarak yer alan psikologların, psikolojik ve rehberlik danışmanların ve öğretmenlerin intiharın riskleriyle ilgili olarak eğitim alması, sosyal ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Toplumun bilinçlendirilmesini sağlamak adına gerekli çalışmalar yapılmalı, herkesin bir psikolojik danışmana kolayca ulaşabilmesi için gerekli imkanlar sağlanmalı ve gerekirse ülkemize intihar girişimlerini önlemek için intihar destek hattı kurulmalıdır.

Acil servislerde intihar girişimlerinin gözlemlenmesi ve tedavileri için protokoller geliştirilmeli, psikiyatri kliniklerinden taburcu olan hastalar için ise takip ve tedavi programları sağlanmalıdır. Aynı zamanda bu kişilere yeterli psikolojik ve sosyal destek sağlanmaya devam edilmelidir.

En önemlisi ise İntihar haberlerini, yazılı, görsel ve aynı zamanda sosyal medya platformlarından sıklıkla paylaşıldığını görmekteyiz. Medyada intihar vakalarının detaylı bir şekilde ve dramatize edilerek görseller ile birlikte

paylaşılması, intihara meyilli insanlar üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Medyada gösterilen detaylı görüntüler ile toplumda intihar davranışının benzer yöntemler ile arttığı bildirilmektedir. Bu sebepten dolayı, intihar vakası gerçekleştiğinde medyada olayı gösteren fotoğraf veya video yayınlanmaması gerekmektedir. Olayın yöntemine değinilmemeli, detay verilmemeli ve tercihen ölümlü sonuçlanmış intihar vakalarına yönelik kısa, resimsiz ve az detaylı bilgilerle yetinilmelidir. Haberler manşetten resimli ve renkli şekilde verilmemeli ve intihar eden kişinin fotoğrafının kullanılmamasına özen gösterilmelidir. İntihar bir probleme çözüm yolu olarak sunulmamalı ve başka etkili çözüm yolları olduğu kişilere belirtilmemelidir. Haberlerde verilen ölme kararında etkili olan nedenler aydınlatılmalı ve altında yatan psikiyatrik hastalıklar var ise belirtilmeli ve bunun tedavisinin mümkün olduğunu, kişilerin nerelerden, nasıl ve kimlerde yardım alacağı belirtilmemelidir. Haberlerde, intihar düşünceleri ile baş etmeye yardımcı olabilecek kurumlar ve tedavi seçenekleri hakkında mutlaka bilgilendirme yapılmalıdır.



## KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, A., ve Lester, D. (2007). The psychometric properties and correlates of the Reynolds' Suicide Ideation Questionnaire with Kuwaiti and American students. *Archives of suicide research*, 11(3), 309-319.
- Acar, A. (2010). Acil servise gelen intihar vakalarının sosyodemografik açıdan incelenmesi.
- Akın, E. ve Berkem, M. (2012). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4), 228-232.
- Günay, S. (2014). Türkiye'de İntihar (2000-2011)'. *TC Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir*.
- Aktepe, E., Kandil, S., Göker, Z., Sarp, K., Topbaş, M., & Özkorumak, E. (2006). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6).
- Alptekin, K. (2002). 1974-1999 yılları arası Türkiye'de Tamamlanmış İntiharların Coğrafi Yerleşim Birimleri ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı. Ankara: TC. Başbakanlık Aile Araştırması Kurumu Başkanlığı Yayını.
- Alptekin, K. (2014). *İntihar ve intihar girişimi: kavramlar, yaygınlık, müdahale, önleme ve öyküler*. Yeni İnsan Yayınevi.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 37.
- Arslan, M., Duru, M. ve Kuvandik G. (2008). "Hatay'da İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Analizi". *Adli Tıp Dergisi* 22(3), 9-14.
- Asoğlu, M. (2007). Şanlıurfa'da intihar girişimlerinin ilişkili olduğu risk faktörleri. *Uzmanlık Tezi*, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Psikiyatri Anabilim Dalı.

- Atay, İ. M., Eren, İ., & Gündoğar, D. (2012). Isparta İl Merkezinde İntihar Girişimi, Ölüm Düşünceleri Yaygınlığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2).
- Atay, İ.M. ve Gündoğar, D. (2004). İntihar Davranışında RiskFaktörleri. *Kriz Dergisi*, 12(3), 39-52.
- Bauer, M., Bosch, G., Freyberger, H. (1985). Psikiyatri, Psikosomatik-Psikoterapi, Çev.:Prof. Dr. Günsel Koptagel-İlal, 3.Baskı, Sermet Matbaası, Kırklareli, 144-53.
- Bayam, G., Dilbaz, N., Bitlis, V., Holat, H., ve Tüzer, T. (1995). İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: İntihar Davranış Ölçeği Geçerlilik, Güvenirlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 3(1), 223-225.
- Bryan, C. J., Kanzler, K. E., Grieser, E., Martinez, A., Allison, S., & McGeary, D. (2017). A shortened version of the Suicide Cognitions Scale for identifying chronic pain patients at risk for suicide. *Pain practice*, 17(3), 371-381.
- Bulut, E., Küçüker, H., & Bulut, N. (2012). İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(1), 128-137.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395-405.
- Conwell, Y. ve Heisel, M. J. (2006). The elderly. R. I. Simon ve R. E. Halesiçinde, Textbook of Suicide Assessment and Management. Arlington, VA: *The American Psychiatric Publishing*, 57-76.
- Çuhadaroğlu, F. (1993). Sonuvar B. *Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. Türk Psikiyatri Dergisi*, 4, 29-38.
- Dervic, K., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2008). Completed suicide in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 271-291.

- Deveci, S. E., Ulutaşdemir, N., & Açık, Y. (2011). Bir mesleki eğitim merkezi öğrencilerinde umutsuzluk düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(3), 312-317.
- Ellis, T. E., & Rufino, K. A. (2015). A psychometric study of the Suicide Cognitions Scale with psychiatric inpatients. *Psychological assessment*, 27(1), 82.
- Eskin, M. (2007). İntiharda Bilişsel Davsanışçı Sağaltım Yaklaşımları. *Kriz Dergisi*, 15(2), 15-35.
- Eskin, M. (2012). İntihar Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara:HYB Yayıncılık.
- Eyuboğlu, İ. Z. (1995). *Türk dilinin etimoloji sözlüğü*. Sosyal yayınlar.
- Gibbs, D. (2010). *Assessing suicidal cognitions in adolescents: Establishing the reliability and validity of the Suicide Cognitions Scale* (Doctoral dissertation, University of Toledo).
- Gür Akgör S. T. (2012) Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik Ve Klinik Özellikleri, Erzurum. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Jamison, E. C., & Bol, K. A. (2016). Previous suicide attempt and its association with method used in a suicide death. *American journal of preventive medicine*, 51(5), S226-S233.
- Kayalı, Y. (2017). Eski Bir Hint Geleneği: Sati. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 53(1).
- Kubalı, Z. (2007). Ankara ilinde bir kamu hastanesi acil bölümünde intihar girişim vakalarının incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.

- Lai, C. H., & Wu, Y. T. (2013). Changes in gray matter volume of remitted first-episode, drug-naive, panic disorder patients after 6-week antidepressant therapy. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 122-127.
- Linehan, M. M., & Nielsen, S. L. (1981). Suicidal behaviors questionnaire. *Unpublished inventory, University of Washington, Seattle, Washington.*
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). The social relations of suicides. *Comprehensive textbook of suicidology*, 240-265.
- Namal, A. (2016). Etik Açısından Yaşlı İntiharları. *Türkiye Klinikleri Medical Ethics, Law and History-Special Topics*, 2(2), 41-53.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Odağ, C. (1995). intihar (özkıyım) tanım-kuram-sağaltım. *İzmir Psikiyatri Derneği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir.*
- Özdel, O., Varma, G., Ateşçi, F. C., Oğuzhanoglu, N. K., Karadağ, F., & Amuk, T. (2009). Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*, 30(2), 90-93.
- Özdemir H. & Tatar, A., (2019). Genç Yetişkinlerde Yalnızlığın Yordayıcıları: Depresyon, Kaygı, Sosyal Destek, Duygusal Zeka. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1 (2): 93-101
- Özgüven, E. (2007). Güvenirlik ve geçerlik. *Psikolojik testler'de. Ankara: Nobel yayın dağıtım*, 83-108.
- Özsoy D, S., Eşel, E. (2003). İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 175- 185.
- Pagura, J., Cox, B. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2008). Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990–1992

- and 2001–2003 United States national comorbidity surveys. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(11), 806-813.
- Parker, G., & Walter, S. D. (1982). Seasonal variation in depressive disorders and suicidal deaths in New South Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 140(6), 626-632.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Buckman, K., Bierut, L., ... & Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 471-477.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British journal of psychiatry*, 177(6), 546-550.
- Rosenthal, P. A., & Rosenthal, S. (1984). Suicidal behavior by preschool children. *The American journal of psychiatry*.
- Rudd, M. D., Schmitz, B., McClenen, R., Joiner, T., Elkins, G., ve Claassen, C. (2010). The Suicide Cognitions Scale: A suicide-specific measure of hopelessness. *Journal of abnormal psychology*.
- Runeson, B., & Åsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1525-1526.
- Sayıl, I., Akbıyık, D. İ. (2000). Türkiye'de İntihar Olgusu Bibliyografya III. *Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları*, Ankara.
- Shneidman, E. S. (1985). Basic words & approaches. *Definition of suicide*; John Wiley & sons, Canada, 3-23.
- Siyez, D. M. (2006). Ergenlik döneminde intihar girişimleri: bir gözden geçirme. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2), 413-420.

- Soylu, N., Taneli, Y., ve Taneli, S. (2013). Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Davranışını Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(4).
- Sönmez, İ., Akbirgün, A., ve Bozkurt, A. (2015). Kuzey Kıbrıs' ta ilaçla özkıyım girişimi üzerine bir araştırma: 2002-2012 yıllarının veri analizi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3).
- Taktak, Ş., Üzün, İ., ve Balcıoğlu, İ. (2012). İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsisini. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(2).
- Tatlılıoğlu, K. (2012). Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: sosyal psikolojik bir değerlendirme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2), 133-156.
- Tel, H., & Uzun, S. (2003). İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları\*/Social support and coping with stress in patients who were accepted to the emergency room with the suicide. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 151.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2015). İntihar İstatistikleri. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr>.
- Ünlü, G., Aksoy, Z., ve Ersan, E. E. (2014). İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (3), 176-183.
- Waters, S. (2017). Suicide voices: testimonies of trauma in the French workplace. *Medical humanities*, 43(1), 24-29.
- Webb, R. T., & Kapur, N. (2015). Suicide, unemployment, and the effect of economic recession. *Lancet psychiatry*, 2(3), 196-197.
- Weissman, M. M. (1974). The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. *Archives of general psychiatry*, 30(6), 737-746.

Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76, S11-S19.

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Erişim: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world).

Yağlı, M.,ve Kirli, S. (1992) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde İntihar. *Kriz Dergisi*, 1(1), 32-37.

Yiğit, M. G. ve Yiğit, İ. İntihar Bilişleri Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.

## **ÖZGEÇMİŞ**

1996 yılında Türkiye'nin İstanbul şehrinde doğdu. İlkokulu Özel Beykent İlkokulu, ortaokul ve koleji Yakın Doğu Koleji'nde tamamladı. Lisansını Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümünde tamamladıktan sonra Yüksek Lisansını Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümünde tamamladı. 2019 yılından itibaren Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümünde çalışmaktadır.



## EKLER

### EK 1. Katılımcı Bilgilendirme Formu

İntihar Davranışının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri İle İlişkisi

Bu çalışmanın amacı İntihar Davranışının KKTC'de Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri ile İlişkisini araştırmaktır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda İntihar Davranışının KKTC'de Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri ile İlişkisini bulmayı amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada size bir demografik bilgi formu ve bir dizi ölçek sunduk. Demografik bilgi formu sizin yaş cinsiyet gibi demografik özellikleriniz hakkındaki sorular içermektedir. Ölçekler ise intihar davranışının risk faktörlerini ve bilişlerini ölçmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacılarından biri olan Psk. Tuğçe Özbahadır ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz. (tugce.ozbahadir@neu.edu.tr /0392 223 6464/dahili:5251).

Eğer bu çalışmaya katılmak sizde belirli düzeyde stres yaratmışsa ve bir danışmanla konuşmak istiyorsanız, ülkemizde ücretsiz hizmet veren şu kuruluşlar bulunmaktadır: Eğer üniversite öğrencisiyseniz, devam ettiğiniz üniversitede Psikolojik Danışmanlık, Rehberlik ve Araştırma Merkezine (PDRAM) başvurabilirsiniz. Eğer öğrenci değilseniz, Barış Sınır ve Ruh Hastalıkları Hastanesine başvurabilirsiniz. Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız, araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için tekrar teşekkür ederim.

Psk. Tuğçe Özbahadır  
Psikoloji Bölümü,  
Yakın Doğu Üniversitesi,  
Lefkoşa

## **EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu**

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Bu çalışmanın amacı İntihar Davranışının KKTC’de Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri ile İlişkisini araştırmaktır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler İntihar Davranışının KKTC’de Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri ile İlişkisini bulmayı amaçlanmaktadır.

Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarımızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır. Telefon numaranız anketlerin denetlemesi ve anketin uygulandığının belirlenmesi amacıyla istenmektedir.

Yardıminız için çok teşekkür ederim.

Psk. Tuğçe Özbahadır

### EK 3. Sosyodemografik Veri Formu

Bu anket çalışması sosyal sorunlarımızı ve alışkanlıklarımızı araştırmaya yönelik bilimsel bir çalışmamızdır. Kıbrıs genelinde 18-65 yaş grubu ve 65 yaş üzeri kadın-erkek bireylere uygulanacaktır. Bu çalışmada kesinlikle kimlik bilgileri kullanılmayacaktır. Yalnızca çalışmanın istatistik verileri bilimsel olarak akademisyenler tarafından ülkemizdeki sorunların çözümüne yönelik kullanılacaktır. Katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

#### Bölüm 1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1.Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Kadın                      2) Erkek

2.Kaç yaşındasınız? .....

3.Nerede doğdunuz?

- 1)Kıbrıs      2) Türkiye      3) İngiltere      4) Diğer

4.Eğer Kıbrıs'ta doğmadı iseniz kaç yıldır Kıbrıs'ta yaşıyorsunuz?

.....

5.Medeni durumunuz nedir?

- 1)Evli              2) Nişanlı-Sözlü              3) İlişkisi var      4) Bekar  
5)Boşanmış              6) Dul              7) Diğer

**EK 4. Yaşam Olayları Anketi**

Aşağıdaki travmatik olayları hayat boyu ve son altı ayda yaşayıp yaşamadığınızı belirtiniz.

	Hayat Boyu	Son altı ay	Hiçbir zaman
1.Çocukluktaki kötü olumsuz olaylar ihmal, istismar, şiddet, cinsel taciz ve ilişki			
2.Doğal felaket (sel, deprem, kasırga)			
3.Yangın veya patlama			
4.Trafik kazası (araba, gemi, tren, uçak)			
5.Fiziksel saldırı (saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma)			
6.Cinsel Saldırı (vurulma, bıçaklanma, bıçakla tehdit edilme)			

**EK 5. İntihar Davranışı Ölçeği (İDAÖ)**

1-Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

A-asla zaman B-bir kez C-bazen D-sıklıkla E-çok sık F-her zaman

2-Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

A-asla B-bir kez C-bazen D-sıklıkla E-çok sık

## EK 6. İntihar Bilişleri Ölçeği (İBÖ)

**Yönerge:** Aşağıdaki 18 ifade, insanların kimi zaman yaşadıkları sorunlar hakkındaki inançlarını değerlendirmektedir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyin. Her bir maddeyi derecelendirerek, her madde için sadece bir sayıyı işaretleyin.

<b>İBÖ</b>	<b>Kesimlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesimlikle Katılıyorum</b>
1) Dünya bensiz daha iyi bir yer olurdu.	1	2	3	4	5
2) Yaşamı sonlandırmak, sorunlarımı çözmemin tek yoludur.	1	2	3	4	5
3) Bu acıya daha fazla katlanamıyorum.	1	2	3	4	5
4) Hiçbir zaman hiçbir şeyde başarılı olmadım.	1	2	3	4	5
5) Bu kadar üzüntüye daha fazla katlanamam.	1	2	3	4	5

## EK 7. Ölçek İzinleri

Fwd: Ölçek izni Inbox x



MERYEM KARAAZİZ  
to me

Wed, Nov 6, 4:15 PM (4 days ago) ☆ ↶ ⋮

🌐 Turkish ↘ English ↘ [Translate message](#) [Turn off for: Turkish x](#)

----- Yönlendirilen ileti -----

Gönderen: Nesrin Dilbaz <[nesrin.dilbaz@gmail.com](mailto:nesrin.dilbaz@gmail.com)>  
Tarih: 6 Kas 2019 Çar, saat 14:08  
Konu: Re: Ölçek izni  
Alıcı: MERYEM KARAAZİZ <[meryem.karaaziz@neu.edu.tr](mailto:meryem.karaaziz@neu.edu.tr)>

Prof.Dr.Nesrin DİLBAZ  
[Tunalı Hilmi Cad. No 70/27](mailto:nesrin.dilbaz@gmail.com)  
Kavaklıdere ANKARA  
Telefon: +90-312-466 10 13  
Çap telefon: +90-535 820 66 13  
NPISTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi  
Üsküdar Üniversitesi-Istanbul  
Telefon: +90-216-633 0.633  
Email: [nesrin.dilbaz@mail.com](mailto:nesrin.dilbaz@mail.com)  
[dlbaz@superonline.com](mailto:dlbaz@superonline.com)  
[nesrin.dilbaz@uskudar.edu.tr](mailto:nesrin.dilbaz@uskudar.edu.tr)

Prof.Dr.Nesrin DİLBAZ MD  
[Tunalı Hilmi Cad. No 70/27](mailto:nesrin.dilbaz@gmail.com)  
Kavaklıdere ANKARA  
Phone: +90-312-466 10 13  
Mobile: +90-535 820 66 13  
NPISTANBUL Neuropsychiatry Hospital  
Department Of Psychiatry  
Üsküdar University-Istanbul/TURKEY  
Phone: +90-216-633 0.633  
Email: [nesrin.dilbaz@mail.com](mailto:nesrin.dilbaz@mail.com)  
[dlbaz@superonline.com](mailto:dlbaz@superonline.com)  
[nesrin.dilbaz@uskudar.edu.tr](mailto:nesrin.dilbaz@uskudar.edu.tr)

[G. Bayam, N. Dilbaz, V. Bittis, H. Polat, Y. Tüzer](#)

[İntihar Davranışı ile Depresyon, Umutsuzluk, İntihar Düşüncesi İlişkisi: İntihar Davranış Ölçeği Geçerlilik, Güvenilirlik Çalışması](#)

[Kriz Dergisi 1995; 3\(1-2\):253-255](#)

### Nesrin Dilbaz İNİTİHAR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ

1-Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?

A-asla B-bir kez C-bazen D-sıklıkla E-çok sık F-her zaman

2-Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

A-asla B-bir kez C-bazen D-sıklıkla E-çok sık

3-Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

A-evet B-hayır

4-Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

A-hiç bir zaman etmem

B-şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem.

C-belki D-mutlaka E-mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

İntihar davranışı kavramı 4 farklı unsuru içermektedir. Bunlardan birincisi kişinin daha önceki intihar düşüncesi ve girişimlerini sorgulayan "intihar planı ve girişi", ikincisi son bir yıl içinde kişinin yaşamını sona erdirmeye düşüncesinin sıklığı ile ilgilidir. Üçüncü unsur intihar tehdidini sorgulamakta olup kişinin intihar ilgili çevresine ve yakınlarına bir mesaj verip vermemesi araştırılır. Dördüncü unsur intiharın tekrar edilebilirliği ile ilgili olup gelecekte yaşamına son verme konusundaki düşünceleri araştırılmaktadır

On Wed, Nov 6, 2019 at 2:52 PM MERYEM KARAAZİZ <[meryem.karaaziz@neu.edu.tr](mailto:meryem.karaaziz@neu.edu.tr)> wrote:

----- Yönlendirilen ileti -----

Gönderen: MERYEM KARAAZİZ <[meryem.karaaziz@neu.edu.tr](mailto:meryem.karaaziz@neu.edu.tr)>  
Tarih: 5 Kas 2019 Sal, saat 10:15  
Konu: Ölçek izni  
Alıcı: [nesrin.dilbaz@gmail.com](mailto:nesrin.dilbaz@gmail.com) <[nesrin.dilbaz@gmail.com](mailto:nesrin.dilbaz@gmail.com)>

Merhaba,

Ben Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz. KKTC'de gerçekleştirmeyi planladığımız bir araştırmada İntihar davranış ölçeğinizi ve intihar niyet ölçeğinizi kullanmak için izninizi istiyoruz. Ayrıca, ölçeğinizin puanlaması ve soru formunu da bana gönderirseniz çok memnun oluruz.

İyi çalışmalar dilerim.  
Meryem Karaaziz

Fwd: Ölçek izni Inbox x

**MERYEM KARAAZİZ**  
to me

Wed, Oct 23, 9:41 PM

Türkisch > English [Translate message](#) [Turn off for: Turkish x](#)

----- Yönlendirilen ileti -----  
Gönderen: İbrahim Yiğit <[csz.yigit@gmail.com](mailto:csz.yigit@gmail.com)>  
Tarih: 23 Eki 2019 Çar, saat 21:35  
Konu: Re: Ölçek izni  
Alıcı: MERYEM KARAAZİZ <[meryem.karaaziz@neu.edu.tr](mailto:meryem.karaaziz@neu.edu.tr)>

Meryem Hanım,

Ölçeğin makalesini ve formunu ekte bulabilirsiniz. Makalede de göreceğiniz üzere, ölçeğin hem 2 hem de 3 faktörlü yapısını test ettik ve 3 faktörlü yapının daha iyi olduğunu bulduk. Makale içindeki tablodan yararlanarak, kaç faktörlü olarak kullanacağınıza göre puanlamaları gerçekleştirebilirsiniz. Toplam puan da kullanılan çalışmalar söz konusuydu hatırladığım kadarıyla; toplam puan da kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.  
İbrahim.

On Wed, Oct 23, 2019 at 2:27 PM MERYEM KARAAZİZ <[meryem.karaaziz@neu.edu.tr](mailto:meryem.karaaziz@neu.edu.tr)> wrote:

On Wed, Oct 23, 2019 at 7:58 AM MERYEM KARAAZİZ <[meryem.karaaziz@neu.edu.tr](mailto:meryem.karaaziz@neu.edu.tr)> wrote:  
Merhaba,

Ben Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz. KKTÇ'de gerçekleştirmeyi planladığımız bir araştırmada ölçeğinizi kullanmak için izninizi istiyoruz. Ayrıca, ölçeğinizin puanlaması ve soru formunu da bana gönderirseniz çok memnun oluruz.

İyi çalışmalar dilerim.  
Meryem Karaaziz



## İNTİHAL RAPORU

### İntihar Davranışının KKTC'de Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilişleri ile İlişkisi

#### ORIGINALITY REPORT

<b>14%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>9%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

#### PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b>Submitted to Eastern Mediterranean University</b> Student Paper	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>www.bagimlilikdergisi.net</b> Internet Source	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>Melike Guzey-Yigit, Ibrahim Yigit. "Investigation of Psychometric Properties of Suicide Cognitions Scale: Validity and Reliability Study", Nesne Psikoloji Dergisi, 2017</b> Publication	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>www.scribd.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>burkonturizm.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.detaykibris.com</b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Police Academy</b> Student Paper	<b>1%</b>

Submitted to Eskisehir Osmangazi University

## ETİK KURUL RAPORU



29.11.2019

Sayın Tuğçe Özbahadır

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2019/579 proje numaralı ve **“İntihar Davranışının KKTC’de Erişkin Bireylerde Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve İntihar Bilimleri ile İlişkisi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

**Not:** Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.