



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE
BAŞVURAN HASTALARIN SOSYO-
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ VE BECK SKORLARININ ACİL
SERVİSTE KULLANILABİLİRLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ALEV PEKER SEÇİM

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Bekir DAĞLI

AYDIN-2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE
BAŞVURAN HASTALARIN SOSYO-
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ VE BECK SKORLARININ ACİL
SERVİSTE KULLANILABİLİRLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. ALEV PEKER SEÇİM

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Bekir DAĞLI

AYDIN-2016

ÖNSÖZ

Tıpta uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Bekir DAĞLI'ya ve değerli hocalarım Doç. Dr. Erden Erol ÜNLÜER, Doç. Dr. Ayhan AKÖZ, Yrd. Doç. Dr. Mücahit AVCİL, Yrd. Doç. Dr. Mücahit KAPÇI, Yrd. Doç. Dr. Ali DUMAN ve Yrd. Doç. Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN'a, tez veri toplama aşamasında yardımcı olan tüm asistan ve intörn doktor arkadaşlarıma, asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, hiçbir zaman katkılarını unutmayacağım başta eş kıdemlilerim Dr. Ayşen ERSAN, Dr. Burçak KANTEKİN ve Dr. Yunus Emre ÖZLÜER olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm acil servis çalışanlarına,

Ve tabii ki...

Bu günlere gelebilmem için hayatımın her döneminde maddi manevi hiç bir fedakarlıktan kaçınmayan anne ve babama, desteğini her zaman yanımda bulduğum sevgili eşim M. Özgür SEÇİM'e ve hayatıma kattığı tüm güzellikler için oğlumuz Deniz SEÇİM'e teşekkür ederim.

Dr. Alev PEKER SEÇİM

AYDIN-2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
SİMGELER VE KISALTMA DİZİNİ.....	IV
TABLO DİZİNİ.....	V
ŞEKİL DİZİNİ.....	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.1 İntiharın Tanımı.....	3
2.1.2 İntihar Girişimi Tanımı.....	4
2.1.3 İntihar ve İntihar Girişimi Arasındaki İlişki.....	5
2.2 Tarihsel Süreç.....	6
2.3 Etyoloji.....	7
2.3.1 Genetik Faktörler.....	7
2.3.2 Nörokimyasal Faktörler.....	8
2.3.3 Bilişsel Faktörler.....	8
2.4 İntihar ve İntihar Girişimindeki Risk Faktörleri.....	9
2.4.1 Yaş.....	9
2.4.2 Cinsiyet.....	10
2.4.3 İrk.....	11
2.4.4 Din.....	11
2.4.5 Eğitim.....	12
2.4.6 Meslek.....	13
2.4.7 Sosyo-ekonomik Durum.....	13
2.4.8 Aile.....	14
2.4.9 Medeni Durum.....	14
2.4.10 Kronik veya Psikiyatrik Hastalıklar.....	16

2.4.11 Yaşam Olayları.....	17
2.4.12 Coğrafi Etkenler.....	17
2.4.13 İklim.....	18
2.5 Kullanılan Özkıyım Yöntemi ve Ciddiyeti.....	18
2.6 Daha Önceki Özkıyım Girişimleri.....	19
2.7 Türkiye’de ve Dünya’da İntihar Olgusu.....	20
2.8 İntihar Risk Değerlendirme Ölçekleri.....	24
2.8.1 İntihar Düşüncesi Kendini Bildirim Ölçeği.....	25
2.8.2 İntihar Davranışı Anketi.....	25
2.8.3 İntihar Düşüncesi Envanteri.....	25
2.8.4 Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri.....	26
2.8.5 Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri.....	26
2.8.6 Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	26
2.8.7 Beck Depresyon Envanteri.....	26
2.8.8 İntihar Olasılığı Ölçeği.....	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1 Etik Kurul Onayı.....	28
3.2 Hasta Grubunun Özellikleri.....	28
3.3 Verilerin Toplanması.....	28
3.4 İstatistiksel Yöntem.....	29
4.BULGULAR.....	30
5.TARTIŞMA.....	50
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7.ÖZET.....	59
8.İNGİLİZCE ÖZET.....	61
KAYNAKLAR.....	63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BİDÖ	Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
COMT	Katekol-0-Metiltransferaz
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MAO	Monoamin Oksidaz
SERT	Serotonin Taşıyıcı Reseptör
TH	Trizon Hidroksilaz
TPH	Triptofan Hidroksilaz
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
5HIAA	5 Hidroksi İndol Asetikasit

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo I. Yaşa özel intihar hızları; 2013-2014.....	10
Tablo II. Eğitim durumu ve cinsiyete göre intiharlar; 2005-20014.....	12
Tablo III. Medeni durum ve cinsiyete göre intiharlar, 2005-2014.....	16
Tablo IV. Yıllara göre kaba intihar hızı.....	22
Tablo V. Aydın ili intihar sayıları 2005-2014.....	23
Tablo VI. Aydın ili 2014 yılı cinsiyet ve yaş analizi.....	23
Tablo VII. Aydın ili 2014 yılı şekline göre intiharlar.....	24
Tablo VIII. Hastaların cinsiyetlere göre sosyokültürel özellikleri.....	32
Tablo IX. İntihar vakalarının intihar girişimi öncesi sağlık durumu.....	37
Tablo X. İntihar vakalarının ailede ruhsal hastalık öyküsünün değerlendirilmesi.....	38
Tablo XI. İntihar vakalarının cinsiyete göre sigara, alkol ve madde kullanımının değerlendirilmesi.....	41
Tablo XII. Aileden ayrı kalma nedenlerinin değerlendirilmesi.....	43
Tablo XIII. İntihar vakalarının cinsiyete göre aile içi fiziksel şiddete maruz kalma durumu..	44
Tablo XIV. Önceki intihar girişimlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi.....	45
Tablo XV. Kendisine daha önce zarar verme girişimi olan kişilerin psikiyatrik tedavi öykülerinin değerlendirilmesi.....	45
Tablo XVI. İntihar girişimi olan hastaların acil servisten ayrılışının değerlendirilmesi.....	46
Tablo XVII. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde cinsiyete göre Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi.....	46
Tablo XVIII. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde psikiyatrik tedavi öyküsüne göre Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi.....	47
Tablo XIX. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde aile içi şiddet durumunda Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi.....	47
Tablo XX. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde geleceğe yönelik plan durumunda Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi.....	48
Tablo XXI. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kendisine daha önce zarar verme girişimi olanlarda Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi.....	48
Tablo XXII. İntihar girişimi ile başvuran bireylerin psikiyatrik değerlendirme sonrası taburculuk kararıyla Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi.....	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1. Dünya intihar hızları haritası.....	18
Şekil 2. Hastaların cinsiyetlere göre analizi.....	30
Şekil 3. Hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre sınıflandırılması.....	31
Şekil 4. İntihar vakalarının şekilsel özelliklerine göre dağılımı.....	33
Şekil 5. Aylara göre intihar vakalarının dağılımı.....	34
Şekil 6. Mevsimlere göre intihar vakalarının dağılımı.....	35
Şekil 7. İntihar vakalarının aile yapısı.....	36
Şekil 8. İntihar vakalarının kendilerini gördükleri ekonomik sınıflarının değerlendirilmesi.....	37
Şekil 9. İntihar vakalarının sosyal etkinlik durumu.....	39
Şekil 10. İntihar vakalarını gelecekle ilgili planlarının değerlendirilmesi.....	40
Şekil 11. İntihar vakalarının cinsiyete göre dindarlık konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi.....	40
Şekil 12. İntihar vakalarının çocukluk döneminde aileden ayrı kalıp-kalmadığının değerlendirilmesi.....	42
Şekil 13. İntihar girişiminde bulunan bireylerin aileleri ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesi.....	44

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Literatürde intihar konusu ile karşımıza çıkan hemen hemen her çalışma, ya içerisinde, ya da sonucunda konuyu istatistiksel sonuçlara dayandırarak açıklama amacı taşısa da, geçmişten günümüze bu çalışmaların temelinde yalnızca bir soru yatmaktadır: "Neden?".

İnsanoğlu neden bilinçli olarak canına kıyar? Toplumsal baskılar mı, başarısız bir ilişki ya da iş yaşamı mı?, psikolojik bozukluklar mı?, vb. Tarihsel süre içinde bu sorunun cevabını bulmaya yönelik bir çok çalışma yapılmış ve her araştırmacı kendi bakış açısından sorunun cevabına yönelik saptamalarda bulunmuştur. Ancak henüz, kapsamlı olarak bu sorunun cevabını ortaya çıkartan yekpare bir çalışma yapılmamıştır. İşte tam da bu nedendendir ki, intihar konusu oldukça ilgi çekmektedir.

Ölüm başlı başına esrarengiz bir konu olsa da, her yaşayan canlının başına geliyor ya da gelecek oluşu konunun doğum kadar normal bir aktivite olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ancak konu bireyin kendi canına kendisinin son vermesi olduğunda ise, her ne kadar bu bireysel bir karar olsa da, kişinin toplumsal kurumlar ya da kurallar dışında yaşamıyor olmasından kişi kadar toplumuda etkilemekte ve intihar davranışına sosyal bir boyut kazandırmaktadır.

Toplumsal bir olgu olarak ortaya çıkan intihar davranışı ortaya çıktığı toplumun inanışlarına ve sosyal hareketliliğine göre şekillenmekte ve o topluma ait bir intihar algısı oluşmaktadır. Bu nedenle intihar davranışını toplumların kendi gerçekliklerine göre değerlendirmek doğru sonuçlara ulaşılması bakımından daha sağlıklı olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırarak gerçek intiharları ölümle sonuçlananlar olarak belirlemektedir. İntihar girişimleri ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimlerdir (1). Bir intihar girişimi, bir sonraki girişim için riski önemli oranda arttıran etkenlerden olması nedeniyle ve ölümle sonuçlanabilecek bir intihar girişiminin güçlü bir öncüsü olabileceği için takip son derece önemlidir (2). İntihar davranışı, kişinin kendi değer yargılarına göre zor ve içinden çıkılamaz sorunlar karşısında çözümünü kendi yaşamına son vermekte gören ve kişilik

özellikleri, sosyokültürel ve ekonomik faktörler, genetik özellikler, ailevi faktörler, psikiyatrik bozukluklar ve biyolojik faktörler gibi etkenleri içinde barındıran multifaktöriyel bir eylemdir (3). Kùltürler arası farklılık görùlseye intihar davranışı pek çok ùlkede önemli bir sorun olarak gündeme gelmekte ve trafik kazalarından sonra özellikle gençlerde önde gelen ölüm sebeplerinden biri olarak dikkat çekmektedir.

İntihar girişimi olan hastalar multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve günümüzde tanı ve takipleri genellikle acil servislerde yapılmakta ve hastaların büyük bir kısmı acil servisten taburcu edilmektedir. Acil servisler hastaların medikal tedavilerinin yanında psikiyatrik desteklerininde başlangıcı olduğu yerdir. Burdan yola çıkarak acil servislerin intihar girişimi olan hastaların takibi için önemli bir yer olduğu söylenebilir.

İntihar davranışının önlenmesi için sosyo-demografik özelliklerinin, etyolojik etkenlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Prospektif yapılan bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Acil Servisi' ne 1 Ocak 2015- 1 Ocak 2016 tarihleri arasında intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların sosyo-demografik özelliklerinin ve intihara neden olan sorunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin gün geçtikçe daha büyük bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkan intihar vakalarının önlenmesine yönelik sağlık politikası oluşturulmasında faydalı olabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.1 İntiharın Tanımı

İntihar bilimine suicidology denir. Suicide (intihar) kavramı latin kökenli kelimelerden oluşur ve intihar latince ‘insanın kendi kendini öldürmesi’ anlamına gelen ‘sui’ yani ‘ben’ ve ‘cedere’ yani öldürmek, kıymak anlamına gelen iki sözcüğün bir araya gelmesiyle ‘suicedere’den İngilizce’ye suicide şeklinde geçmiştir (4). Dilimize ise ilk kez Tanzimat döneminde Türkçe’ye çevrilen eserlerde kendini katletmek yerine intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu kelime Arapça’da ise göğüs, göğüse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlığı bıçakla kesme kurban anlamlarına gelen “nahr” kökünden gelmiştir (5). Son dönemlerde bazı eserlerde ise intihar yerine özkıyım ya da özekıyım gibi kavramlarda kullanılmaya başlanmıştır (6).

İntiharın tanımının yapılması ile ilgili süreçte, konuya bir çok düşünür, sosyolog ya da akademisyenin katıldığı ancak halen günümüzde dahi ortak bir tanımlamanın bulunmadığını söyleyebiliriz. Örneğin Freud geliştirdiği kuramında, zihnin katmanları olan id, ego ve süperegonun uyum içinde çalışmadığı durumlarda, ki bunların en önemlilerinden birisi çok sevilen bir şey/bireyin kaybedilmesidir, insanın intiharı düşündüğünü belirterek intiharın psikolojik boyutu üzerinde durmuştur. İntiharın toplumsal boyutu üzerinde duran ve bu konuda çalışmalar yapan Durkheim ve Jung gibi düşünürler ise kavramı, ‘acıısını çekmekte olduğumuz ortak hastalık’ şeklinde tanımlamışlardır (7,8).

Psikanalitik çerçeveden kavrama bakan Karl Menninger ise intiharı, ‘sevgi ya da nefretle oluşan öldürme arzusu, depresyon, melankoli ve umutsuzlukla oluşan ölme arzusu ve suç ya da utançla oluşan öldürülme arzusu olmak üzere üç öğeden oluştuğunu ifade etmiştir’ (9). Hablwachs’ın intihar tanımı, ‘kurbanın kendisi tarafından kendini öldürmek niyetiyle gerçekleştirilen, fedakarlık olmayan bir edimin sonucu olan her ölüm olayı intihardır’ şeklinde olurken, Achille-Delman ise ‘yaşamayı seçebilecekken, ölümü seçen akli başında her insanın, her türlü etik mecburiyet dışında kendini öldürdüğü edim intihardır’ şeklinde tanımlamıştır.

Aslında intiharı tanımlarken temel öge olan insanı ele almak gereklidir. Herkes kendine göre tanım yapmaktadır. Litre intiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak tarif eder. Litre'ye göre kaza ile zehir içerek ölen insanın da bu eylemini intihar olarak kabul etmek gerekir. Durkheim ise kaza ile olma şartını tanımın dışına çıkarır. Durkheim'a göre insanın kendisini ölüme götüreceğini bilerek yaptığı eylem bir intihardır (10). Yani “ölen kişi tarafından ölümlle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu veya olumsuz bir girişimin doğrudan yada dolaylı sonucu olan her türlü ölüm olayı intihardır” diye tanımlamıştır (11).

Dünya Sağlık Örgütü, 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (10).

Bireyin, yaşamaktan vazgeçtiği, diğer bir deyişle ölümü seçtiği nokta olarak da özetlenebilecek bir 'ruh hali' olan intihar, uzun zamandır hem sosyologların, hem tarihçilerin, hem de akademisyenlerin çalışma alanına girmiştir. Ancak, konu ile ilgili çalışan kişi sayısının artması, konunun tam olarak derinlemesine anlaşılabilmesini sağlayamamıştır. Halen intiharla ilgili bir çok bilinmeyen, ortaya çıkartılmayı bekleyen olgular bulunmaktadır.

2.1.2 İntihar Girişimi Tanımı

İntihar girişimi, tamamlanmış intiharlardan 10-40 kat daha sık gözlenmekte olup tekrarı açısından en önemli risk etkenidir (12,13). İntihar girişimi, kişinin kendisini yok etmek, zarar vermek amacıyla gerçekleştirdiği ölümcül olmayan girişimlerdir (14,15). İntihar girişiminde bulunmayı düşünen kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir (16). Tüm intihar girişimlerinin %5'i ciddi, %30'u ambivalan ve %65'i gösteriş içindir (17). Daha çok dikkat çekmek için yapılmaktadır.

İstatistiksel olarak, tamamlanmış olan her bir intihara karşılık olarak, ortalama otuz adet intihar girişimi gerçekleştiği ortaya çıkarılmıştır. DSÖ, intihar girişimini řu şekilde tanımlamıştır: Ölümcül sonucu olmayan bir davranıştır ve bu davranışında kişi alışıla gelmişin dışında bir davranış amaçlı olarak başlatarak, diğer kişilerin müdahalesi olmadan, kendisine zarar verme maksatlı olarak, ya da kişi reçete edilmiş bir maddeyi amaçlı olarak

aşırı miktarlarda ya da genellikle tanımlanmış tedavi edici dozlarından daha fazla miktarda yutarak, fiziksel sonuçlarını değiştirmeyi amaçladığı bir süreçtir (18). Yine aynı örgütün istatistiksel raporuna göre de her 40 saniyede bir intihar, her üç saniyede bir ise intihar girişimi yaşanmakta ve intihar kavramı böylelikle tüm Dünya'da ilk on ölüm nedeni arasına girmektedir.

2.1.3 İntihar ve İntihar Girişimi Arasındaki İlişki

Dünya Sağlık Örgütü, intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırarak gerçek intiharları ölümle sonuçlananlar olarak belirlemektedir. İntihar girişimleri ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimlerdir (4).

Kişinin özbenliğine yönelmiş bir saldırganlık hali olan 'intihar', 'düşünce aşaması', 'girişim aşaması' ve 'tamamlanmış intihar' şeklinde üç boyutta incelenebilir. İntihar psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve kültürel pek çok faktörün etkisi sonucunda gerçekleşen çok değişkenli bir kavram olduğundan dolayı, normal bireylerden, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere kadar çok geniş bir örneklem grubunda görülebilmektedir. İntihar ile ilgili düşünceler ve intihar girişimleri ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır ki, kişinin daha çok travmatik bir olay ile karşılaştığında ya da bu olay ile baş edemediği durumlarda gerçekleşmektedir. Bu sürecin sonunda intihar girişiminde bulunan kişi, kendisine yardımcı olabilecek, problemleri için çözüm sağlayabilecek intihar dışındaki seçenekleri görememektedir.

İntihar girişimleri söz konusu olduğunda ortaya çıkan diğer bir ilginç istatistik ise, intihar girişiminde bulunan kişilerin %1'inin, 1 yıl içerisinde yeniden intihar ederek hayatını kaybettiğidir. Diğer bir deyişle intihar girişiminde bulunanlar, tekrar intihar girişiminde bulunmak için yüksek risk taşımaktadırlar ve bu konuda ilk intihar girişiminin ardından geçen 3 ila 6 aylık dönem, yeniden intihar için en riskli dönemdir (19).

İntiharlar ile intihar girişimi arasında özellikler bakımından farklılık bulunmaktadır. İntiharlar orta yaş grubu erkeklerde görülürken, intihar girişimleri daha çok gençlerde görülmektedir (20).

2.2 Tarihsel Süreç

İradi ölüm, ya da ‘popüler’ tanımıyla intihar, her ne kadar bireysel bir eylem olarak değerlendirilse de, arkaik dönemlerden günümüze, toplumların genel kabul ve prensipleri ile çatışan, insanoğlunun devamlı olarak çözmeye ve anlamaya çalıştığı bir kavram da olmuştur. Örneğin, felsefi tartışmaların tarih sahnesinde ilk kez sergilendiği yer olan Antik Yunan’da intihar, felsefenin de temel problemlerinden birisi olarak değerlendirilmiştir. Pitagoras, Plato, Aristo gibi dönemin ünlü filozofları intihara, Tanrı’nın insanlara adeta hediye ettiği bu yaşamı kendi elleriyle sonlandırdıklarından dolayı, O’na bir hakaret olarak düşünerek reddederken, Stoa, Epiküros gibi filozoflar ise, daha liberal bir bakış açısıyla, kişinin şayet ‘onursuz bir duruma düşme’, ‘büyük keder yaşama, ya da ‘yaşamın katlanılmaz bir hal alması’ gibi gerekçelerden muzdarip olması durumunda bir erdemlilik olarak görmüşlerdir (21).

Roma’da toplum çeşitli sınıflardan meydana geldiği ve her sınıf kendisine özgü kanunlara bağlı olduğundan dolayı intihar bakımından hür insan, köle ve askerlere uygulanan yaklaşım birbirinden farklılıklar göstermiştir. Romalıların gerileme döneminde intihar olaylarında bir artış görülmüş ve intiharı hayata son vermenin hoş bir şekli olarak kabul etmişlerdir (22).

Orta Çağ döneminde ise, özellikle Hristiyanlığın hızlı bir biçimde yayılması, beraberinde intiharın yorumlanmasında bakış açısının da değişimini getirmiştir. Zira, tüm felsefi düşünceyi kendisinde toplayan, tek Tanrılı bir din olan Hristiyanlık, her türlü konunun Tanrısal yetkiler, dini hükümler ve kilise etrafında tartışılma zorunluluğunu beraberinde getirmiştir. Hristiyanlığın ilk dönemlerinde, ki bu dönemde kilisenin ağırlığı fazla hissedilmemektedir, intihar ilginç bir şekilde bir bakıma teşvik bile edilmiştir. Zira bu bakış açısında intihar, bir günahkar olarak doğan bireyin, bedeninden kurtuluşu olarak görülür ve hoşgörüyle bakılır. Ancak 4. Yüzyılla birlikte kilisenin kendi gücünü kabul ettirmesi, beraberinde özellikle günahkar bedenden kurtulmak isteyen bireyler için ‘günah çıkarma’ denilen bir ritüelle birlikte intihara olan bakış açısında değişimi sağlamış ve intihar etmek bir suç olarak değerlendirilmiştir.

Dünya genelinde, hemen hemen bir çok kavrama olan bakış, ki bunlara intihar da dahildir, 18. yüzyılın sonlarına gelirken yeniden büyük bir değişime uğramıştır. Temel neden ise, Aydınlanma dönemi düşünürlerinin her türlü olgu ve kavramı akla dayalı

sorgulamaya başlamaları ve bilgi edinme yolu olarak uzun süredir kullanılan din, metafiziksel düşünce, sezgiler, kurgular ya da deneyimlerden vazgeçilerek bilime yönelmeleridir. Bilim yoluyla elde edilen bilginin geçerliliğinin oluşu ve gözlenebilir oluşu, geçmiş dönemde tanımlanmış ya da yorumlanmış olan kavramların da yeniden yorumlanmasını sağlamıştır. Bütün bu gelişmelerle birlikte bu tarihten itibaren, intihara olan bakış açısında da ciddi kırılmalar yaşanmış ve kavram, yorumlanmaktan ziyade açıklanmaya başlanmıştır. Böylelikle de intihar eylemi, intihar teşebbüsü ve intihar düşüncesinden ayıklanarak, intiharın sınıflandırılmaları ve tanımlamaları yapılmaya başlanmıştır. Örneğin dönemin düşünürlerinden Donne, intiharın kilise tarafından yasaklanmasının saçma olduğunu düşünür ve bunun kişisel bir tercih olduğunu öne sürer (23). Hume'da bu yasağa karşı çıkarak, Tanrı'nın canlı-cansız hayatın kurallarını belirlemek suretiyle, insanlara fiziksel ve zihinsel güç vererek, yaşamları hakkında karar verebilme tasarrufu verdiğini öne sürerek, teolojik yasaklamaları reddetmiştir (24).

İntihar algısı tarihsel süreç içinde birçok değişikliğe uğramış ve günümüzdeki algılanış biçimine ulaşmıştır. İlk önce kimin intihar ettiğini, neden intihar ettiğini, hangi yöntemle kendini öldürdüğünü, bunu yapanın erkek mi kadın mı çocuk mu yaşlı mı olduğunu hiçbir zaman öğrenemeyeceğiz (25). Fakat toplumların yaşam biçimleri değiştikçe bireylerin zihinlerindeki algıların da değiştiğini söyleyebiliriz. Bu süreçte yaşanan tüm iktisadi, siyasi, dini ve sosyal gelişmeler farklı farklı toplumlarda farklı farklı intihar algısının oluşmasına neden olmuştur.

2.3 Etyoloji

2.3.1 Genetik Faktörler

İntihar davranışının genetik etkenlerinin kuşaklar arası karmaşık bir kalıtım yoluyla aktarıldığı düşünülmekte ve intihar davranışı birden fazla genin birbiriyle etkileşimi ve çevresel faktörlerin olaya katılmasıyla oluşmaktadır. Yapılan çalışmalar intihar davranışı üzerinde genetik faktörlerin rolünün, diğer ruhsal hastalıklar ve psikolojik stressörlerden bağımsız olarak %30-50 oranında olduğunu göstermiştir (26,27).

İkiz çalışmaları, intihar davranışının genetik temelini olduğunu gösteren ilk çalışmalardır. Eğer eş ikizde ciddi bir intihar girişimi var ise tek yumurta ikizlerinde intihar riskinin diğer ikizlere göre 17 kat arttığını göstermişlerdir (28).

2.3.2 Nörokimyasal Faktörler

Yapılan birçok çalışma sonucunda bazı genlerin intihar davranışlarıyla ilgili olduğu tespit edilmiştir. Bu genlerden en önemlileri serotonin taşıyıcı reseptör (SERT), triptofan hidroksilaz (TPH), bazı serotonin reseptörleri (5HT1A, 5HT1B, 5HT2A), katekol-0-metiltransferaz (COMT), monoamin oksidaz A (MAOA), tirozin hidroksilaz (TH) genleridir.

İntiharla ilgili en önemli nörokimyasal bulgular serotonerjik sisteme ait bulgulardır. Serotonin ve onun metaboliti olan 5 hidroksi indol asetikasit (5HIAA) depresyon ve intihar ile ilişkili bulunmuştur. 5 HIAA intihar davranışında bulunan bireylerde bulunmayanlara göre BOS'ta düşük oranlardadır (29).

Serotonin ile yapılan çalışmalarda bir diğer görüş de, ise düşük serotonin düzeylerinin öncelikle zayıf dürtü kontrolle ilişkili olduğu buna bağlı olarak intihar ve öfkeli davranışların geliştiği öne sürülmektedir (30). SERT geni ile ilgili olarak S allelinin intihar davranışı ile ilgili olarak özellikle de şiddet içeren intihar davranışı ile ilgili olduğu saptanmıştır (31). Nörotransmitterlerin yıkımından sorumlu enzimlerle yapılan çalışmalarda; MAO-A'nın özellikle erkek cinsiyetinin, dürtüsellik, şiddet, antisosyal kişilik özellikleriyle bağlantısının olduğu, COMT geninin ise intihar, öfke dürtüsellik ile bağlantısı olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (32).

2.3.3 Bilişsel Faktörler

İntihar davranışında bulunan kişilerde sorun çözme becerilerinde eksiklikler bulunmakta ve problemlerini intihar gibi işlevsel olmayan bir biçimde çözmeye kalkışmaktadırlar. İntihar davranışlarının açıklamasında önemli bir yere sahip olan sorun çözme becerileri eksikliği görüşünün ana çıkış noktası, bilişsel katılıktır. Kişinin yaşamda karşılaştığı zorluklar, bilişsel katılık ve sorun çözme yetersizlikleri ile etkileşim içindedir (33).

2.4 İntihar ve İntihar Girişimindeki Risk Faktörleri

İntihar ve intihar girişimlerinde, bazı bireylerin, diğerlerine göre daha fazla risk altında oldukları, aşıkardır. Bu bölümde bu faktörlere deyinilecektir.

2.4.1 Yaş

Yaş temel faktörlerin başında yer almaktadır. Toplam intihar oranlarına bakıldığında, erkeklerde daha belirgin olmak üzere yaşla birlikte arttığı görölmektedir (34).

Türkiye’de intiharlar 15-24 ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Yaşa göre 15 yaş altı ve 15-24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkeklerde yüksek oranda görölmektedir (35).

İntihar sıklığı erkeklerde 45 yaşından sonra en yüksek düzeydedir ve 55 yaşından sonra ise tamamlanmış intiharların sayısında artış görölmektedir (36).

Tablo I: Yaşa özel intihar hızları; 2013-2014

Yaş grubu	(Yüz binde)					
	Toplam		Erkek		Kadın	
	2013 ^(r)	2014	2013 ^(r)	2014	2013 ^(r)	2014
Toplam	4,27	3,97	6,23	5,88	2,29	2,05
<15	0,84	1,17	0,75	1,07	0,94	1,29
15-19	6,24	5,57	6,92	6,77	5,52	4,30
20-24	6,68	6,32	9,31	9,06	3,95	3,46
25-29	5,18	4,73	7,91	7,41	2,36	1,97
30-34	4,78	4,81	7,02	7,15	2,50	2,41
35-39	4,57	4,27	6,99	6,46	2,10	2,03
40-44	4,84	4,36	7,52	6,73	2,10	1,97
45-49	5,16	4,87	8,03	8,10	2,23	1,55
50-54	5,56	4,36	8,91	7,28	2,18	1,43
55-59	5,23	4,58	8,75	7,56	1,75	1,60
60-64	5,19	5,01	7,88	7,93	2,65	2,22
65-69	5,39	4,74	8,54	7,37	2,64	2,46
70-74	5,39	4,63	9,80	6,40	1,81	3,19
75-79	6,06	6,14	9,73	10,58	3,24	2,87
80-84	9,83	8,07	19,20	15,08	3,61	3,09
85+	9,92	6,55	20,97	13,16	4,83	3,51

Tablo I' e bakıldığında intihar davranışları her yaşta görülmekle birlikte 15-35 yaş grubunda yoğunlaştığı ve kadınların erkeklere göre daha genç yaşta intihar ettiği görülmektedir (48).

Son yıllarda yaşlı intiharlarında görülen artış dikkat çekmektedir (48). İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte yaşlı nüfus oranı artmakta fakat hızlı teknolojik gelişimle aynı oranda paralellik gösteremeyen toplumsal değişimler yaşlı insanların birçok sorunla karşı karşıya kalmalarına ve intihara sürüklenmelerine neden olabilmektedir.

2.4.2 Cinsiyet

Temel faktörlerdendir. Cinsiyetler arasında intihar davranışı açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kadın ve erkek intiharları arasındaki temel üç fark dikkati çekmektedir; birincisi erkekler daha çok şiddet içeren ve hemen ölüme götüren metotlar seçerken kadınlar, daha ılımlı (aşırı ilaç alımı gibi) metotları tercih etmektedir. İkincisi erkek intiharlarında madde (alkol dahil) bağımlısı olma ihtimali hemen hemen üç kat artmaktadır. Üçüncü stresör faktör olarak ekonomik sorunlar erkek intiharlarında daha çok söz konusu olmaktadır (38).

Erkeklerde intihar üç kat daha fazla görülmesine rağmen kadınlar 4 kat daha fazla intihar girişiminde bulunurlar (39). Türkiye’de ki tüm bölgelerde de erkek intihar oranları kadınlarınkinden daha fazladır. Tüm dünyada 15- 44 yas arasındaki başlıca ölüm nedenlerine cinsiyet farklılıkları açısından bakıldığında intiharın, kadınlarda %7,1’lik oranla ikinci; erkeklerde ise %6,6’lık bir oranla dördüncü sırada olduğu gözlemlenmiştir (40).

2.4.3 Irk

Yapılan çalışmalarda intihar oranlarında ırksal farklılıklara rastlanmıştır. Doshi ve arkadaşlarının çalışmalarında beyaz erkek ve kadınlardaki intihar etme oranı siyah erkek ve kadınlardakinden iki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (42). Yerli Amerikalılar da ve İspanyol kökenli olmayan beyazlarda intihar hızı 100 000’de 13,6 ve 12, 1 oranlarıyla oldukça yüksektir. Başka ırklarda yaşla düzeltilmiş intihar hızı 100 000’de 6 dolaylarındadır. Göç edenlerde intihar hızı göç ettiği ülke neresiyse oraya benzemektedir (43).

2.4.4 Din

Din, toplumsal işlevlerin yerine getirilmesinde önemli bir rolü olan ve kontrol ve denetleme mekanizması görevini üstlenmektedir (41). Kişilerin dindarlık düzeyleri farklıdır ve intiharı engellemede dindarlık seviyesi önemlidir. Yapılan bazı ampirik çalışmalarda dindarlık düzeyi yüksek olan bireylerin dindarlık seviyeleri düşük olan bireylere nazaran psikolojik açıdan daha iyi durumda oldukları ve daha az intihara eğilimli oldukları tespit edilmiştir (44).

Bütün tek Tanrı’lı dinler insanın kendisini öldürmemesi gerektiği yönünde birbirine benzer görüşler ileri sürseler de, intihara karşı direkt yasaklamayı İslamiyet’te görmekteyiz.

Kişilerin içinde yetiştiği toplumun dini görüşleri de intiharın görülme sıklığını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada Müslüman ülkelerden göç eden Yahudilerin daha düşük intihar oranına sahip oldukları bulunmuştur (45) .

Törenselleştirilmiş intiharların onaylandığı ve intiharın izin verilen bir davranış olduğu Japonya’da intiharlar hala yüksek oranlarda görülmektedir.

2.4.5 Eğitim:

İntihar ve intihar girişimi üzerine yapılan çalışmalarda bireyin eğitim durumu bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. İntihara eğilimli bireylerin, yoğun çaresizlik duygusu, umutsuzluk ve gerginlik sebebiyle, düşünme yeteneklerinin zayıflamasında ve alternatif çıkış yolları bulamamasında eğitim farklılıklarının da önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir (46). Avrupa’da intihar girişimleri genellikle eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (47).

Tablo II: Eğitim durumu ve cinsiyete göre intiharlar; 2005-2014

Eğitim durumu (ISCED-97) - Educational level (ISCED-97)																			
Yıl Year		Toplam Total		Okuma yazma bilmeyen Illiterate		Bir okul bitirmeyen No school completed		İlkokul Primary school		İlköğretim Primary education		Ortaokul ve dengi Junior high school and equivalent		Lise ve dengi High school and equivalent		Yüksek öğretim Higher education		Bilinmeyen Unknown	
		Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)
2014	Toplam-Total	3 065	100,0	105	3,4	325	10,6	691	22,5	782	24,9	147	4,8	611	19,9	255	8,3	169	5,5
	Erkek-Male	2 276	100,0	38	1,6	180	7,9	512	22,5	578	25,3	127	5,6	503	22,1	215	9,4	127	5,6
	Kadın-Female	789	100,0	69	8,7	145	18,4	179	22,7	186	23,6	20	2,5	108	13,7	40	5,1	42	5,3
2013 ⁹⁹	Toplam-Total	3 252	100,0	105	3,2	244	7,5	1 018	31,3	690	21,2	212	6,5	424	13,0	267	8,2	292	9,0
	Erkek-Male	2 382	100,0	49	2,1	154	6,5	788	32,2	483	19,4	172	7,2	339	14,2	211	8,9	228	9,5
	Kadın-Female	870	100,0	56	6,4	90	10,3	250	28,7	227	26,1	40	4,6	85	9,8	56	6,4	66	7,6
2012	Toplam-Total	3 287	100,0	106	3,2	292	8,9	1 026	31,2	683	20,8	141	4,3	549	16,7	253	7,7	237	7,2
	Erkek-Male	2 377	100,0	37	1,6	177	7,4	791	33,3	448	18,8	124	5,2	435	18,3	197	8,3	168	7,1
	Kadın-Female	910	100,0	69	7,6	115	12,6	235	25,8	235	25,8	17	1,9	114	12,5	56	6,2	69	7,6
2011	Toplam-Total	2 677	100,0	57	2,1	243	9,1	1 081	40,4	354	13,2	198	7,4	408	15,2	181	6,8	155	5,8
	Erkek-Male	1 876	100,0	27	1,4	135	7,2	770	41,0	220	11,7	148	7,9	315	16,8	148	7,9	113	6,0
	Kadın-Female	801	100,0	30	3,7	108	13,5	311	38,8	134	16,7	50	6,2	93	11,6	33	4,1	42	5,2
2010	Toplam-Total	2 933	100,0	101	3,4	227	7,7	1 006	34,3	475	16,2	267	9,1	488	16,6	175	6,0	194	6,6
	Erkek-Male	2 073	100,0	38	1,8	131	6,3	750	36,2	250	12,1	221	10,7	398	19,2	133	6,4	152	7,3
	Kadın-Female	860	100,0	63	7,3	96	11,2	256	29,8	225	26,2	46	5,3	90	10,5	42	4,9	42	4,9
2009	Toplam-Total	2 898	100,0	97	3,3	372	12,8	1 165	40,2	345	11,9	171	5,9	451	15,6	179	6,2	118	4,1
	Erkek-Male	2 111	100,0	44	2,1	203	9,6	894	42,3	222	10,5	144	6,8	368	17,4	142	6,7	94	4,5
	Kadın-Female	787	100,0	53	6,7	169	21,5	271	34,4	123	15,6	27	3,4	83	10,5	37	4,7	24	3,0
2008	Toplam-Total	2 816	100,0	136	4,8	350	12,4	1 075	38,2	396	14,1	184	6,5	506	18,0	169	6,0	-	-
	Erkek-Male	1 924	100,0	51	2,7	204	10,6	779	40,5	225	11,7	145	7,5	387	20,1	133	6,9	-	-
	Kadın-Female	892	100,0	85	9,5	146	16,4	296	33,2	171	19,2	39	4,4	119	13,3	36	4,0	-	-
2007	Toplam-Total	2 793	100,0	139	5,0	188	6,7	1 268	45,4	376	13,5	207	7,4	495	17,7	120	4,3	-	-
	Erkek-Male	1 808	100,0	47	2,6	98	5,3	888	49,1	152	8,4	159	8,8	379	21,0	87	4,8	-	-
	Kadın-Female	985	100,0	92	9,3	92	9,3	380	38,6	224	22,7	48	4,9	116	11,8	33	3,4	-	-
2006	Toplam-Total	2 829	100,0	171	6,0	250	8,8	1 266	44,8	342	12,1	201	7,1	488	17,2	111	3,9	-	-
	Erkek-Male	1 782	100,0	53	3,0	138	7,7	855	48,0	142	8,0	148	8,3	358	20,1	88	4,9	-	-
	Kadın-Female	1 047	100,0	118	11,3	112	10,7	411	39,3	200	19,1	53	5,1	130	12,4	23	2,2	-	-
2005	Toplam-Total	2 703	100,0	152	5,6	161	6,0	1 173	43,4	493	18,2	267	9,9	328	12,1	129	4,8	-	-
	Erkek-Male	1 740	100,0	67	3,9	91	5,2	808	46,4	228	13,1	199	11,4	249	14,3	98	5,6	-	-
	Kadın-Female	963	100,0	85	8,8	70	7,3	365	37,9	265	27,5	68	7,1	79	8,2	31	3,2	-	-

Tabloya baktığımızda on yıllık zaman içinde gerçekleşen intihar vakalarında en yüksek oranı ilköğretim mezunları oluşturmaktadır. En düşük intihar oranı ise yüksek öğrenim mezunları arasında görülmektedir. Yapılan diğer araştırmalardan da anlaşılabileceği gibi genelde

düşük eğitim seviyesindeki bireylerin daha çok intihar ve intihar girişimine eğilimli oldukları ve bu grubun bir risk faktörü oluşturduğu açıkça anlaşılabilmektedir (48).

2.4.6 Meslek

Bireyin tüm yaşamı boyunca ilgileneceği, zaman ve emek harcayacağı hayati öneme sahip bu alanda birçok neden bazı meslek gruplarına ait bireylerin intihar davranışına diğerlerine göre daha çok eğilim göstermesine neden olabilmektedir.

İşsizlerde intihar etme oranı, işi olan gruba göre daha yüksektir. Ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar artmaktadır, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında azalmaktadır (49.)

İntihar için risk grubundaki meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, dış hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Durkheim çalışmanın, enerjiyi belli bir alana yönlendirmenin intihar riskini azalttığını belirtmektedir. Kişilerarası ilişkilerin az olduğu meslek gruplarında intihar riski düşük, ilişkilerin çok olduğu gruplarda intihar riski yüksektir (50).

2.4.7 Sosyoekonomik durum

Düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, az gelir ve yoksul yaşam risk faktörleridir (51). İntihar girişimleri şehirlerin kalabalık, sosyoekonomik koşulları iyi olmayan insanların yaşadığı bölgelerinde daha çok olmaktadır (52). Türkiye’de intihar girişimlerinin ev hanımı, öğrenci gibi ekonomik olarak bağımlı olan kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (53). Kişilerin intihar ihtimalini sosyal statüsünün yükselmesi ve düşmesi etkilemektedir.

2.4.8 Aile

Aile kurumu toplumun en temel çekirdeğini oluşturmakta ve bireyin sosyalleşmesinde çok önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal yaşamın temel unsuru olan aile,

anne-baba-çocuklar ve kan akrabalarından meydana gelmiş olan ekonomik ve toplumsal bir birlikteliktir (54).

Aile ile birey arasındaki bağların zayıflığı intihar için neden olarak gösterildiği gibi, aile ile birey arasındaki bağların sıklığı da toplumbilimciler tarafından intihar nedeni olarak gösterilebilmektedir. Huzursuz aile ortamlarının, ‘potansiyel bir intihar ortamının’ ilk kaynağını oluşturduğu varsayım olarak kabul edilebilir.

Aile bireyleri arasında bulunabilecek bir psikolojik bozukluk veya geçmişte bireyde intihar girişimi mevcudiyeti, kişide intihar riskini arttırmaktadır. Bunun yanı sıra, aile ile ilgili yapılmış olan çalışmaların büyük bir çoğunluğu ikizler üzerine ya da evlat edinilmiş çocuklar üzerine inşa edilmiştir. Her ne kadar intihar davranışının genetik geçişi tek başına açıklayıcı olarak ispatlanamasa da, intihar davranışı ile ilişkili olduğu da ortaya çıkartılmıştır.

Ailedeki birlik ve beraberliğin bozulması, boşanmalar, ölüm, aileyi derinden etkileyen ekonomik iflaslar, aile bireylerinden birinde ortaya çıkan bir hastalık ya da sakatlık durumu, ailenin sahip olduğu inanç ve değerler sisteminde ani ve hızlı değişimlerin yaşanması gibi nedenler aile bireylerinin intihar etmesinde önemli risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir (56).

Boşanmış ya da ayrı yaşayan ana-babaların çocuklarında evliliklerdeki uyumsuzluklar, annenin eğitim düzeyi düşükse veya yaşı gençse ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda çocuklar için risk artmaktadır (51). Ttek ebeveynli aile çocuklarında intihar daha sık görülmektedir (56).

2.4.9 Medeni Durum

Bireyin evli ya da boşanmış olması ile intiharlar arasında bir ilişki bulunmuştur. Hem Dünya’da hem de Türkiye’de toplumsal bir sorun olarak ortaya çıkan boşanmaların artışı intiharları tetiklemektedir. İntihar edenlerin medeni durumları incelendiğinde bekarların ya da boşanmışların evlilere göre daha fazla intihar ettiği gözlemlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda risk olmayanlara göre on bir kat fazla bulunmuştur (51). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalarda da

parçalanmış ailelerde, dul (eşi ölmüş) ya da boşanmış çiftlerde veya aile içi şiddetin görüldüğü ailelerde intihar oranı yüksek bulunmuştur. Evlilerle karşılaştırıldığında bütün yaş gruplarındaki dul veya boşanmış çiftlerde intihar oranı çok daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda intihar, evlilere oranla bekârlarda iki kat, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda dört-beş kat daha sık görülmektedir. Erkeklerde bu fark daha yüksektir (57).

Boşanma oranlarının ülkemizin doğusunda batısına göre daha az görülmekte ve ülkemizdeki en yüksek intihar oranları gene Ege bölgesinde görülmektedir (35).

Tablo III: Medeni durum ve cinsiyete göre intiharlar, 2005-2014.

Yıl Year		Medeni durum - Marital status											
		Toplam Total		Hiç evlenmedi Never married		Evlil Married		Eşi öldü Widowed		Boşandı Divorced		Bilinmeyen Unknown	
		Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)	Sayı Number	(%)
2014	Toplam-Total	3 065	100,0	1 199	39,1	1 461	47,7	224	7,3	136	4,4	45	1,5
	Erkek-Male	2 276	100,0	882	38,8	1 121	49,3	168	7,4	71	3,1	34	1,5
	Kadın-Female	789	100,0	317	40,2	340	43,1	56	7,1	65	8,2	11	1,4
2013 ⁽⁹⁾	Toplam-Total	3 252	100,0	1 279	39,3	1 560	48,0	135	4,2	179	5,5	99	3,0
	Erkek-Male	2 382	100,0	938	39,4	1 164	48,9	82	3,4	119	5,0	79	3,3
	Kadın-Female	870	100,0	341	39,2	396	45,5	53	6,1	60	6,9	20	2,3
2012	Toplam-Total	3 287	100,0	1 238	37,7	1 620	49,3	134	4,1	192	5,8	103	3,1
	Erkek-Male	2 377	100,0	875	36,8	1 233	51,9	74	3,1	117	4,9	78	3,3
	Kadın-Female	910	100,0	363	39,9	387	42,5	60	6,6	75	8,2	25	2,7
2011	Toplam-Total	2 677	100,0	977	36,5	1 341	50,1	93	3,5	197	7,4	69	2,6
	Erkek-Male	1 876	100,0	650	34,6	983	52,4	43	2,3	148	7,9	52	2,8
	Kadın-Female	801	100,0	327	40,8	358	44,7	50	6,2	49	6,1	17	2,1
2010	Toplam-Total	2 933	100,0	1 099	37,5	1 491	50,8	106	3,6	170	5,8	67	2,3
	Erkek-Male	2 073	100,0	750	36,2	1 087	52,4	52	2,5	129	6,2	55	2,7
	Kadın-Female	860	100,0	349	40,6	404	47,0	54	6,3	41	4,8	12	1,4
2009	Toplam-Total	2 898	100,0	1 009	34,8	1 615	55,7	102	3,5	130	4,5	42	1,4
	Erkek-Male	2 111	100,0	693	32,8	1 235	58,5	58	2,7	94	4,5	31	1,5
	Kadın-Female	787	100,0	316	40,2	380	48,3	44	5,6	36	4,6	11	1,4
2008	Toplam-Total	2 816	100,0	1 033	36,7	1 485	52,7	128	4,5	134	4,8	36	1,3
	Erkek-Male	1 924	100,0	655	34,0	1 071	55,7	77	4,0	89	4,6	32	1,7
	Kadın-Female	892	100,0	378	42,4	414	46,4	51	5,7	45	5,0	4	0,4
2007	Toplam-Total	2 793	100,0	1 146	41,0	1 404	50,3	131	4,7	112	4,0	-	-
	Erkek-Male	1 808	100,0	735	40,7	931	51,5	69	3,8	73	4,0	-	-
	Kadın-Female	985	100,0	411	41,7	473	48,0	62	6,3	39	4,0	-	-
2006	Toplam-Total	2 829	100,0	1 148	40,6	1 439	50,9	137	4,8	105	3,7	-	-
	Erkek-Male	1 782	100,0	690	38,7	946	53,1	78	4,4	68	3,8	-	-
	Kadın-Female	1 047	100,0	458	43,7	493	47,1	59	5,6	37	3,5	-	-
2005	Toplam-Total	2 703	100,0	1 083	40,1	1 380	51,1	124	4,6	116	4,3	-	-
	Erkek-Male	1 740	100,0	676	38,9	917	52,7	74	4,3	73	4,2	-	-
	Kadın-Female	963	100,0	407	42,3	463	48,1	50	5,2	43	4,5	-	-

2.4.10 Kronik veya Psikiyatrik Hastalıklar

Ciddi medikal hastalıklarda intihar riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. Özellikle kanser teşhisi konulan hastalarda bu risk daha da artmaktadır (58).

Yapılan araştırmalarda, intihar risk faktörleri arasındaki en yüksek payı depresyon hastaları almaktadır. Depresif hastalar, iyileşmeye başladıklarında bile depresif düşüncelerin düzelmesi uzun zaman aldığı için daha büyük risk taşımaktadırlar. Major depresyonda intihar her yaşta görülmekle birlikte genellikle 30 ile 40 yaşları arasında daha sık görülmektedir. (59).

Unipolar ya da majör depresyonda yaşam boyu intihar görülme sıklığı % 10-15 oranındadır. Tedavi edilmemiş depresyon hastalarında, özellikle eş tanılılık ve olumsuz yaşam olaylarının varlığı halinde risk daha da yükselmektedir (60).

2.4.11 Yaşam Olayları

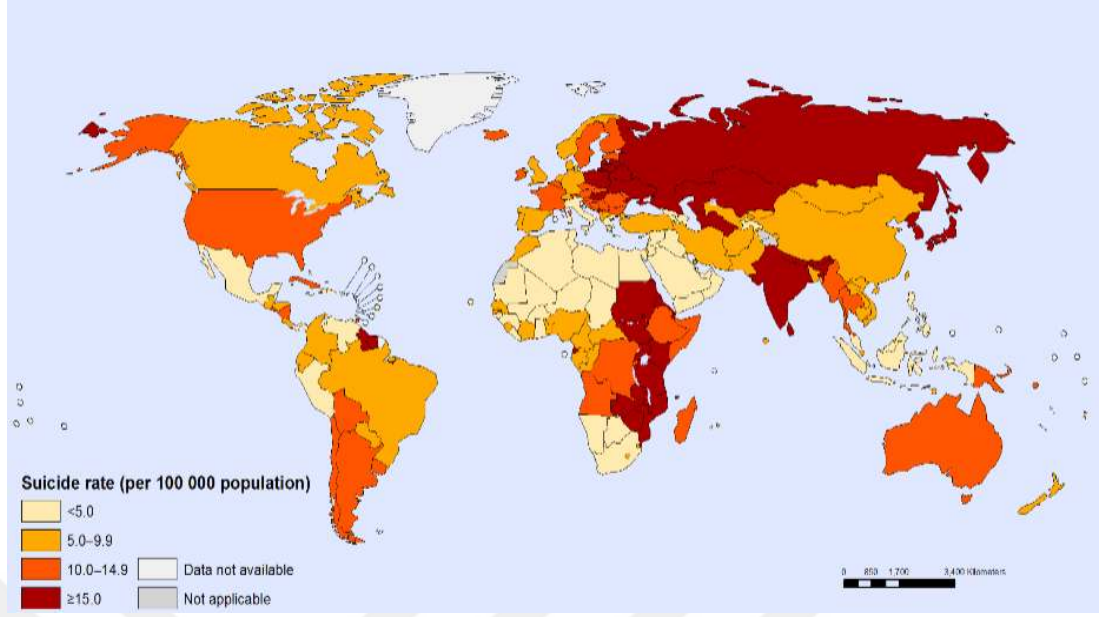
Kişinin yakın zamanda yaşadığı kayıplar, intihar riski oluşturabilmektedir. Kayıplar yanında literatürde cezaevinde bulunma, küçük yaşlarda yaşanan taciz ya da travmalar veya madde kullanımı da sıklıkla önemli risk faktörleri olarak sıralanmaktadırlar.

2.4.12 Coğrafi etkenler

Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de intihar sonucu oluşan ölümlerin coğrafi bölgeler arası farklılıklar gösterdiği bilinmektedir.

En yüksek Ege, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde kaydedilirken en düşük oranlar Karadeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir (37). Türkiye’nin batısından doğuya doğru gidildikçe kadın intihar hızlarının artışı görülmektedir.

Ülkeler arasında Doğu Avrupa’da intihar hızı en çok Latin Amerika’da görülürken , Müslüman ülkelerinde ve birkaç Asya ülkesinde en az intihar hızı görülmektedir.



Şekil 1: Dünya İntihar Hızları Haritası

2.4.13 İklim

Bireylerin tamamlanmış intihar girişimlerinin bahar ve yaz aylarında arttığı, sonbahar ve kışa doğru azaldığı görülmektedir. 1890'ların başında Durkheim, intiharda mevsimselliği sosyal yaşamdaki mevsimsel değişikliğe bağlamıştır. Mevsimsel intiharlarda sıcaklık, rutubet ve hava koşulları ile intiharlar arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Şiddet içeren yöntemleri kullanan erkekler incelendiğinde mevsimsel etki dikkati çekmektedir (61).

2.5 Kullanılan Özkıym Yöntemi ve Ciddiyeti

Tarihsel zaman içerisinde gerçekleşmiş intihar olaylarına bakıldığında birçok farklı yöntemin denendiğini ve kuşkusuz ki bu çeşitliliğin her toplumun kendine özgü inançlarından geleneklerinden kaynaklanmakla birlikte aynı zamanda da toplumu oluşturan bireylerin kişisel özelliklerine, cinsiyetlerine göre de değişiklikler gösterdiğini görmekteyiz. Yani 'intihara giden her yol kendine özgüdür. Çok özel, bilinemez ve korkunçtur' (46). Yerleşim bölgesindeki farklılıklarla da intihar yöntemleri arasında coğrafi temelde bir ilişki kurulmaktadır (62).

Kaya intihar yöntemlerini genel olarak 3 grupta toplamıştır. Bunlardan birincisi pasif yöntemlerdir: Yani katı, sıvı ve gaz ile zehirlenmeler. İkincisi pasif ve aktif yöntemlerdir. Bunlar da asılma, boğulma, yüksekten atlama ya da hareket halindeki araçtan atlama şeklindedir. Üçüncüsü ise aktif ve aktif yöntemler olup patlayıcılar, ateşli silahlar, kesici ve parçalayıcı araçlarla yapılan intiharları kapsamaktadır (63).

Tarihsel süreçte intihar yöntemlerinin değiştiği görülür. Yüksekten atlamak ilk ve en doğal intihar yöntemi, asılmak ve boğulmak da en eski yöntemlerdendir. Teknolojik gelişmeler bu yöntemlerin ortadan kalkmasını sağlayamamış sadece sıklıklarını azaltmıştır. 18. yüzyılda ateşli silahlar, 19. yüzyılda evlerde kullanılan gazlar, 20. yüzyılda kullanılan ilaçlar intihar yöntemleri arasına girmiştir (64).

Günümüzde ise intihar yöntemleri toplumdan topluma ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu farklılaşmalarda her toplumun kendine özgü değerleri, kültürleri, inançları önemli bir belirleyici unsur olmuştur.

Kişi intihar etme düşüncesine geldiğinde etrafında bir intihar aletinin olması intiharı kolaylaştırmakta ve bu alet genellikle kişinin devamlı olarak kullandığı bir araç olmaktadır. Bu nedenle kişinin mesleği de yöntem seçiminde önemli rol oynamaktadır.

Toplumsal inanışlar ve değerler de yöntem seçiminde belirleyici olmaktadır. Tropicia’ da kendini asarak intihar etmek ya da Japonya’da rastlanan hara-kiri gibi dini değerlerce belirlenen intihar yöntemleri gibi.

Toplumsal değerler ve normlar cinsiyetler arasında farklı yöntemlerin seçilmesine neden olmaktadır. Kadınlar erkeklere göre daha pasif yöntemleri seçmektedir.

2.6 Daha Önceki Özkıyım Girişimleri

Tekrarlayan intihar girişimleri mortalite ve morbiditeyi artırması açısından çok önemli olmakla birlikte kişinin öyküsünde intihar girişiminin olması bir sonraki intihar girişimi için de risk faktörü olarak saptanmıştır (65). Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunma ihtimalinin en yüksek olduğu dönem ilk intihar girişiminden sonraki üç ay içindedir (39).

Daha önceki intihar girişimlerinin tamamlanmış olsun, olmasın tekrarı için risk etkeni olduğu, intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ının girişimlerini yinelediği ve %12-25'inin ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirdikleri görülmektedir (47).

Otopsiyi de içeren araştırmalar sonucunda görülmüştür ki intihar sonucu ölenlerin yaklaşık %44'ü daha önce de intihar girişiminde bulunmuştur (66).

Dünya Sağlık Örgütü' nün yaptığı çok merkezli bir çalışma sonucuna göre intihar girişiminde bulunan kayıtlı hastalardan en az % 56' sı daha önce intihar girişiminde bulunmuş , %32' si en az iki kez intihar girişiminde bulunmuş ve %29 hasta bir yıllık izleminde tekrar intihar girişiminde bulunmuştur (66).

Tekrarlayan intihar girişimleri için risk faktörleri 25-49 yaş arası, boşanmış, işsiz ve düşük ekonomik seviye olarak tanımlanmıştır.

2.7 Türkiye'de ve Dünya'da İntihar Olgusu

Birçok ülke çeşitli ölüm istatistikleri oluşturmakta ve bunları rapor etmektedir ve DSÖ katılımında bulunan bu ülkelerden bu verileri toplamakta ve düzenli raporlar şeklinde yayınlamaktadır.

İntihar, DSÖ'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biridir (67). Her 40 saniyede bir kişi intihar etmekte ve ABD'de bu sayı yılda 800 bin kişiye denk gelmektedir. İntihar çoğu ülkede tabu olarak görüldüğü için muhtemelen sayılar rapordakinden daha yüksektir.

Küresel çapta intihar oranı 100 bin kişi başına 11.4 iken, erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlarınkinden iki kat fazla ve bazı birinci dünya ülkelerinde erkeklerin intihar etme ihtimali kadınlarınkinden üç kat fazladır.

Genelde birinci dünya ülkelerinde intihar oranı 100 bin kişi başına 12.7 iken ikinci ve üçüncü dünya ülkelerinde ise bu oran 11.2 dir.

İntihara en meyilli ülkelerin başında (100 bin kişi başına) Litvanya (31.6), Güney Kore (31.2), Guyana (26.4), Kazakistan (25.6) ve Beyaz Rusya (25.3) gelmektedir. Rapor ayrıca 70 yaş ve üstü insanların intihara daha meyilli olduğunu, ancak 15-29 yaş grubunun da bazı ülkelerde intihara çok yatkın olduğunu ortaya koymuştur.

Toplumun sosyal ve ekonomik yapısının göstergelerinden biri olan intihar istatistiklerinde, ülke düzeyinde intihar edenlerin; sayısı nedeni ve şeklinin bilinmesinin önemli bir yeri bulunmaktadır (48). Ülkemizde intihar olayları ile ilgili resmi veriler, TÜİK tarafından derlenmekte ve yayınlanmaktadır. İntiharlar, ölüm istatistikleri içerisinde, ölüm nedenleri arasında 1931 yılından itibaren sadece il merkezlerinden derlenmekte iken, 1959 yılından itibaren ise tüm il ve ilçe merkezleri kapsam içerisine alınarak yayınlanmaktadır. Bu istatistiklerden bağımsız olarak, adli kaynaklara dayanılarak elde edilen intihar olayları ise 1963 yılından itibaren adalet istatistikleri yıllık içerisinde kısa bilgiler şeklinde yayınlanmaya başlanmıştır. İntihar ile ilgili resmi veriler ise 1974 yılından itibaren TÜİK tarafından “İntihar İstatistikleri” adıyla yayınlanmaktadır (68).

İntihar hızı ülkeden ülkeye, kültürden kültüre büyük ölçüde değişkenlik gösterir. DSÖ'nün 2011 yılında açıkladığı 107 ülkenin yer aldığı çalışmada ülke başına 100.000 kişi başına düşen yıllık intihar etme oranlarına bakıldığında Türkiye 79. Sırada yer almaktadır (69).

Ölümle sonuçlanan intihar sayısı revize edilen 2013 yılı verisine göre 3 bin 252 iken 2014 yılında 3 bin 65 olmuştur. İntihar edenlerin %74,3'ünü erkekler, %25,7'sini kadınlar oluşturmaktadır.

Kaba intihar hızı yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısı olup, 2013 yılında yüz binde 4,27 iken 2014 yılında yüz binde 3,97 olmuştur. Kaba intihar hızı illere göre incelendiğinde, 2014 yılında kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 11,63 ile Tunceli olurken ikinci sırada yüz binde 9,03 ile Bingöl olmuştur. Kaba intihar hızının en düşük olduğu iller ise yüz binde 1,06 ile Bartın, yüz binde 1,07 ile Çankırı ve yüz binde 1,28 ile Bayburt olmuştur.

Yaşa özel intihar hızları incelendiğinde, 2014 yılında yüz binde 8,07 ile 80-84 yaş grubunda görüldü. En düşük intihar hızı 2014 yılı için yüz binde 1,17 olarak 15 yaş altında gerçekleşmiştir. En yüksek yaşa özel intihar hızı 2014 yılında erkeklerde yüz binde 15,08 ile

80-84 yaş grubunda, kadınlarda ise yüz binde 4,30 ile 15-19 yaş grubunda olduğu görülmüştür.

İntihar sayıları yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde, 2014 yılında yaş grupları arasındaki cinsiyet farklılığının belirgin olduğu ve erkek intiharlarının 15 yaş altı intiharlar hariç tüm yaş gruplarında kadın intiharlarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki farklılığın en yüksek olduğu yaş grubunun 20-24, en az olduğu yaş grubunun ise 15 yaş altı ile 85 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür.

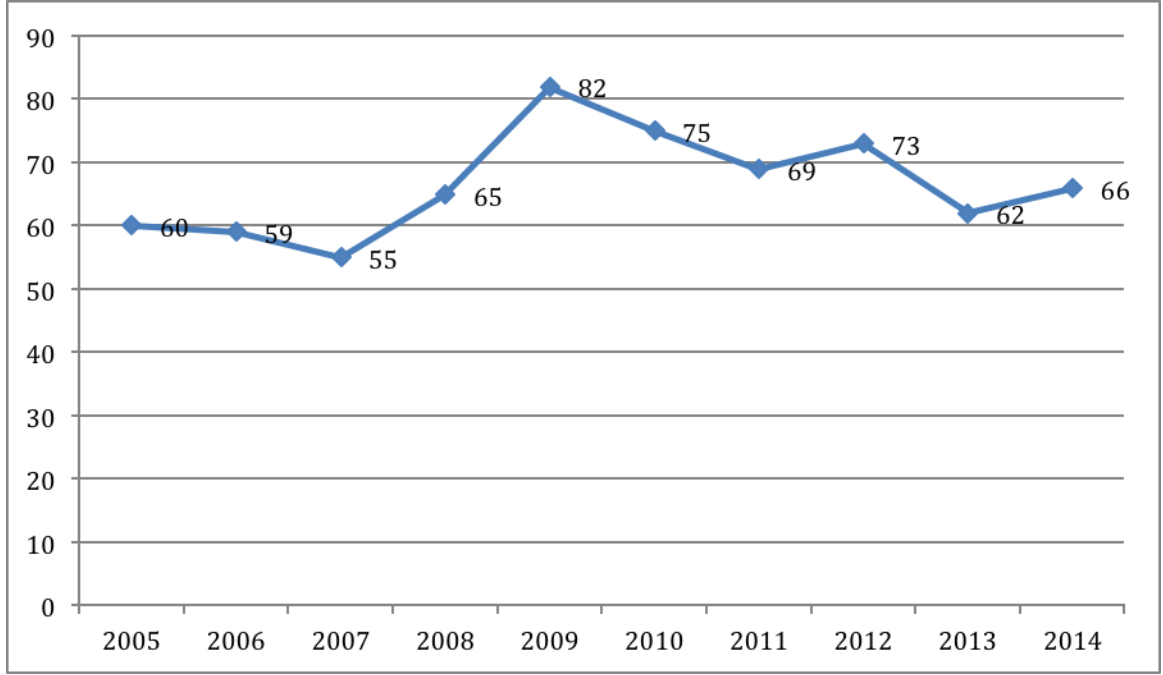
İntihar eden kişilerin 2014 yılında %24,9'u ilköğretim mezunuyken bunu %22,5 ile ilkokul, %19,9 ile lise ve dengi okul ve %10,6 ile okuryazar olup bir okul bitirmeyenler takip etmiştir (48).

Tablo IV: Yıllara göre kaba intihar hızı

	KABA İNTİHAR HIZI	
YIL	İNTİHAR SAYISI	İNTİHAR YÜZDESİ
2005	2703	3,95
2006	2829	4,08
2007	2793	3,98
2008	2816	3,96
2009	2898	4,02
2010	2933	4,01
2011	2677	3,61
2012	3287	4,37
2013	3252	4,27
2014	3065	3,97

Farklı yıllara ait intihar sayılarına bakıldığında ülkemiz için ciddi bir problem haline geldiği görülebilmektedir (48).

Tablo V: Aydın ili intihar sayıları 2005-2014



Aydın ili yıllara göre intihar sayılarına bakıldığında anlamlı bir artış görülmemekle birlikte Türkiye de intiharın en fazla görüldüğü 7. il olarak yerini almaktadır (48).

Tablo VI: Aydın ili 2014 yılı cinsiyet ve yaş analizi

Yaş grupları	Kadın (n)	Erkek (n)
15-24	3	7
25-34	-	11
35-44	9	4
45-54	15	2

Tablo VII: Aydın ili 2014 yılı şekline göre intiharlar

	Kadın	Erkek
Asarak	6	20
Kimyevi madde kullanarak	1	5
Yüksekten atlayarak	2	4
Suya atlayarak	1	-

2.8 İntihar Risk Değerlendirme Ölçekleri

Son yıllarda hızlı bir artış yaşanan intiharlar sağlıklı bireylerde de görülebilmekle birlikte psikiyatrik hastalarda daha çok görülmektedir. Bu nedenle klinik alanda intihar riskini önceden değerlendirmede kullanabilecek değerlendirme araçlarına ihtiyaç vardır. Çünkü etkili bir risk değerlendirmesi, psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olan kişinin tanınmasında ve risk altında olan kişilerin önceden tanınıp gerekli önlemlerin alınmasında klinisyene yardımcı olur.

Eskin intihar adlı kitabında intihar değerlendirilmesinde 4 amaçtan bahsetmektedir:

1. Risk seviyesinin belirlenmesi: Düşük, orta, şiddetli gibi değerlendirme yapılması daha sonra alınacak önlemler için belirleyici olacaktır.
2. Sorun alanının belirlenmesi: Kişisel mi, sosyal mi olduğu verilecek destek konusunda önemli ip uçları sunacaktır.
3. Tedavi planının belirlenmesi: Sorunun üstesinden nasıl gelinebileceğini gösterecektir.
4. Tedavi şeklinin belirlenmesi: Tedavinin ayaktan mı yoksa hastaneye yatarak mı olacağı konusunda yol gösterecektir.

Yapılan çalışmalarda hastaların , intihar düşüncelerinden, yüz yüze görüşmek yerine kendini bildiri araçları ile daha ifade edebildikleri bulunmuştur.

İntihar üç bileşenden oluşur:

1. Bilişsel bileşenler (umutsuzluk gibi)
2. Duygusal bileşenler (depresyon gibi)
3. Davranışsal bileşenler (intihar girişim öyküsü gibi)

Klinisyen ölçme aracını seçerken ölçmek istediği intihar bileşeni doğrultusunda karar vermelidir.

2.8.1 İntihar Düşüncesi Kendini Bildirim Ölçeği (self-rated scale for suicide ideation-SSI-SR)

Psikiyatrik hastaların intihar düşüncelerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş kendini bildirim ölçeğidir. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır ve 3'lü Likert tipi (0-2 aralığı) ölçek üzerinden cevaplanması istenen ölçekten elde edilecek toplam puan 38' dir. Bu ölçeğin intihar girişimi olanlar ile olmayanları ayırt ettiği gösterilmiştir ancak ölçek intihar riskini sadece intihar düşüncesi üzerinde değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması yoktur.

2.8.2 İntihar Davranışı Anketi (Suicide Behaviors Questionnaire-SBQ)

Görüşme şeklinde yapılandırılmış bir anket ve her sorunun puanlama aralığı farklıdır. Toplam skor 5-19 arasında değişmektedir. Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Anket açık, kısa ve doldurulması kolay olmakla birlikte intihar eğilimini araştırmaması ölçeğin eksikliğidir.

2.8.3 İntihar Düşüncesi Envanteri (Suicidal Ideation Questionnaire-SIQ)

25 maddeden oluşan kişinin geçen bir ay içerisindeki intihar düşüncesine göre 7'li Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanır. Ölçeğin her yaş grubu için ayrı versiyonun bulunması ve yüksek güvenilirlik ve geçerliğinin oluşu ölçeğin avantajları arasındadır ancak ölçeğin Türkçe uyarlaması yoktur.

2.8.4 Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE)

Ölçek 48 maddeden olmaktadır ve cevaplar 6'lı Likert tipi ölçek üzerinden hesaplanmaktadır. İnsanları hayata bağlayan inançları ve bu inançların derecelerini belirlemede kullanılacak bir ölçektir. Yüksek puanlar kişiyi hayata bağlayan daha fazla yaşama nedenine sahip olduğuna işaret etmektedir. Türkçe versiyonu vardır ve 70 maddeden oluşmaktadır. Dezavantajı ise orijinal ölçeğin uzun olması nedeni ile uygulamasının zaman alabilecek olmasıdır.

2.8.5 Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)

Araştırmalara göre intihar davranışında bulunan insanların bulunmayanlara göre farklı birtakım özelliklere sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu objektif olarak değerlendirmeyi amaçlayan bir testtir. Test “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” şeklinde cevaplandırılan toplam 566 sorudan oluşmaktadır. Kişinin eyleme geçmesinde rol oynayan dürtüsellik ve yargı hatalarını yansıtır.

2.8.6 Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Umutsuzluk ve intihar arasındaki bu güçlü ilişkiden yola çıkarak Beck ve ark umutsuzluğu ölçmek için Beck Umutsuzluk Ölçeğini geliştirmişlerdir. İntihar ile umutsuzluk arasında güçlü bir ilişki olsada sadece kişideki umutsuzluk duygularını ölçmek intihar risk değerlendirmesinde yeterli olmayacaktır. Ölçekten alınabilecek puan 0 ile 20 arasındadır. Ölçekten elde edilen puan arttıkça kişinin umutsuzluğu da artmaktadır.

2.8.7 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck'in bilisel kuramına göre depresif hastalar kendilerini, geleceklerini olumsuz değerlendirirler yaşadıkları yoğun keder ve umutsuzluk duygularından kurtulmak için intiharı tek çare olarak görürler. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Envanterden alınabilecek puan 0

ile 63 arasındadır; yüksek puanlar depresif durumda artışa işaret etmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir.

2.8.8 İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar intihar olasılığının yükseldiğine işaret etmektedir. 36 maddeden oluşmaktadır ve “hiçbir zaman ya da nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “çoğu zaman ya da her zaman” gibi 4’lü Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. En önemli ve en önde gelen avantajlarından biri ölçeğin intihara ilişkin birden fazla teorik açıklamaya dayandırılmış olmasıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Etik Kurul Onayı

Bu çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 26.03.2015 tarihli 56989545/050.04 no'lu karar ile onaylanmış ve arşiv materyallerinin kullanımı için izin alınmıştır.

3.2 Hasta Grubunun Özellikleri

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Erişkin Acil Servise 01/01/2015-01/01/2016 tarihleri arasında intihar girişimi şikayetiyle başvuran 18 yaş üzeri hastalardan medikal tedavisi tamamlanmış ve taburculuk aşamasına gelmiş olanlardan araştırmayı kabul edenler çalışmaya dahil edildi. Medikal tedavi sırasında ex olan hastalar, medikal tedaviyi kabul etmeyip acil servisten kendi rızasıyla ayrılan ve başka hastaneye sevk edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

01/01/2015-01/01/2016 tarihleri arasında Erişkin Acil Servise 159 kişi intihar girişimi ile başvurmuş olup bunlardan 118 tanesi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilmeyenlerden bir kişi exitus olduğu için, beş kişi ası ve yüksekten atlama vakası olup başka bir servise nakil edildiği için, bir kişi 18 yaş altı olduğu için, 27 kişi medikal tedavi ve takibi kabul etmeyip, acil servisten ayrıldığı için ve yedi kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 118 kişinin takip ve tedavileri tamamlandıktan sonra taburculuk öncesi çalışma formları doldurulmuş ve psikiyatri konsültasyonları tamamlanmıştır.

3.3 Verilerin Toplanması

Olgu rapor formunda hastaların sosyo-demografik özellikleri prospektif olarak belirlendi ve kayıt edildi. Beck umutsuzluk ölçeği ve Beck depresyon ölçeği ve Beck

anksiyete ölçeği her hasta için hastaların kendisine doldurtuldu ve Beck intihar düşüncesi ölçeği her hasta için araştırmacı tarafından doldurularak kayıt edildi.

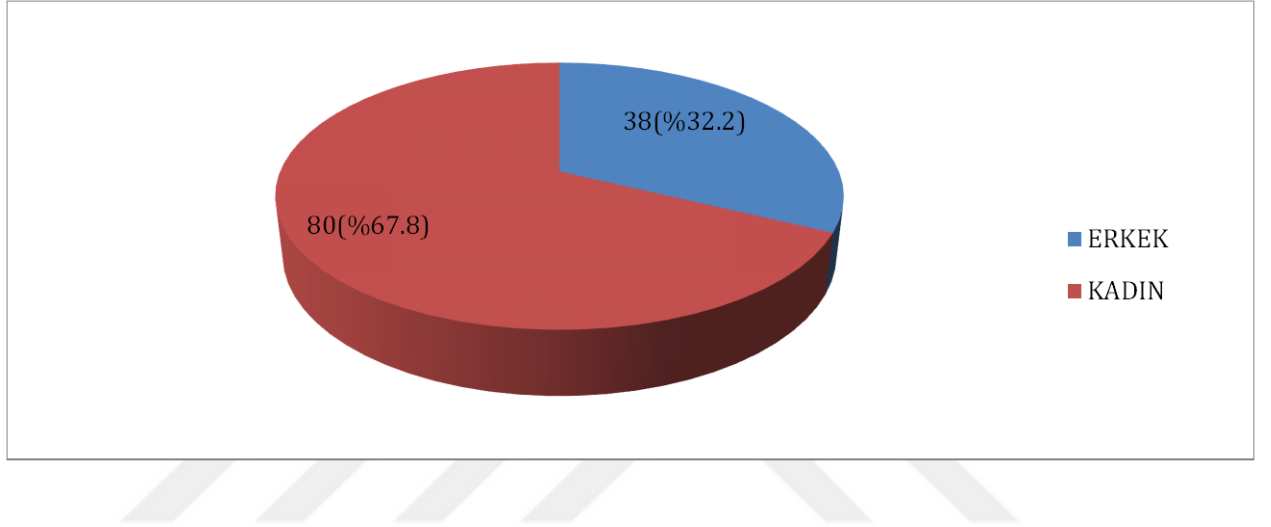
3.4 İstatistiksel Yöntem

Veriler SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows Version 18.0. Chicago: SPPSS Inc. istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Değerler ortalama ve standart sapma olarak verilmiş ve $p<0.05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadıklarını kontrol etmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan değerşkenler için istatistiksel karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanıldı ve tanımlayıcı istatistikleri hem ortalama hem de medyan (25-75 persentil) biçiminde gösterildi. Kategorik değerşkenler için istatistiksel karşılaştırmalarda ki kare analizinden yararlanıldı ve tanımlayıcı istatistikler frekans (%) olarak gösterildi.

4. BULGULAR

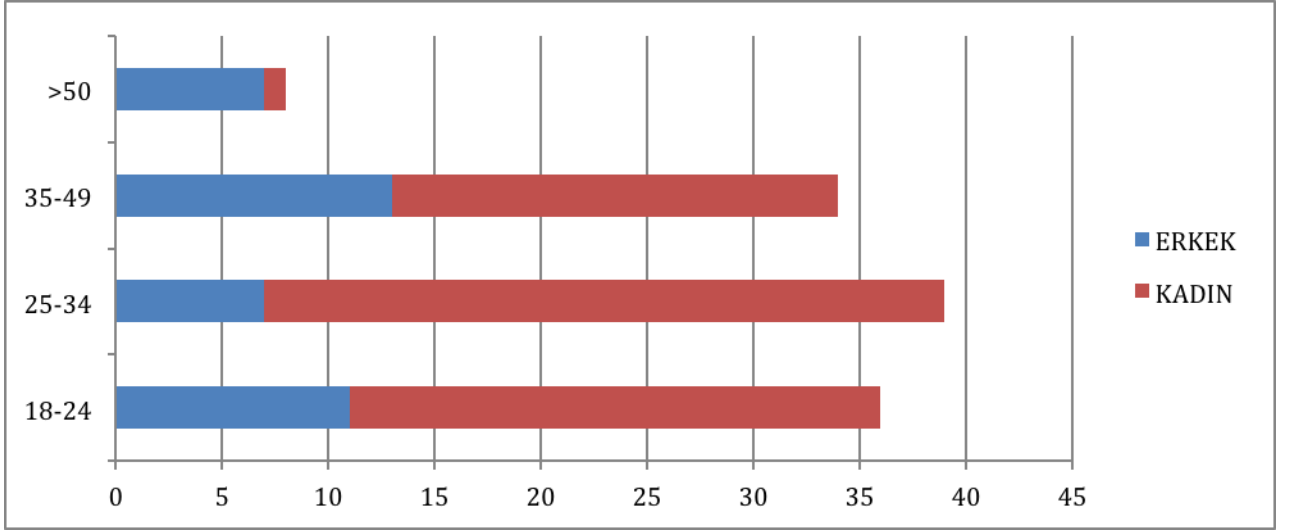
Çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Acil Servisine 1 Ocak 2015-1 Ocak 2016 tarihleri arasında intihar girişimi ile başvuran 118 kişi alınmıştır.

Bu vakaların cinsiyetlerine bakıldığında % 67.8'i (n=80) kadın, %32.2'si (n=38) erkektir.



Şekil 2: Hastaların cinsiyetlere göre analizi

2015 yılı intihar girişimlerinin Şekil 2' de sunulan istatistiksel sonuçlarına göre kadın sayısının erkek sayısına göre 2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.



Şekil 3: Hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre sınıflandırılması

Şekil 3’ deki istatistik sonuçlarına göre, 2015 yılında intihar girişiminde bulunan;

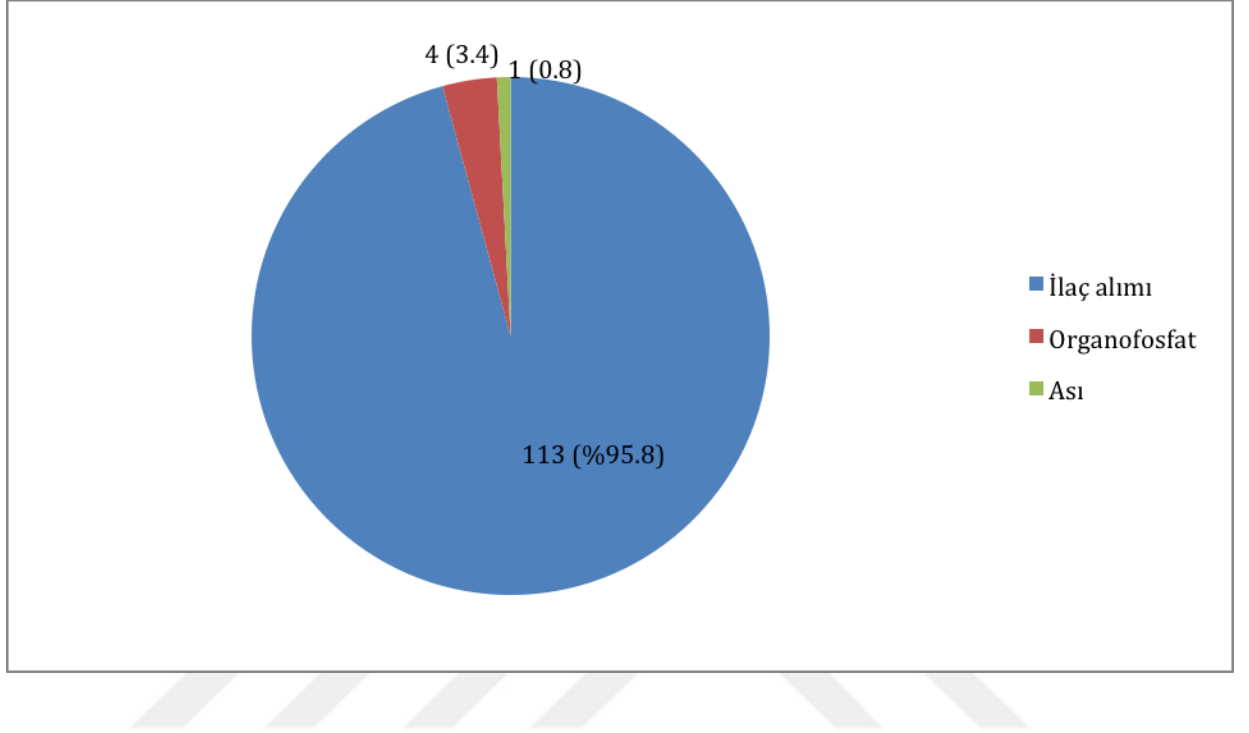
- Kadınların; %36.3’ünün (n=29) 18-24, %36.3’ünün (n=29) 25-34, %26.3’ünün (n=21) ve %1.3’ünün (n=1) >50 yaş grupları arasında,
- Erkeklerin; %28.9’unun (n=11) 18-24, %18.4’ünün (n=7) 25-34, %34.2’sinin (n=13) 35-49 ve %18.4’ünün (n=7) >50 yaş grupları arasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo VIII: Hastaların cinsiyetlere göre sosyokültürel özellikleri

Sosyokültürel özellik		Kadın n (%)	Erkek n (%)
Eğitim	Okur yazar değil	7 (%8.8)	0 (%0)
	İlkokul	25 (%31.3)	10 (%26.3)
	Ortaokul	15 (%18.8)	12 (%31.6)
	Lise	22 (%27.5)	10 (%26.3)
	Üniversite	11 (%13.8)	6 (%15.8)
Medeni durum	Evli	51 (%63.8)	18 (%47.4)
	Bekar	22 (%27.5)	14 (%36.8)
	Dul	2 (%2.5)	2 (%5.3)
	Boşanmış	5 (%6.3)	4 (%10.5)
İş durumu	İşsiz-ev hanımı	57 (%71.3)	16 (%42.1)
	Öğrenci	3 (%3.8)	3 (%7.9)
	İşçi-asgari ücret	12 (%15.0)	14 (%36.8)
	Özel sektör	6 (%7.5)	2 (%5.3)
	Devlet memuru	1 (%1.3)	0 (%0)
	Emekli	0 (%0)	3 (%7.9)

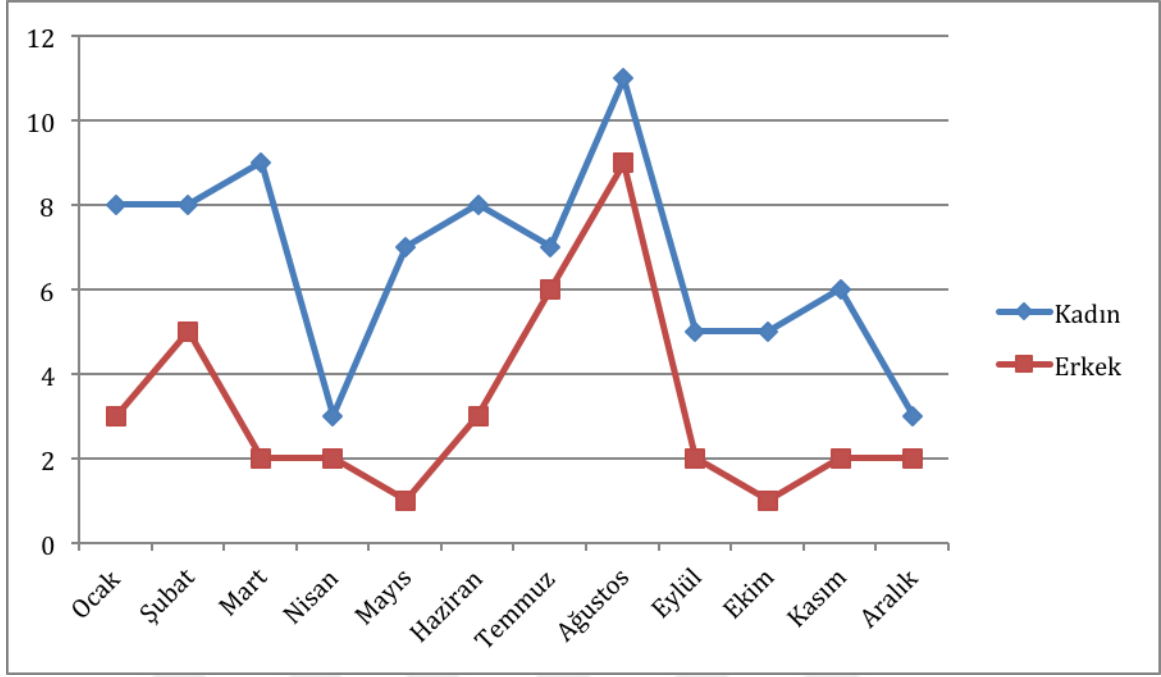
Hastaların cinsiyetlere göre sosyokültürel özelliklerinde farklılıklar mevcuttur. Kadınların genel olarak erkeklere göre eğitim durumunun daha düşük olduğu saptanmıştır. Her iki cinsten de evlilik durumunda (%63.7,%47.4) intihar girişimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Acil servise başvuran hastaların cinsiyetlere göre iş durumu genel iş

durumunu yansıtmakta olup bayanlarda erkeklere göre çalışmıyor olma belirgin derecede yüksektir.



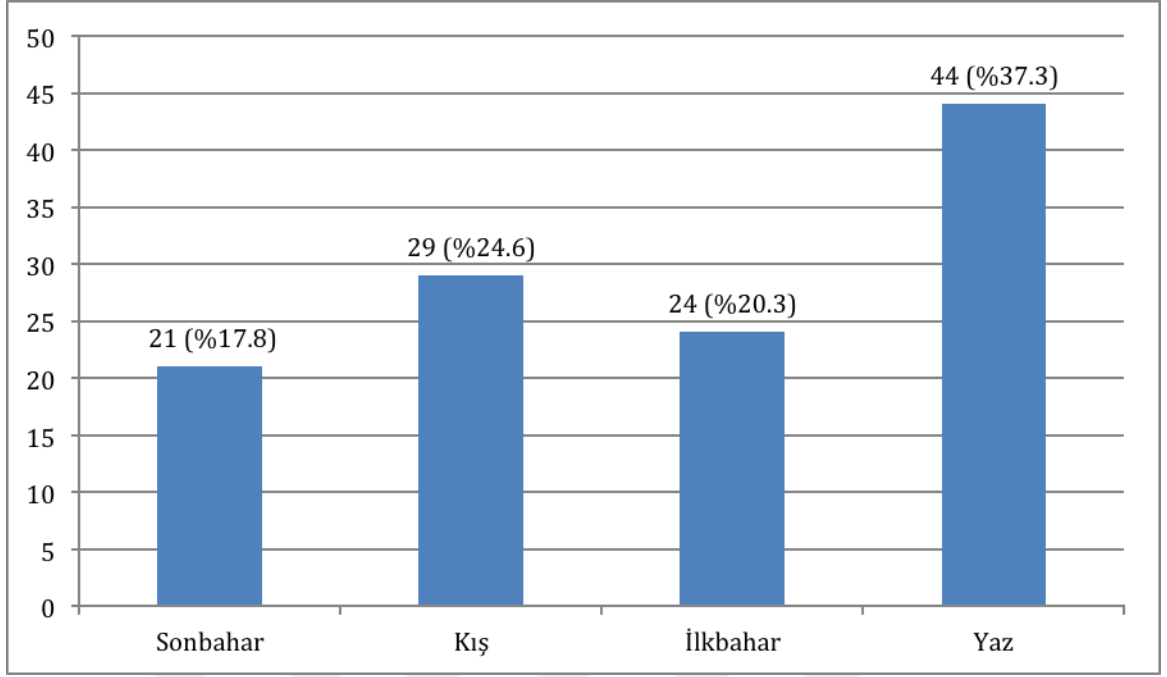
Şekil 4: İntihar vakalarının şekilsel özelliklerine göre dağılımı

Şekil 4'te sunulan istatistiksel sonuçlara göre 2015 yılında meydana gelen intihar türlerinin; %95.8' ini ilaç alımları, %3.4'ünü organofosfat maruziyeti, %0.8'ini ası vakaları oluşturmaktadır.



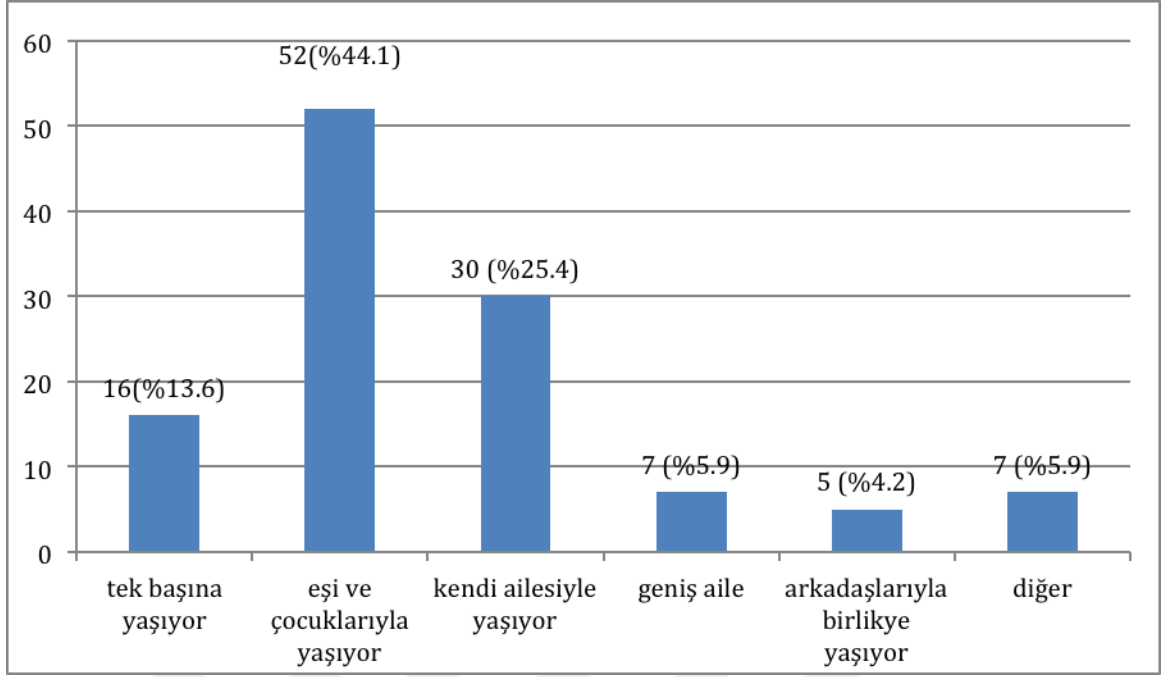
Şekil 5: Aylara göre intihar vakalarının dağılımı

Şekil 5'teki 2015 yılı intihar vakalarının aylara göre dağılımına bakıldığında 20 kişi (%16.9) ile en fazla Ağustos ayında, beş kişi ile (%4.2) ile en az Aralık ve Nisan ayında intihar girişimleri görülmektedir.



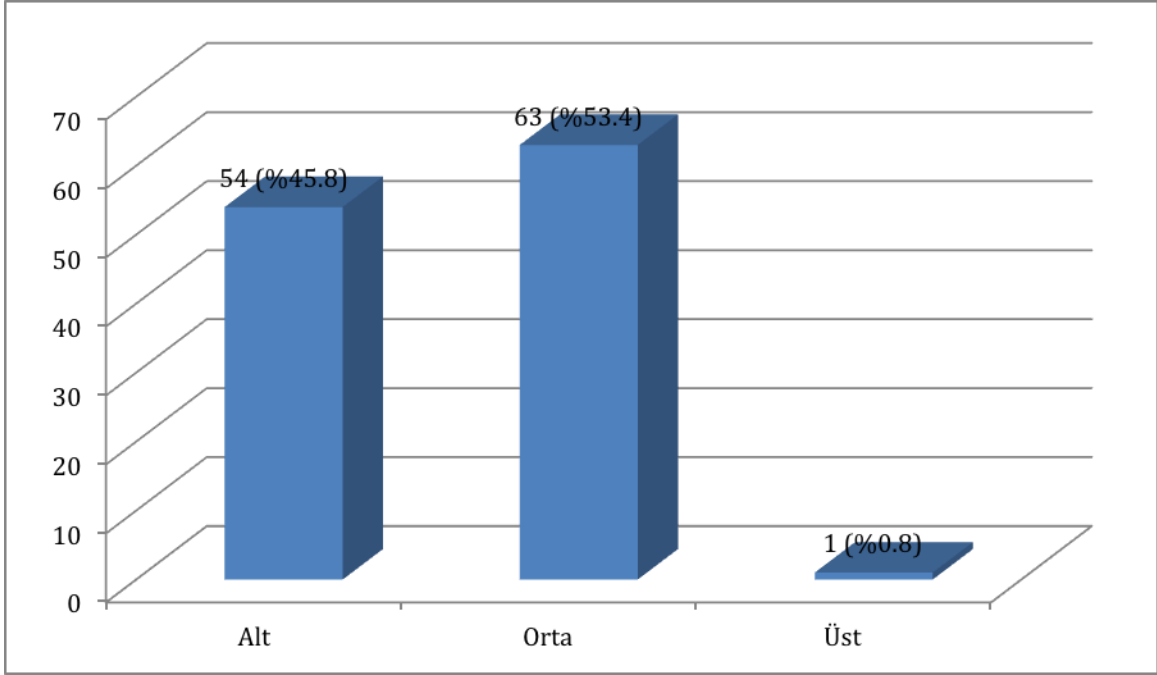
Şekil 6: Mevsimlere göre intihar vakalarının dağılımı

İntihar vakalarının mevsimsel dağılımına bakıldığında %37.3 ile en fazla yaz mevsiminde görülmektedir. Geçiş dönemi olan ilk ve son bahar mevsimlerinde %20.3 ve %17.8 lik paya sahiptir.



Şekil 7: İntihar vakalarının aile yapısı

İntihar girişiminde bulunan vakaların %13.6' sı yalnız yaşıyor, %44.1'i çekirdek aile iken %25.4'ü geniş aile yapısına sahiptir.



Şekil 8: İntihar vakalarının kendilerini gördükleri ekonomik sınıflarının değerlendirilmesi

Şekil 8’deki sonuçlara bakıldığında intihar girişiminde bulunan vakalardan 63 kişi (53.4) kendisini orta ekonomik sınıfta, 54 kişi (%45.8) kendisini alt ekonomik sınıfta ve bir kişi (%0.8) kendisini üst ekonomik sınıfta görmektedir.

Tablo IX: İntihar vakalarının intihar girişimi öncesi sağlık durumu

Sağlık		Kadın n (%)	Erkek n (%)
İlaç kullanımı gerektiren sağlık problemi	Var	23 (%28.8)	10 (%26.3)
	Yok	57 (%71.3)	28 (%73.7)
Psikiyatrik tedavi öyküsü	Var	28 (%35)	18 (%47.4)
	Yok	52 (%65)	20 (%52.6)

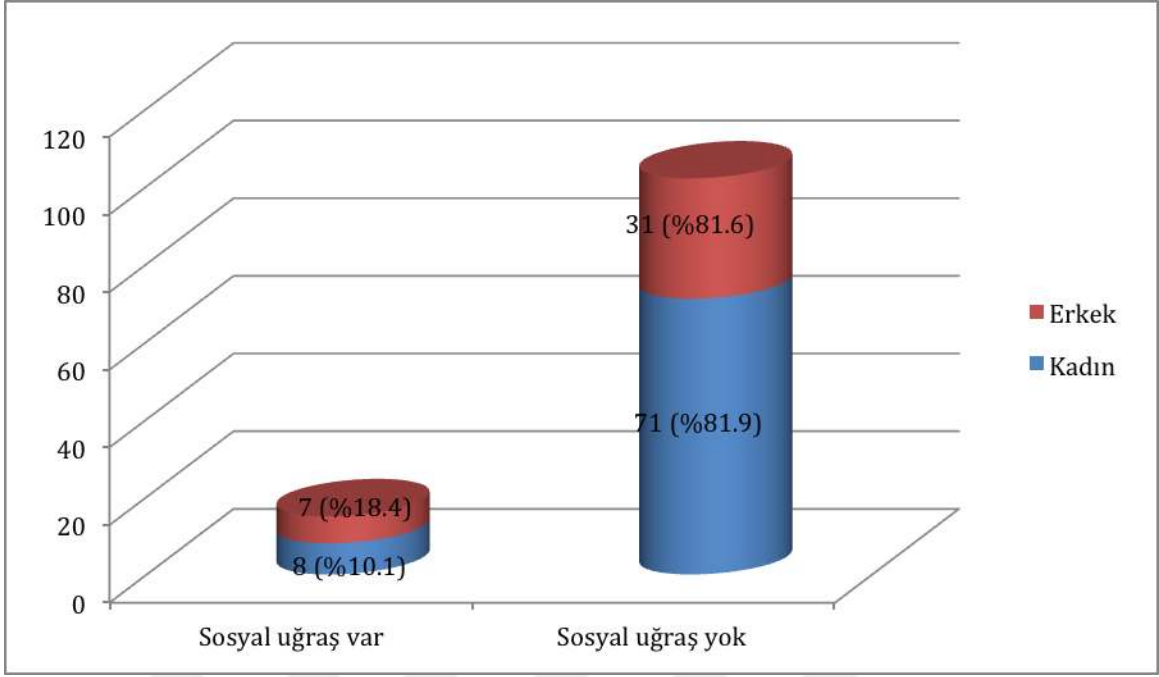
İntihar vakalarının intihar girişimi öncesi ilaç kullanımını gerektiren sağlık problemi olanlar kadınlarda %28.8 erkeklerde %26.3 olarak tespit edilmiştir.

İntihar girişiminde bulunan kadınların %65'inin erkeklerin %35'inin daha önce psikiyatrik tedavi öyküsü olduğu tespit edilmiştir.

Tablo X: İntihar vakalarının ailede ruhsal hastalık öyküsünün değerlendirilmesi

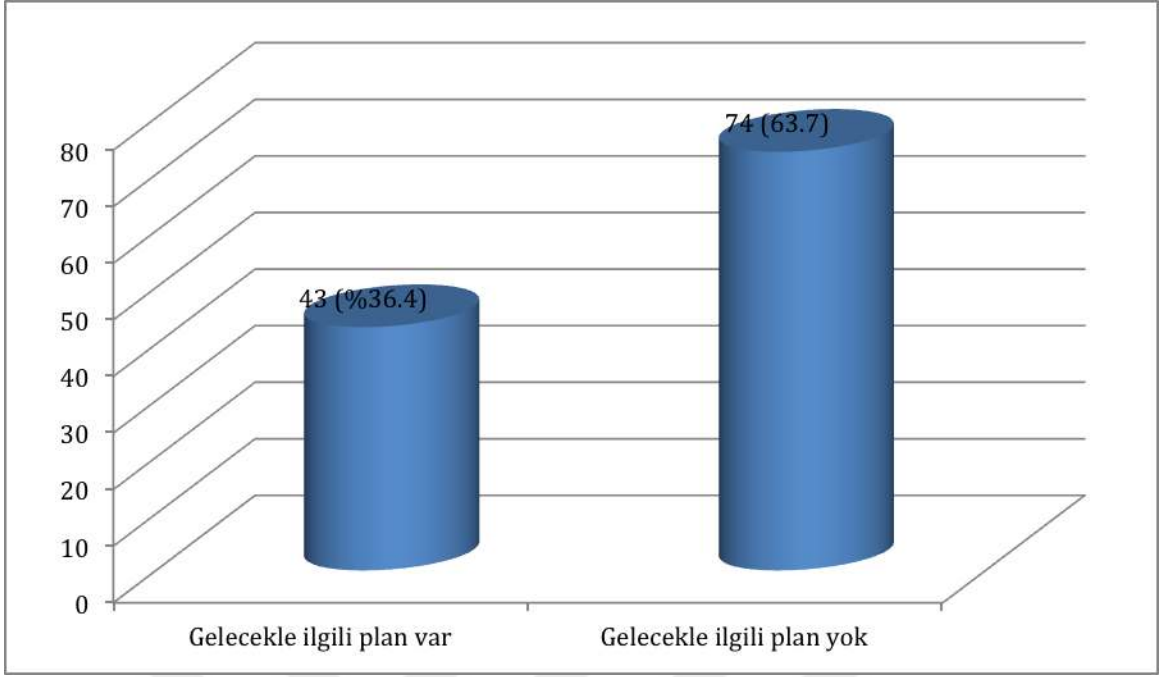
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Kadın n (%)	Erkek n (%)
Var	6 (%7.5)	3 (%7.9)
Yok	74 (%92.5)	35 (%92.1)

İntihar girişiminde bulunan kadınların %7.5'inde, erkeklerin %7.9'unda ailede ruhsal hastalık öyküsü vardır.



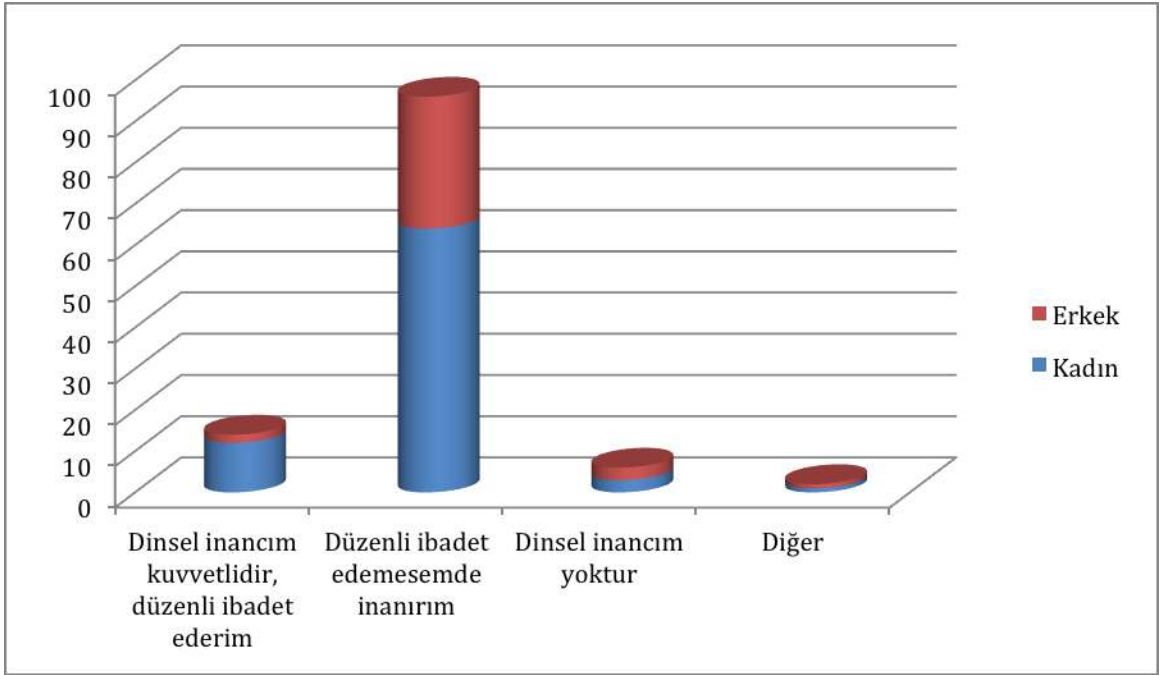
Şekil 9: İntihar vakalarının sosyal etkinlik durumu

İntihar vakaları cinsiyet ve sosyal etkinlik durumuna göre incelendiğinde erkeklerin %18.4'ünün sosyal bir etkinliği varken, %81.6'sının sosyal bir etkinliği yoktur. İntihar girişiminde bulunan kadınların ise %10.1'inin sosyal bir etkinliği varken, %81.9'unun sosyal bir etkinliği yoktur.



Şekil 10: İntihar vakalarını gelecekle ilgili planlarının değerlendirilmesi

Şekil 10'daki verilere bakıldığında intihar girişiminde bulunan vakalardan 43 kişinin (%36.4) gelecekle ilgili bir planı varken, 74 kişinin (%63.7) gelecek ile ilgili bir planı yoktur.



Şekil 11: İntihar vakalarının cinsiyete göre dindarlık konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi

İntihar girişiminde bulunan vakaların dindarlık konusundaki düşünceleri sorgulandığında;

- Erkeklerin %84.2'si düzenli ibadet edemesede inandığını, % 5.3'ü dinsel inancının kuvvetli olup düzenli ibadet ettiğini, % 7.9'u dinsel inancının olmadığını ifade etti. %2.6'sı diğer şıkkını tercih etti.
- Kadınların %80.0'i düzenli ibadet edemesede inandığını, % 15.0'ı dinsel inancının kuvvetli olup düzenli ibadet ettiğini, % 3.8'i dinsel inancının olmadığını ifade etti. %1.3 diğer şıkkını tercih etti.

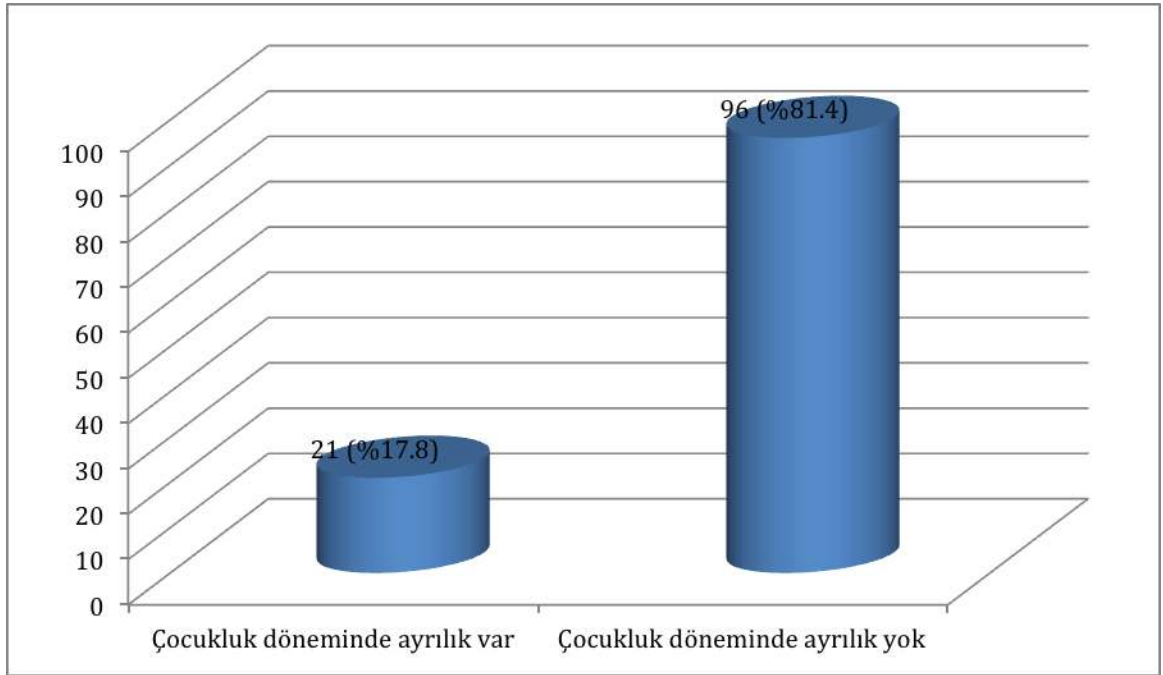
Tablo XI: İntihar vakalarının cinsiyete göre sigara, alkol ve madde kullanımının değerlendirilmesi

		Kadın	Erkek
Sigara kullanımı	Kullanıyorum	38 (%47.5)	31 (%81.6)
	Kullanmıyorum	38 (%47.5)	7 (%18.4)
	Geçmişe kullandım, bıraktım	4 (%5)	0 (%0)
Alkol kullanımı	Kullanıyorum	19 (%23.8)	22 (%57.9)
	Kullanmıyorum	59 (%73.8)	14 (%36.8)
	Geçmişe kullandım, bıraktım	2 (%2.5)	2 (%5.3)
Madde kullanımı	Kullanıyorum	1 (%1.3)	1 (%2.6)
	Kullanmıyorum	78 (%97.5)	35 (%92.1)
	Geçmişe kullandım, bıraktım	1 (%1.3)	2 (%5.3)

İntihar vakalarının cinsiyete göre sigara kullanımına bakıldığında 38 kadın (%47.5) sigara kullanıyor iken dört kadın (%5) geçmişte kullanıp bırakmış, 31 erkek (%81.6) sigara kullanıyor.

İntihar vakalarının cinsiyete göre alkol kullanımına bakıldığında 19 kadın (%23.8) alkol kullanıyor iken iki kadın (%2.5) geçmişte kullanıp bırakmış, 22 erkek (%57.9) alkol kullanıyor iken iki erkek (%5.3) geçmişte kullanıp bırakmış.

İntihar vakalarının cinsiyete göre madde kullanımına bakıldığında bir kadın (%1.3) madde kullanıyor iken bir kadın (%1.3) geçmişte kullanıp bırakmış, bir erkek (%2.6) madde kullanıyor iken iki erkek (%5.3) geçmişte kullanıp bırakmış.



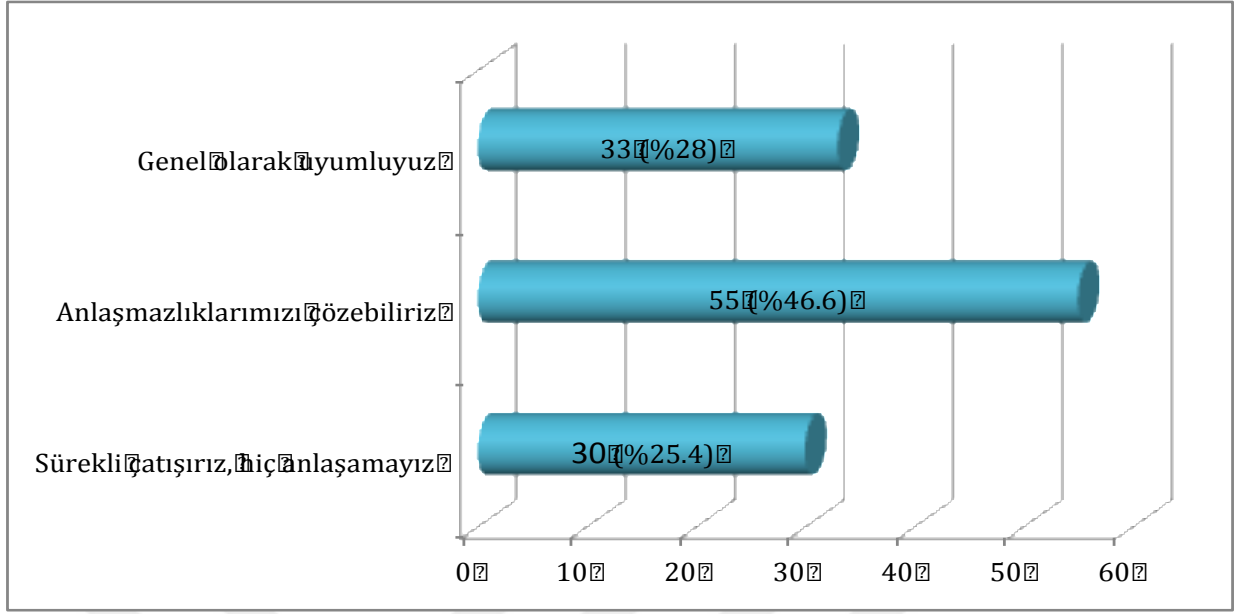
Şekil 12: İntihar vakalarının çocukluk döneminde aileden ayrı kalıp-kalmadığının değerlendirilmesi

İntihar girişimindeki bireylerin çocukluk döneminde aileden ayrı kalma durumuna Şekil 12’ deki istatistiksel sonuçlara bakıldığında intihar girişiminde bulunan vakaların 21 tanesinin (%17.8) çocukluk döneminde ailesinden ayrı kaldığı tespit edilmiştir.

Tablo XII: Aileden ayrı kalma nedenlerinin değerlendirilmesi

Aileden ayrılık nedenleri	n	%
Boşanma	5	26.3
Anlaşmazlıklar	5	26.3
Ölüm	4	21.1
Eğitim	3	15.8
İş	2	10.5
Total	19	100

İntihar girişimiyle başvuran bireylerden çocukluk döneminde aileden ayrı kalma nedenlerine bakıldığında %26.3'ünün ailenin boşanma ve %26.3'ünün ailedeki anlaşmazlıklar nedeni ile, %21.1'inin ölüm nedeni ile, %15.8'inin eğitim nedeni ile ve %10.5'inin iş nedeniyle ailesinden çocukluk döneminde ayrı kaldığı tespit edilmiştir.



Şekil 13: İntihar girişiminde bulunan bireylerin aileleri ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesi

İntihar girişimi olan bireylerin aileleri ile olan ilişkileri değerlendirildiğinde %46.6'sının anlaşmazlıklarını çözebildiği, %28'inin genel olarak uyumlu olduğu ve %2.4'ünün sürekli çatışıp hiç anlaşılamadığı tespit edilmiştir.

Tablo XIII: İntihar vakalarının cinsiyete göre aile içi fiziksel şiddete maruz kalma durumu

Aile içi şiddet	Kadın n (%)	Erkek n (%)
Evet	17 (%21.5)	7 (%18.4)
Hayır	62 (%78.5)	31 (%81.6)

Tablo XIII'de ki intihar vakalarının aile içi şiddet durumlarının değerlendirilmesine bakıldığında kadınların %21.5'i erkeklerin ise %7' sinin aile içi şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Şiddet gören yedi erkek vakadan beş kişi babasından bir kişi diğer olarak belirttiği kişiden, şiddet gören 17 kadın vakadan yedi kişi eşinden, beş kişi babasından, iki kişi annesinden, iki kişi kardeşinden, bir kişi de diğer olarak belirttiği kişiden şiddet gördüğünü belirtmiştir.

Tablo XIV: Önceki intihar girişimlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi

Kendi vücuduna daha önce isteyerek zarar verme	Kadın n (%)	Erkek n (%)
Evet	33 (%41.3)	19 (%50)
Hayır	47 (%58.8)	19 (%50)

İntihar girişimi olan bireylerin daha önce isteyerek kendine zarar verme durumu incelendiğinde kadın hastaların 33 tanesi (%41.3), erkek hastaların 19 tanesi (%50) daha önce intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo XV: Kendisine daha önce zarar verme girişimi olan kişilerin psikiyatrik tedavi öykülerinin değerlendirilmesi

Kendi vücuduna daha önce isteyerek zarar verme	Psikiyatrik tedavi öyküsü var n (%)	Psikiyatrik tedavi öyküsü yok n (%)
Evet	32 (%61.5)	20 (%38.5)
Hayır	14 (%21.2)	52 (%78.8)

Daha önce intihar girişim öyküsü olan bireylerden 32 kişinin (%61.6) özgeçmişinde psikiyatrik tedavi öyküsü vardır. Psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan 20 kişinin (%38.5) kendisine daha öncede isteyerek zarar verdiği tespit edilmiştir.

Tablo XVI: İntihar girişimi olan hastaların acil servisten ayrılışının değerlendirilmesi

Acil servisten ayrılış	n	%
Taburculuk sonrası poliklinik kontrol	76	64.4
Yatış/sevk	42	36.6

İntihar girişimi ile başvuran acil serviste takip ve tedavileri yapılan hastaların psikiyatri konsültasyonları sonrası 76 kişiye (%64.4) taburculuk sonrası poliklinik kontrol önerilmiş ve 42 kişiye (%36.6) yatış ya da psikiyatri servisinde yer bulunmadığı durumlarda sevk önerilmiştir.

Tablo XVII: İntihar girişimi ile başvuran bireylerde cinsiyete göre Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi

	Kadın	Erkek	p
Beck Depresyon Ölçeği	24 (16-35)	30.5 (16-36)	0.321
Beck Umutsuzluk Ölçeği	10 (8-12)	10 (8-14)	0.455
Beck Anksiyete Ölçeği	12 (7.25-18)	14 (8-18.5)	0.589
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	8 (5.25-15.75)	13 (6-18.5)	0.170

Tablo XVII'ye göre intihar girişimi ile başvuran kadınların ortalama beck depresyon ölçeği (BDÖ) 24, erkeklerin 30.5, kadınların ortalama beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ) 10, erkeklerin 10, kadınların ortalama beck anksiyete ölçeği (BAÖ) 12, erkeklerin 14 ve kadınların ortalama beck intihar düşüncesi ölçeği (BİDÖ) 8, erkeklerin 13 olup cinsiyetler arası beck ölçeklerinin değerlendirilmesinde anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo XVIII: İntihar girişimi ile başvuran bireylerde psikiyatrik tedavi öyküsüne göre Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi

	Psikiyatrik tedavi öyküsü		
	Var	Yok	p
Beck Depresyon Ölçeği	32 (20.75-36.50)	22.5 (14.25-34.75)	0.020
Beck Umutsuzluk Ölçeği	10 (8.00-14.25)	10 (8.00-12.00)	0.229
Beck Anksiyete Ölçeği	16 (11.25-24.50)	9.5 (6.25-16.00)	0.002
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	14 (8.00-20.0)	8 (4.00-14.00)	0.011

İntihar girişimi ile başvuran bireylerden psikiyatrik tedavi öyküsü olanların ortalama BDÖ 32 ($p=0.020$), BAÖ 16 ($p=0.002$ ve BİDÖ 14 ($p=0.011$) olup psikiyatrik tedavi öyküsü olmayanlara göre anlamlı bulunmuştur.

Tablo XIX: İntihar girişimi ile başvuran bireylerde aile içi şiddet durumunda Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi

	Aile içi şiddet		
	Evet	Hayır	p
Beck Depresyon Ölçeği	32 (19.25-40.75)	27 (15.75-34.25)	0.081
Beck Umutsuzluk Ölçeği	9 (7.25-12.00)	10 (8.00-12.00)	0.422
Beck Anksiyete Ölçeği	18 (8.00-32.25)	12 (8.00-16.25)	0.019
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	13.5 (8.00-18.00)	8 (4.00-16.00)	0.014

Tablo XIX'a göre intihar girişimi ile başvuran bireylerin aile içi şiddet durumlarına göre Beck Ölçekleri değerlendirildiğinde aile içi şiddet görenlerin BAÖ ortalama değeri 18

($p=0.019$) ve BİDÖ ortalama değeri 13.5 ($p=0.014$) olup aile içi şiddet görmeyenlere göre anlamlı bulunmuştur.

Tablo XX: İntihar girişimi ile başvuran bireylerde geleceğe yönelik plan durumunda Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi

	Gelecek ile ilgili plan		
	Evet	Hayır	p
Beck Depresyon Ölçeği	20 (11.00-31.00)	32 (20.00-38.00)	0.001
Beck Umutsuzluk Ölçeği	10 (8.00-12.00)	10 (8.00-12.00)	0.176
Beck Anksiyete Ölçeği	12 (6.00-24.00)	32 (8.00-18.00)	0.616
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	8 (4.00-12.00)	14 (6.00-20.00)	0.001

Tablo XX' ye bakıldığında intihar girişimi ile acil serviste değerlendirilen kişilerden gelecekle ilgili planları olmayanların Beck ölçekleri değerlendirildiğinde BDÖ ortalama değeri 32 ($p=0.001$) ve BİDÖ ortalama değeri 14 ($p=0.001$) olup gelecek planı olanlara göre anlamlı bulunmuştur.

Tablo XXI: İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kendisine daha önce zarar verme girişimi olanlarda Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi

	Kendisine daha önce zarar verme		
	Evet	Hayır	p
Beck Depresyon Ölçeği	32 (22.50-35.75)	20 (14.00-36.00)	0.018
Beck Umutsuzluk Ölçeği	10 (8.00-14.00)	10 (7.75-12.00)	0.264
Beck Anksiyete Ölçeği	14.5 (8.00-22.25)	11 (6.75-18.00)	0.067
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	14 (8.00-18.00)	14 (6.00-20.00)	0.001

İntihar girişimiyle başvuran kişilerden kendisine daha önce zarar verme öyküsü olanların BDÖ ortalama değeri 32 ($p=0.018$) ve BİDÖ ortalama değeri 14 ($p=0.001$) olup kendisine daha önce zarar verme girişimi olmayan kişilere göre anlamlı bulunmuştur.

Tablo XXII: İntihar girişimi ile başvuran bireylerin psikiyatrik değerlendirilme sonrası taburculuk kararıyla Beck Ölçeklerinin değerlendirilmesi

	Taburculuk		
	Poliklinik kontrol	Yatış	p
Beck Depresyon Ölçeği	20 (12.50-31.75)	36 (29.75-40.00)	0.000
Beck Umutsuzluk Ölçeği	10 (7.25-12.00)	11.5 (8.75-18.00)	0.003
Beck Anksiyete Ölçeği	12 (6.25-18.00)	14 (8.00-18.00)	0.329
Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği	8 (4.00-11.50)	18 (14.00-20.00)	0.000

Tablo XXII'ye göre acil serviste intihar girişimi ile başvuran hastaların psikiyatri tarafından değerlendirilme sonucuna göre yatış ya da poliklinik kontrol ile taburculuk kararına bakıldığında yatış önerilen hastaların BDÖ ortalama değeri 36 ($p=0.000$), BUÖ ortalama değeri ($p=0.003$) ve BİDÖ ortalama değeri 18 ($p=0.000$) olup poliklinik kontrol önerilerek taburcu edilenlere göre anlamlı fark bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

İntihar dünyada ve ülkemizde önde gelen önlenebilir mortalite nedenlerinden biridir. Bu çalışmada Adnan Menderes Üniversitesi Erişkin Acil Servisi'ne 1 Ocak 2015-1 Ocak 2016 tarihleri arasında intihar girişimi ile başvuran olgular değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan bireylerin %67.8'i kadın olduğu belirlenmiştir (Şekil 2). Gökhan'ın yaptığı çalışmada (3), acil servise intihar nedeniyle başvuran hastaların %70.4'unun, Kubalı'nın çalışmasında (57) %84.2'sinin, Atli ve ark. 'nın çalışmasında (71) %78'i, Akgöl Gül'ün çalışmasında (70) ise %66.79'unun kadın olduğu saptanmıştır. İntihar girişimleri ile ilgili ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda da görüldüğü gibi intihar girişimlerinde cinsiyetler arası farkın varlığı gösterilmiş ve erkeklere göre kadınların intihar girişiminin yüksek olması toplumun kadınlar üzerindeki baskısı, toplumda yeterince söz haklarının olmayışı ve sorunları çözüm aşamasında çıkış yolu bulamadıklarından çaresizliklerini intihar davranışı yoluyla dile getirdiklerini düşündük. Kadınlar yaşadıkları olaylardan erkeklerden daha fazla etkilenmekle birlikte cinsiyetler arası biyolojik farklılıklardan da kaynaklanabilir.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan bireylerin %39'unun 25-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Literatürde intihar girişiminde bulunan bireyler 15-24 yaş grubunda yoğunlaşmıştır, ancak çalışmamızda 18 yaş altı çalışmaya dahil edilmediği için 18-24 yaş grubu %37 ile ikinci sırada yer almaktadır.

Ülkemizde intiharlar 18-24 ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Gençlerde tüm yaş gruplarından daha hızlı bir yükselme söz konusudur (16). Atli ve ark. 'nın çalışmasında (71) incelenen intihar vakalarının %57'sinin 15-24 yaş grubunda olduğunu, Şenol ve ark. (72) ise olguların %60.4'ü 15-24 yaş grubunda olduğunu belirlemişlerdir. İntihar girişimlerinin fazla görüldüğü 15-24 yaş grubu ergenlik dönemine ait duygulanımları, sorun çözme ve değerlendirme becerileri erişkinlere göre daha zayıf olmakla birlikte sınavlarla yaşadıkları yoğun stres ve gelecek kaygısı psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (37).

İntihar girişimlerinin medeni durum ve cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde çalışmamızda kadınlarda evli olma durumu %63.8 ve erkeklerde evli

olma durumu % 47.4'tür (Tablo VIII). Yalvaç çalışmasında (73) olguların %52.0'nın evli, Kekec ve ark (74) ise olguların %57.0'nın evli olduğunu saptamışlardır. Araştırma bu bulgulara paralellik göstermektedir ancak bizim bulgularımızdan farklı olarak Şenol ve ark. yaptıkları bir çalışmada (72) intihar girişimi ile acil servise başvuran olguların %54.4'ünün ve Kubalı'nın çalışmasında (57) %51.6'sının bekar olduğu belirlenmiştir. Yapılan literatür çalışmalarının sonuçlarında intihar olgularının evli veya bekar olması değişkenlik göstermekle birlikte evliliğin genel olarak intihara karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir.

Hastaların cinsiyete göre sosyoekonomik özelliklerinde farklılıklar vardır. Eğitim en önemli sosyoekonomik göstergelerden biridir ve eğitim düzeyi düştükçe intihar oranının artmakta olduğu belirtilmiştir (71). Eğitim düzeyinin düşük olması bireyin sorunlarla başa çıkmasında yetersizliğe yol açmakta ve bireyin intihar eğilimini arttırmaktadır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan kadınlardan %8.8'i okuryazar değil ve %31.3'ü ilköğretim mezunuyken erkeklerden %26.3'ü ilköğretim mezunudur (Tablo VIII). Akgöl Gül'ün çalışmasında (70) kadınların %31.7'sinin, erkeklerin %35.6'sının ilköğretim mezunu olduğu ve Kubalı'nın çalışmasında (57) %62.7'sinin ilköğretim ve altı düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda intihar girişimi olan bireyler iş durumuna göre değerlendirildiğinde kadınların %71.3'ünün erkeklerinde %42.1'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo VIII). Görüldüğü üzere bireyin çalışma yaşamına katılmaması intihar riskini arttırmıştır. Ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharlarında artmakta olduğu bildirilmiştir (16). Türkiye' de intihar girişimlerinin ekonomik olarak inaktif olan ev hanımı ve öğrenci gibi bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (53). Çalışmamızdaki veriler literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada; intihar eden bireylerin büyük çoğunluğunun (%95.8) ilaç içme şeklinde intiharı gerçekleştirdikleri belirlenmiştir (Şekil 4). Akgöl Gül'ün çalışmasında (70) intihar eden bireylerin %86.1'i ilaç içme şeklinde intihar etmiştir. En çok tercih edilen ikinci yöntem kimyasal madde kullanarak zehirlenmedir. Yapılan benzer çalışmalarda da en çok kullanılan intihar yöntemi ilaç içimi ve kimyasal madde alımıdır (3, 16). Bu iki yöntemin sık seçilmesinin nedeni ilaç ve toksik maddelere kolay ulaşılabilir olması olabilir.

İntihar amacıyla organofosfat zehirlenmesi tarımla ilgilenen bölgelerde daha sık görülmekte ve kolayca ulaşılabilirliği nedeniyle de intihar amaçlı olarak sık kullanılmaktadır (75). Oral yoldan alındıklarında ciddi intoksikasyonlara yol açabilmektedirler ve bizim çalışmamızda bir kişinin organofosfat alımına bağlı hayatın kaybettiği görülmektedir.

Ay ve mevsimlere göre intihar vakalarının dağılımı incelendiğinde Fidan'ın yapmış olduğu çalışmada (76) ; aylara göre en fazla intihar vakası %12.1 ile Ağustos ayında olduğu, mevsimlere göre intihar vakalarının dağılımı incelendiğinde %28.8'inin yaz mevsiminde gerçekleştiği görülmektedir. Akgöl Gül'ün yapmış olduğu çalışmada (70) intihar girişimleri diğer mevsimlere göre anlamlı olarak en sık ilk baharda görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da intihar girişimlerinin en fazla yaz aylarında, en az kış aylarında gerçekleştirildiği bildirilmiştir (61). Bizim çalışmamızda da intihar girişimleri %37.4 ile yaz mevsiminde, %16.9'u Ağustos ayında ve %11.0'ı Temmuz ayında görülmektedir (Şekil5-6).

İntihar girişimi ile başvuran vakaların hane halkının kimlerden oluştuğu değerlendirildiğinde Yiğit'in çalışmasında (77) %53.3'ü kendi ailesiyle yaşadığı, %18.3'ü eşi ve çocuklarıyla yaşadığı ve %8.5'i geniş aileyle yaşarken %5.7'sinin tek başına yaşadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda intihar girişimi ile başvuran vakaların hane halkının kimlerden oluştuğu değerlendirildiğinde %44.1'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, %25.4'ünün kendi ailesiyle yaşadığı, %13.6'sının tek başına yaşadığı ve %5.9'unun geniş aileyle yaşadığı tespit edilmiştir (Şekil 7).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin kendilerini gördükleri ekonomik sınıf değerlendirildiğinde %53.4'ü orta gelir düzeyine sahipken %45.8'i alt gelir düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Şekil 8). Alt ve orta tabaka gelir düzeyine sahip olanlar brlikte değerlendirildiğinde oran % 99.2' ye yükselmektedir. Bu sonuca bakıldığında intihar girişiminde bulunanların büyük bir çoğunluğunun ekonomik zorluk içerisinde yaşadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda da görülmüştür ki, intiharlar düşük sosyoekonomik gruplarda daha sık görülmektedir (53).

Çalışmamızda daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldığı belirtilenlerin oranı % 39'dur, bunlardan kadınların %35'inde erkeklerin % 47.4'ünde tanı almış psikiyatrik hastalık mevcuttur (Tablo X). Fidan'ın çalışmasında (76) intihar girişiminde bulunan bireylerin %23.4'ünün, Kubalı'nın çalışmasında (57) % 20'sinin öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü

bulunmaktadır. Daha önce psikiyatrik sorunları olanların çoğunluğunu depresif hastalar oluşturmakta ve depresif hastalarda intihar girişimi yüksektir. Hem depresif ruh halinin getirisi hem de kullanılan antidepresan tedavinin erken dönemi artmış intihar riskine neden olmaktadır.

Çalışmamızdaki intihar vakalarının ailedeki ruhsal hastalık öyküsü değerlendirildiğinde %7.6'sında aile öyküsü vardır. Kubalı'nın çalışmasında (76) %8.4'ünde, Fidan'ın çalışmasında (76) 3.7'sinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. Ailenin intihar ile ilgili geçmişi intihar riskini arttırmaktadır.

Bireyin sosyal bir etkinliğinin olması, hem fiziksel hem de ruhsal gerginliklerinden uzaklaşmalarını sağlayabilir. İncelenen sosyal etkinlik oranlarına bakıldığında intihar girişiminde bulunanların büyük bir kısmının sosyal uğraşının olmaması dikkat çekmektedir. Çalışmamızda erkeklerin %81.6'sının, kadınların %81.9'unun bir sosyal uğraşı olmadığı tespit edilmiştir.

İntihar girişimi ile başvuran bireylerin gelecekle ilgili planları değerlendirildiğinde %36.4'ünün gelecek ile ilgili bir planı olmadığı tespit edilmiştir. Bireyin geleceğe yönelik planlarının olmaması, geleceğe yönelik olumsuz düşüncelere sahip olmasına, mutsuzluk duygusuna kapılmasına ve bireyi yaşamın anlamsız olduğu fikrine götürür.

Çalışmamızdaki intihar girişimi olan bireylerin dinsel inançları sorgulandığında %93.3'ünün dinsel inancı olduğu görülmüştür. İslam dinine göre intihar uygun olmayan bir davranış şeklidir ve inancın kuvvetliliği bu yaklaşımı engellemektedir. Ancak çalışmamızdaki intihar girişimiyle başvuran hastaların büyük çoğunluğunun dinsel inancının olduğu tespit edilmiştir ve bu durum dini eğitimdeki eksikliğe, dini pratikleri sadece ihtiyaç halinde yerine getirmelerine ya da intihar olaylarının anlık kararlarla verilmesine bağlı olabilir.

Alkol bağımlılığı intihar girişiminin yüksek olduğu bir hastalık grubudur. Yapılan çalışmalarda alkol bağımlılığında intihar girişimi %6-20 oranlarında bulunmuştur. Yoğun alkol alımı, intihar girişimini 10 kat kadar arttırmaktadır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan bireylerden %37.4'ü alkol kullanmakta ve %3.4'ü geçmişte alkol kullanıp bırakmıştır. Alkol kullanımı, bağımlılık yapan diğer maddelere de öncüllük etmektedir. Madde kullanım bozukluklarında psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı da

artmakta ve intihar girişim sıklığında dolaylı olarak arttırmaktadır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan bireylerden %1.5'inde madde, %37.4'ünde sigara kullanımı vardır.

Çalışmamızdaki intihar girişimi olan bireylerin %17.8'inin çocukluk dönemini aileden ayrı kaldığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarakta %23 oranında anne-babanın boşanmış olması, %23 oranında aile içi anlaşmazlıklar ve %21 oranında aile bireylerinin hayatını kaybetmesi gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda da aile tipleri ile intihar girişimleri arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Parçalanmış ailelere sahip bireylerde intihar düşüncesi ve girişimi daha yüksek oranda görülmektedir. Kaba boşanma hızının binde 1.69 olduğu ülkemizde (48) bireylerin çocukluk dönemine denk gelmesi durumunda pek çok sıkıntı ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Boşanmalar dışında ölüm durumu da çocuğun bir ya da her iki ebeveyninden ayrı kalmasına neden olmakta çoğu zaman çocuğun psiko-sosyal gelişimiyle ilgili sorunlara çare olamamaktadır.

İntihar girişimi olan bireylerin aile ile ilişkilerine bakıldığında %28'inin genel olarak aile ile uyumlu olduğu ancak %25.4'ünün aile ile sürekli çatıştığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda özellikle ergen intihar girişimlerinde sıklıkla aile içi sorunlar ve geçimsizlik gözlenmiştir (16). Aile içi şiddet durumu da intihar girişim riskini arttırmakta ve psikolojik sorunlar yaratmaktadır. Çalışmamızdaki intihar vakalarının cinsiyete göre aile içi şiddete maruz kalma durumuna bakıldığında kadınların %21.5'inin, erkeklerin %18.4'ünün aile içi şiddet gördüğü tespit edilmiştir (Tablo XIII). Şiddet uygulayıcılar açısından bir değerlendirme yapıldığında erkeklerde %71.4 ile babadan, kadınlarda %41.2 ile eşden gelen şiddet ilk sırada yerini almaktadır.

Çalışmamızda intihar girişimi ile başvuran bireylerin daha önce isteyerek kendine zarar verme durumu incelendiğinde kadın hastaların 33 tanesinin (%41.3), erkek hastaların 19 tanesinin (%50) daha önce intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo XIV). İntihar girişiminde bulunma, tekrarlayan girişimler için risk faktörüdür ve kadınlarda daha fazla görülmektedir. Kubalı çalışmasında (56) intihar girişiminde bulunan bireylerin %19'unun daha önce intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin hayatlarındaki problemlerinin devam ediyor olması, problemlere çözüm arayışlarındaki çıkmazlar ve yeterli destek alamama tekrarlayan intihar girişimlerine neden olmaktadır. Daha önce intihar girişim öyküsü olan bireylerden 32 kişinin (%61.6) özgeçmişinde psikiyatrik tedavi öyküsü vardır (Tablo XV).

Akgöl Gül'ün yapmış olduğu çalışmada (70) özgeçmişinde psikiyatrik tedavi öyküsü olanlar %28.1 olarak tespit edilmiştir.

İntihar girişimi nedeni ile hastaneye gelen kişilerin büyük çoğunluğu acil servislerde değerlendirilmektedir. Çalışmamızda intihar girişimi ile acil servise başvuran, acil serviste takip ve tedavileri tamamlandıktan sonra, psikiyatri konsültasyonları tamamlanan hastalardan 76 kişiye (%64.4) taburculuk sonrası poliklinik kontrol önerilmiş ve 42 kişiye (%36.6) yatış ya da psikiyatri servisinde yer bulunmadığı durumlarda sevk önerildiği tespit edilmiştir (Tablo XVI). Çalışmamızda intihar girişimi sonrası psikiyatriye yatış oranları cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların %52.6'sı, erkeklerin %27.5'ine psikiyatri servisine yatış önerildiği tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki tüm hastalar taburculuk öncesi psikiyatri ile konsülte edilmiştir. Bu zaman zaman hastaların sonlanımında gecikmeye neden olmuş, hastalar konsültasyon beklerken kendi istekleri ile hastaneden ayrılmıştır. Hasta sirkülasyonunu kolaylaştırmak, ölüm isteği olmayan sadece dikkat çekmek, anlık umutsuzluk, çaresizlik ya da anksiyeteden olan intihar girişimlerini ayırt edip psikiyatri konsültasyonu yapılmadan taburculuk planlamak amaçlı çalışmadaki hasta grubuna Beck Ölçekleri yapılmıştır. BDÖ'nde 17 puan ve üstü gelenler anlamlı kabul edilmiş, BAÖ, BUÖ ve BİDÖ'nde aldıkları puanlar arttıkça anlamlı kabul edilmiştir.

Yaş gruplarına ve cinsiyetlere göre Beck Ölçekleri değerlendirildiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. İntihar girişimi ile başvuran bireylerin psikiyatrik tedavi öykülerine göre değerlendirildiğinde psikiyatrik tedavi öyküsü olanların BDÖ, BAÖ VE BİDÖ median değerleri daha yüksek çıkmıştır ve anlamlı kabul edilmiştir ($p<0.005$). İntihar girişimi ile başvuran bireylerin aile içi şiddet durumlarına bakıldığında aile içi şiddet görenlerin BAÖ VE BİDÖ median değerleri daha yüksek çıkmıştır ve anlamlı kabul edilmiştir ($p<0.005$). İntihar girişimi ile başvuran bireylerin çocukluk döneminde aileden ayrı kalma dinsel inançlarına göre Beck Ölçekleri değerlendirildiğinde anlamlı sonuç elde edilememiştir. Tekrarlayan intihar girişimleri açısından değerlendirildiğinde daha önce kendisine zarar verme öyküsü olanların BDÖ ve BİDÖ median değerleri daha yüksek çıkmıştır ve anlamlı kabul edilmiştir ($p<0.005$). İntihar girişimi ile başvuran bireylerin gelecekle ilgili planları sorgulandığında gelecekle ilgili planı olmayanların BDÖ ve BİDÖ median değerleri daha yüksek çıkmıştır ve anlamlı kabul edilmiştir ($p<0.005$).

Çalışmamızda intihar girişimi ile başvuran medikal tedavileri tamamlandıktan sonra psikiyatri konsültasyonuna göre taburculuk ya da yatış kararı verilen hastaların Beck Ölçekleri değerlendirildiğinde yatış kararı verilen hastaların BDÖ, BUÖ VE BİDÖ median değerleri yüksek çıkmıştır ve anlamlı kabul edilmiştir ($p<0.005$).

Beck ölçekleri arasında korelasyon yapıldığında Spearman's rho değerlendirilmiş ve ölçekler arasında zayıf ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak intihar girişimi ile acil serviste değerlendirilen hastalar için psikiyatri konsültasyonu yapılmadan taburculuk kararı verebilmek intihar girişiminin bir sonraki intihar için yüksek risk olması nedeniyle güvenli değildir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastalarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemek, Beck anksiyete, depresyon, umutsuzluk, intihar skorlarını değerlendirmek, hastalara uygun psikiyatrik tanı ve tedavi yaklaşımının sunulmasına katkıda bulunmanın amaçlandığı bu çalışmada her farklı bilimsel disiplinin farklı görüşler belirterek açıklamaya çalıştığı intihar olgusu, sosyo- ekonomik ve demografik değişkenler perspektifinde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Son olarak da, araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında öneriler sunulmuştur.

Çalışmada intihar olgusunun bireysel bir eylem biçimi olmasının ötesinde sosyo-ekonomik düzlemde meydana gelen gelişim ve değişimlerden bağımsız olarak düşünülemeyeceği, her toplumun kendine özgü toplumsal kurumlarında oluşan bozulmaların intihar ve intihar girişimi davranışının artmasına yönelik tetikleyici bir rolünün olduğu vurgulanmıştır.

Aydın ilinde yaşanan sosyal ve ekonomik değişimlerle birlikte intihar davranışının arttığı ve zamanla ciddi bir halk sağlığı sorunu olacağı öngörülebilir.

Çalışmamızın sonucunda intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunun, kadın, genç, evli, ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde ve işsiz olduğu tespit edilmiştir. İntihar önleme programlarında bu gruplara özel önem verilmesi, özellikle genç yaş grubu intihar girişimlerinin sağlıklı olarak değerlendirilebilmesi ve önlenmesi için gerek ebeveynlerin gerekse okullarda görev yapan öğretmenlere intihar riskleriyle ilgili olarak eğitimler verilmesi önerilmektedir.

İntihar girişimi en sık yaz aylarında görülmektedir. Aylara göre en fazla intihar vakasının Ağustos ayında (%16.9) ve Temmuz ayında (%11) görüldüğü saptanmıştır. Bu dönemlerde acil servislerde intihar olguları için personele destek, hizmet içi eğitim ve psikiyatri uzmanı desteği sağlanması önerilmektedir.

Kullanılan intihar ve intihar girişim yöntemlerinde en çok ilaç alımı (%95.8) tespit edildi. Bu ilaçlara ulaşımın zorlaştırılması önerilmektedir.

Hastanın önceden psikiyatrik tanısı olması, daha önce intihar girişi öyküsü olması, aile bireylerinin en az birinin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısını olması intihar girişimde bulunma oranını anlamlı olarak artırmaktadır.

İntihar eden bireylerin büyük çoğunluğunun daha önce intihar girişiminde bulunmadığı, intihar girişiminde bulunanların %44.1'inin daha önce bir kez intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Tekrarlı vakalar için yeterli psikolojik ve sosyal destek sağlanması ve riskli hastaların daha yakından izlenmesi önerilmektedir.

İntihar ve intihar girişimlerinin sosyolojik, biyolojik ve psikolojik yönlerinin de var olması ve bunlarla bağlantılı olan risk etkenlerini ortadan kaldırmak intihar girişiminin önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir. İntihar girişimi sebebi ile acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğu acil serviste takip ve tedavi edilerek taburcu edilmiştir. Acil servislerdeki intihar girişimlerinin izlenmesi ve tedavisi için protokoller geliştirilmelidir. Psikiyatri kliniğinden taburcu edilen hastalarında takibi ve tedavileri sağlanmalıdır.

Sonuç olarak intihar olgusu her ne kadar bireysel bir eylem biçimi olarak düşünülse de, bireyi intihar ve intihar girişimine götüren nedenler arasında toplumsal kurumları oluşturan yapılarda meydana gelen ani ve olumsuz değişimlerin kişiyi intihara sürükleyici bir etkisinin olduğu görülmüştür.

Aydın'da intihar ve intihar girişimlerinin çok fazla görüldüğü özellikle işsiz olan kesimde iş olanaklarını arttırıcı faaliyetlerin yapılması, gerekli kursların açılması, bir diğer taraftan eğitim seviyesini yükseltecek çalışmaların yapılması intihar ve intihar girişimi oranlarının azalmasını sağlayacaktır. Aynı zamanda Aydın ilinde faaliyet gösteren çeşitli kurum ve kuruluşların düzenleyeceği bilgilendirme seminerleri, insanların bu konudaki bilgi ve bilinç düzeyini arttıracak ve bireylerin herhangi bir olay karşısında nasıl davranmaları gerektiğini gösterecektir.

Gençlerin daha fazla intihar girişiminde bulundukları düşünüldüğünde, gençlere yönelik yapılacak olan çeşitli spor ve sanatsal etkinliklerin arttırılarak ilgilerini bu alanlara çekecek ve onların sosyalleşmelerine, stresten uzak bir yaşam biçimine kavuşmalarına imkan sağlayacaktır. Bu durum ise gençler arasında görülen intihar girişimlerini azaltabilecek bir faaliyet olarak düşünülebilir.

İntihar girişiminde bulunan kişi ve ailesi girişim sonrasında bir takım problemlerle başa çıkmak zorunda kalabilir. Bu kişilerin intihar öncesi ve sonrası sorunlarla başa çıkmada yardım arayabileceği bir merkez oluşturulabilir. Böylece yaşanan sorunlara etkin çözümler üretilir.

7. ÖZET

İntihar girişimi tarihin her sahnesinde karşımıza çıkan ve günümüzde de varlığını devam ettiren, kişisel bir eylem gibi görünmesine karşın neden ve sonuçlarıyla toplumsal bir eylemdir. Sık karşılaşılan bu eylemin tanı ve takipleri genellikle acil servislerde yapılmakta ve hastaların büyük bir kısmı acil servisten taburcu edilmektedir.

Çalışmamızda Adnan Menderes Üniversitesi Acil Servisi' ne 1 Ocak 2015- 1 Ocak 2016 tarihleri arasında intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi ve Beck Skorlarının acil serviste kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu prospektif çalışmaya acil servise suisidal girişim ile başvuran 159 kişiden 118'i alınmıştır ve sosyo-demografik veri formu ile birlikte Beck depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve intihar düşüncesi ölçekleri doldurulmuştur.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan bireylerin %39'unun 25-34 yaş grubunda ve %67.8'inin kadın olduğu görülmüştür. İntihar girişiminde bulunan kadınların %63.8'i evli ve %31.3'ü ilkokul mezunu ve %71.3'ü gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. %37.4 ile en fazla yaz mevsiminde görülene intihar girişimlerinin büyük çoğunluğu ilaç alımı şeklindedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin aile yapılarına bakıldığında %45.8'i alt gelir düzeyine sahip, %44.1'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, %25.4'ünün kendi ailesiyle yaşadığı, %28'inin genel olarak aile ile uyumlu olduğu ancak %25.4'ünün aile ile sürekli çatıştığı görülmüştür.

Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldığı belirtilenlerin oranı % 39'dur ve %7.6'sında ailede de ruhsal hastalık öyküsü olduğu görülmüştür. Çalışmamızda erkeklerin %81.6'sının, kadınların %81.9'unun bir sosyal uğraşı olmadığı ve bu bireylerin %36.4'nün gelecekle ilgili bir planı olmadığı, %37.4'ü alkol ve madde kullanımı olduğu ve kadın hastaların %41.3'ünde, erkek hastaların %50'sinde daha önce suisidal girişim öyküsü bulunduğu görülmüştür. Çalışmaya alınan 76 kişiye (%64.4) taburculuk sonrası poliklinik kontrol önerilmiş ve 42 kişiye (%36.6) yatış ya da psikiyatri servisinde yer bulunmadığı durumlarda sevk önerildiği tespit edilmiştir.

Çalışmaya alınan bireylerde bakılan Beck ölçekleri değerlendirildiğinde Beck Depresyon Ölçeği ve Beck İntihar Düşüncesi Ölçeğinin anlamlı sonuçlar verdiği ancak psikiyatri ile konsülte etmeden taburculuk kararı vermede zayıf ilişki olduğu söylenebilir.

Günümüzde toplum içerisinde kritik öneme sahip intihar girişimlerinin en aza indirilebilmesi için koruyucu ve önleyici yaklaşımlar için projelere gereksinim olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: İntihar, Acil Servis, Sosyodemografik Özellikler, Beck Ölçekleri



ABSTRACT

Even though it seems like that the suicide attempt can be seen in every scene of life and continues to exist as a personal action, within its causes and effects, it is a social action. The recognition and the pursuit of this highly encountered action is done by the emergency services and big part of the patients are discharged from emergency services.

The main purpose of this study is to find out the socio-demographic characteristics of the patients who consulted to the emergency service of Adnan Menderes University between 1st January 2015-1st January 2016, and to evaluate the Beck scores of them in the emergency service. For this descriptive and prospective study, out of 159 people who have consulted to the emergency service, 118 of them had been evaluated and within the socio-demographic form, their Beck depression, anxiety, hopelessness and thought of suicide scales have filled.

In the results of this study, it is found out that the %39 of the people who attempted suicide are in the age between 25-34 and %67,8 of them are women. %63,8 of the women who attempted suicide are married, %31,3 of them are primary school degree level and %71,3 of them are non-worker. The period of the suicide attempts are mostly in summer with the percentage of %37,4 and the method is taking pills. When we look at the family structures of these people, %45,8 of them have low incomes, %44,1 of them are living with their partners and children, %25,4 of them are living with their own families, %28 of them are living harmoniously with their families but %25,4 of them are having arguments with their families.

The percentage of the people who had psychiatric diagnosis before is %39 and %7,6 of them have a family psychiatric diagnosis. Results of the study showed that, %81,6 of the men and %81,9 of the women have no social activities and %36,4 of these people have no plans for the future. %37,4 of them have alcohol or drug addiction, %41,3 of women and %50 of men patients have a suicide attempt history. 76 patients who included in the study (%64,4), had been offered a control and 42 people had been offered to be forwarded.

When the Beck scores of the patients evaluated, the Beck suicide attempt and Beck depression scale gave some meaningful results but between the psychiatry and being discharged without consulting the patient have a weak relationship

It is obvious to say that, it is needed to have proctor and preventive studies in order to decrease the level of the suicide attemps which have a critical position in the social life.

Key Words: Suicide, Emergency service, socio-demographic characteristics, Beck scales



KAYNAKLAR

1. Köknel Ö. Genel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1989.
2. Spirito A, Valeri S, Boergers J ve Ark. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. J Clin Child Adolesc Psychol Jun; 2003, 32:284-9
3. Gökhan Ş. Özkıyım nedeni ile acil servise başvuran Olguların demografik verilerinin özkıyım yöntemlerine göre değerlendirilmesi. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Tıpta uzmanlık tezi, Diyarbakır, 2008
4. Shneidman, E. and W. John, Definition of Suicide. 1985 (New York)
5. Eyüboğlu, İ., Türk dilinin Etimoloji Sözlüğü. İstanbul: Sosyal Yayınlar, 1998
6. Ucan, O., Türkiye’de İntiharı Konu Alan Yayınlar Uzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Kriz Dergisi, 2005. 15-26(13)
7. Durkheim, Emile (2015), İntihar, Pozitif Yayın, İstanbul
8. Minois, Georges (2008), İntiharın Tarihi: İstemli Ölüm Karşısında Batı Toplumu, Dost Kitapevi, İstanbul
9. İnceoğlu, Sibel (1999), Ölme Hakkı, Ayrıntı Yayınları, İstanbul
10. Weis, M. and E. S.Arieti., Suicide. In: A handbook of Psychiatry,. New York: Basic Books Inc.Publishers., 1974. 743-65.
11. Durkheim, E. and Ö. Ozankaya, Toplumbilimsel inceleme intihar. çeviren. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1986
12. Haukka, J., et al., Determinants and outcomes of serious attempted suicide. a nationwide study in Finland, 1996-2003.Am J Epidemiol, 2008. 1155-1163(167).
13. Aslan, Ş., et al., Suicide attempts with amitriptyline in adults:a prospective, demographic, clinical study. Turk J Med Sci, 2011. 243-249(41): p. 2.
14. Haran, S. and O. Aydın, Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar girişimleri ile ilişkisi.. Kriz Dergisi 1995. 247-251(3).
15. Özcan, Y. and H. Savlı, Yaşam olayları sonucu gelişen intiharlarda kan lipid seviyeleri. Düşünen Adam 2001. 150-153(14).
16. Sayıl, I. and D.-O. H., Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998. Crisis., 2002: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.1116(23).

17. Sağınc H, K.N., Akyuz G, Doğan O., Yatarak Tedavi Goren Hastalarda İntihar Oykusunun Araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000. 83-88:(1).
18. <http://www.who.int/features/qa/24/en/> Erişim Tarihi 28/01/2015
19. Hawton, K., Fagg, J., Marsack, P. (1980) Association between epilepsy and attempted suicide. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 43, 168-170.).
20. Keith Hawton, (1994), İntihar Girişimi, Çev: Birsen Ceyhun, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.18
21. Aristoteles (2005), Nikomakhos'a Etik, Çev. Saffet Babür, Kebikeç Yayınları, Ankara
22. Odağ C: İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, İzmir 1985; s: 5-95
23. Volant, Eric (2005), İntiharlar Sözlüğü, Sel Yayıncılık, İstanbul.
24. Gökberk, Macit (2005), Felsefe Tarihi, 16. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul
25. Georges Minois, (2008), İntiharın Tarihi, Çev: Nermin Acar, Dost Kitabevi, Ankara, ss.21-25.
26. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M ; Attempted suicide among living cotwins of twin suicide victims. Am J Psychiatry, 2005;152:1075–1076
27. McGuffin P, Marusic A, Farmer A and et al; What can psychiatric genetics offer suicidology? Crisis, 2001; 22: 61–65
28. Statham DJ, Heath AC, Madden PA and et al; Suicidal behaviour:an epidemiological and genetic study. Psychol Med, 1998;28(4):839-55
29. Nordström P, Samuelsson M, Asberg M and et al.;CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1994;24: 1-9-Pandey GN. Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. The Neurobiology of Suicide: New York Academy of Sciences, 1997,s. 182-200
30. Beatures, Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000; 34:420–436
31. Baca-García E, Salgado BR, Segal HD et al; A pilot genetic study of the continuum between compulsivity and impulsivity in females: the serotonin transporter promoter polymorphism. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry,2005; 29(5):713-7
32. Du L, Faludi G, Palkovits M and et al, High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males. Neuroreport, 2002;13: 1195–1198

33. Eşkin M, İntiharda Bilişsel Davranışçı Sağaltım Yaklaşımları, Kriz Dergisi 2007;15(2):15-36
34. Mgaya, E., et al., Suicide in the Dar es Salaam Region,Tanzania,2005. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2007. 2-5(30)
35. O., U., Türkiye’de İntihar Konu Alan Yayınlar Uzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Kriz Dergisi, 2005. 15-26(13)
36. Ceylan, M. and B. Yazan, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri,Anksiyete Bozuklukları. 2000. 43-66(Bölüm 2)
37. M. K. Sayar, M. Öztürk, B. Acar Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler
38. Rich, C L, Ricketts JE, Fowler RC. Some differences between men end women who commit suicide. Am. J. Psychiatry 1988; 145:718-722
39. Koroğlu, E., Psikiyatrik Acil Durumlar. Ankara.Hekimler Yayın Birliği, 1999. 425443(2)
40. Jamison, K.R., Erken Çöken Karanlık, intiharı Anlamak. çev. Emine Bademci, İstanbul, Ayrıntı yay., 2004
41. Mustafa Aydın, (2000), Kurumlar Sosyolojisi, Vadi Yayınları, Ankara, ss.111-113
42. Arpi, D., E. Boudreaux, and N.e.a. Wang, National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury,1997-2001. Annals of Emergency Medicine, 2005. 369-75(46)
43. Jacobs, D.G.v.a., Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. AmericanPsychiatric Association., 2003., Moscicki, E., Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience, 2001. 310–323(1)
44. Mustafa Köylü, (2008), “Dinin Ruh Sağlığına Etkisi”, Yeni Ümit Dergisi, Sayı:82, s.26
45. Eskin, M., İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2003. 48
46. Jamison, K.R., Erken Çöken Karanlık, intiharı Anlamak. çev. Emine Bademci, İstanbul, Ayrıntı yay., 2004
- 47.Schmidtke, A., et al., Attempted suicide in Europe: rates,trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters duringthe period 1989-1992. Acta Psychiatr Scand, 1996. 327-338(93)
48. www.tuik.gov.tr Erişim tarihi 10/04/2016

49. Roy, A., S. BJ, and S. VA, Comprehensive Textbook of Psychiatry,. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, Psychiatric emergencies 2000. 2031-2040(7)
50. Durkheim, E., İntihar, Çeviri: Özer Ozankaya, 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara 1992: 6-8, 11, 24, 25, 90, 102, 105
51. Skegg, K., Self-Harm. Lancet, 2005. 1471-83(366)
52. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme.Risk Etmenleri Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2003. 133-222(Bölüm5)
53. Çayköylü, A., et al., Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı.. Kriz Dergisi, 1997. 37-42(5)
54. Birsen Gökçe, (2004), Türkiye'nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar, Savaş Yayınevi, Ankara, s.187
55. Sungur, a.g.e., s.70
56. Moscicki, E., Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience, 2001. 310-323(1)
57. Kubalı Z. Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007
58. Yüksel N, İntiharın nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001; 4: 5-15
59. Kaplan, H., B. Sadock, and K.a. Sadock's, Synopsis of Psychiatry(9th ed).. Williams and Wilkins, Philadelphia 2003. pp 534-536
60. Bakım B, Özlük B, Karamustafaloğlu O. Psikiyatrik bozukluklarda gözlenen intihar davranışları. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2007; 20: 38-47
61. Kim Cd, Lesage Ad, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, Turecki G. (2004). Seasonal Differences İn Psychopathology Of Male Suicide Completers.
62. Faruk Güçlü, (2001), İntihar Umutsuzluğun Tırmanışı, Sabev Yayınları, Ankara, s.61.
63. Kaya, a.g.e., s.56.
64. www.intihar.de/kultur.htm
65. Keselbir, S., D. Gülpek, and M.A. Noyan, Özkıyım girişimlerinin doğası. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002. 3: p. 88-96
66. kriz dergisi 12 (3):53-62
67. Uğurlu Uludüz D, Uğur M. Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. Yeni Symposium, 2001.6 (14): 19-25.

68. Ayhan N. Ülkemizde İntihar Verilerinin Toplanması ve Derlenmesi, Kavramlar, Yöntemler ve Zaman Serileri, Kriz Dergisi. 1996; 4: 23-33
69. https://tr.wikipedia.org/wiki/intihar_oranına_göre_ülkelerin_listesi Erişim tarihi 10/04/2016
70. Sultan Tuna AKGÖL GÜR Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik ve Klinik Özellikleri. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Tıpta uzmanlık tezi, Erzurum, 2012
71. Abdullah A., Cem U., Mehmet Cemal K., Mahmut B., Mehmet G., İbrahim Fatih K., Yasin B., Sever B., Aytekin S., Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme
72. Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ – intihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı’ na başvuran olguların incelenmesi, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:19-29
73. Yalvaç Dh. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu Ve Bazı Sosyo-Demografik Ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D,Uzmanlık Tezi, Malatya, 2006
74. Kekeç Z, Yıldırım C, İkizceli İ, Gönül A, Sözüer E. Özkıyım girişimi nedeni kişiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi (Uzmanlık Tezi). İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. Malatya, 2006 ile acil servise başvuran hastalarda hazırlayıcı etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1:157161
75. Jaga, K. and C. Dharmani, The interrelation between organophosphate toxicity and the epidemiology of depression and suicide. Rev Environ Health, 2007. 22(57-73).
76. Gökhan F. İntihar Girişimi Nedeniyle 1 Haziran 2006-31 Mayıs 2011 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığı Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Devlet Hastanesi Acil Servisi’ne Başvuran Olguların İncelenmesi uzmanlık tezi, Uzmanlık tezi, Kırşehir, 2011
77. Talip Y., Nevşehir İlinde İntihar Girişimde Bulunan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2009